

1 Einleitung

Das Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“ lässt sich in der Fachliteratur bis in die 30er Jahre zurückverfolgen, das Problem blieb aber stets ein Randthema. Ab den 60er Jahren stieg die absolute und relative Anzahl an Veröffentlichungen zur Thematik kontinuierlich an, konnte jedoch noch nicht ins Bewusstsein der Fachöffentlichkeit vordringen (vgl. Mattejat, 2000, S.493). Ausnahmen bilden die Untersuchungen, die sich mit Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern oder eines Elternteils und den damit verbundenen belastenden Lebensumständen für die seelische Gesundheit (Vulnerabilität) der Kinder beschäftigen. Diese so genannten High-risk-Forschungen gehen davon aus, dass es eine Risikoverdichtung für Kinder psychisch kranker Eltern gibt, ebenfalls psychisch zu erkranken (vgl. Wagenblass, 2000, S. 514). Kinder, die mit psychischen Problemen in therapeutischen Einrichtungen vorgestellt werden, stammen häufig aus Familien, in denen ein Elternteil psychische Probleme hat oder gar an einer psychischen Störung erkrankt ist (vgl. Wagenblass, 2000, S.514).

„(...) rund ein Drittel der Kinder, die sich in stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung befinden, haben einen psychisch kranken, rund 12% einen psychotischen Elternteil“ (Remschmidt/Mattejat, 1994, S.15).

Auf Grund solch alarmierender Zahlen ist das Interesse der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Ermittlung von genetischen und psychosozialen Risikofaktoren, die eine psychische Erkrankung der Kinder begünstigen könnten, enorm angestiegen. Leider kommen die betroffenen Familien oft erst mit Fachleuten in Kontakt, wenn es um die Frage geht, ob die Kinder in der Familie bleiben können oder eine Fremdunterbringung erzwungen werden soll (vgl. Mattejat, 2001, S.66).

Hinsichtlich eines präventiven Fokus geht es um die Frage, welche protektiven Faktoren die Kinder vor einer psychischen Erkrankung schützen können (vgl. Wagenblass, 2000, S.514). Sinnvoll wäre es, eine frühzeitige effektive Hilfestellung anzubieten (vgl. Mattejat, 2001, S.66). Besonders sozialpädagogische Forschungen können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, da die Sozialpädagogik situationsnah und einzelfallorientiert explizit den Auftrag hat, die Lebenswelten der Kinder und

Familien unter Beachtung der vorhandenen Ressourcen zum Ansatzpunkt ihrer Hilfsangebote zu machen (vgl. Wagenblaus, 2000, S.514).

Die vorliegende Arbeit soll einen Einblick in die Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern unter dem Blickwinkel der Bindungstheorie geben, um die Notwendigkeit eines nicht nur sozialpädagogischen Handlungsbedarfs aufzuzeigen.

Zur Orientierung über die Gliederung der vorliegenden Diplomarbeit wird an dieser Stelle ein kurzer Überblick gegeben.

Nach der Einleitung wird das Thema Kinder psychisch kranker Eltern im zweiten Kapitel in einem Problemaufriss dargestellt. Dadurch wird ein kurzer Überblick über die Problematik gegeben.

Um das Einfinden in die Thematik zu erleichtern, wird im dritten Kapitel ein knapper Überblick über die in dieser Arbeit behandelten psychischen Erkrankungen und deren spezifische Symptomatiken gegeben.

Die im vierten Kapitel vorgestellten Forschungsansätze beschäftigen sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln mit der Frage, welche Faktoren die Entwicklung der Kinder beeinflussen und eine eigene Erkrankung als Folge wahrscheinlich machen.

Das fünfte Kapitel beschäftigt sich mit der Lebenssituation der Kinder in der Familie. Es wird thematisiert wie sich eine Erkrankung der Eltern auf den Alltag der Kinder auswirkt, mit welchen unmittelbaren- und Folgeproblemen die betroffenen Kinder zu kämpfen haben.

Die im fünften Kapitel beschriebene Ausgangssituation lässt vermuten, dass die mit der Erkrankung der Eltern einhergehenden, oft verwirrenden Affekte, Auswirkungen auf die kognitive Entwicklung der Kinder haben. Wie sich diese Auswirkungen im speziellen aus Sicht der kognitiven Entwicklungspsychologie darstellen, ist Thema des sechsten Kapitels.

Im Hinblick auf einen präventiven Focus ist es notwendig an dieser Stelle die Bindungstheorie näher zu betrachten. Wie sich zeigen wird, stellen sichere frühkindliche Bindungen einen Schutzfaktor in Bezug auf eine eigene psychische

Erkrankung dar. Aus diesem Grund ist das zentrale Thema des siebten Kapitel die Bindungstheorie. Dazu werden zunächst die Grundannahmen und Grundbegriffe der Bindungstheorie erläutert. Abschließend wird in diesem Kapitel an Hand von Forschungsergebnissen gezeigt, dass Kinder psychisch kranker Eltern im Vergleich zu Kindern mit „gesunden“ Eltern eher eine unsichere Bindung hinsichtlich der Bezugsperson entwickeln, mit den im Kapitel beschriebenen Folgen in Bezug auf die Bindungs- und Beziehungsgestaltung. Dies macht den dringenden Handlungsbedarf hinsichtlich der Bindungserhaltung und Unterstützung deutlich.

Im achten Kapitel werden drei Präventionsprojekte vorgestellt, welche die Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern entscheidend verbessern und die negativen Folgen der Erkrankung für die Entwicklung der Kinder soweit wie möglich reduzieren sollen. Leider bezieht sich nur das Projekt von Hartmann speziell auf eine Unterstützung und Aufrechterhaltung der frühen Bindungsbeziehung.

Im neunten Kapitel wird eine Abschlussbetrachtung vorgenommen, welche die Notwendigkeit eines Handlungsbedarfs verdeutlicht. Mit einem Ausblick wird die Arbeit geschlossen.

Lesehinweise:

- Aus Gründen der Übersichtlichkeit und besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechtsspezifisch differenzierte Schreibweise verzichtet, sofern sie nicht beim Zitieren übernommen werden muss. Werden Personenbezeichnungen nur in der maskulinen bzw. femininen Form verwendet, so ist die andere Form dabei stets mitgemeint.
- Auf Grund der unterschiedlichen Studien wird im allgemeinen von einer Erkrankung der Eltern gesprochen. Wird nicht spezifisch auf etwas anderes hingewiesen wird, ist damit die Erkrankung der Mutter gemeint.
- Die folgenden Arbeit ist nach den Regeln der neuen Rechtschreibordnung geschrieben.

2 Kinder psychisch kranker Eltern

2.1 Problemaufriss

Knapp drei Prozent der erwachsenen Bevölkerung über 21 Jahren, also etwa 1,6 Millionen Menschen, begeben sich innerhalb eines Jahres in fachärztliche psychiatrische Behandlung. Da psychische Erkrankungen Familienerkrankungen sind, wirkt sich die Erkrankung eines Familienmitglieds auch immer auf das ganze Familiensystem, die innerfamiliären sozialen Beziehungen und die Lebensumstände der einzelnen Familienmitglieder aus (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.11). Die Angehörigenarbeit ist vor diesem Hintergrund ein zentraler Bestandteil der modernen Psychiatrie geworden. Hatte sich die Angehörigenarbeit zuvor ausschließlich auf die erwachsenen Betroffenen beschränkt, richtet sich nun der Blickwinkel auch auf die „kleinen“ Betroffenen.

Erst 1996 wurden die spezifischen Probleme und Belastungen der Kinder von psychisch erkrankten Eltern mit dem Kongress „Hilfen für Kinder psychisch Kranker“, veranstaltet vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker in Zusammenarbeit mit dem Dachverband Psychosozialer Hilfevereinigungen, öffentlich vor der Fachwelt diskutiert.

Es wurde deutlich, dass die Kinder stets, meistens sogar sehr tiefgreifend, durch die Erkrankung der Eltern betroffen sind und unter extremen Belastungen leben (vgl. Wagenblass/Schone, 2001, S.128).

„Allgemein kann festgehalten werden, dass die elterliche Erkrankung für alle Kinder einen Bruch in der Kontinuität darstellt, weil sie sich auf alle Lebensbereiche der Kinder auswirkt: auf familiäre und soziale Beziehungen, auf Kindergarten bzw. Schule und Freizeit. Das führt zu einer Desorganisation der Kinder“ (vgl. Beeck, 2001, S.13).

Dieser Kongress machte ebenfalls deutlich, dass weder gesicherte empirische Erkenntnisse über die komplexe Problematik der Kinder und ihre Familien vorlagen, noch gab es ausreichende Unterstützungsangebote für diese Zielgruppe im Hilfespektrum von Jugendhilfe und Psychiatrie (vgl. Wagenblass/Schone, 2001, S.128)

Die Beantwortung der Frage, wie viele Kinder betroffen sind, gestaltet sich schwierig, da es Probleme bei der Abgrenzung zwischen psychischer Auffälligkeit und psychischer Erkrankung gibt. Zusätzlich ist auch die Registrierung der psychisch Erkrankten nicht einfach, da sich nicht alle psychisch Kranken in Behandlung befinden (vgl. Beeck, 2001, S.12).

Schon bei konservativen Schätzungen ist davon auszugehen, dass etwa eine halbe Million Kinder psychotischer Eltern, also von Eltern mit einer schizophrenen oder endogen-depressiven Erkrankung in Deutschland aufwachsen und leben (vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.5). Im weiteren werden in Deutschland Jährlich etwa 17000 Kinder geboren, die Eltern haben, die entweder an einer manisch-depressiv oder schizophren Störung erkrankt sind (vgl. Internetadressen, 5.). Damit sind andere weniger schwerwiegende Erkrankungen, die sich jedoch ebenfalls negativ auf die Entwicklung der Kinder auswirken können, wie z.B. Zwangserkrankungen, Essstörungen, Suchterkrankungen stofflich oder nicht stofflicher Art, noch nicht erfasst.

Insgesamt betrachtet, da nicht alle Störungsbilder berücksichtigt sind und sich auch nicht alle Betroffenen in Behandlung befinden, ist davon auszugehen, dass die Gesamtzahl der betroffenen Kinder weitaus höher ausfallen dürfte, als die Schätzungen vermuten lassen. Wenn man die verschiedenen, sich hinter den Zahlen verbergenden Krankheitsverläufe betrachtet, die sich in Dauer und Intensität in kontinuierliche, episodenhafte oder vorübergehende Erkrankungen unterscheiden, wird deutlich, dass es eine Vielzahl von Kindern und Jugendlichen gibt, die unter den Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern leben. Ihr gesamtes Leben und auch ihre Entwicklungsperspektiven werden durch diese Erfahrungen geprägt (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.12).

Bis heute sind nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen, die empirisch gesicherte Aussagen über die Folgen und Auswirkungen der psychischen Erkrankungen auf die Kinder gewähren, veröffentlicht. Ausnahmen bilden kinder- und jugendpsychiatrische Forschungen¹ an Hoch-Risiko Familien, die so genannten High-risk-Forschngen, die sich schon seit längerem mit den Auswirkungen der elterlichen psychischen Erkrankung auf die Kinder beschäftigen (vgl. Wagenblass, 2000, S.514).

¹ Umfassende Forschungen hierzu in Remschmidt /Mattejat , 1994.

3 Affektive und schizophrene Psychosen

Im folgenden wird nur auf die schwersten psychischen Erkrankungen, die psychotischen Störungen, eingegangen. An Hand der spezifischen Auswirkungen der psychotischen Störungen zeigen sich die besonderen Probleme, mit denen die Kinder von psychisch kranken Eltern zu kämpfen haben, am deutlichsten (vgl. Mattejat, 2001, S.66).

Zu den folgenreichsten psychotischen Störungen zählt Mattejat die Schizophrenien und affektiven Psychosen, zu denen die endogene Depressionen, Manien und die manisch – depressiven Erkrankungen gehören (vgl. Mattejat 2001, S.66). Um diesbezüglich einen besseren Überblick zu geben, wird zunächst auf die Ätiologie der Störungen eingegangen.

3.1 Ätiologie der Störungen

Aus dem Blickwinkel der Ätiologie spielen sowohl die genetischen Einflüsse als auch die Umweltfaktoren eine Rolle. Die Bedeutsamkeit der genetischen Einwirkungen wird durch verschiedene Studien hervorgehoben, wie z.B. Familien-, Zwillings- und Adoptivstudien².

Die Bedeutung der Umwelteinflüsse wird durch Studien unterstützt, die psychische Belastungen und familiäre Einwirkungen als auslösende und die Krankheit aufrechterhaltende Ursachen ausgemacht haben.

Weiterhin lassen sich Hirnfunktionsstörungen, Reifeverzögerungen und neuro-integrative Defizite als Einflüsse beschreiben, die ihren Ursprung sowohl in genetischen als auch in Umwelteinflüssen haben³.

Passend zu der Vorstellung einer multifaktoriellen Genese⁴ gibt es momentan unterschiedlichste Forschungsweige, die Beiträge zu einer differenzierten Ursachenklärung beisteuern. Die akademische Psychiatrie hat unter Berücksichtigung

² Auch hierzu sind Studien in Remschmidt /Mattejat , 1994 zu finden.

³ Studien hierzu sind in Remschmidt/Mattejat, 1994, S.14 zu finden.

⁴ Hierzu ist das Modell von Lewinsohn (1985) und dessen Modifizierung durch McCauley (1995) zu beachten, in Essau, 2002, S.114-118.

bisheriger empirischer Studien folgendes „Arbeitsmodell“ der Schizophrenie entwickelt:

Erbfaktoren und Umweltfaktoren müssen zusammen wirken um eine Schizophrenie auszulösen. Weder die Erbanlage noch die Umweltfaktoren allein sind im Normalfall dazu imstande eine solche Erkrankung hervorzurufen.

„Dieser Verkettung von Erbfaktoren (Anlagefaktoren) und Umweltfaktoren wird durch den Begriff „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ Rechnung getragen“ (Internetadressen, 2.)

Dieses Modell wurde 1977 von Zubin und Spring (vgl. Internetadressen, 2.) zunächst allein für die Schizophrenie eingeführt, nach heutigem Verständnis gilt es für die Ätiopathogenese aller psychischen Störungen.

Vulnerabilität ist nach W. Gaeble (vgl. Internetadressen, 2.) beschrieben als:

„(...) die subklinisch angeborene und/oder erworbene, d.h. ihrerseits multifaktoriell vermittelte Krankheitsdisposition (Erkrankungswahrscheinlichkeit), die in interindividuell und möglicherweise auch intra-individuell variierender Ausprägung vorliegt und erst durch das Hinzutreten zusätzlicher Faktoren (individuell kritische Ereignisse/Belastungen/Konflikte aus dem psychosozialen Umfeld, aber auch biologische „Stressoren“) die Störung über die Manifestationsschwelle treten lässt. Es wird eine kontinuierlich abgestufte Disposition (Diathese, Vulnerabilität) angenommen, die durch die Kombination von Indikatoren psychologischer, kognitiver und sozialer Auffälligkeiten definiert wird (...), die gehäuft bei sogenannten „high-risk“-Kindern gefunden werden“ (Internetadressen, 2.)

Zu den schwerwiegendsten psychischen Erkrankungen zählen die Psychosen, deren wichtigstes Merkmal die Störung des Realitätsbezugs ist. Zudem werden sie von einer Reihe weiterer Symptome begleitet, die nicht nur für den Patienten selbst, sondern auch für seine unmittelbare Umgebung schwerwiegende Folgen haben.

Im folgenden werden endogene affektive und schizophrene Psychosen beschrieben. Psychosen haben, abgesehen von ihrer Ätiologie folgende gemeinsame Merkmale:

1. Eine tiefgreifende Störung der Realitätsbeziehung.
2. Das Auftreten von produktiven Symptomen, wie z.B. Wahn, bisweilen auch Halluzinationen.
3. Einen zeitlich intermittierenden Verlauf, der die Erkrankung als Einbruch in die Stetigkeit der Entwicklung, des Erlebens und des Verhaltens erscheinen lässt.

(vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.11)

3.2 Schizophrene Störung⁵

Eine Schizophrenie ist durch die Störung des Denkens, Fühlens und Wahrnehmens gekennzeichnet.

Kennzeichen sind das Erleben von Gedankeneingebungen, Gedankenübertragung und Gedankenentzug durch das Hören von Stimmen, welche die Betroffenen über sich in der dritten Person sprechen hören. Die Wahrnehmung kann so verändert sein, dass Geräusche und Farben abnorm lebhaft erscheinen. Geräusche können zu Stimmen werden, die Tag und Nacht gehört werden. Die Auseinandersetzung mit der inneren Welt führt zur Überbelastung. Weitere Anforderungen der Außenwelt werden als Stress und Überforderung erlebt.

Die Stimmung der an Schizophrenie leidenden Menschen ist meist flach, ambivalent, antriebsgestört und unangemessen. Oft kommt es vor, dass es eine Prioritätsverschiebung gibt, bei der unbedeutende Kleinigkeiten einen zentralen Stellenwert einnehmen und wichtige Dinge in den Hintergrund treten. Da die Reaktion der Erkrankten auf die eigene innere Welt oft für die Angehörigen nicht nachvollziehbar ist, führt dies häufig zu einer Be- und Entfremdung von nahe stehenden Personen.

Die Grundfunktionen, die dem Menschen das Gefühl von Identität, Einzigartigkeit und Entscheidungsfreiheit geben, sind schwer beeinträchtigt und lösen ein Gefühl

⁵ Weitere Informationen hierzu unter folgenden Internetadressen:

www.psychiatrie.de/diagnose/schizo.htm

www.kuckuck.solution.de/schizo.html hier sind auch Erfahrungsberichte von Betroffenen zu finden,

www.kompetenznetz-schizophrenie.de

des Verlusts der Ich-Grenzen und Unsicherheit bezüglich der eigenen Person aus (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.37).

Die Lebenszeitprävalenz liegt bei rund einem Prozent, das Morbiditätsrisiko ist bei Männern und Frauen gleich, es ist jedoch feststellbar, dass Männer im Durchschnitt einige Jahre früher als Frauen erkranken.

Als diagnostische Kriterien gelten die im folgenden dargestellten Symptome:

Mindestens ein eindeutiges Symptom aus der folgenden Gruppe 1-4 oder zwei oder mehr Übereinstimmungen bei weniger eindeutigen Symptomen:

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- und Gliederbewegungen oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen, Wahnwahrnehmungen
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.
4. anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn (z.B. eine politische oder religiöse Persönlichkeit zu sein)

oder mindestens zwei Symptome der Gruppe 5-9:

5. anhaltende Halluzinationen begleitet von Wahngedanken
6. Gedankenabreißen oder Einschubung in den Gedankenfluss (Zerfahrenheit, Danebenreden, Neologismen)
7. katatone Symptome (z.B. Krampfstörungen, Erregung, Haltungsstereotypen)
8. Apathie, Sprachverarmung, verflachte Affekte, sozialer Rückzug, verminderte soziale Leistungsfähigkeit
9. durchgängige Veränderung des Verhaltens (z.B. Ziellosigkeit, Trägheit, in sich selbst verlorene Haltung)

Es wird eine schizophrene Störung diagnostiziert, wenn die Symptome länger als einen Monat und in ihrer Ausprägung deutlich vorhanden sind (ICD 10, entnommen aus: Schone/Wagenblass, 2002, S. 38).

3.3 Affektive Störungen

Im folgendem wird ein kurzer Überblick über die verschiedenen affektiven Störungen gegeben.

Affektive Störungen sind im allgemeinen Störungen der Stimmung und des subjektiven Gefühlszustandes. Diese können von einem Wechsel des Aktivitätsniveaus begleitet sein. Depressionen, Manien und manisch-depressive Erkrankungen gehören hierzu.

Affektive Störungen werden in unipolare Krankheitsbilder, die ausschließlich durch manische oder depressive Phasen und bipolare Störungen, die durch abwechselnde manische und depressive Phasen, wie Abbildung 1 verdeutlichen soll, gekennzeichnet sind, unterteilt.



Abbildung 1: Unterteilung der affektiven Störung (entnommen aus: Wagenblass, 2002, S.34).

3.3.1 Die Depression ⁶

Die Depression ist eine unipolare affektive Störung, die unter anderem, durch Verstimmung, Traurigkeit und Niedergeschlagenheit gekennzeichnet ist. Das ICD 10 unterscheidet die Depression in verschiedenen Schweregrade, dabei werden leichte und mittelstarke Depressionen in der Primärversorgung und der allgemeinen medizinischen Versorgung betreut, schwere depressive Störungen werden in der stationären Psychiatrie behandelt (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.34).

Klinische Merkmale der Depression kann man in folgende vier breite Kategorien einteilen:

Stimmung (Affekt):	traurig, leer, besorgt, reizbar
Kognition:	Verlust von Interesse und Freude, niedriges Selbstwertgefühl, negative Gedanken, Konzentrations-schwierigkeiten, Schuldgefühle, Unentschlossenheit, suizidale Gedanken
Verhalten:	sozialer Rückzug, Weinen, Abhängigkeit, psychosomatische Verlangsamung, Suizid
Somatisch:	erhöhter Schlafbedarf, Schlaflosigkeit, gestörter Appetit (meist vermindert), Störungen des Verdauungstraktes, Libidoabnahme

(vgl. Essau, 2002, S.17)

Eine schwere Depression wird diagnostiziert wenn diese Symptome ständig, jedoch mindestens zwei Wochen lang auftreten. Depressive Störungen verlaufen in Episoden, die Wochen, Monate und in manchen Fällen auch Jahre andauern können. Die Suizidrate liegt je nach Schweregrad und Symptomatik bei etwa vier bis fünfzehn Prozent (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.36).

⁶ Weitere Informationen zur Depression sind unter anderem hier zu finden: www.depression.de, www.kuckuck.solution.de/depress.htm

3.3.2 Die Manie

Die Manie ist gekennzeichnet durch grundlose Heiterkeit, übertriebene Selbsteinschätzung, Enthemmung, erhöhten Bewegungs- und Rededrang, Ideenflucht und Verschwendungssucht. Die Libido ist gesteigert und das Schlafbedürfnis stark reduziert. In den Anfängen werden Manien oft noch als positiv und produktiv erlebt, es kann aber auch Episoden geben, die durch erhöhte Gereiztheit und Misstrauen auffallen.

„Manie ist nicht gleich Glück. (...) Wer manisch ist, ist verzweifelt glücklich. Er sucht das Glück, wo er es nie finden wird – weit weg von sich selbst. Die eigene Anstrengung geht dabei so sehr über alle Kräfte, dass die anfängliche Euphorie bald der Angst weicht und die Verzweiflung immer größer wird.“ (Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare, 2001, in: Schone/Wagenblass, 2002, S.36)

Eine Manie wird diagnostiziert, wenn mindestens drei der genannten Symptome mindestens eine Woche andauern und so schwer sind, dass ein normales soziales und berufliches Leben nicht mehr möglich, zumindest eingeschränkt ist (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.36).

3.3.3 Manisch depressive Störung

Die manisch-depressive Störung wird auch als bipolare affektive Störung bezeichnet. In der allgemeinen Bevölkerung ist sie als Störung bekannt, bei der die Stimmung zwischen „himmelhochjauchzend“ und „zu Tode betrübt“ schwankt. Die Schwankung von einem Extrem zum anderen geschieht ohne äußeren Stimuli. Die manischen Episoden beginnen meist unerwartet und dauern im Durchschnitt zwischen zwei Wochen und vier bis fünf Monaten. Die bei dieser Störung nachfolgende depressive Episode dauert meist länger, im Durchschnitt sechs Monate, an. Der Verlauf und die Häufigkeit des Wechsels zwischen den Episoden ist individuell verschieden, es lässt sich jedoch feststellen, dass mit zunehmendem Alter die störungsfreien Intervalle immer kürzer werden und die Depressionen häufiger auftreten und länger andauern (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.37).

4 Stand der Forschung

Die sozialpädagogische Forschung hat sich bisher mit der Problematik von Kindern psychisch kranker Eltern noch nicht systematisch auseinandergesetzt.

„Eine fokussierte Befassung mit den Lebenslagen von Kindern psychisch kranker Eltern und eine darauf aufbauende konzeptionelle Diskussion, wie vor dem Hintergrund dieser Lebenslage die Kompetenzen und die Angebote der Jugendhilfe gestaltet sein müssten und mit welchen Kooperations- und Vernetzungsformen hier eine angemessene Hilfe und Unterstützung zu gewährleisten wäre, gibt es nicht“ (Schone/Wagenblass, 2002, S.21).

Zu den spezifischen Problemen von Kindern psychisch kranker Eltern gibt es Forschungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und auch zum Teil im juristischen Bereich⁷, auf die hier jedoch nicht weiter eingegangen wird (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.21).

4.1 Forschungsansätze

Die bekanntesten Forschungsansätze, die sich mit den Problemen von Kindern psychisch kranker Eltern beschäftigen, sind die High-risk-Forschung, Untersuchungen mit genetischer Fragestellung und sozialpsychiatrische und familientheoretische Studien⁸, die im folgenden kurz beschrieben werden.

4.1.1 High-risk-Forschung

Die High-risk-Forschung versucht herauszufinden und genau zu beschreiben, in welchen Merkmalen sich eine Gruppe mit hoher Erkrankungswahrscheinlichkeit von normalen Vergleichsgruppen unterscheidet. Es wurde festgestellt, dass Kinder von psychotischen Eltern gehäuft psychopathologische Auffälligkeiten zeigen. Die Untersuchungen ergaben, dass sie im kognitiven, wie auch im emotionalen Bereich

⁷ Weiterführend das Kapitel 1.3.2. Forschung zu rechtlichen Fragestellungen, in Schone/Wagenblass, 2002, S. 23-25.

⁸ Einzelne Forschungen zu den verschiedenen Ansätzen sind in Remschmidt /Mattejat , 1994 zu finden.

stark mit psychiatrischen Symptomen belastet waren und auch im Sozialverhalten häufiger Störungen zeigten. Bei dieser Risikogruppe konnten eine Vielzahl von Auffälligkeiten festgestellt werden, wie z.B. EEG- Auffälligkeiten, Aufmerksamkeits- und Denkstörungen sowie neurologische Veränderungen. Speziell bei Kindern von schizophrenen Eltern konnten diese Auffälligkeiten eindeutig nachgewiesen werden (vgl. Mattejat, 2001, S.66)

Die Anzahl der Untersuchungen von Kindern schizophrener Eltern ist seit den 70er Jahren erheblich angewachsen und gilt als Musterbeispiel der High-risk-Forschung und hat die Forschungsstrategien zur Ätiologie der Schizophrenie beachtlich vorangetrieben. (vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.16)

4.1.2 Genetische Studien

Die Frage, welche spezielle Rolle die Vererbung bei der Entstehung von psychotischen Erkrankungen spielt, wird bei Untersuchungen mit genetischer Fragestellung erforscht. Es konnte sowohl bei schizophrenen als auch bei affektiven Psychosen eine genetische Komponente ermittelt werden. Liegt das Lebenszeitrisiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, in der Normalbevölkerung bei etwa einem Prozent, so ist die Wahrscheinlichkeit für Kinder von schizophrenen Eltern ebenfalls zu erkranken um das zehnfache erhöht; sie liegt bei 10 bis 15 Prozent. Sind beide Eltern erkrankt, so steigt das Risiko selbst zu erkranken auf etwa 40 Prozent an und bei eineiigen Zwillingen liegt es bei etwa 50 Prozent. Im Vergleich hierzu haben zweieiige Zwillinge nur eine Konkordanz von 10 bis 15 Prozent. Abgesehen davon haben Kinder von Schizophrenen ein deutlich erhöhtes Risiko auch an anderen psychischen Störungen zu erkranken, die Komorbidität ist erhöht. Ähnlich sehen die Zahlen bei den affektiven Psychosen aus. Aus den Zahlen lässt sich schließen, dass erbliche Faktoren einen Anteil an dem Ausbruch einer Psychose haben, ihn jedoch allein nicht erklären (vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.295).

4.1.3 Sozialpsychiatrische und familientheoretische Untersuchungsansätze

Diese Studien gehen davon aus, dass Psychosen eine psychoreaktive Form der Reaktion auf bestimmte Ereignisse oder eine Verkettung von Lebensumständen sind. Hierbei wird auf den Aspekt der Familiendynamik besonderen Wert gelegt, z.B. die

Psychose als Auswirkung eines pathologischen Interaktionsmusters innerhalb der Familie.

Zu drei Aspekten konnten bislang folgende relevante Erkenntnisse gewonnen werden:

- Die Gefahr für eine psychotische Dekompensation durch belastende Lebensereignisse ist bei Kindern von psychisch kranken Eltern erhöht. Bedeutsam hierfür sind vor allem Trennungen und Personenverluste.
- Bestimmte Kommunikationsstörungen innerhalb der Familie erhöhen das Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken. Das sind vor allem Kommunikationsstörungen, die das Bilden eines gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus verhindern und somit einen zielgerichteten, produktiven Dialog nicht zustande kommen lassen.
- Der Verlauf und die Manifestation einer schizophrenen Erkrankung wird durch den Interaktionsstil beeinflusst, der in der Familie vorherrscht. In Familien, die durch ein hohes Maß an Feindseeligkeit oder Überprotektivität im Umgang miteinander gekennzeichnet sind, ist die Prognose ungünstiger als in Familien, in denen die „expressed emotions“⁹ Werte niedrig sind.

(vgl. Mattejat, 2001, S.66-61)

⁹ Studien hierzu sind im Kapitel 2.3.2.7 Emotionales Klima in der Familie, S. 45-46, in Renschmidt/Mattejat, 1994 zu finden.

5 Zur Situation von Kindern psychisch kranker Eltern

5.1 Probleme der Betroffenen und Angehörigen bei der Krankheitsbewältigung

Die häufigsten Probleme bei der Krankheitsbewältigung ergeben sich durch die Tabuisierung, Verleugnung, Überbetonung und Fixierung auf die Erkrankung. Vielfach kommt es zu einer Über- oder auch Unterforderung im familiären oder beruflichen Alltag für den Betroffenen.

Durch die Erkrankung wird die Beziehungsgestaltung nachhaltig beeinflusst. Die erkrankten Elternteile suchen verstärkt Unterstützung bei Angehörigen und Freunden, klammern sich an sie und überfordern diese damit. Das erzeugt Unsicherheit, Ängstlichkeit, Unselbständigkeit und Abhängigkeit. Häufig ziehen sich die Erkrankten zurück und sind nicht fähig soziale Kontakte aus Angst vor Ablehnung aufrecht zu erhalten. Als Konsequenz daraus kann es zu einer sozialen Isolation mit weiteren, die Krankheit verschlimmernden Folgen führen.

Die Angehörigen sind häufig mit der Problematik, die mit der psychischen Erkrankung einhergeht, überfordert und wissen nicht adäquat damit umzugehen. Daraus ergeben sich mehrere Probleme ihrerseits in Bezug auf die Beziehungsgestaltung zu den Erkrankten. Häufig kommen emotionale Überreaktionen, auch als „expressed emotions“ bezeichnet, vor, die sich in ärgerlichen, überkritischen und aggressiven Reaktionen aber auch überprotektivem Verhalten äußern. Im weiteren kann es zur Resignation kommen, die sich durch verschiedene Verhaltensweisen, wie z.B. durch depressive Reaktionen, Erschöpfung, Desinteresse, Distanzierung oder Abwendung ausdrückt.

Genaue Auswirkungen sind fallspezifisch und individuell zu betrachten. Auf Grund des vorgegebenen Rahmens kann nicht im einzelnen auf die speziellen Problemkonstellationen eingegangen werden (vgl. Mattejat, 2001, S.71).

5.2 Auswirkungen auf die Lebenssituation der Kinder

Aus den Untersuchungen¹⁰ bezüglich der Folgen die chronisch psychisch erkrankte Eltern auf die Lebenssituation und Entwicklung ihrer Kinder haben, geht folgendes hervor:

Ist ein Elternteil von einer derartigen Erkrankung belastet, zeigen sich vielfach deutliche Auswirkungen auf die Kinder. Diese treten sowohl in Verhaltensauffälligkeiten oder emotionalen Störungen zu Tage. Kinder psychisch kranker Eltern haben ein erhöhtes Risiko selbst an einer psychischen Erkrankung zu erkranken (vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.13). Kinder mit depressiven Eltern haben, um auf eine spezifische Störung einzugehen, eine sechsmal höhere Depressionsrate, als Kinder von nicht-depressiven Eltern (Essau, 2002, S.120).

Betreuungsdefizite durch fehlende Aufmerksamkeit und Zuwendung, sowie Zusatzbelastungen, z.B. durch die Haushaltsführung bei Krankenhausaufhalten, sind die augenfälligsten Auswirkungen (vgl. Mattejat/Lisofsky, 2001, S.73).

Mattejat unterscheidet bei der Analyse der Problematik der Lebenssituation von Kindern psychisch kranker Eltern zwischen unmittelbaren Problemen und Folgeproblemen (Mattejat, 1996, in: Wagenblass, 2000, S.515).

5.2.1 Unmittelbare Probleme

Unmittelbare Probleme lassen sich aus dem direkten Erleben der elterlichen Erkrankung herleiten. Probleme wie Desorientierung, Schuldgefühle, Tabuisierung und Isolation sind oft in der Nichtnachvollziehbarkeit des Verhaltens der Eltern begründet. Die Krankheitssymptome und Probleme der Eltern können von den Kindern nicht richtig eingeordnet oder verstanden werden. Dazu gehört, dass die Kinder häufig glauben Schuld an den psychischen Problemen der Eltern zu sein. Die Erkrankung wird zu einem Familiengeheimnis und wird aus Scham tabuisiert (vgl. Wagenblass, 2000, S.515). Die Tabuisierung geht oft von den Eltern aus und soll als Schutz für die Kinder dienen. Allerdings werden die Kinder durch die Tabuisierung nicht, wie von den Eltern gedacht, verschont, sondern einem massiven inneren Konflikt ausgesetzt. Ebenfalls kann den Kindern ein massives Kommunikationsverbot auferlegt werden, dessen Überschreitung einem Familienverrat gleich käme

¹⁰ In Remschmidt/Mattejat, 1994

und so ebenfalls einen starken inneren Konflikt verursacht (Schone/Wagenblass, 2002, S.16).

Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass dieser Konflikt gerade bei jüngeren Kindern massive Auswirkungen auf die Entwicklung haben kann, denn der eigenen Wahrnehmung wird auf Grund der Tabuisierung misstraut, da das tägliche Geschehen hinsichtlich der Erkrankung nicht thematisiert werden darf. Die Probleme und deren Bewältigung bleiben ausschließlich im Kreis der Familie, um dies zu ermöglichen wird eine „Mauer der Diskretion“ aufgebaut. Diese „Mauer der Diskretion“ bedingt eine Abgrenzung nach außen und führt vermehrt zu einem engeren Familienzusammenhalt (vgl. Beeck, 2001, S.15). Die Kinder reagieren auf diese Situation oftmals mit sozialem Rückzug, da sie nicht wissen, an wen sie sich wenden können, ihnen keine alternativen Handlungsoptionen zur Verfügung stehen (vgl. Wagenblass, 2000, S.515). Vielfach führt dies zu einer sozialen Isolierung der Kinder (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.16).

5.2.2 Folgeprobleme

Außer den oben beschriebenen unmittelbaren Problemen treten noch eine Reihe von Folgeproblemen auf. Diese werden indirekt, durch die durch Krankheit veränderte familiäre und soziale Situation verursacht. Es treten Betreuungsdefizite, Zusatzbelastungen der Kinder, Verantwortungsverschiebung auch als Parentifizierung bezeichnet, sowie Abwertungserlebnisse und Loyalitätskonflikte, innerhalb und außerhalb der Familie, auf (vgl. Wagenblass, 2000, S.515).

Die Eltern sind mit den eigenen Problemen soweit überfordert, dass es zu einem Defizit an Aufmerksamkeit und Zuwendung kommt. Die natürlichen Bedürfnisse der Kinder treten angesichts der problematischen Lage in den Hintergrund und die Kinder übernehmen oftmals die Aufgaben, die von den Eltern krankheitsbedingt, nicht mehr wahrgenommen werden können.

„Durch diesen Rollentausch geraten die Kinder oftmals in Erwachsenenrollen, die sie hoffnungslos überfordern“ (Wagenblass, 2000, S.515).

Es kommt zu einer Verantwortungsverschiebung. In der Regel obliegt den Eltern ab der Geburt die volle Verantwortung für die Kinder. Im Laufe der Entwicklung übernehmen sie zunehmend autonome Bereiche, bis sie in der Spätadoleszenz die

Selbständigkeit in soweit erreicht haben, als dass eine innere und äußere Loslösung von der Familie erfolgen kann. Im Fall der Parentifizierung dreht sich das Eltern-Kind Verhältnis um.

Die Eltern, die den Kindern eigentlich Schutz und Zuflucht, sowie Unterstützung bieten sollten, sind selbst schwach und klammern sich an die eigenen Kinder, die sich schon in jungen Jahren um das psychische Wohlergehen der Eltern sorgen müssen. Eigene Bedürfnisse der Kinder müssen verdrängt und verleugnet werden, um die Verantwortung für die Eltern tragen zu können. Die Kinder werden somit viel zu früh in die Rolle eines Erwachsenen, mit der dazugehörigen Verantwortung, gedrängt (vgl. Deneke, 1995, S.5).

„Den Kindern fehlt die Aufmerksamkeit, Geborgenheit und Anleitung durch das erkrankte Elternteil, das krankheitsbedingt nur mit sich selbst beschäftigt ist“ (Beck, 2001, S.14).

Die emotionale Bindung, die durch die Erkrankung entsteht, ist besonders eng zwischen Mutter und Kind, wenn diese die primäre Bezugsperson ist.

In den meisten Fällen ist ein Partner nicht vorhanden oder ist mit der Erkrankungssituation ebenfalls überfordert und somit emotional für das Kind nicht erreichbar. Unter diesen Bedingungen übernimmt das Kind aus Schuldgefühlen oft die Partnerrolle, fungiert als Partnerersatz, was zu einer weiteren Belastung führt (vgl. Beck, 2001, S.14). Aus Scham und Angst selbst wegen der psychischen Erkrankung der Eltern, die immer noch stigmatisierend wirkt, sozial ausgegrenzt und abgewertet zu werden, werden die familiären Probleme nicht nach außen formuliert (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.17). Das Bedürfnis der Kinder nach Verständnis und Aussprache ist groß, steht aber der Angst, die Eltern zu verraten, diametral entgegen. Daraus ergibt sich für die betroffenen Kinder ein sehr belastender Loyalitätskonflikt (vgl. Beck, 2001, S.15).

Dieser Loyalitätskonflikt besteht innerhalb der Familie, da die Kinder in partnerschaftliche Konflikte vielfach mit der implizierten Erwartung, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen, hineingezogen werden, und außerhalb der Familie, da sie sich vor Freunden für die elterliche Erkrankung schämen und dadurch zwischen Distanzierung und Loyalität gegenüber der Familie schwanken (vgl. Schone/Wagenblass, 2002, S.17).

Abgesehen davon erleben die Kinder permanente Grenzüberschreitungen durch ihre kranken Eltern, die in ihrem Ausmaß abhängig von dem Schweregrad der psychischen Erkrankungen sind.

„Dazu gehört beispielsweise, dass die Kinder nicht schlafen können, weil das kranke Elternteil schreit, zu laut Musik hört oder ...(es) sogar in der Nacht weckt, wenn es ...(ihm) „wichtige“ Fragen stellen muss. Oft müssen sich die Kinder auch ordinäre Beschimpfungen anhören oder verrückte Fragen beantworten“ (Beeck, 2001, S.14).

Realitätsverschiebungen, in denen das Kind selbst als krank, andersartig oder komisch durch die Eltern bezeichnet oder in Wahnvorstellungen miteinbezogen wird, wirken sich nachhaltig auf das Identitätsgefühl der Kinder aus, dies wird am folgenden Beispiel deutlich: Ein psychotischer Vater oder eine psychotische Mutter ist davon überzeugt, dass dem Kind etwas fehlt. Sie bringen es von einem Arzt zum anderen, damit alle Eventualitäten einer möglichen Erkrankung abgeklärt werden können. Die Wahnwelt, in der sich der Erwachsene befindet, wird lange nicht von Kleinkindern als solche wahrgenommen. Erst mit zunehmender kognitiver Reifung wird bemerkt, dass sich das Verhalten der Eltern von dem der Norm unterscheidet. Je jünger die Kinder sind, desto weniger können sie das Verhalten der Eltern als krankhaft einstufen und eine Grenze ziehen. Bis zum zehnten Lebensjahr werten die Kinder das Verhalten als Erziehung und suchen die Gründe ausschließlich bei sich selbst (vgl. Beeck, 2001, S.14).

Die meisten Kinder von psychisch kranken Eltern sind nicht über die Auswirkungen der Erkrankung auf das Fühlen, Denken und Handeln informiert. Dadurch wird der kindlichen Phantasie Freiraum für Spekulationen gelassen, die oft dramatischer sind als die Realität. Die Nichterklärbarkeit des Handelns der Eltern wird mit den eigenen Handlungen und dem eigenen Sein in Verbindung gebracht. Für plötzliche, nicht nachvollziehbare Stimmungs- und Affektschwankungen sowie Affektausbrüche suchen die Kinder Erklärungen im eigenen Verhalten, fühlen sich schuldig und vielfach abgelehnt.

„Gleichgültigkeit im Sinne von Affektverflachung wird als Liebesentzug und (...) als Sorge, nicht mehr liebenswert zu sein, erlebt, - bis hin zur Angst verlassen zu werden“ (vgl. Stöger, 1996, S.9).

Der Zusammenhang von Denkinhalt und Affekt geht verloren. Sind die Affekte nicht nachvollziehbar, so kommt es zum Phänomen der Affektdissoziation. Der Sicherheit vermittelnde und wesentliche Lernvorgang, bei dem bestimmte Wahrnehmungen bestimmten Gefühlsqualitäten zugeordnet werden, geht verloren. Ein zeitweiliger Realitätsverlust eines Elternteils gefährdet ebenfalls das vertrauensvolle Erleben und Erwerben eines verbindlichen Wirklichkeitsbildes und bedeutet für das Kind, die eigene Wahrnehmung immer wieder aufs neue in Frage zu stellen. Dadurch drängt sich ein Konflikt zwischen Bewahrung der Wirklichkeit oder Loyalität dem Elternteil gegenüber auf (vgl. Stöger, 1996, S.9).

5.3 Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder

Die direkten Auswirkungen der Erkrankung stellen einen hohen psychosozialen Risikofaktor bezüglich der seelischen Gesundheit des Kindes dar. Direkte Auswirkungen sind Beeinträchtigungen, die sich direkt durch die Erkrankung ergeben, wie z.B. Einschränkungen im Bereich der Betreuung und des Erziehungsverhaltens oder eine Trennung von den Eltern.

Hinzu kommen die indirekten Auswirkungen durch eine Häufung von psychosozialen Belastungsfaktoren. Dabei stehen psychosoziale Belastungen häufig miteinander in Wechselwirkung, das Vorkommen einer Belastung erhöht die Wahrscheinlichkeit für weitere (vgl. Mattejat, 2001, S.69). In Familien mit einem psychisch kranken Elternteil treten zusätzliche belastende Faktoren, wie eheliche Konflikte der Eltern, Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, vermehrt auf. Diese erhöhen die zuvor beschriebene Wahrscheinlichkeit einer kindlichen Erkrankung oder begünstigen zumindest eine Schädigung der Entwicklung des Kindes (vgl. Mattejat, 1996, 16).

Die Verstärkung der ungünstigen Effekte bei multiplen psychosozialen Belastungen wirkt sich besonders schwerwiegend auf die kindliche Entwicklung aus, da sich die Auswirkungen nicht nur addieren, sondern multiplikativ verstärken (vgl. Mattejat, 2001, S.69).

Sind die Kinder von psychisch erkrankten Eltern noch sehr klein, so ergibt sich hieraus eine besondere Problematik. Säuglinge und Kleinkinder sind in besonderer Weise auf das soziale Beziehungsgefüge der Eltern bzw. der Bezugspersonen angewiesen. Für die optimale Entwicklung sind neben der Befriedigung der

Grundbedürfnisse wie Ernährung und Pflege auch unterschiedliche Anregungen und Herausforderungen nötig. Die erste erfahrbare Form von Anerkennung und Sicherheit ist die emotionale Zuwendung von anderen Menschen, die erst das positive Erleben von Herausforderungen möglich macht. Ohne ein Gefühl der Sicherheit, Geborgenheit und Schutz werden neue Situationen als Bedrohung interpretiert und überfordern das Kind. Die Erfahrung des Kindes, auf die Zuwendung der Bezugsperson vertrauen zu können, fördert entscheidend sein Selbstvertrauen. Bleiben den Kindern weitgehend positive Erfahrungen in diesem Bereich verwehrt, so sind sie bereits früh gezwungen, sich auf sich selbst zu verlassen und Ich-bezogene Strategien zur Aufrechterhaltung des inneren Gleichgewichts und der eigenen Handlungsfähigkeit zu entwickeln¹¹.

Die emotionale Ansprache stellt für Säuglinge und Kleinkinder eine wichtige Basis für das sich entwickelnde Selbsterleben dar und ist mit zunehmender Entwicklung auch eine Motivation für Explorationsverhalten und Aktivität. Gerade deshalb wird dem emotionalen Austausch zwischen Kind und Bezugsperson eine zentrale Bedeutung hinsichtlich der Entwicklung beigemessen¹² (vgl. Schone/Wagenblast, 2002, S.19-20).

¹¹ vgl. hierzu den unsicher-vermeidenden Bindungstyp, der im folgenden als adaptives Handlungsmuster auf solches Verhalten beschrieben wird.

¹² weiterführend hierzu: Klitzing, von K: Psychotherapeutisches Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern und ihren Eltern, 1998. In Bezug auf die Sprache hinsichtlich der Bindungssicherheit: Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen, S. 353-375. In: Brisch/Grossmann/Grossmann/Köhler (Hrsg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2002

6 Kindliche Entwicklungspsychologie

Alle Kinder haben bereits bei der Geburt eine Geschichte, die ihren Weg mitbestimmt. Die genetische Ausstattung determiniert Aussehen und Geschlecht, organische Stärken und Schwachstellen sowie bestimmte Krankheitsanfälligkeiten. Die pränatalen Lebensbedingungen variieren schon erheblich durch die Lage der Plazenta und die spezifische Durchblutung der Nabelschnur sowie taktile und auditative Reize, die das Kind im Bauch der Mutter erreichen. Die psychische Verfassung der Mutter und ihre physische Kondition haben in diesem Stadium ebenfalls einen Einfluss auf das ungeborene Kind. Zusätzlich spielt es eine Rolle, ob die Mutter bestimmte Medikamente, Alkohol oder andere Suchtmittel in der Schwangerschaft zu sich nimmt und so mit in den symbiotischen Kreislaufmechanismus des Kindes aufnimmt.

Auch die Geburt hat einen Einfluss auf die Geschichte des Kindes und kann positiv oder negativ für das Kind verlaufen. Schon vor dem ersten Atemzug kann somit schon vieles günstig oder ungünstig für das Kind verlaufen sein. Mit zunehmender kognitiver Entwicklung und Aktivität des Kindes multipliziert sich die Bandbreite positiver und negativer Einflussmöglichkeiten, die durch die sensorischen Eingänge der Außenwelt, also durch psychosoziale Einflüsse, die weitere Entwicklung bestimmen. Das Ausmaß der Bedürfnisbefriedigung und des Wohlwollens, die dem Kind entgegengebracht werden, wird zum zentralen Element seiner Entwicklungschancen. Angewiesen auf die intuitive Fürsorge und Bindung an die Eltern, ist das Kind auch immer deren Störungen ausgesetzt, die nachteilige Folgen für das Kind haben können.

„So weiß man inzwischen, dass unterlassene elterliche Fürsorge, wie etwa starke Vernachlässigung und Nichtbeachtung des Kindes ähnlich schwere psychiatrische Störungen zur Folge haben kann wie aktive Misshandlungen oder Missbrauch“ (Koch-Stoecker, 2001, S.50).

Ungeachtet der individuellen veränderlichen Entwicklungsbedingungen ist die Struktur der kindlichen Entwicklung biologisch durch die Ontogenese festgelegt und somit auch vergleichbar. Nach Piaget ist die kognitive Entwicklung des Kindes ein Prozess, der in sich überlappende Entwicklungsstufen eingeteilt ist und sich von der

Geburt bis zur Adoleszenz erstreckt. Das Denken des Kindes entwickelt sich von einem egozentrisch faktischen zum abstrahierend virtuellen. Dabei baut das Kind aktuelle neue Erfahrungen durch Äquilibration, also durch Akkomodation und Assimilation in sein Schema der inneren Vorstellungen über das funktionieren der Welt, ein (vgl. Piaget, 1967, in: Koch-Stoecker, 2001, S.50). Der Äquilibrationsprozess ist wichtig für die Gestaltung der Interaktion und sorgt für Struktur und Verlässlichkeit im Erleben der Welt.

In frühen Entwicklungsphasen überwiegt die Assimilation, das Kind baut die Erfahrungen aus der Umwelt in bestehende Schemata ein. Durch psychosoziale Lebensbedingungen können diese Prozesse gefördert aber auch behindert werden, z.B. können durch eine ungeordnete unvorhersehbare, wenig verlässliche subjektive Welt das Widererkennen von Strukturen und damit die Assimilationsprozesse in den frühen Entwicklungsphasen erschwert oder sogar völlig gestört werden. Die Schemata in Bezug auf die Umwelt werden unsicher und das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung schwindet.

Auch das Gegenteil, rigide Regeln, die das Explorationsverhalten des Kindes behindern, reduzieren die Möglichkeit zur Akkomodation, dem Vorgang, bei dem das Kind unter Einfluss von neuen Erfahrungen seine Schemata korrigiert. Die Interaktionsbreite der verfügbaren Schemata und der Außenwelt bleibt eng und unstimmig. Beides kann zu Einschränkungen in der Wahrnehmung führen, Beurteilungen von Erlebnissen und die soziale Interaktion können gestört werden.

Nach Piagets Stufenmodell steht eine neue Stufe an, wenn das verfügbare Assimilationsrepertoire für Entwicklungsaufgaben nicht mehr ausreicht und neue Wege erforderlich werden (vgl. Piaget, 1967, in: Koch-Stoecker, 2001, S.50). Stufenübergänge bedeuten in der Entwicklung des Kindes immer Krisenzeiten, in denen das Kind neue Weltmodelle benötigt, da die alten nicht mehr passen und noch keine neuen Modelle zur Verfügung stehen.

Diese Unstimmigkeiten in der Anforderungssituation, in denen kein Schema mehr passt, beunruhigt die Kinder und macht sie ambivalent und aggressiv. Damit werden an dieser Stelle die Affekte als zentrale Punkte für die kognitive Entwicklung wichtig. Diese hat Piaget als Triebfeder allen Verhaltens beschrieben (vgl. Piaget, 1966 in: Koch-Stoecker, 2001, S.51).

Da Piaget keine eigene affektive Entwicklungstheorie verfasst hat, verweist er hierzu auf Freud. Nach Freud können einschneidende und traumatische Erfahrungen in der frühen Kindheit bei gegebenen auslösenden Faktoren psychische Störungen im Erwachsenenalter zufolge haben¹³.

Unter entwicklungspsychologischer Betrachtung kann zusammenfassend ein förderliches Erziehungsklima wie folgt beschrieben werden:

Kinder brauchen Aufmerksamkeit und Sicherheit in einem adäquaten Bewegungsspielraum, in dem Klarheit, Struktur und sinnvolle Grenzen herrschen. Sie benötigen zuverlässige Hilfe in Situationen die sie selbst noch nicht bewältigen können, respektvolle Behandlung und liebevolle, einführende Unterstützung. Es muss für Anregungen, die ihrem Entwicklungsstand angepasst und lösbar sind, wie für Rückzugs- und Ruhemöglichkeiten gesorgt werden.

„Klarheit und Transparenz von Strukturen, lösbaren Anforderungen und affektive Sicherheit gewährleisten die innere Sicherheit und fördern eine gesunde Entwicklung“ (Koch-Stoecker, 2001, S.51)

Nicht jede Abweichung bedeutet eine pathologische Entwicklung des Kindes.

„Schwierig wird es aber dann, wenn starre Einengung oder Strukturlosigkeit die neuronalen Netzwerke des Kindes in seiner komplexen Entfaltung und Festigung durchgängig beeinträchtigen.“ (Koch-Stoecker, 2001, S.51)

Aus bindungstheoretischer Sicht, die im Kapitel „ 7 Bindungstheorie“ näher beschrieben wird, lassen sich diese Anforderungen ebenfalls bestätigen:

„Zu den wichtigsten Entwicklungen innerhalb der Psychiatrie (...) gehört das ständige Wachstum der Einsicht, dass die Art der elterlichen Zuwendung, die das Kind in den ersten Lebensjahren erfährt, von entscheidender Bedeutung für dessen späteren geistigen Gesundheitszustand ist.“ (Bowlby, 1973, S.15)

„(...) eine unerlässliche Voraussetzung (für) geistige Gesundheit..(ist) dass Säugling und Kleinkind in einer herzlichen, innigen und dauerhaften Beziehung zur Mutter oder ständigem Mutterersatz, Glück und Befriedigung finden“ (Bowlby, 1973, S.15).

¹³ Vgl. Freud, Sigmund: Abriss der Psychoanalyse. Fischer Taschenbuch Verlag, 7. unveränderte Auflage, Frankfurt am Main, 1999

Auch Rutter kommt schon 1978 zu dem Ergebnis, dass *“(...) die positive Gefühlsbindung ein grundlegendes Merkmal der Mutter-Kind-Beziehung darstellt“* (Rutter, 1978, S.23) und *„(...) dass die Sensibilität der Mutter für die vom Kind ausgehenden Signale einen Schlüsselfaktor darstellt.“* (Rutter, 1978, S.22)

Die Aufmerksamkeit oder auch Feinfühligkeit der Mutter ist somit sehr entscheidend für die Bindung des Kindes und der damit verbundene Vulnerabilität.

6.1 Auswirkungen der psychotischen Symptome

Im folgendem werden die Kinder vereinfacht in zwei Altersgruppen eingeteilt: junge Kinder bis zum Schuleintritt und Schulkinder. Die Unterteilung zwischen beiden Altersgruppen erfolgt an dieser Stelle, da die Kinder etwa ab diesem Zeitpunkt die Stufe des operativen Denkens, gemäß Piagets Stufenmodell der kognitiven Entwicklung, erreichen. Die Grenze wird gezogen, da die Kinder mit dem Eintritt in diese Phase in der Lage sind, die eigenen Wahrnehmungen zu reflektieren. Mit etwa sechs Jahren, also ungefähr ab dem Zeitpunkt der Einschulung, beginnt diese Phase (vgl. Koch-Stöcker, 2001, S.54).

Der Mangel an Verlässlichkeit und Zuwendung ist für kleinere Kinder einer psychotischen Mutter das zentrale Problem. Durch die krankheitsbedingte Wechselhaftigkeit der Affekte, einmal überfürsorglich engagiert, dann wieder abweisend, distanziert oder abwesend, glückt die Konstruktion verlässlicher Schemata nicht mehr.

„Die Assimilation von Erfahrungen in vertraute Muster sind genauso wenig hilfreich wie die Versuche, durch Akkomodation eigene Vorstellungen stets neu zu überarbeiten. Feste Vorstellungen von der Welt entstehen nicht, der eigenen Wahrnehmung und Interpretation wird misstraut, da die Unberechenbarkeit einer Strukturbildung zuwider läuft. Die Welt scheint beliebig, nicht vorhersehbar, nicht durch eigene Aktivitäten zu steuern.“ (Koch-Stöcker, 2001, S.55)

Es entsteht ein Gefühl der Unfähigkeit Einfluss nehmen zu können, d.h. ein Gefühl des passiven Ausgeliefertseins. Vertraute Abläufe und neue Situationen werden

ängstlich-besorgt erwartet und schicksalhaft hingenommen. Der Mangel an kognitiver Strukturbildung drückt sich also im affektiven Bereich durch Verängstigung und Unausgeglichenheit aus.

Abhängig von der familiären Situation, Dauer und Art der Erkrankung der Mutter und der persönlichen Ausstattung der Kinder werden unterschiedliche Wege gefunden, mit der Psychose der Mutter umzugehen.

Die Reizüberforderung behindert im kognitiven Bereich die Ausbildung von festen Strukturen und Sicherheit gebender Vorstellungsbilder über die Welt, was bei den Kindern die Entscheidungsfähigkeit schwächt. Reduzierte Reizangebote können zum Teil durch eine erhöhte Phantasiefähigkeit kompensiert werden. Die mangelnde affektive Sicherheit schränkt die Ausbildung eigener Konzepte und das Hineinwachsen in die Welt ein.

Als Konsequenzen können sich Überforderung und Angst, kompensatorische Aggressivität oder reduzierte affektive Ausdrucksfähigkeit einstellen. Ebenfalls kann es für die Kinder schwierig werden, sich fallen lassen zu können, zu entspannen oder in spielerischer Leichtigkeit aufzugehen (vgl. Koch-Stoecker, 2001, S. 55-56).

Ältere Kinder können, wenn sie mit wechselnden Stimmungszuständen der Bezugsperson konfrontiert werden, unterschiedliche Bewältigungsstrategien je nach Temperament, Vorerfahrung, Geschwisterkonstellation etc. anwenden. Sie erleben oft, dass affektive Steuerung und Transparenz nicht gefragt sind, da die eigenen Affektäußerungen ungehört zu verhallen scheinen. Daraus ergeben sich häufig Probleme bei dem Versuch angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln (vgl. Koch-Stoecker, 2001, S.56). Bei älteren Kindern und im Erwachsenenalter lassen sich häufig existentielle Ängste erkennen, die durch das Gefühl, sich nur auf sich selbst verlassen zu können, ausgelöst werden. Verlustängste durch das ständige Verlusterleben durch die Stimmungswechselhaftigkeit verstärken das ohnehin starke Sicherheitsbedürfnis.

Durch die andauernde Grenzüberschreitung ist das Selbstwertgefühl der Kinder oft nicht mehr vorhanden, und sie sind stark von der Bestätigung von außen abhängig. Eigene Grenzen werden nicht mehr wahrgenommen und können damit anderen Menschen auch nicht mehr gesetzt werden.

Die extrem hohe Leidensfähigkeit gepaart mit dem ständigem Gefühl überfordert zu sein, führt zu einem enormen inneren Druck, der zusätzlich durch das Bestreben

erhöht wird, im Erwachsenenalter anderen Personen gegenüber eine Schonhaltung einzunehmen, die früher der Mutter galt um einen „Ausbruch“ der Krankheit zu verhindern. Durch die fehlende Anerkennung entwickeln die Kinder ein großes Geltungsbedürfnis.

Psychosomatische Beschwerden kommen ebenfalls häufig vor und äußern sich unter anderem als Schlafstörungen mit Alpträumen oder auch als Blasendruck und Magen-/Darmbeschwerden. (vgl. Beeck, 2001, S.21-22)

In Bezug auf die Beziehung zur kranken Mutter können Schuld, Scham, Mitleid, Fürsorge, Verantwortlichkeit, Ablehnung, Wut und Flucht isoliert oder in Kombination die Einstellung bestimmen. Die eigenen Bedürfnisse werden zugunsten der Mutter ignoriert, jedoch werden manchmal auch Kompetenzen gewonnen, wie z.B. die Organisationsfähigkeit oder Empathie (vgl. Koch-Stoecker, 201, S.57-58).

Hinsichtlich geeigneter Bewältigungsstrategien sind diejenigen Kinder am stärksten gefährdet, denen neben der kranken Mutter keine gesunden stabilisierenden Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Die Qualität und der Umfang des Beziehungsnetzes hat einen großen Einfluss auf den Entwicklungsweg der Kinder (vgl. Koch-Stoecker, 201, S.57-58).

7 Die Bindungstheorie

„(...) die Art der elterlichen Zuwendung, die das Kind in den ersten Lebensjahren erfährt (ist) von entscheidender Bedeutung für dessen späteren geistigen Gesundheitszustand(...)“ (Bowlby 1973, S.15).

John Bowlby, englischer Psychiater und Psychoanalytiker, ist Begründer der Bindungstheorie, die er in den 50er Jahren entwickelte und später umfassend in seiner Trilogie über Bindung, Trennung und Verlust ausformulierte. (vgl. Brisch, 2000, S.81) Die Bindungstheorie geht davon aus, dass im Laufe der evolutionären Entwicklung der Mensch zur Sicherung seiner Existenz mehrere Verhaltenssysteme entwickelt hat. Das Bindungssystem ist eines davon, es soll in Gefahrensituationen, bei Kummer oder Gefühlen von Verlassenheit, den Schutz und die Zuwendung der Bezugsperson sichern (vgl. Hofmann, 2002, S.194). Bowlby betrachtet die Bindung als ein sich wechselseitig bedingendes und selbstregulierendes System, an dem Mutter und Säugling teilnehmen (vgl. Bowlby, 1976, in: Brisch, 2001, S.35). Der Unterschied zwischen Beziehung und Bindung in diesem System besteht darin, dass Bindung nur einen Teil des komplexen Systems der Beziehung darstellt.

Die Bindungstheorie beinhaltet ethologisches, entwicklungspsychologisches, systemisches und psychoanalytisches Denken. Sie befasst sich in ihren Annahmen mit den frühen Einflüssen auf die emotionale Entwicklung des Kindes und versucht die starken Bindungen zwischen Individuen zu erklären (vgl. Brisch, 2001, S.35).

Bowlbys zentrale Aussage der Bindungstheorie ist, dass der Säugling eine angeborene Neigung hat, Nähe zu der Bezugsperson zu suchen. Bindungsverhaltensweisen wie Schreien, Lächeln, Anklammern und Nachfolgen sind dazu notwendig, die Nähe, die der Säugling braucht, wieder herzustellen. Das Bindungsverhalten wird aktiviert, wenn sich der Säugling müde, ängstlich, krank, unsicher oder allein fühlt (vgl. Dornes, 2000, S.23).

Ist die Hauptbezugsperson nicht erreichbar, so kann auch ersatzweise eine andere, sekundäre Bezugsperson aufgesucht werden. Die Hauptfunktion der Bezugsperson ist, dem unselbständigen menschlichen Säugling Sicherheit zu geben und ihn vor Bedrohungen und Gefahren zu schützen. Sie fungiert als „sicherer Hafen“, in den sich der Säugling retten und Schutz und Hilfe erwarten kann. Das Bindungssystem bleibt

das ganze Leben aktiv. Das zeigt sich bei Erwachsenen daran, dass sie in ängstigen Situationen ebenfalls Personen aufsuchen, bei denen sie Hilfe und Unterstützung erwarten können.

Werden die Bedürfnisse des Säuglings auf eine feinfühlig Weise befriedigt, so kann sich als Ergänzung zum Bindungssystem auch das System zur Erkundung der intrapsychischen Welt der Gefühle und Bedürfnisse der äußeren Umwelt aktivieren. Fühlt sich ein Säugling sicher und geborgen, kann er aus dem „sicheren Hafen“, der Mutter, seine Umwelt explorativ erforschen. Wenn Bindungsbedürfnisse nicht oder nur in unzureichender Weise befriedigt werden, kann dies zu ambivalenten Gefühlen der Bindungsperson gegenüber, sowie zu Wut und Enttäuschung führen (vgl. Brisch, 2000, S.81).

In sicheren Bindungsbeziehungen ist die Bindungsperson in vollem Umfang ein „sicherer Hafen“ für das Kind. Das Kind sucht bei der Bindungsperson Nähe und Zuwendung, wenn das Bindungssystem erregt ist. Bekommt es diese, stellt sich wieder eine psychische Sicherheit beim Kind ein, die es befähigt, explorativ und spielerisch-konzentriert seine Umwelt zu erforschen. Ohne Exploration und spielerisches Erkunden könnte weder das Kind, noch der spätere Erwachsene, sich mit seiner Umwelt vertraut machen und in ihr existieren.

Der Zoologe Adolf Portmann (vgl. Internetadressen, 2.) hat wiederholt auf die spezifische menschliche Ausstattung des Menschen für Exploration und Kommunikation hingewiesen. Er stellte fest, dass menschliche Kinder in einem physiologisch weniger reifen Zustand zur Welt kommen, als subhumane Primaten-Kinder. Das Ausmaß der Markscheidenreifung des zentralen Nervensystems beim menschlichen Säugling ist erst mit 18 Monaten mit dem von subhumanen Primaten-Kinder vergleichbar. Erst ab diesem Zeitpunkt beginnt die eigentliche Entwicklung der menschlichen Sprache und Erkenntnis. Die relative Unreife des menschliche Säugling zum Zeitpunkt der Geburt wird in einem evolutionärem Kompromiss zwischen schnellem Gehirnwachstums einerseits und den durch den aufrechten Gang engen Geburtskanal andererseits gesehen.

Dies verdeutlicht auch die Notwendigkeit der speziellen Bindung, die ein menschlicher Säugling außerhalb des Mutterleibs zu der ihn betreuenden Person in der frühen sozialen Welt aufbaut. Unzählige Wechselbeziehungen tragen dazu bei,

individuelle Bindungen entstehen zu lassen, die nicht aufgrund schablonenhafter Instinkte entstehen.

Die sich aus den Bindungsqualitäten entwickelnden explorativen Qualitäten fallen nach Portmann in die Zeit des „Extra-uterinen Frühjahrs“. Das Extra-uterine Frühjahr bereitet im Rahmen der Bindungsbeziehungen Sprache, einsichtsvolles Handeln und Kommunikation vor.

Das Explorieren verursacht oft emotionale Konflikte zwischen Ängstlichkeit und Faszination. Das lateinische Wort für Neugier „Curiositas“, beinhaltet drei Aspekte:

1. den Wunsch oder die Neigung über alles zu lernen, insbesondere was neu ist oder fremd
2. das Interesse, was dazu anregt sich mit dem Neuen zu befassen
3. Sorgfalt und Aufmerksamkeit gegenüber Detail, Genauigkeit und Exaktheit

In allen drei Bereichen können negative Gefühle auftreten. Der Umgang mit negativen Gefühlen beim Explorieren ist genauso wichtig im weiteren Sinne wie der Umgang mit negativen Gefühlen gegenüber der Bindungsperson im engeren Sinne. Die Organisation der Gefühle beim Explorieren spielt ebenso wie beim Trennungsstress eine wichtigere Rolle. Grossmann und Grossmann gehen davon aus, dass die Begeisterung für das Explorieren auch mit der psychischen Sicherheit, die sich aus der Bindungsbeziehung ergibt, zusammenhängt (vgl. Internetadressen, 2.). Flexible und zielkorrigierte Verhaltensstrategien entstammen den aufeinander bezogenen Systemen, dem Bindungssystem, begünstigt durch die Bindungssicherheit und dem explorativen System unterstützt durch die explorative Sicherheit.

Aus dieser Organisation der Gefühle entwickelt das Kind seine Autonomie, mit seinen individuellen Motiven und Erkenntnissen (vgl. Internetadressen, 2.).

7.1 Entwicklungsphasen der Bindung

Die Bindungsentwicklung wird von Bowlby und Ainsworth über vier Phasen beschrieben:

1. Vorphase oder Phase der unterschiedslosen sozialen Reaktionsbereitschaft (0 bis 12 Wochen):

Der Säugling orientiert sich allgemein an der Zuwendung, die ihm entgegengebracht wird, unterscheidet aber nicht, wer sie ihm entgegen bringt. In dieser Phase lernt er allmählich die Interaktionspartner zu unterscheiden. Trennungen von den Eltern sind in dieser Phase noch am ehesten vertretbar.

2. Phase der Differenzierung der Interaktionsbereitschaft und beginnender Bindung (2 bis 6 Monate):

Der Säugling hat gelernt zu unterscheiden und zeigt Präferenzen zu ausgesuchten Personen, lässt sich auch nicht mehr unterschiedslos von jedem trösten. Unbekannte Interaktionspartner werden in dieser Phase noch akzeptiert.

3. Phase der eigentlichen Bindung (6 bis 12 Monate):

Der Säugling hat klare Bindungsmuster entwickelt, die seine Erfahrungen mit der Bindungsperson zusammenfassen. Die Einschätzung wie psychologisch zugänglich eine Bezugsperson ist, dient dem Kind als Halt und Orientierung bei Unsicherheit und bestimmt sein Verhalten bei der Exploration seiner Umwelt. Wichtigste Voraussetzung hierfür ist die Entwicklung einer Objektpermanenz. Das Kind muss begreifen können, dass Personen weiter existieren, auch wenn sie aus dem Sichtfeld verschwinden. Es lernt sein Verhalten flexibel einzusetzen, um die Bezugsperson in seiner Nähe zu haben.

4. Phase der Dezentrierung oder der zielkorrigierten Partnerschaft (Kindergartenalter):

Im zweiten Lebensjahr macht das Kind wichtige Erfahrungen über die eigene Wirksamkeit und das eigene Selbst in der Interaktion mit der Bezugspersonen, die als sichere Basis und als Unterstützung in dieser Phase fungieren. Im dritten Lebensjahr versucht es die Ziele der Bezugspersonen, z.B. durch überreden so zu beeinflussen,

dass sie ihrem Verlangen nach Nähe nachkommen. Das Kind beginnt ein partnerschaftliches Verhalten, das auch unterschiedliche Bedürfnisse der Einzelnen voraussetzt und akzeptiert. Diese Bindungsmodelle werden auch in andere Sozialisationskontexte, wie in das Gleichaltrigensystem, hineingetragen (vgl. Suess, 2001, S.42; Hofmann, 2002, S.195).

7.2 Innere Arbeitsmodelle

Bindungsverhalten begleitet den Menschen von der Geburt bis zum Tod (Bowlby, 1979, in: Fremmer-Bombik, 1999, S.109).

Das Kind ist von Geburt an mit einem Repertoire an Verhaltensmöglichkeiten ausgestattet, das ihm dazu dienen soll, die Nähe zu einer Pflegeperson aufrecht erhalten zu können. Das Weinen stellt hierbei das Auffälligste unter den Signalverhaltensweisen dar.

Die Feinfühligkeit der Eltern ist das Komplement zum Bindungsverhalten des Kindes, sie bedingt das Bindungsverhalten des Kindes (vgl. Fremmer-Bombik, 1999, S.109). Es bildet aus den vielen Interaktionserlebnissen, die Trennungen und das Wiederherstellen von Nähe beinhalten, innere Modelle des Verhaltens und den damit verbundenen Affekten aus (vgl. Brisch, 2001, S.37). Dieses innere Arbeitsmodell ist eine innere Repräsentation der Bindung, die Kinder von sich und ihren Bindungsfiguren aufbauen. Die wichtigste Funktion dieser inneren Arbeitsmodelle ist es, Ereignisse aus der realen Welt zu simulieren, um antizipatorisch handlungsfähig zu werden (vgl. Bowlby, 1969, in: Fremmer-Bombik, 1999, S.110).

Unterschiedliche Bindungsfiguren erfordern vom Kind eine hohe Anpassungsleistung. Verschiedene Erfahrungen müssen in ein Gesamtmodell der Umwelt integriert werden. Gelingt diese Integration, so entsteht eine kohärente und flexible Abbildung der Wirklichkeit. Das Kleinkind benutzt diese Modelle als grundlegende Organisation von Erwartungen und Gefühlen, die es von einer Situation zur nächsten bringt. Unterschiedliche Modelle führen zu unterschiedlichem Verhalten, das sich dann in den Bindungsarten ausdrückt, auf die im folgenden noch näher eingegangen wird.

Bowlby und Main gehen davon aus, dass die inneren Arbeitsmodelle aktive Konstruktionen sind, die neu strukturiert werden können. Sie sind also keine

passiven Introjektionen von Objekten aus der Vergangenheit. Eine Neustrukturierung ist schwierig, da organisierte Modelle dazu tendieren, unbewusst zu wirken und dramatischen Veränderungen zu widerstehen. Das Arbeitsmodell entwickelt sich aus den Handlungen des Kindes, deren Konsequenzen und der Eltern-Kind-Interaktion (vgl. Main, 1985, in: Fremmer-Bombik, 1999, S.110).

Es ist somit kein objektives Bild der Bindungsfigur oder einer beliebigen Person, sondern die Repräsentation der Geschichte der Responsivität bezüglich der Erwartungen und Handlungen in der Interaktion (vgl. Fremmer-Bombik, 1999, S.110).

Eine positive Beziehungserfahrung fördert den Aufbau eines Arbeitsmodell von sich selbst als liebenswert, wobei die positiven Auswirkungen in Bezug auf das Selbstwertgefühl ebenso als Schutzfaktor dienen, wie die Entstehung von Arbeitsmodellen von anderen Personen als vorwiegend hilfsbereit. Zusätzlich wirken sich Unterstützungserfahrungen bei der Exploration und dem effektiven Umgang mit den Anforderungen der Umwelt positiv auf die Entstehung eines Selbstbilds aus, dass sich selbst als kompetent und wirksam ansieht (vgl. Zimmermann, 2002, S.151). Die Organisation der Gefühle und des Verhaltens des Kindes ist in den ersten Lebensjahren stark von der Bindungsbeziehung zu der Bindungsfigur abhängig. Diese externe, durch die Bezugsperson bedingte Organisation, wird je nach Stand der Entwicklung, durch eine zunehmende Selbstregulation ergänzt und ersetzt (vgl. Zimmermann/Suess/Scheuerer-Englisch/ Grossmann 2000, S.303). Diese Zusammenhänge werden in Abbildung 2 verdeutlicht.

Innere Arbeitsmodelle beeinflussen die Ausbildung des Selbstwerts und haben Auswirkungen darauf, wie im weiteren Lebensverlauf Beziehungen gestaltet werden.

Die Möglichkeit, auch bei emotionalen Belastungen die eigenen Ziele adäquat verfolgen zu können, sich dabei als kompetent und selbstwirksam zu erleben, hängt ebenso davon ab, wie die Fähigkeit sich in solchen Situationen Hilfe holen und annehmen zu können (Zimmermann, 2002, S.151).

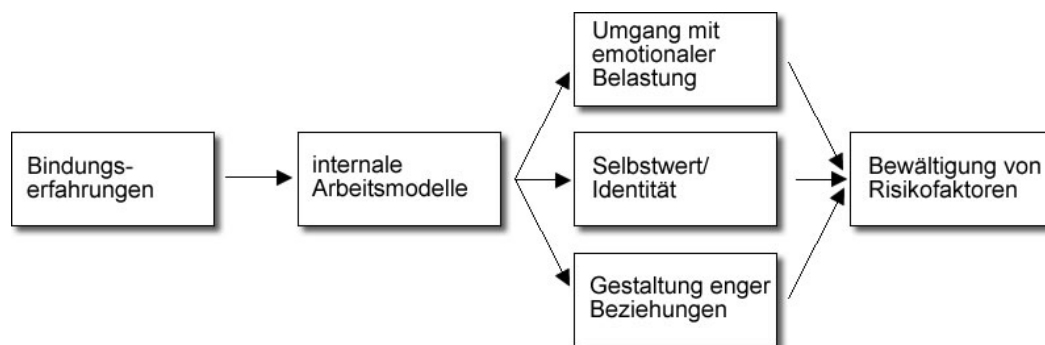


Abbildung 2: Auswirkungen der Bindungserfahrungen auf die Bewältigungsfähigkeit (entnommen aus: Zimmermann, 2002, S.151).

Das Arbeitsmodell, anfänglich noch flexibel, entwickelt sich zu einer stabilen psychischen Repräsentanz, der sogenannten Bindungsrepräsentation. Es ist davon auszugehen, dass sich eine sichere stabile Bindungsrepräsentation positiv auf die psychische Stabilität auswirkt (vgl. Brisch, 2001, S.37). Da die eigenen Erfahrungen ausschlaggebend für die Bindungsart sind, wäre es theoretisch möglich, dass es viele unterschiedliche Modelle bei Kindern gibt.

Main stellt fest, dass viele Aspekte von Bindung universell sind und deshalb keine unendliche Varianz von Bindungsmodellen entsteht (Main, 1985, in: Fremmer-Bombik, 1999, S.110). Dies geht auf die von Bowlby beschriebene biologisch und umweltstabile Tendenz zurück, die Nähe zu einer Bezugsperson zu suchen und zu erhalten. Die Möglichkeiten für die Bindungsfiguren, auf das Nähe-Suchen des Kindes zu reagieren, sind beschränkt. Die Bindungsperson kann dem Wunsch des Kindes möglichst positiv in einer feinfühligem Weise entsprechen, sie kann für das Kind nicht vorhersehbar, also inkonsistent reagieren oder das Nähe-Suchen oft zurückweisen (vgl. Bowlby, 1969, in: Fremmer-Bombik, 1999, S.110).

Hat die Bindungsperson unverarbeitete Probleme in Bezug auf das eigene Bindungsverhalten, kann dies ein desorganisiertes Verhalten beim Kind begünstigen (vgl. Fremmer-Bombik, 1999, S.110). Die spezifischen Verhaltensweisen der

Bindungsfigur ergeben im Zusammenspiel die verschiedenen Bindungsarten, auf die im folgenden eingegangen wird.

7.3 Bindungsklassifikation

7.3.1 Die „Fremde Situation“

Die kindliche Bindungsqualität wird mit Hilfe der sogenannten „Fremden Situation“ untersucht. Diese Untersuchungsmethode ist in vielen Teilen der Welt und in verschiedenen Gesellschaftsformen angewandt worden und hat sich als ein valides und reliables Instrument erwiesen (vgl. Brisch, 2001, S.44).

Das Bindungsmuster kann nur beobachtet und bestimmt werden, wenn Bindungsverhalten ausgelöst wird. Dazu wird in der „Fremden Situation“ eine Verunsicherung des Kindes, durch kurze Trennungen von der Bindungsfigur in einer fremden Umgebung, herbeigeführt. Da das Bindungssystem mit dem Explorationssystem inkompatibel ist, ergibt sich eine induzierte Stresssituation. Diese Stresssituation wird das Kind, durch zeigen des spezifischen Bindungsmuster zu kompensieren versuchen (vgl. Suess, 2001, S.43).

Die „Fremde Situation“ ist ursprünglich zur Untersuchung des Explorationsverhaltens einjähriger Kinder von Ainsworth und Wittig konzipiert worden (Ainsworth/Wittig 1969, in: Dornes, 2000, S.27). Sie wollten herausfinden in wie weit die Anwesenheit der Mutter eine Rolle für das Explorationsverhalten des Kindes spielt. Die Ergebnisse bestätigten ihre Erwartungen, nämlich dass Kinder in Anwesenheit der Mutter mehr explorieren.

Eine enorme Bedeutung für die Bindungstheorie gewannen die Verhaltensweisen der Kinder, wenn die Mutter den Raum verließ oder wenn sie zurückkehrte. Die Analyse dieser Verhaltensweisen stellt den Kern der „Fremden Situation“ dar (vgl. Dornes, 2000, S.27).

Brisch merkt zur „Fremden Situation“ an, dass sie nur eine spezifische Situation aus der Mutter-Kind-Interaktion beobachtet; eine Momentaufnahme ist, ohne die mütterliche Reaktion zu berücksichtigen. Dennoch hat sie sich als valide und reliabel herausgestellt, um die Bindungsqualität zu testen (vgl. Brisch, 2001, S.45).

Die Bindungsklassifikation ist beziehungspezifisch und kann verschiedenen Personen gegenüber unterschiedlich sein. Sie ist in der Kindheit nicht als ein über-

greifendes Persönlichkeitsmerkmal interpretierbar (vgl. Zimmermann/ Sues/ Scheuerer-Englisch/ Grossmann, 2000, S.303).

7.3.2 Episoden der „Fremden Situation“

Die „Fremde Situation“ wird in einem speziell dafür eingerichteten Spielzimmer durchgeführt, mit dem weder das Kind noch die Mutter vertraut ist. Das Kind ist in der Regel zwischen 12 und 18 Monaten alt. Der Versuchsablauf gliedert sich in acht Episoden, die jeweils drei Minuten dauern. Der Verlauf der Untersuchung wird zur späteren Auswertung auf Video aufgezeichnet.

Erste und zweite Episode:

Mutter und Kind betreten einen unbekanntes Raum mit Spielsachen. Nach kurzer Zeit beginnt das Kind die Spielsachen und den Raum neugierig zu erkunden, hier bei soll die Mutter so wenig Anregung zum Spiel wie möglich geben.

Dritte Episode:

Eine fremde Person betritt den Raum und spricht die Mutter erst nach zwei Minuten an. Die Kinder reagieren häufig auf die fremde Person mit Neugier oder ein wenig Angst. Sie verringern oftmals die Distanz zur Mutter oder sind in ihrem Spielverhalten gehemmt. Im zweiten Teil dieser Episode versucht die Person Kontakt zu dem Kind aufzunehmen. Sie bietet an mit zu spielen, ohne jedoch das Kind in seinem Explorationsverhalten zu hemmen oder zu steuern.

Vierte Episode:

Auf ein Signal verlässt die Mutter nach kurzer Verabschiedung den Raum. Diese Trennung soll das Bindungsverhalten des Kindes aktivieren. In diesen Situationen wird häufig beobachtet wie das Kind seiner Mutter nachschaut, nach ihr ruft, zu weinen anfängt oder ihr zur Tür folgt. Die fremde Person, die sich noch im Raum befindet, versucht das Kind zu trösten oder durch das Spiel abzulenken.

Fünfte Episode:

Nach der dreiminütigen Trennung kehrt die Mutter in den Raum zurück und begrüßt das Kind. Falls erforderlich versucht sie das Kind dadurch zu beruhigen, dass sie es auf den Arm nimmt und gegebenenfalls auch tröstet. Die fremde Person verlässt während der Begrüßung den Raum.

Sechste Episode:

Nach drei Minuten verlässt die Mutter wieder auf ein Signal hin den Raum. Das Kind ist nun ganz alleine und zeigt üblicherweise eine verstärkte Trennungsreaktion mit deutlichem Bindungsverhalten, das sich durch rufen und deutlichen emotionalen Stress ausdrückt.

Siebte Episode:

Nach drei Minuten kommt statt der erwarteten Mutter, eventuell bei zu großem emotionalen Stress des Kindes auch früher, die fremde Person in den Raum. Sie versucht das Kind zu trösten oder auch abzulenken.

Achte Episode:

Die Mutter kehrt nach drei Minuten, falls das Kind sich nicht beruhigen lässt auch schon früher, in den Raum zurück. Die fremde Person verlässt den Raum, während die Mutter eintritt. Die Mutter tröstet das Kind, in dem sie es auf den Arm nimmt und versucht es zu beruhigen. Normalerweise finden die Kinder in den nächsten drei Minuten in denen sie mit der Mutter allein sind wieder zum Spiel zurück (vgl. Brisch, 2001, S.45-46).

Maßgeblicher Indikator für die Bindungsqualität ist das Verhalten des Kindes in Bezug auf die Wiederkehr der Mutter (vgl. Dornes, 2000, S.28).

7.4 Bindungstypen

Ainsworth beobachtete drei verschiedene Verhaltensmuster in diesen Situationen, die durch Studien in verschiedenen Kulturen bestätigt wurden (vgl. Ainsworth, 1978, in: Hofmann, 2002, S.196). Zunächst unterteilte sie die Kinder in Bezug auf die Bindung in zwei Gruppen: die sicher gebundenen und die unsicher gebundenen. In der Gruppe der unsicher gebundenen Kinder fand sie nochmals zwei Untergruppen: den unsicher-vermeidenden und unsicher-ambivalenten Bindungstyp. Die Gruppe der sicher gebundenen Kinder verhielt sich in der „Fremden Situation“ den Aussagen der Bindungstheorie entsprechend (vgl. Hofmann, 2002, S.196).

7.4.1 Sichere Bindung („secure“)

Die Kinder dieses Bindungstyps zeigen ein ausgewogenes Verhalten zwischen Bindungsverhalten und Explorationsverhalten. Sie drücken ihre Gefühle, auch die negativen, offen gegenüber der Bindungsperson aus. Es herrscht ein Klima der offenen Kommunikation zwischen Kind und Bindungsperson. Das Kind ist sicher und vertraut darauf, Schutz bei der Bindungsperson zu erfahren, wenn es das Bedürfnis danach hat. Es gewinnt an Sicherheit durch die Nähe der Bezugsperson und kann bei genügend Sicherheit dem Bedürfnis nach Exploration entsprechen. Die Bindungsperson bietet dem Kind den „sicheren Hafen“, der Exploration möglich macht.

Die Kinder dieses Bindungstyps trennen sich leicht von der Mutter, um die neuen Spielsachen in der ersten Episode zu erkunden und sind freundlich zu der fremden Person (vgl. Hofmann, 2002, S.197). Sie zeigen ein deutliches Bindungsverhalten nach der ersten, aber auch nach der zweiten Trennung von der Mutter. Sie folgen ihr, weinen, suchen sie auch über einen längeren Zeitraum und zeigen sich deutlich emotional gestresst. Auf die Wiederkehr der Mutter reagieren sie freudig und suchen Körperkontakt, wollen getröstet werden und können sich nach kurzer Zeit beruhigen und sich erneut dem Spiel widmen (vgl. Brisch, 2001, S.46-47).

Dieses Bindungsverhalten entsteht, wenn das Kind in den ersten zwölf Monaten erfahren hat, dass es seine Bedürfnisse offen zeigen kann, es getröstet wird und sich darauf verlassen kann angemessene Unterstützung zu erfahren. Die Bezugsperson verfügt über das notwendige Maß an Feinfühligkeit (vgl. Hofmann, 2002, S.197).

7.4.2 Unsicher-Vermeidende Bindung („avoidant“)

Kinder dieses Bindungstyps reagieren nur mit wenig Protest und zeigen kein deutliches Bindungsverhalten bei Trennung von der Mutter. Es überwiegt das Explorationssystem auf Kosten des Bindungssystems. Der Bezugsperson gegenüber werden nur positive Gefühle geäußert, negative werden unterdrückt. In Perioden der Angst oder des Leids verhalten sich diese Kinder aus Angst vor Zurückweisung mit distanzierendem Verhalten gegenüber der Bezugsperson. Der Sicherheitsgewinn aus der Nähe zur Bezugsperson wird nur auf Umwegen über Spiel oder Leistung erreicht.

Das Kind trennt sich leicht von der Bezugsperson, um die Spielsachen in der ersten Episode zu erkunden. Es ist freundlich zu der fremden Person, in Abwesenheit der Bezugsperson häufig sogar noch freundlicher.

Anzeichen eines aktivierten Bindungssystems sind meist nicht oder nur schwer erkennbar. Entgegen der Bindungstheorie verändert sich das Verhalten im Explorationssystem nicht oder nur wenig (vgl. Hofmann, 2002, S.197-198).

Es lässt sich jedoch erkennen, dass die Kinder der Mutter mit den Augen folgen, wenn diese zur Tür geht. Sie registrieren demnach das Verschwinden der Mutter. Auf die Rückkehr der Mutter reagieren sie eher mit Ablehnung und wollen nicht getröstet oder auf den Arm genommen werden (vgl. Brisch, 2001, S.47). Je länger die Trennung andauert, desto stärker ist die zu erwartende Vermeidung. Die fremde Person wird nicht gemieden, oft wird sie sogar freundlicher behandelt als die Bezugsperson.

Dieses Bindungsmuster setzt voraus, dass das Kind in seinen ersten zwölf Monaten erfahren hat, dass es Zuwendung und Unterstützung nur dann zu erwarten hat, wenn es sich in einer bestimmten Weise verhält. Zeigt es Kummer und Trostbedürftigkeit, so stand die Bezugsperson häufig nicht zur Verfügung und zeigte ein konsistentes Verhaltensmuster diesbezüglich. Das Kind hat hieraus gelernt sein Explorationssystem in ein permanent aktiven Zustand zu versetzen und die Zeichen eines aktiven Bindungssystems zu unterdrücken, um sich die Zuwendung zu sichern.

Aus physiologischen Untersuchungen ist inzwischen bekannt, dass die Unterdrückung des Bindungssystems das Kind in einen messbaren Stresszustand versetzt. Dies ist an Hand von erhöhten Stresshormonwerten im Blut und der veränderten Herzfrequenz zu erkennen, auch wenn das Kind keine erkennbaren Verhaltensweisen äußert (vgl. Hofmann, 2002, S.198).

7.4.3 Unsicher-Ambivalente Bindung („ambivalent“)

Die Kinder, die unsicher-ambivalent gebunden sind, zeigen nach den Trennungen den größten Stress, was sie durch starke emotionale Reaktionen zeigen. Ein Kind das so gebunden ist kann nur schwer bei der Rückkehr der Mutter beruhigt werden und braucht sehr lange um einen emotional stabilen Zustand wieder zu finden (vgl. Brisch, 2001, S.47). Andauernde, unkontrollierbare Angst vor Trennung von der

Bezugsperson lässt das Bindungsverhalten dem Explorationsverhalten gegenüber überwiegen. Das Kind versucht durch einen übertriebenen Ausdruck von Angst, die Bindungsperson aufmerksam zu machen und zeigt gleichzeitig Angst und Ärger, da es die Bindungsperson nicht zu kontrollieren vermag.

Es zeigt in der „Fremden Situation“ wenig Explorationsbedürfnis und hat starke Schwierigkeiten sich zu trennen. Häufig braucht es schon vor der Trennung Körperkontakt zu der Bezugsperson. Gegenüber der fremden Person ist es ebenso ängstlich und zurückhaltend eingestellt, wie der neuen Umgebung und den Spielsachen gegenüber. Nach der untröstbaren Verzweiflung, die das Kind bei der Trennung äußert, gewinnt es auch nach der Wiedervereinigung, bei der sich das Kind nur schwer beruhigen lässt, wenig Sicherheit. Häufig lässt sich auch eine Mischung aus gewollter Kontaktaufnahme und Ablehnung von Nähe durch strampeln, abdrücken, wegwinden, etc., beobachten. Trotz Zuwendung durch die Bezugsperson weint es weiter und wirkt dabei häufig passiv, hilflos und verzweifelt.

Das ambivalent gebundene Kind verfügt über keine konsistenten Erfahrungen bezüglich seiner Bezugsperson. Die Bezugsperson verhält sich den kindlichen Bedürfnissen aus Sicht des Kindes gegenüber ambivalent.

Teilweise wird das Kind bei Trauer von der Bezugsperson getröstet, teilweise ist sie für das Kind nicht erreichbar. Das Kind lernt, dass es sich nicht auf die Reaktion der Bezugsperson verlassen kann. Es ist sich seiner Beziehung unsicher, das Bindungssystem ist in dauernder Alarmbereitschaft und behindert so das Explorationsbedürfnis. Das Kind kann aus Angst vor einem möglichen Verlust der Bezugsperson eine Trennung nicht ertragen (vgl. Hofmann, 2002, 199).

7.4.4 Desorganisierte Bindung

Bei der Klassifizierung der unterschiedlichen Bindungen kann es vorkommen, dass Kinder den Bindungsmustern nicht eindeutig zugewiesen werden können. Bei diesen Kindern können typische Besonderheiten des Verhaltens beschrieben werden, die als unsicher-desorganisiert/desorientiert bezeichnet werden (vgl. Brisch, 2001, S.47). In Stichproben liegt der Anteil von Kindern mit einer desorganisierten Bindung bei 15 bis 25 Prozent. (vgl. Main, 1999, S.127).

Diese Klassifikation kann zusätzlich zu den drei Hauptmustern auftreten. Desorganisiertes bzw. desorientiertes Verhalten ist gekennzeichnet durch das kurz aufeinander folgende oder gleichzeitige Auftreten von widersprüchlichen Verhaltensweisen des Kindes gegenüber der Bindungsperson, wie stereotype, desorientierte Bewegungen im Raum oder das plötzliche „Einfrieren“ von Bewegungen oder des Gesichtsausdrucks (vgl. Zimmermann/ Suess/ Scheuerer-Englisch/ Grossmann, 2000, S.303).

Diese Beobachtungen wurden so interpretiert, dass zwar das Bindungssystem aktiv ist, das Bindungsverhalten sich aber nicht eindeutig in konstanten Verhaltensweisen äußert. An Hand von physiologischen Tests nach der „Fremden Situation“, wurden bei diesen Kindern ebenfalls erhöhte Stresswerte, wie bei den unsicher-vermeidend gebundenen Kindern gefunden und rechnet sie seit dem auch zu den unsicher-gebundenen, wenn die spezifischen Verhaltensweisen im ausreichendem Maß vorhanden sind (vgl. Brisch, 2001, S.48). Verhaltensweisen, die zur Zuweisung zum desorganisierten Bindungstyp ausreichen, dauern in der Regel nur 10 bis 30 Sekunden (vgl. Main, 1999, S.127).

Formell ist dieser Bindungstyp gekennzeichnet durch das Fehlen oder den zeitweise kurzfristigen Zusammenbruch adaptiver emotionaler Organisation des Verhaltens oder später, mit steigendem Alter, der sprachlichen Kohärenz. Main nimmt an, dass desorganisiertes und desorientiertes Verhalten häufig durch unverarbeitete traumatische Erfahrungen der Eltern verursacht wird (vgl. Main, 1990, in: Grossmann/Grossmann, 2002, 303). Zeigen solche Eltern aufgrund eines eigenen unverarbeiteten Trauma dem Kind unvorbereitet ein ängstliches, ängstigendes und oder bedrohliches Verhalten gegenüber, so bedingt dies beim Kind einen unlösbaren Konflikt. Die sonst Sicherheit bietende Basis ängstigt das Kind nun selbst und stellt es damit vor eine unlösbare Situation. Die üblichen Handlungsstrategien bei ängstigendem Verhalten und aktivierten Bindungssystem stehen nicht mehr zur Verfügung, sodass die normale emotionale Organisation zusammenbricht. Dabei löst das Fehlen von alternative Handlungsoptionen desorganisiertes Verhalten aus (vgl. Grossmann/Grossmann, 2002, 303).

Diese Fälle des desorganisierten Verhalten bezeichnet Main als second-generation-effekt (vgl. Main, 1999, S.129-130).

Im weiteren kommt der desorganisierte Bindungstyp überproportional häufig, bis zu 80 Prozent, bei Kindern die Misshandlungen ausgesetzt waren und bei Kindern deren Mütter aggressiv zurückweisend, aggressiv einmischend, aggressiv ignorierend oder gehorsam einfordernd sind, vor (vgl. Grossmann/Grossmann, 2002, 304).

Main veranschaulicht an einem Experiment die Züge des desorganisierten Verhalten (vgl. Main, 1999, S.129-130):

Das Experiment, das als sanfte "Fremde Situation" geplant ist und bei dem die Bezugsperson ständig greifbar ist, soll die Reaktion eines Babys auf eine belastende Reaktion zeigen. Hierbei erscheint ein Clown in der Tür und verharrt für 30 Sekunden dort, nachdem das Kind einen halben Meter von der Mutter entfernt auf den Boden gesetzt wird. Die meisten Kinder verhielten sich unbeeindruckt oder suchten durch Zuwendung oder Blickkontakt eine Rückversicherung oder Trost bei der Mutter. Wenige weinten und wollten sofort von der Mutter auf den Arm genommen und getröstet werden. Drei Kinder verhielten sich ganz anders.

Das erste Kind brach in Tränen aus, und starrte dabei den Clown längere Zeit reglos, unfähig sich zu bewegen, an. Es war sich offensichtlich der Anwesenheit der Mutter nicht bewusst und wirkte ganz allein. Dieses Verhalten wird deshalb „the look of fear with no-where to go“ genannt.

Zwei weitere Kinder zeigten ebenfalls ein ähnliches Verhalten. Das eine Kind lehnte, nachdem es den Clown bemerkte, den Kopf mit der Stirn an die Wand und schaute so rückwärts zum Clown, wobei seinen Augen „blind vor Angst“ erschienen. Es konnte kein Hinweis darauf gefunden werden, dass es sich seiner Bezugsperson bewusst war. Um sich so an die Wand lehnen zu können musste es sich sogar von der Mutter fortbewegen. Das andere Kind fiel erst nach einiger Zeit in der Clown-Situation in sich zusammen und kroch schluchzend unter einen leeren Stuhl, wo es allein blieb, ohne die nicht weit entfernte Mutter überhaupt zu bemerken.

Diese Kinder konnten nicht wie vermeidend-gebundene Kinder Anzeichen von Angst und Kummer unter Kontrolle halten aber auch nicht, wie sicher oder unsicher-ambivalent gebundene Kinder, Hilfe bei der Bezugsperson suchen.

Es kann vorkommen, dass ein Kind zu beiden Eltern verschieden zu klassifizierende Bindungen aufbaut. Ist der eine Elternteil in einem eigenen Bindungsinterview zuvor als unverarbeitet traumatisiert eingeschätzt worden, so ist es wahrscheinlich, dass das Kind zu diesem Elternteil eine desorganisierte Bindung aufbaut. Trotzdem kann es

zu dem anderen Elternteil eine sichere, unsicher-vermeidend oder unsicher-ambivalente Bindung aufbauen, sofern dieser Elternteil nicht auch als unverarbeitet traumatisiert eingestuft ist.

7.5 Konzept der Feinfühligkeit

Die Feinfühligkeit der Pflegeperson bildet eine wesentliche Grundlage für die Qualität der Bindung, die der Säugling im Laufe seines ersten Lebensjahrs entwickelt.

Das Bindungsbedürfnis ist ein Grundbedürfnis des Menschen und ist stammesgeschichtlich gesehen genauso wichtig wie sein Bedürfnis nach Nahrung, Erkundung, Sexualität und Fortpflanzung. Den Grundbedürfnissen sind Verhaltenssysteme zugeordnet, die bei Mangel aktiv werden und bei Sättigung ruhen. Der menschliche Säugling wird mit einem, seinen Bedürfnissen entsprechenden Signalsystem, bestehend aus Mimik, Gestik, Bewegungsfähigkeit und der Fähigkeit, Laute erzeugen zu können, geboren. Er ist dadurch auf die Kommunikation mit seiner Umwelt vorbereitet und ist abhängig davon, dass die Mutter den Ausdruck der Emotionen erkennt und auf diese in einer Angemessenen Weise reagiert.

Der menschliche Säugling ist genetisch vorprogrammiert, individuelle Bindungen an eine oder wenige Personen zu knüpfen, die stärker und erfahrener sind und ihn schützen und versorgen. Hierzu benutzt er die typischen Bindungsverhaltensweisen, wie Rufen, Weinen, Anklammern, Nachfolgen sowie Protestieren bei Trennung. Die Entwicklung dieser Verhaltensweisen beginnt nach der Geburt und dient dazu, die Nähe zur Bindungsperson bei Bedarf sicher zu stellen. Die daraus entstandene Bindung bleibt lange erhalten und kann auch ein Leben lang andauern.

Das Bindungsverhalten wird mit zunehmendem Alter der kulturell akzeptierten Form angepasst und wird symbolischer. Die Anzahl der Bindungspersonen ist begrenzt. Es wird angenommen, dass der Lernprozess, bei dem der Säugling sich den individuellen Eigenarten der Bindungsperson anpasst, seine adaptiven Möglichkeiten intensiv beansprucht (vgl. Internetadressen, 2.). Im Laufe des Lebens kann sich die Bindungsrepräsentation verändern. Auf Grund von einschneidenden Erfahrungen wie Verlust, Trennung oder anderen traumatischen Erfahrungen oder aber auch durch entsprechende bedeutungsvolle Erfahrungen mit anderen Bezugspersonen kann sich die Bindungsrepräsentation in eine sichere oder unsichere Richtung modifizieren (vgl. Brisch, 2001, S.38).

Bowlby ging zuerst von der ausschließlichen Mutterbindung der Monotropie aus (vgl. Internetadressen, 2.). Später erweiterte er seine Annahme dahingehend, dass die Mutter zwar an erster Stelle steht, es jedoch eine Hierarchie bezüglich der Bindungspersonen gibt. Die meisten Säuglinge haben im ersten Lebensjahr viele Bindungspersonen, die unterschiedlich auf die Pflegebedürfnisse des Kindes eingehen.

Ebenso gehen die unterschiedlichen Mütter jeweils unterschiedlich in Bezug auf Pflege und Bindungsbedürfnisse des Kindes sowie auf dessen spezifischen Neigungen und Verhaltensweisen ein. Viele Mütter sind ihren Kindern gegenüber sehr aufmerksam und interagieren langsam und regelmäßig mit dem Kind. Die Säuglinge werden aufgenommen, wenn sie es signalisieren, genießen den Körperkontakt zur Mutter und bestimmen den Zeitpunkt des Abgesetzt-Werdens aktiv mit. So machen sie sich den Kontakt zur Mutter so angenehm und konfliktfrei wie möglich. (vgl. Internetadressen, 2.). Dies deutet darauf hin, dass ein Kind ebenfalls schon früh, gemäß seines Temperaments, die Interaktion entscheidend mitgestaltet.

Ainsworth hat im wesentlichen das Konzept der Feinfühligkeit entwickelt (vgl. Ainsworth, 1978, in: Brisch 2001, S.40-41). Vor dem Hintergrund der Bindungstheorie hat sie bei Hausbesuchen in Uganda das Pflegeverhalten der Mütter ihren Kindern gegenüber studiert. Später untersuchte sie in ihrer ersten Längsschnittstudie in Baltimore, ebenfalls in regelmäßigen Hausbesuchen, das Interaktionsverhalten der Mütter von 23 Kindern im Laufe des ersten Lebensjahrs. Zur Bestimmung der unterschiedlichen Bindungsqualitäten entwickelte sie die „Fremde Situation“.

An Hand ihrer Untersuchungen konnte sie feststellen, dass Kinder, die eine Mutter mit feinfühligem Pflegeverhalten haben, häufiger in der „Fremden Situation“ ein Trennungsverhalten zeigten, das einer sicheren Bindungsklassifikation entsprach. Umgekehrt ergibt sich bei Kindern mit weniger feinfühligem Müttern häufiger eine unsichere Bindung.

Ainsworth verstand unter feinfühligem Pflegeverhalten folgende charakteristische Verhaltensweisen der Bezugsperson (Ainsworth, 1978 in: Brisch 2001, S.40-41):

- Kindliche Signale müssen von der Mutter mit größter Aufmerksamkeit wahrgenommen werden. Verzögerungen in ihrer Wahrnehmung können durch die Beschäftigung mit eigenen Bedürfnissen und Befindlichkeiten entstehen.
- Die Signale des Säuglings müssen aus seiner Perspektive heraus richtig gedeutet werden. Z.B. muss das Weinen des Kindes in seiner Bedeutung richtig decodiert werden, dazu gehört es richtig zwischen Weinen wegen Hunger, Weinen wegen Langeweile, Weinen wegen Schmerzen zu unterscheiden. Dabei besteht die Gefahr der Verzerrung oder falschen Interpretation der Signale des Säuglings, durch eigene Bedürfnisse der Bezugsperson oder die Projektion dieser auf den Säugling.
- Die Mutter muss angemessen auf die Signale reagieren ohne durch Über- oder Unterstimulation die Mutter-Kind-Interaktion zu erschweren.
- Die Reaktion muss innerhalb einer für das Kind tolerierbaren Zeitspanne erfolgen. Die Frustrationszeit eines Säuglings mit wenigen Wochen ist sehr kurz und wird im Laufe des ersten Lebensjahres immer länger.

(vgl. Brisch 2001, S.40-42)

In der Regel fällt es den Bezugspersonen leicht, Signale des Kindes wahrzunehmen. Bei Beobachtungen der Mutter-Kind-Interaktion in Kliniken und bei Hausbesuchen wurde festgestellt, dass die Zeitspanne die Mütter benötigen, um auf ihre Kinder zu reagieren, unterschiedlich lang sein kann. Diskrete, angedeutete Signale eines Kindes werden nur von sehr feinfühligem Müttern wahrgenommen¹⁴.

Aus Elternseminaren¹⁵ ist bekannt, dass die Eltern erst eine Eingewöhnungszeit brauchen, um auf die Bedürfnisse des Säuglings reagieren zu können, da sie erst lernen müssen, das Signal des Weinens und die dahinter liegenden Wünsche und Motivationen richtig zu interpretieren. Außerdem muss die Bezugsperson die angemessene Weise, auf die Signale zu reagieren, immer wieder neu und bei jedem

¹⁴ Untersuchungen bezüglich der Bindung und Temperament des Kindes, sind in Strauß/Buchheim/Kächele: Klinische Bindungsforschung, Kapitel 3.2, S.129-144 zu finden.

¹⁵ Brisch hält diese Seminare für sehr wichtig, da durch sie die Feinfühligkeit der Mütter verbessert werden kann. Interventionsstudien und weitere Hinweise hierzu sind in Brisch: Bindungsstörungen. 2002, 43-44 zu finden.

Kind individuell erlernen. Feinfühliges Eltern unterstützen das Kind in seiner zunehmenden Kommunikationsfähigkeit und Selbstständigkeit auf eine altersadäquate Weise (vgl. Brisch 2001, S.42). Verhält sich eine Mutter gegenüber ihrem Kind, wenn dieses weint häufig grob, mit Ungeduld oder Ärger, so lernt das Kind, dass seine Bindungsverhaltensweisen unerwünscht sind und nicht verstanden werden. Ungünstige Verhaltensweisen der Mutter dem Kind gegenüber erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer unsicheren Bindung (vgl. Internetadressen, 1.).

Bowlby wies schon 1950 auf die Bedeutung, die das Verhalten der Eltern auf die spätere geistige Gesundheit des Kindes hat, hin. Eine unerlässliche Voraussetzung für geistige Gesundheit ist eine herzliche und innige Beziehung zwischen Mutter oder aber auch dauerhaftem Mutterersatz und dem Säugling bzw. Kind. (vgl. Bowlby, 1973, S.15)

7.6 „Zielkorrigierte Partnerschaft“

Bis zum Kindergartenalter entwickelt sich die „zielkorrigierte Partnerschaft“. In dem motivationalen System zwischen Bindungsbedürfnissen und Explorationswünschen des Kindes entsteht eine Balance, die das Aushandeln und Verhandeln über gemeinsame Ziele möglich macht (vgl. Brisch, 2001, S.39).

Zielkorrigiert meint, dass Bindungserfahrungen nun auch diskursiv und qualitativ unterschiedlich sprachlich bewusst integriert werden. Die bewusste Wahrnehmung anderer ist mit den eigenen Gefühlen und Wahrnehmungen in Einklang zu bringen. Eine Kohärenz zwischen innerem Erleben und äußeren Ereignissen führt zu einer sicheren, das Misslingen zu einer unsicheren Bindungsrepräsentation. Durch die Hilfe und Zuwendung der Bezugspersonen lernt das Kind allmählich seinen Gefühlen eine sprachliche Bedeutung zu verleihen.

Den Prozess des kognitiven Umgangs mit Gefühlen kann an folgendem Beispiel erklärt werden:

Einem siebenjährigen Jungen wird angekündigt, dass er bald allein zu einem Skiurlaub zu Verwandten in die Schweiz fliegt. Die Angst vor der Trennung ist ziemlich groß und der Junge erklärt, dass es für ihn nicht in Frage kommt, es ihm unheimlich ist und das er nicht fahren will.

Die Eltern besprechen in den nächsten vier Wochen die Ängste des Jungen mit ihm, dadurch änderte sich die mentale Repräsentation der Trennung für den Jungen. Anstatt wie anfangs mit Angst und Ablehnung zu reagieren, ist er nun stolz, alleine in die Schweiz zu fliegen, um dort Ski zu fahren. Als die Eltern nach dem Flug den Jungen in der Schweiz anrufen, um sich nach dem Flug zu erkundigen, stellt sich heraus, dass im Flugzeug ein anderes Kind so interessant gewesen war, dass dem Jungen die Trennungsangst gar nicht in den Sinn gekommen ist.

Die neue Repräsentation einer Trennung, die auch mit sieben Jahren verunsichernd sein kann, kennzeichnet den wichtigen Schritt von der emotionalen Repräsentation der Bindungsgefühle des Kleinkindes zur sprachlichen Repräsentation der Bedeutung von Bindungsgefühlen. Eine neue Deutung der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft wird mit Hilfe von Personen, die sich in das Kind hineinversetzen können, ermöglicht. Das durch Angst gekennzeichnete, neue, unreflektierte Ereignis wird durch Diskurs zu einem Erlebnis, dem das Kind mit Vorfreude auf die neuen Erfahrungen entgegensehen kann - ohne Diskurs kann das Erlebnis unverändert bedrückend bleiben. Der Mensch schafft sich angesichts neuer Herausforderungen neue interne Arbeitsmodelle, um nicht Sklave seiner unadaptierten Arbeitsmodelle zu bleiben. (vgl. Grossmann, 2000, S.46-47)

Vorsprachliche Bindungserfahrungen werden durch diskursive Sprache ins Bewusstsein integriert. Die sprachliche Kohärenz sicherer Bindungsrepräsentationen zeigt sich durch den freien Zugang zu negativen Gefühlen und Erinnerungen und deren Integration in das eigene Selbst- und Beziehungsbild¹⁶.

Sprachliche Inkohärenz weist auf einen beeinträchtigten Zugang zu Gefühlen hin, auf einen generellen Mangel an „metakognitiver Selbstkontrolle“, meint hier ein Ungleichgewicht zwischen innerem und äußerem Erleben. Jede Diskrepanz zwischen faktischen Erfahrungen und ihrer Bedeutungszuweisung durch Lügen, Schweigen, Verleugnung, Missinterpretation, Bedrohung usw., durch eine das Vertrauen missbrauchende Bindungsperson, kann die internal stimmige Verarbeitung der realen Erfahrung verhindern. Das führt zu unverarbeiteten widersprüchlichen inneren

¹⁶ Weiterführend hierzu sind auch die Biographischen Interviews in Schone/Wagenblaus: „Wenn Eltern psychisch krank sind“, interessant.

Bildern, die vom Kind nicht bedeutungsvoll interpretiert werden können, da Gefühle ohne entsprechende Realität bleiben und keine verlässliche Basis bieten. Emotionen werden nur dann bewusst zugänglich und zu einem zielkorrigierendem Verhalten nutzbar, wenn sie als Basis eine zielkorrigierende, sichere Bindungsstruktur haben, in der Emotionen sprachlich benannt werden dürfen und für das Kind in sprachlich kohärente Bedeutungszusammenhänge eingebettet sind¹⁷ (vgl. Internetadressen, 1.).

In einer „zielkorrigierten Partnerschaft“ können beide Partner ihre emotional wichtigen Ziele einbringen und die unterschiedlichen Interessen des Interaktionspartners hören und sie reflektieren. Schließlich verhandeln und korrigieren sie die gemeinsamen Ziele in einer partnerschaftlichen Weise.

Die „zielkorrigierte Partnerschaft“ entwickelt sich während der Kindheit und gestaltet sich den altersspezifischen Anforderungen entsprechend (vgl. Brisch, 2001, S.39).

Berücksichtigt eine Bindungsperson den geistigen Zustand, Erwartung, Gesinnung, Meinung, Gedanken, Aussichten, Urteile und Gefühle des Kindes, so ermöglicht sie ihm neue interne Arbeitsmodelle zu schaffen, die sich aus neuen Vorstellungen und Bindungsrepräsentationen auf Grund von sprachlich übermittelten Bedeutungszusammenhängen eröffnen. (vgl. Klaus Grossmann, 2001, S.48).

7.7 Bindungsklassifikation bei Erwachsenen

In der mittleren Kindheit wird das Bindungsmuster an Hand einer einstündigen Trennung klassifiziert, in der die Muster im Verhalten und der Kommunikation in ähnlicher Weise, wie in der „Fremden Situation“ beobachtet werden. Ab dem zehnten Lebensjahr wird die Bindung über Interviews erfasst. Dazu wird nach Fragen zum Bindungsverhalten oder zur Bindungsrepräsentation unterschieden.

Ab dem Jugendalter wird die Bindungsrepräsentation über das Bindungsinterview für Erwachsene, das Adult Attachment Interview (AAI), erfasst. In dem AAI wird in einem etwa einstündigen Interview retrospektiv nach der in der Kindheit erlebten

¹⁷ Darauf wie bedeutend gerade der sprachlich kohärente Ausdruck von Stimmungen in Bezug auf den Aufbau einer sicheren Bindung ist, wird in Untersuchungen hingewiesen, auf die wegen des Umfangs nicht weiter eingegangen werden kann, nachzulesen in Kapitel 4 des Buches „Klinische Bindungsforschung“ S. 145-281.

Elternbeziehung und nach der Bewertung der Beziehung aus der heutigen Sicht, gefragt. Die Analyse des Interviews erfasst die Qualität der Bindungsrepräsentation. Für die Klassifikation der Bindungsrepräsentation ist nicht die berichtete Beziehungsqualität zu den Bezugspersonen in der Kindheit entscheidend, sondern die aktuelle Organisation der Gefühle und Gedanken in der Reflexion der eigenen Bindungsgeschichte. Hauptkriterien zur Klassifikation der Bindungsrepräsentation sind die Kohärenz im Interview, die Wertschätzung von Bindung und die Einbeziehung der eigenen Bindungserfahrungen. Ein generelles Arbeitsmodell von Bindung wird erhoben, dabei werden die Personen analog zu den Bindungsmustern der Kindheit in sicher-autonom, unsicher-distanziert, unsicher-verwickelt und unsicher-desorganisiert klassifiziert. Die formal sprachliche Darstellung als Anzeichen dafür, wie gemachte Erfahrungen gedanklich und emotional integriert werden, wird in dem Interview intensiver als der Inhalt der Berichte betrachtet und gewertet. Internale Arbeitsmodelle werden in der Kindheit hauptsächlich auf der Verhaltensebene, später nahezu ausschließlich auf der sprachlichen Ebene erfasst (vgl. Zimmermann/Suess/Scheuerer-Englisch/ Grossmann 2000, S.305).

7.8 Bindungsorganisation und die Entwicklung sozialer Kompetenzen im Lebenslauf

Die Bindungsforschung hat sich in den letzten Jahren besonders mit der Frage beschäftigt, ob und in welcher Weise die Bindungsqualität von der Elterngeneration auf die Kindergeneration weitergegeben wird und wie sich das Muster der Bindung im weiteren Lebensverlauf entwickelt (vgl. Brisch 2001, S.55). Die Bindungstheorie geht davon aus, dass ein Kind mit feinfühligem und unterstützenden Bezugspersonen eher einem Entwicklungspfad folgen wird, der als „psychisch gesund“ und „nicht abweichend“ beschrieben werden kann.

„... die Art der elterlichen Zuwendung, die das Kind in den ersten Lebensjahren erfährt (ist,) von entscheidender Bedeutung für dessen späteren geistigen Gesundheitszustand...“(Bowlby 1973, S.15).

Demnach macht ein unfeinfühliges, nicht responsives, vernachlässigendes oder zurückweisendes Verhalten der Bezugspersonen die Kinder anfälliger für

abweichendes Verhalten oder psychische Störungen, wenn diese weiteren belastenden Situationen ausgesetzt werden.

Innerhalb der Bindungsbeziehung werden Arbeitsmodelle von sich selbst und anderen aufgebaut, die diese und sich selbst als vertrauenswürdig und unterstützend einstufen. Durch Erfahrungen im explorativen Bereich werden Arbeitsmodelle über die eigenen Kompetenzen entwickelt. Beides zusammen ist für die Entwicklung einer „resilienten Persönlichkeit“ wichtig. Im Sinn der Entwicklungspsychologie dient eine sichere Bindung als ein Schutzfaktor, die eine zentral risikomindernde Bedingung darstellt, eine unsichere Bindungsorganisation erhöht die Vulnerabilität.

Bindungssicherheit bietet eine größere Kompetenz mit emotional belastenden Situationen durch effektive Emotionsregulation umzugehen (vgl. Zimmermann/Suess/Scheuerer-Englisch/Grossmann, 2000, S.310).

In Untersuchungen von Schwangeren und deren Partnern konnte durch das AAI mit hoher Zuverlässigkeit voraus gesagt werden, wie die Bindungsqualität der Kinder mit einem Jahr aussehen wird. Es fand sich eine 70 prozentige Übereinstimmung der Bindungsrepräsentation der Eltern und der Bindungsklassifikation der Kinder. Unterscheidet man nur zwischen sicherer und unsicherer Bindung, so liegt die Übereinstimmung höher, bei 75 bis 80 Prozent. Durch die Erfassung der elterlichen Bindungsrepräsentation konnte die kindliche Bindungsqualität weitaus besser voraus gesagt werden als allein durch die elterliche Feinfühligkeit, die nur auf der Verhaltensebene erfasst wird. Dies deutet darauf hin, dass die mentale Struktur der Eltern, die Bindungsqualität der Kinder beeinflusst.

Längsschnittuntersuchungen in Bielefeld und Regensburg¹⁸ haben sich mit der Frage nach der Bindungsentwicklung im Verlauf des Lebens beschäftigt. Diese Untersuchungen zeigen, dass bei reif geborenen Kindern die Bindungsqualität vom zwölften Lebensmonat bis zum fünften Lebensjahr relativ stabil ist (vgl. Brisch, 2001, S.55-56).

Aus der Regensburger Längsschnittstudie geht hervor, dass Kinder, die im ersten Lebensjahr sicher an die Mutter gebunden sind, im Kindergarten weniger Feindseeligkeit und einen kompetenteren Umgang mit Konflikten zeigen. In der Bielefelder Längsschnittstudie wiesen die mit einem Jahr sicher gebundenen Kinder

¹⁸ Genauere Beschreibungen der Studien sind in Spangler, Zimmermann: „Die Bindungstheorie“, 1999 zu finden. Im besonderen in den Kapiteln: „Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutungen für den Umgang mit Freundschaftsbeziehungen“ und „Desorganisation im Bindungsverhalten“.

in der mittleren Kindheit weniger Probleme im Umgang mit Gleichaltrigen auf und hatten engere Freundschaften, als Kinder mit unsicherer Bindung an die Mutter.

Kinder mit einer unsicheren Bindung an die Mutter zeigen eine eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit und die Neigung, die Handlungen der anderen eher als feindselig einzustufen. Im Hinblick auf die Entstehung von aggressivem Verhalten ist dies relevant, da bei reaktiv aggressiven Kindern und Jugendlichen eine beeinträchtigte sozial-kognitive Informationsverarbeitung festzustellen ist. Die Entstehung dieses Defizits ist in der Informationsverarbeitung noch nicht eindeutig geklärt.

Bindungstheoretisch stellt die Entwicklung von verallgemeinernden internalen Arbeitsmodellen, die Interpretationen der sozialen Umwelt steuern, ein psychologisches Erklärungsmodell dar. Aus der erlebten Erfahrung der Ablehnung durch die Eltern, die zu einer unsicher-vermeidenden Bindungsorganisation führt, kann auch die Generalisierung der Erwartung, von den Gleichaltrigen abgelehnt zu werden entstehen und so ein feindselig und rigides Interpretationsmuster begünstigen. In Studien von Sroufe konnten Zusammenhänge zwischen geringer sozialer Kompetenz in der Kindheit gerade bei unsicher-vermeidender Bindungsrepräsentation in Verbindung mit aggressivem Verhalten, das bei Jungen deutlicher als bei Mädchen ausfällt, beobachtet werden (vgl. Sroufe, 1989, in: Zimmermann/Suess/Scheurer-Englisch/Grossmann 2000, S.311). Dagegen ist festzuhalten, dass sicher gebundene Kinder im Alter von zehn Jahren aus der Bielefelder Längsschnittuntersuchung berichteten, dass sie bei Kummer und Sorgen eher die Unterstützung der Eltern suchen. Sie konnten das Erleben von Kummer auch dem Interviewer gegenüber deutlich ausdrücken und zeigen, dass sie einen Zugang zu ihren Gefühlen haben. Sie sind generell während des Interviews offener und flüssiger in ihrem Antwortverhalten, als Kinder, die unsicher gebunden sind (vgl. Zimmermann, 1999, S.205).

Der Einfluss der Bindungsqualität zum Vater lässt sich an Hand einer Studie¹⁹ zum gemeinsamen Problemlösen mit dem besten Freund zeigen.

Jugendliche im Alter von 17 Jahren, die sicher in der Kindheit an ihren Vater gebunden waren, verändern ihr Verhalten bei Hilflosigkeit, Enttäuschung oder Unsicherheit, weg vom sonst überwiegend autonomen Verhalten in ein gemeinschaftlich problemlösendes Verhalten. Jugendliche, die dagegen unsicher an

¹⁹ Zu finden in Zimmermann/Suess/Scheurer-Englisch/Grossmann ,2000, S. 311

den Vater gebunden waren, änderten die Balance für problemlösendes Verhalten eher zu einem, den Freund ausgrenzenden und eigenständigen Verhalten.

Das ist ein Hinweis darauf, dass soziale Ressourcen bei einer unsicheren Bindung weniger genutzt werden können. Von anderen Personen wird keine Hilfestellung erwartet oder nicht erbeten, was einen größeren Stress für den Einzelnen bedeutet. Gerade im Hinblick auf das Risiko-Schutz-Modell²⁰ ist die Fähigkeit Hilfe zu suchen und annehmen zu können, eine Schutzmaßnahme vor einer möglichen Überforderung.

„Dies verdeutlicht, dass die Nutzung sozialer Ressourcen – die ja im Risiko-Schutz-Modell einen Schutzfaktor darstellen- gerade dann, wenn es sinnvoll und adaptiv wäre, bei Personen mit unsicherem Bindungsgeschichte eingeschränkt ist“ (Zimmermann/Suess/Scheurer-Englisch/Grossmann 2000, S.311).

Unsichere Bindungsrepräsentationen im Jugendalter sehen im Zusammenhang mit mehr Feindseligkeit und weniger Eingebundenheit in die Gleichaltrigen Gruppe, weniger Vertrauen und Nähe in Freundschaftsbeziehungen. Bei Jugendlichen mit einer unsicheren Bindungsrepräsentation lässt sich auch feststellen, dass sie ein weniger entwickeltes Konzept von Freundschaft haben. Die Erwartungen von gegenseitiger Unterstützung bei emotionalen Problemen sind weniger ausgeprägt und werden auch nicht als so wichtig eingeschätzt. Der Entwicklungsverlauf sozialer Bindungsmuster, ermittelt in der Bielefelderlängsschnittstudie, ist in Abbildung 3 dargestellt.

Der Einfluss der Bindungsrepräsentation zeigt sich nicht nur an Hand der Arbeitsmodelle, sondern auch bei der konkreten Gestaltung von Freundschaftsbeziehungen und den Erwartungen, die man an diese stellt.

²⁰Im Risiko-Schutz-Modell der Entwicklungspsychopathologie werden die Auswirkungen einzelner Variablen auf die Entwicklung hinsichtlich einer Fehlanpassung oder Resilienz untersucht. Dabei folgerten Werner und Schmith aus ihren Untersuchungen, dass bei einem Überwiegen der Schutzfaktoren gegenüber den Risikofaktoren eine relative Resilienz auftritt. Das Risiko-Schutz-Modell bietet eine gute Grundlage für Prognosen in Bezug auf die mögliche Entwicklungen, bietet aber in sich noch keinen konkreten Ansatz für Interventionen (vgl. Werner, 1982/Schmith, 1992, in: Zimmermann/Suess/Scheurer-Englisch/Grossmann 2000, S.306).

Die Qualität in Bezug auf die Enge von Freundschaftsbeziehungen und bezüglich des Freundschaftskonzepts können durch Längsschnittstudien vorhergesagt werden, in denen die Fähigkeit, bei emotionalen Problemen die Nähe der Eltern zu suchen, untersucht wird (vgl. Zimmermann/Suess/ Scheuerer-Englisch/Grossmann, 2000, S.312).



Abbildung 3: Entwicklungsverlauf sozialer Beziehungsmuster von der Kindheit bis zum frühen Erwachsenenalter (entnommen aus: Zimmermann/ Suess/Scheurer-Englisch/Grossmann 2000, S.312).

In den Längsschnittstudien wird ebenfalls deutlich, dass wichtige Lebensereignissen wie Trennung der Eltern, Umzug, Krankheit oder Tod eines Elternteils innerhalb des ersten Lebensjahres eine sichere Bindung in eine unsichere verwandeln können. In Studien von Zimmermann hatten Kinder, die eine Scheidung innerhalb des ersten Lebensjahres erlebt hatten, häufig in der Nachuntersuchung eine unsichere Bindungsrepräsentation (vgl. Zimmermann, 1995, in: Brisch, 2001, S.58).

Untersuchungen von Liotti konnten Zusammenhänge von erwachsenen Patienten mit einer dissoziativen Symptomatik und einem desorganisierten Verhalten aufzeigen (vgl. Liotti, 1992, in: Brisch, 2001, S.58). Darin ergab sich, dass 62 Prozent der Patienten mit einer solchen Symptomatik Mütter hatten, die zwei Jahre vor oder nach der Geburt eine wichtige Bezugsperson verloren hatten. Nur 13 Prozent der nicht dissoziativen Patienten berichteten über einen ähnlichen Verlust (vgl. Brisch, 2001, S.58-59).

Patienten, die an psychischen Störungen erkrankten, zeigen immer eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zu affektiven Bindungen. Obwohl diese Beeinträchtigung in manchen Fällen eindeutig durch andere Veränderungen bedingt ist, ist sie in vielen Fällen wahrscheinlich die direkte Folge einer fehlerhaften Entwicklung in der Kindheit, die auf eine ungünstige Familiensituation zurückzuführen ist.

Es wurde in Untersuchungen aus den sechziger Jahren²¹ eindeutig festgestellt, dass zwei psychische Syndrome und zwei Arten mit ihnen verbundener Symptome sehr häufig als Folge von in der Kindheit unterbrochenen affektiven Bindungen auftreten. Es handelt sich bei den Syndromen um die von Bowlby (2001) so bezeichnete psychopathische Persönlichkeit und Depression, die begleitenden Symptome sind anhaltende Delinquenz und suizidales Verhalten. Infolge von Bindungsabbrüchen in der Kindheit fällt es den psychopathischen Persönlichkeiten schwer, affektive Beziehungen aufrecht zu erhalten, häufig ist die Fähigkeit hierzu nicht mehr vorhanden. Depressionen können ebenfalls häufig mit Beziehungsabbrüchen in der Kindheit in Zusammenhang gebracht werden.

„Vieles deutet daraufhin, dass der Verlust eines Elternteils infolge seines Todes in einer Gruppe von Depressiven zweimal sooft vorkommt, wie in der übrigen Bevölkerung“ (Bowlby, 2001, S.97)

„Ferner haben Patienten mit extremen Erkrankungen, (...), mit großer Wahrscheinlichkeit nicht nur früh in ihrem Leben einen Verlust erlitten, sondern wahrscheinlich hat es sich dabei um einen permanenten Verlust gehandelt, der außerdem von der kindlichen Erfahrung eines wiederholten Wechsels der Elternfiguren gefolgt war“ (Bowlby, 2001, S.98).

²¹ In Bowlby: „Das Glück und die Trauer“ 2001.

Wesentlich zur Bewältigung von kritischen Lebensereignissen sind die sekundären oder tertiären Bezugspersonen, welche die Belastungen, die sich an das Kind stellen, auffangen und das Kind unterstützen können.

Das Vorhandensein einer emotional verfügbaren Bezugsperson stellt einen Schutzfaktor dar, der in Risikosituationen eine Dekompensation des Kindes verhindern kann und den Aufbau weiterer negativer Symptome vorbeugt (vgl. Brisch, 2001, S.58-59).

7.9 Störungen der Bindungsbeziehungen

Die Bindungstheorie besagt, dass sich das Kind im Laufe des ersten Lebensjahres an die Person bindet, die seine Bedürfnisse in Pflege und Spielsituationen auf eine feinfühlig Weise befriedigt. Feinfühligkeit bedeutet, dass die Bindungsperson die Signale des Kindes wahrnimmt, richtig interpretiert und prompt in einer angemessenen Weise darauf reagiert.

Die anfänglich sehr hoch eingeschätzte Bedeutung der elterlichen Feinfühligkeit für die Ausbildung der Bindung an die Eltern hat sich im Laufe der Zeit relativiert und auch weiter differenziert.

Die Forschungen der jüngsten Zeit haben die Feinfühligkeit um die Bedeutung der Sprache ergänzt und auf den Einfluss des Rhythmus und der Zeit aufmerksam gemacht. Mütter, die schon im ersten Jahr, bevor die Sprachentwicklung ausgereift war, in der Interaktion von ihnen wahrgenommene nonverbale Signale und Affektzustände stellvertretend für den Säugling in nachvollziehbare Worte gefasst haben, hatten nach einem Jahr einen überproportionalen Anteil an sicher gebundenen Kindern. Mütter die wenig empathisch oder für den außen stehenden Beobachter in keiner Weise nachvollziehbarer oder gar nicht in der Interaktion mit dem Säugling sprachen, hatten überdurchschnittlich häufig nach einem Jahr unsicher gebundene Kinder.

Wichtig für die Bindungsbeziehung ist nicht nur die konkrete feinfühlig Pflege sondern auch die empathische Verbalisation von Affektzuständen, obwohl der deklarative Inhalt entwicklungsbedingt noch nicht verstanden wird. Es geht also um die Aufnahme von prosodischen Inhalten wie Tonfall, Melodie, Rhythmus, Lautstärke, die den inneren und äußeren Zustand des Kindes, das sich dadurch feinfühlig verstanden fühlt, erfassen.

Die Synchronizität und Reziprozität in der Interaktion zwischen Mutter und Kind sind von großer Bedeutung. Kinder sind mit einem Jahr häufig unsicher gebunden, wenn die Interaktion zwischen Mutter und Kind übermäßig synchron oder asynchron mit wenig reziproken Anteilen ist. Übermäßig sicher hingegen sind die Kinder gebunden, bei denen die Interaktion mit der Mutter durch Phasen des synchronen und reziproken Austausch gekennzeichnet sind, in denen auch Missverständnisse vorkommen, die jedoch von der Mutter bemerkt und korrigiert werden.

“Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein mittleres Maß an rhythmischer Koordination in der zeitlichen Abfolge von Interaktion zwischen Mutter und Säugling besonders förderlich für die sichere Bindungsentwicklung ist.“ (Brisch, 2002, S.355)

Aus entwicklungspsychologischer und entwicklungspsychopathologischer Sicht sind die von Ainsworth gefundenen Muster der Bindungsqualitäten spezifische Adaptionen im Rahmen normaler Mutter-Kind-Beziehungen. So gesehen wäre das vermeidende Bindungsmuster, welches Kliniker an ein pathologisches Verhaltensmuster erinnert, ein Anpassungsversuch des Kindes an die Einstellung der Eltern.

Die so gebundenen Kinder können trotz größerer Distanz, als es dem Bindungsbedürfnis entspricht, mit den Eltern in Kontakt bleiben.

Kinder, die vermeidend gebunden sind, haben schon im ersten Lebensjahr gelernt, dass ihr Signalisieren von Nähewünschen mit Abweisung beantwortet wird. Um die befürchtete ablehnende Reaktion der Mutter nicht zu erfahren, zeigen sie bei einer Trennung Bindungsreaktionen wie Weinen, Anklammern und Nachlaufen erst gar nicht.

Mit dem vermeidenden Muster kann dann doch noch eine Bindung zur Mutter, allerdings auf Kosten der kindlichen Wünsche nach Nähe, aufrecht erhalten werden. Für diese Eltern und Kinder scheint die vermeidende Strategie die beste Möglichkeit zu sein, um den durch das Bindungsverhalten hervorgerufenen Stress zu verringern.

Die von Main²² als „desorganisiertes Muster“ beschriebenen Verhaltensweisen können nicht als eine adaptive Strategie angesehen werden. Sie weisen aber darauf

²² Nachzulesen in den Kapiteln: „Organisierte Bindungskategorien von Säugling, Kind und Erwachsenen“ und „desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen“ in Brisch/Grossmann/Grossmann/Köhler: Bindung und seelische Entwicklungswege, 2002

hin, dass diesen Kindern in der Stresssituation von Trennung und Wiedervereinigung kein geeignetes Handlungsschema zur Verfügung steht. Daraus ergeben sich die widersprüchlichen Verhaltensweisen wie das Hinlaufen zur Mutter, Stehenbleiben, Umkehren, Einfrieren der Bewegungen und motorische Stereotypen, die auf den Betrachter wie ein desorganisiertes Verhalten wirken. Das gezeigte Verhalten vermittelt den Eindruck einer gestörten Psychosomatik und erinnert an Psychopathologie. Dieses Verhalten wird dementsprechend häufig in Gruppen mit erhöhtem Risiko, seitens des Kindes durch eine Frühgeburt oder andere traumatischen Erfahrungen, sowie seitens der Eltern durch ungelöste Traumata oder ungelöste oder unverarbeitete Verlusterfahrungen, gefunden.

Im Extremfall ergaben sich hieraus für die Kinder ein falsches Affekterleben und Beeinträchtigungen im Bereich der Kognitionen.

Bei ihnen und anderen Risikostichproben konnte eine „zielkorrigierte Partnerschaft“, wie sie von Bowlby bei Normalstichproben zwischen den Bindungspersonen und dem Kind gefunden wurde, nicht erreicht werden (vgl. Bowlby, 1976 in: Brisch, 2001, S.77-80). Das hat zur Folge, dass sich mit zunehmendem Alter psychopathologische Verhaltensweisen verfestigten. Diese wirkten sich nicht nur auf die Primärbeziehungen aus, sondern auch auf alle weiteren Beziehungen und Interaktionen im Alltag dieser Kinder (vgl. Brisch, 2001, S.77-80).

Eine Bindungsstörung kann auch durch eine Rollenumkehr gekennzeichnet sein. Hierbei müssen die Kinder für ihre Eltern, die z.B. körperlich erkrankt sind oder an Depressionen mit Suizidabsichten und Ängsten leiden, als sichere emotionale Basis dienen. Die Eltern fungieren krankheitsbedingt nicht als Hort der Sicherheit, sondern die Kinder, die diese Sicherheit benötigen, müssen als „sicherer Hafen“ für die Eltern dienen. Dadurch wird die Ablösung der Kinder behindert und verzögert. häufig entwickelt sich aus dieser Situation eine Angstbindung. Ebenfalls eine große Mehrheit misshandelter Kinder zeigt dieses Bindungsmuster (vgl. Brisch, 2000, S.85).

Main und Hesse²³ fanden Zusammenhänge von ängstlichen und Angst machenden Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind und desorganisierten Bindungsmuster in der „Fremden Situation“.

²³ Genaue Ausführungen hierzu sind in Hesse/Main: „Desorganisiertes Bindungsverhalten bei Kleinkindern, Kindern und Erwachsenen“. In Brisch/Grossmann/Grossmann/Köhler: Bindung und seelische Entwicklungswege, 2002, S.219-248 nachzulesen.

Ebenfalls ist in neueren Untersuchungen gezeigt worden, dass auch hilfloses und chaotisches, sowie inkonsistentes Verhalten der Mutter in der Pflegeinteraktion mit einem desorganisiertem Verhaltensmuster des Kindes zusammenhängt.

Bedeutend ist bei allen Bindungsstörungen²⁴, dass auf frühe Bedürfnisse nach Nähe und Schutz in Bedrohungssituationen und bei ängstlicher Aktivierung der Bindungsbedürfnisse in einem extremen Ausmaß nicht adäquat, unzureichend oder widersprüchlich reagiert wurde.

„Dies kann insbesondere bei vielfältigen abrupten Trennungserfahrungen des Kindes durch Wechsel der Betreuungssysteme, wie etwa bei Kindern, die in Heimen aufwuchsen, bei psychisch kranken Eltern oder bei erheblicher chronischer sozialer Belastung und Überforderung der Eltern entstehen“ (Brisch, 2002, S.357).

Bei anhaltenden pathogenen Bindungserfahrungen in der frühen Interaktion können Bindungsstörungen entstehen, die oftmals die verborgenen Bindungsbedürfnisse der Kinder wegen der extremen Verzerrung im Verhaltensausdruck nicht mehr erkennen lassen. Sind diese pathogenen Faktoren zeitlich begrenzt, entsteht hieraus oft ein desorganisiertes Bindungsverhalten.

Abgesehen davon können Kinder mit einem vermeidenden Verhalten reagieren, bei dem sie sich selbst in Bedrohungssituationen nicht an eine Bindungsperson wenden, also eher einsam und alleine bleiben. Auch ein Pseudo-Bindungsverhalten, bei dem sie sich undifferenziert an jede beliebige, momentan verfügbare Person wenden und diese um Hilfe ersuchen kann auftreten. Besonders Kinder, die einen häufigen Wechsel im Betreuungssystem in den ersten Lebensjahren hatten und/oder traumatisiert wurden, zeigen diese Bindungsstörungen (vgl. Brisch, 2002, S.358).

7.9.1 Bindung bei psychotischen Störungen

Im weiteren wird vermehrt auf die Auswirkungen von depressiven und schizophrenen Störungen auf die Bindungsbeziehung eingegangen.

Bei einer depressiven Störung ist davon auszugehen, dass die Erkrankten in ihrer Funktion als Eltern eingeschränkt sind.

²⁴ Genaue Beschreibungen der Einzelnen Bindungsstörung sind in Brisch, 2001, 83-91 nach zu lesen.

Viele Aspekte der Depression stehen im Widerspruch zu einem angemessenen Elternverhalten, hierzu zählen die verringerte Energie der Mutter, ihre Missstimmungen, Pessimismus, Unaufmerksamkeit und Irritierbarkeit.

Vielen Untersuchungen²⁵ zufolge scheinen depressive Mütter eine Tendenz zu einem unsensiblen, unengagierten, missbilligenden und feindseligen Verhalten gegenüber dem Kind zu haben. Selten bieten sie dem Kind angemessene Regeln, Struktur und Führung. Die Beziehung ist durch wenig Wechselseitigkeit der Gefühle und durch wenig zeitlicher Absprache und Freude am Zusammensein gekennzeichnet.

Die Mutter-Kind-Beziehung kann dadurch schon früh ungewöhnlich sein.

Ein frühes Anzeichen einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung zeigt sich darin, dass depressive Mütter ihren neugeborenen Kindern selten ins Gesicht blicken. Gegenüber älteren Kindern zeigen depressive Mütter wenig affektive Reaktionen, ein niedriges Aktivitätsniveau und wenig kontingente Reaktionen. Außerdem kommt es zu einem krankheitsbedingten Wechsel zwischen Aufdringlichkeit und fehlendem Engagement. Die betroffenen Kinder reagieren auf dieses Verhalten mit Nervosität, verringerter physischer Aktivität oder mit Rückzug, häufigem Wegsehen und reduziertem positiven Affekt.

Gelfand und Teti fanden heraus, dass depressive Mütter auffallend unfähig waren, die Aktivitäten der Kinder kontinuierlich zu beobachten und sie vor möglichen Gefahren im Spiel zu bewahren (vgl. Gelfand/Teti, 1990, in Remschmidt/Mattejat, 1994, S.87-88).

Ein Hauptcharakteristikum der Depression ist eine generalisierte negative Einstellung zu sich selbst und zu anderen. Die depressive Mutter sieht sich und ihr Kind unrealistisch hart und streng. Sie hat Schuldgefühle, Ressentiments und eine ambivalente Einstellung, verbunden mit wenig gezeigter Zuneigung dem Kind und den anderen Angehörigen gegenüber. Diese Faktoren zusammengefasst machen eine positive Interaktion wenig wahrscheinlich. Neuere Untersuchungen über die Auswirkungen von mütterlicher Depression auf das Kind kommen zu dem Ergebnis, dass unsichere Bindungen zu den häufigsten negativen Folgen von Störungen der mütterlichen Emotionalität gehören (vgl. Murray/Dymond/Cooper, 2002, S.325).

Die Säuglingsforscherin Tiffany Field beobachtete, dass Säuglinge von depressiven Müttern im Alter von sechs Monaten weniger expressiv sind, als Säuglinge von Müttern, die „normal“ reagieren (vgl. Field, 1987, in: Grossmann, 2000, S.67-68).

²⁵ In Remschmidt/Mattejat, 1994

Das gezeigte Desinteresse an sozialer Kommunikation des Säuglings steckte sogar uninformierte Interaktionspartnerinnen an, die daraufhin ihrerseits weniger differenziert mit dem Säugling kommunizierten. Die daraus resultierende mangelnde Kommunikation ist ein Risikofaktor für eine unsichere Bindung.

„Mütter, die wenig empathisch oder für den außenstehenden Beurteiler in keiner Weise nachvollziehbar oder überhaupt nicht in der Interaktion mit ihrem Säugling sprachen, hatten Kinder, die überzufällig unsicher gebunden waren“ (Brisch, 2002, S.354-355).

Eine weitere Untersuchung von Field mit drei Monate alten Säuglingen und ihren Müttern zeigte, dass die depressiven Mütter sich im Vergleich zu den nicht-depressiven Müttern in einer Spielsituation häufiger abwendeten, weniger mit den Kindern spielten und oft verärgert waren (vgl. Field, 2000, in: Essau, 2002, S.128). Die Kinder der depressiven Mütter protestierten mehr und spielten weniger im Vergleich mit den Kindern von nicht-depressiven Müttern.

In einer Längsschnittuntersuchung von Cytryn, bei der die Söhne von bipolaren Eltern mit einer Kontrollgruppe untersucht und verglichen wurden, konnte ebenfalls gezeigt werden, dass innerhalb der ersten beiden Lebensjahren bei den Risikokindern das ängstlich vermeidende und unsichere Bindungsverhalten zunahm (vgl. Cytryn, 1984, in: Remschmidt/Mattejat, S.1994). Sie zeigten eine geringere Kapazität zur Selbstregulation des emotionalen Verhaltens, besonders in Bezug auf Angst und Ärger.

Im Alter von zwei Jahren waren Fehlanpassungen, Einschränkungen im Sozial- und Kontaktverhalten und die Aggressionsneigung gegenüber Gleichaltrigen signifikant überproportional (vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, 87-88). Weiterhin konnte eine Untersuchung von Billings und Moss einen klareren Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der depressiven Erkrankung eines Elternteils und der psychopathologischen Auffälligkeit der Kinder zeigen (vgl. Billings/Moss, 1983, in: Remschmidt/Mattejat, 1994, S.89).

Das multifaktorielle Modell zur Entstehung von Depressionen von McCauley weist auf die Bedeutung der mütterlichen Depression zur Entstehung von depressiven Störungen beim Kind hin (vgl. McCauley, 1995, in: Essau., 2002, S.116-117). Deutlich wird darauf hingewiesen, dass die Qualität der Bindung zwischen dem Kind und den Eltern die Entwicklung und damit auch die Repräsentation vom Selbst und

den anderen beeinflusst. Das Kind erlebt sich nur dann als kompetent und erwünscht, wenn die Eltern verlässlich verfügbar sind, das Explorieren unterstützen und bei Bedarf als „sicherer Hafen“ dienen. Es sieht andere Personen als vertrauenswürdig an und erlebt, dass diese auf seine Bedürfnisse reagieren.

Kinder mit unsicheren Bindungen entwickeln häufig eine negative Repräsentation in Bezug auf sich selbst. Die eigene Person wird als inkompetent und wertlos angenommen und zwischenmenschliche Beziehungen werden als aversiv und unvorhersehbar erlebt. Kommen weitere belastende Faktoren, wie z.B. die Trennung von der Bezugsperson oder andere schwierige Lebensumstände hinzu, kann daraus eine Depression schon im Kindes- und Jugendalter resultieren (vgl. Essau, 2002, S.116).

Die Mutter-Kind-Interaktion ist in der schwedischen *Lund-Studie*²⁶ umfassend untersucht worden. Dazu wurden in einer Stichprobe Kinder von Frauen untersucht, die an einer nicht organischen Psychose litten, dazu zählten in dieser Studie schizophren, zyklod, affektiv erkrankte und Mütter mit anderen psychotischen Störungen. Die Kontrollgruppe bestand aus exakt parallelisierten Kontrollkindern. Die Untersuchung begann in der Schwangerschaft die Kinder wurden später in regelmäßigen Abständen nachuntersucht.

In Bezug auf das Bindungsverhalten kann festgestellt werden, dass die Kinder psychotischer Mütter insgesamt ein etwas häufigeres ängstliches Bindungsverhalten zeigen, sich jedoch sonst nicht signifikant von der Kontrollgruppe unterscheiden.

Kinder schizophrener Mütter zeigen allerdings bedeutend häufiger ein ängstlicheres Bindungsverhalten im Vergleich zur Kontrollgruppe. Während des Fütterns und in unstrukturierten Spielsituationen im Alter von einem Jahr fielen manche Aspekte der Mutter-Kind-Interaktion signifikant negativer aus als im Vergleich zur Kontrollgruppe. In Bezug auf die Bedürfnisse der Kinder sind die Indexmütter vermehrt ängstlich und angespannt und zeigen eine Diskrepanz zwischen dem Inhalt der verbalen Kommunikation und der damit einhergehenden Ausdrucksqualität. Die Indexkinder zeigen kein unterschiedliches Verhalten zur Kontrollgruppe.

Die Mütter die an einer schizophrenen oder zykloden Störung litten unterscheiden sich am stärksten von den Müttern der Kontrollgruppe. Die affektiv psychotischen

²⁶ zu finden in Remschmidt und Matthejat, 1994, S. 40-41.

Mütter zeigten erstmals nach einem Jahr und nur in der Fütterungssituation mehr „negative Züge“ als die Mütter der Kontrollgruppe. Dies äußert sich vor allem in einer geringen verbalen Kommunikation und wenigem Blickkontakt, was sich umgekehrt bei den Kindern in selteneren sozialen Kontaktaufnahmen zur Mutter bemerkbar macht. (vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.87-88)

Ebenso wie bei einer depressiven Störung ist davon auszugehen, dass eine schizophrene Erkrankung die Eltern-Kind-Beziehung und damit auch die Bindung massiv beeinflusst. Bislang wurde ausschließlich die Mutter-Kind-Beziehung untersucht, in Bezug auf den Vater wurde bis jetzt nur die Anwesenheit oder Abwesenheit registriert. Die Mutter-Kind-Beziehung wird von dem Schweregrad der Erkrankung beeinflusst, sowie durch An- und Abwesenheit eines Partners und dem Ausmaß, indem dieser kompensatorische Funktionen übernimmt.

„Die Qualität der Mutter-Kind-Beziehung ist eine wichtige Variable für die Vorhersage von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern psychisch kranker Eltern.“
(vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.40)

Kinder schizophrener Eltern werden häufig als emotional instabil geschildert, sie haben eine geringe Frustrationstoleranz, sind stressüberempfindlich, leicht erregbar, ängstlich, unglücklich und stimmungsabhängig. Neueren Untersuchungen zufolge lassen sich Hinweise finden, wonach davon auszugehen ist, dass emotionale Instabilität ein Risikofaktor für eine spätere Schizophrenieerkrankung darstellt (vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, S.21).

Durch die direkte Untersuchung der Mutter-Kind-Beziehung in der schwedischen Lund-Studie konnte festgestellt werden, dass Kinder schizophrener Mütter verglichen mit Kindern von Müttern mit anderen Psychosen und Kindern gesunder Mütter, signifikant häufiger ein ängstliches vermeidendes oder ambivalentes Bindungsverhalten zeigen (vgl. Näslund, 1984, in: Remschmidt/Mattejat, 1994, S. 40-41). Drei Tage nach der Geburt war die Mutter-Kind-Interaktion in den klinischen Gruppen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe erheblich gestört, es herrschte ein negatives emotionales Klima, mehr Anspannung und Unsicherheit, weniger sozialer Kontakt zwischen Mutter und Kind und weniger wechselseitiger Blickkontakt.

Im ersten Lebensjahr zeigten die Kinder psychotischer, besonders aber Kinder von schizophrenen und manisch-depressiven Müttern, fast keine Angstreaktion bezüglich fremder Personen. Allerdings konnte kein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Erkrankung und der Häufigkeit bezüglich der Furcht vor Fremden gefunden werden. (vgl. Remschmidt/Mattejat, 1994, 40-41)

Es muss davon ausgegangen werden, dass die psychotischen Störungen Auswirkungen auf die kindliche Bindung und Entwicklung haben, die spezifischen Auswirkungen sind jedoch im speziellen noch nicht hinreichend erforscht. Allgemein ist davon auszugehen, dass psychiatrisch kranke Mütter auf Grund der mit der Erkrankung einhergehenden Stimmungsänderungen mit abrupten Abbrüchen von Annäherungsverhalten oder auch Widersprüchen zwischen Mimik und Körperbewegung, wesentlich häufiger Kinder mit einem desorganisierten Bindungsmuster haben. Häufig entsteht ein Annäherungs-/Vermeidungskonflikt beim Kind, der durch die Bindungsperson selbst ausgelöst wird, da sie Quell des ängstlichen und ängstigenden Verhalten ist. Nicht traumatische Einzelerlebnisse lassen hier gehäuft die desorganisierte Bindungsorganisation entstehen, sondern eine krankheitsbedingte andauernde Vernachlässigung (vgl. Carlson 1989; Lyons-Ruth 1990, in Hartmann/Lohmann, 2003, S.6).

Hinweise aus der Affektforschung über negative Auswirkungen der Interaktion Schizophrener mit Gesunden lassen sich auf die Interaktion zwischen Mutter und Säugling übertragen. Schizophren Erkrankte zeigen in der Interaktion oft eine geringere mimische Produktivität, ein starres Obergesicht und keine Konversationssignale (vgl. Steimer-Krause, 1994, in Hartmann/Lohmann, 2003, S.7). Werden Dialogangebote eines Säuglings in dieser Weise beantwortet, so führt dies zu Einsamkeitsgefühlen, die zur Folge haben, dass der Säugling Intimität vermeiden wird.

„Bei psychisch kranken Müttern ist auch öfter mit plötzlichem Verlassen des Säuglings und abruptem Kontaktabbruch zu rechnen. Dies führt bei Säuglingen zu sozialem Rückzug“ (Hartmann/Lohmann, 2003, S.7)

Die Bindungsrepräsentation wird in einem hohen Prozentsatz auf die nächste Generation übertragen, zu 70 bis 80 Prozent in der Normalpopulation. Daraus ergibt sich, dass bei Kindern psychisch kranker Eltern signifikant häufiger mit einer

unsicheren Bindung gerechnet werden muss (vgl. Manassis, 1994, in Hartmann/Lohmann, 2003, S.8).

8 Präventionsmodelle zur Vermeidung von Bindungsunsicherheit und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern von psychisch kranken Eltern

8.1 Stand der Entwicklung

Bis heute ist das Problembewusstsein, in Bezug auf die speziellen Bedürfnisse der Kinder von psychisch kranken Eltern, auch hinsichtlich der Bindungsbeziehung, noch nicht in die Praxis der Psychiatrien, ambulanten Therapeuten und sozialpädagogischen Familienhilfen eingegangen. Allerdings gibt es schon eine Reihe von Projekten, die sich mit der Prävention von Folgeerkrankungen und der Unterstützung dieser Kinder beschäftigen.

Die Meta-Analyse neuester Studien durch Martins und Gaffan (2000) zeigt, dass die häufigsten negativen Auswirkungen von gestörter mütterlicher Emotionalität eine unsichere Bindung beim Kind bewirken (vgl. Murray/Dymond/Cooper, 2002, S.325). Eine sichere Bindung bildet eine Grundlage für die spätere kompetente Lebensbewältigung, besonders im Bezug auf die soziale Kompetenz. Ferner wirkt die Bindungssicherheit als Schutzfaktor vor Auswirkungen von späteren Belastungen. Dagegen erhöht ein unsicheres Bindungsmuster die Wahrscheinlichkeit für mäßige Entwicklungsergebnisse, also auch für Verhaltensauffälligkeiten und Psychopathologien (vgl. Egeland, 2002, S.312).

Hinsichtlich der zu befürchtenden Langzeitwirkungen von unsicheren Bindungen auf das Kind, wie z.B. sozio-emotionale Störungen in der Vorschulzeit (vgl. Carlson und Sroufe, 1995, in: Murray/Dymond/Cooper, 2002, 325), wird heute bei Interventionsmaßnahmen vermehrt auf die Vermeidung von Bindungsunsicherheit beim Kind geachtet (vgl. Murray/Dymond/Cooper, 2002, S.325).

8.2 Die gemeinsame stationäre psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern

Bisher sind Präventionsprojekte, die sich um eine positive Unterstützung der Bindungssicherheit kümmern, selten wissenschaftlich begleitet und ausgewertet worden. Hier soll ein Präventionsprojekt kurz vorgestellt werden, dem bei der Durchführung kein klar definiertes Konzept im Sinn eines Therapiemanuals zu Grunde liegt.

Hartmann betont hierzu, dass: *„die häufig vorgebrachten Konzeptanforderungen eher zur Errichtung Potemkinscher Dörfer führen, als den komplexen Stationsalltag angemessen zu beschreiben“* (vgl. Hartmann, 2000, S.545).

Weniger allgemein formuliert fußt der Zugang zu Mutter und Kind in diesem Interventionsmodell auf einem psychodynamisch-psychoanalytischen Hintergrund, der die Ergebnisse der Bindungs- und Entwicklungspsychopathologie mit einbezieht (vgl. Hartmann, 2000, S.545).

Es wird auf die Risikofaktoren von Wochenbettdepression und Wochenbettpsychose, am Beispiel der postpartal deutlich erhöhten Inzidenz von psychiatrischen Erkrankungen der Mutter, eingegangen.

Untersuchungen von Boom weisen auf eine Unterstützung der Bindungsbeziehung und Prävention psychischer Störungen beim Kind hin, wenn Mutter und Kind gemeinsam aufgenommen werden (vgl. Boom, 1994, in: Hartmann, 2000, S.548).

Die Notwendigkeit, sich mit der gemeinsamen Behandlung von Müttern und ihren Kindern in der Psychiatrie zu beschäftigen, liegt nicht zuletzt in der Tatsache begründet, dass die Wahrscheinlichkeit an einer Psychose postpartal zu erkranken 18fach höher ist als noch in der Schwangerschaft, die in sich schon eine Stresssituation darstellt (vgl. Pfaffenberger und McCabe, 1966, in: Hartmann, 2000, S.538). Das liegt nicht zuletzt an dem nicht zeitgleichen Auftreten der biologischen und psychologischen Mutterschaft²⁷. Bei der gemeinsamen Aufnahme geht es um den Erhalt der Beziehung zwischen Mutter und Kind, damit wird auch dem Verlangen der erkrankten Mütter Rechnung getragen, trotz einer Erkrankung, durch unterstützende Maßnahmen, eine gute Mutter sein zu können.

²⁷ Für das Auftreten der Postpartum-Psychose und der Wochenbettdepression, sind verschiedene Risikofaktoren beschrieben worden, die in Hartmann, 2000, S. 537-551 zu finden sind.

Aus präventivmedizinischer Sicht ist die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind als besonders wichtig anzusehen, da sich bei Interventionen im Vorschul- und Schulalter häufig bereits pathologische, verfestigte Interaktionssysteme in den Familien mit erheblichen Auswirkungen auf die Kinder manifestiert haben. Ohne frühzeitige Möglichkeiten der Unterstützung psychisch kranker Mütter bei der Versorgung und Pflege des Neugeborenen bzw. Säuglings werden diese Mütter häufig emotional überfordert. In vielen Fällen fehlt die familiäre Unterstützung und die Frauen fürchten die Trennung vom Kind bei einer stationären Einweisung und versuchen, die Dekompensation solange abzuwenden bis „überhaupt nichts mehr geht“, was erhebliche Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung hat (vgl. Hartmann, 2000, S.542-543).

Vorteile einer gemeinsamen Aufnahme für die Mutter bestehen darin, dass eine allmähliche Herangehensweise an die Säuglingspflege und den damit verbundenen Belastungen möglich wird, so dass die intuitive Elternschaft unterstützt wird. Für den Fall, dass es zu einer vorläufigen oder endgültigen Trennung kommt, ist eine therapeutische Bearbeitung möglich. Es ergibt sich aus der gleichzeitigen Aufnahme eine bessere Vorbereitung auf die Entlassung und der späteren häuslichen Situation, in der möglicherweise keine weitere Hilfestellung vorhanden ist. Es hat sich gezeigt, dass die gleichzeitige Aufnahme die Verweildauer der Mutter in der Klinik verkürzt.

Für das Kind ergeben sich folgende Vorteile einer gemeinsamen Aufnahme: Einer Heimeinweisung kann oftmals durch die gleichzeitige Aufnahme vorgebeugt und eine Trennung damit umgangen werden. Wechselnde Bezugspersonen, die sich negativ auf die Entwicklung und Bindung auswirken, werden dadurch vermieden. Die Mutter-Kind-Bindung wird soweit wie möglich erhalten und unterstützt.

Um die intuitive Elternschaft oder die so genannte Mutterschaftskonstellation in ihrem Auftreten zu fördern und in manchen Fällen zu entwickeln, ist die Anwesenheit des Säuglings notwendig (vgl. Stern, 1995, in Hartmann, 2000, S.539). Durch die gemeinsame Aufnahme kann der Beziehungsaufbau und das Selbstvertrauen im Umgang mit dem Säugling unterstützt werden.

Dabei wird pädagogisch auf die Mutter-Kind-Dyade eingegangen. Dies geschieht zunächst durch Anleitung bei der Ernährung und Pflege des Kindes, mit dem Ziel,

dass die Mutter die grundlegende Versorgung des Kindes erlernt und beherrscht. Wenn dies erreicht ist, richtet sich die Aufmerksamkeit darauf, dass die Mutter lernt, das Kind altersspezifisch zu beschäftigen. Ebenfalls spielt die Beratung hinsichtlich einer kindgerechten Lebensweise nach der Entlassung eine zentrale Rolle der pädagogischen Unterstützung (vgl. Hartmann, 2000, S.539).

Durch eine gleichzeitige Aufnahme von Mutter und Kind soll nicht nur eine Trennung vermieden, sondern auch eine Entlastung des Mutter-Kind-Systems geschaffen werden. Damit soll einer emotionalen Überlastung, sowohl bei der Mutter als auch beim Kind, durch eventuell traumatisierende Erregungszustände vorgebeugt werden. Regulationsüberforderungen seitens der intrapsychischen Selbstregulation des Kindes und der Mutter sollen ebenso abgewendet werden wie die Überforderung des interaktiven Mutter-Kind Regulationsprozesses (vgl. Sameroff/Emde, 1989, in: Hartmann, 2000, S.545).

Bleiben die Versuche des Kindes, Kontakt zur Mutter aufzunehmen über längere Zeit wirkungslos, steigt es aus der interaktiven Regulationsbeziehung aus und versucht sich über die Selbstregulation, z.B. durch autistische Schaukelbewegungen, Kopf-an-die-Wand-schlagen, Versinken in Trance-zustände oder Daumenlutschen zu stabilisieren. Dadurch versuchen die Kinder die inneren Spannungen abzubauen und zu kontrollieren. Bei wiederholter Hilflosigkeitserfahrung entwickeln sie verschiedene Arten mit dem Verhalten der psychotischen Müttern umzugehen.

Es kann zu einer Rollenumkehr, auch Parentifizierung genannt, kommen, bei der sich das Kind um die Mütter kümmert. Oder sie wehren sich durch kontrollierend strafendes oder kontrollierend fürsorgliches Verhalten als Kontrolle gegen die psychotische Infizierung durch die Mutter. Aus der Bindungstheorie ist dieses Verhalten als desorganisiertes Verhalten bekannt (vgl. Main/Salomon, 1986, in: Hartmann, 2000, S.546).

Sie können aversiv auf die psychisch kranke Mutter reagieren, um als eigenes Selbst wahrgenommen zu werden bzw. das eigene Selbst zu erhalten (vgl. Hartmann, 2000, S.546).

8.2.1 Die Bindungstheorie und die Mutter-Kind Behandlung

Untersuchungen von Murray zu den Auswirkungen einer postnatalen Depressionen bei Müttern in Bezug auf die Entwicklung ihrer Kinder zeigen, dass hinsichtlich der Bindungsentwicklung ein hoher Prozentsatz unsicher gebunden ist (vgl. Murray, 1992, in: Grossmann, 2000, S.68). Dies liegt nicht zuletzt an dem teilweise sehr problematischen Umgang von psychisch kranken Müttern mit ihren Kindern.

Unter Berücksichtigung der verschiedenen Risiko- und Schutzfaktoren für eine gesunde Entwicklung des Kindes befürwortet Hartmann die gemeinsame Aufnahme von Mutter und Kind unter den protektiven Gesichtspunkten einer sicheren Bindung (vgl. Hartmann, 2000, S.547).

Hartmann geht davon aus, dass es durch eine gemeinsame Mutter-Kind Behandlung zu einer stabileren Entwicklung des Kindes und einem besseren Kontakt zwischen Mutter und Kind kommt (vgl. Hartmann, 2000, S.548). Im besten Fall entstehen stabile innere Arbeitsmodelle bei Mutter und Kind über sich selbst und den anderen, was zu einem guten Gelingen der Wir-Erfahrung des Kindes, ebenso wie zur Reduktion der Ängstlichkeit führt. Gerade Kinder von psychisch kranken Müttern sind erheblichen Traumatisierungen ausgesetzt, was für das Kind in einer bedrohlichen Situation zu einer Aktivierung des Bindungsverhalten führt.

Ist es aber die Bindungsfigur, von der die Bedrohung ausgeht, so wird ein „circulus vitiosus“ in Gang gesetzt, aus dem sich das Kind nur schwer lösen kann. Trennung und Bedrohung erzeugen kaum erträgliche Gefühle von Panik und somit die Notwendigkeit, sich umso fester anzuklammern.

Eine Angstbindung kann entstehen, die in schlimmen Fällen auch eine vorläufige oder endgültige Trennung notwendig macht und in diesem klinischen Setting angemessen bearbeitet werden kann.

8.2.2 Abschließende Überlegung

Die gemeinsame Aufnahme ist nur ein kleiner Schritt zur Unterstützung der Bindungsbeziehung und Prävention von psychischen Störungen beim Kind. Wünschenswert findet Hartmann einen möglichst frühen Kontakt zur psychisch kranken Mutter, um einen angemessenen Hilfeplan frühzeitig erstellen zu können.

Eine Intensivierung des konsiliarischen Austauschs zwischen Psychiatern und Gynäkologen ist von Nöten, ebenso wie die Einbeziehung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie verbunden mit dem Wunsch nach umfangreichen entwicklungs-psychologischen und psychotherapeutischen Kenntnissen und Erfahrungen über die ersten Lebensjahre. Wichtig wäre die Möglichkeit Mutter-Säuglings-Therapien bereitzustellen.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Jugendamt und Familienhilfe, sowie Psychiatrien und ambulanten Behandlungseinrichtungen ist nicht nur wünschenswert sondern bedeutsam. Angehörigengruppen und der Verweis auf diese, stellen ebenfalls eine gute Unterstützungsmöglichkeit zur Prävention von Folgeerkrankungen da.

„Unter diesen Voraussetzungen lassen sich vielleicht am ehesten sonst unabwendbare Interessenskonflikte zwischen den Elternrechten psychisch kranker Mütter und Väter und dem Wohlergehen des Kindes bearbeiten und gegebenenfalls lösen“ (Hartmann, 2000, S.548).

Die regelhafte Einrichtung von Mutter-Kind-Einheiten angeschlossen an allgemeinspsychiatrische Stationen, ist nach Hartmann nur ein Baustein auf dem Weg zur Verbesserung und angemesseneren Betreuung der psychisch kranken Mutter und ihrem Säugling (vgl. Hartmann, 2001, S.133).

„Damit diese Möglichkeiten mehr Verbreitung finden ist dringend eine regelmäßige Finanzierung – nicht nur durch Inanspruchnahme der auf Antrag gewährten Unterstützung durch die Krankenkasse für die mütterliche Entlastung von der Kinderpflege – der zusätzlich erbrachten Leistung bei der Mutter-Kind-Behandlung erforderlich“ (Hartmann, 2000, S.549).

Geschieht dies nicht, wird aus Kostengründen eine wichtige Prävention in Bezug auf die Vermeidung von psychischen Erkrankungen nicht genutzt. Diesen Vorstellungen nahe kommt das Kopenhagener Modell der Frühprävention bei High-risk- Familien (vgl. Hartmann, 2001, S.132). Dort werden Mütter mit ihren Kindern in einer säuglingspsychiatrischen Einrichtung ambulant ebenso wie tagesklinisch in Zusammenarbeit mit Kinderpsychiatern, Hebammen und Müttergruppen betreut. (vgl. Hartmann, 2001, S.132)

8.3 Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter am Beispiel der Auryngruppen

8.3.1 Einleitung

„Auryn“ ist der Name des Schutzamuletts aus Michael Endes „Unendlicher Geschichte“, welches dem Helden Schutz und Kraft bei der Bewältigung von schwierigen Aufgaben verleiht (vgl. Ende, 1979, in: Dierks, 2000, S.561).

Die Hamburger Auryngruppen²⁸ sind ein Gruppenangebot für Kinder von psychisch kranken Eltern im Alter von sieben bis sechzehn Jahren. Die Teilnahme der Kinder an diesem Präventionsprojekt soll sie in ihrer besonderen Lebenssituation unterstützen und sie vor einer eigenen Erkrankung als Folge der Belastungen schützen.

Das im folgenden dargestellte Projekt wurde im Rahmen einer Arbeitsgruppe der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Universitätsklinik Hamburg entwickelt. Die Gruppenarbeit wird finanziell durch den Verein zur Unterstützung von Familien mit psychisch kranken Eltern e.V. „SeelenNot“ unterstützt.

8.3.2 Theoretischer Hintergrund des Konzepts

Die Grundlage des Konzepts bilden bewältigungsorientierte Studien, die sich mit der Resilienz von betroffenen Kindern und Jugendlichen beschäftigt haben (vgl. Anthony, 1987; Shachnow, 1987, in: Dierks, 2000, S.561). Ebenso wurde wie Literatur zur allgemeinen Resilienz in Bezug auf die Entwicklung von psychischen Störungen im Erwachsenenalter verwendet (vgl. Edle et al., 1997, in: Dierks, 2000, S.561). Die Gruppenarbeit orientiert sich an den besonderen Schwierigkeiten der Kinder, die nach Mattejat unter anderem Parentifizierung, Schuld- und Schamgefühle sein können (vgl. Mattejat, 1996, in: Dierks, 2000, S.561). Die Fähigkeit der Selbstreflexion zur Förderung der gesunden Identität des Kindes soll im Rahmen der Gruppenarbeit verbessert und unterstützt werden (vgl. Beardslee/Podorefsky, 1988, in: Dierks, 2000, S.561).

²⁸ In Anlehnung an die Auryngruppen haben sich diverse Projektgruppen in verschiedenen Regionen in Deutschland gebildet. Unter anderem auch die Kindergruppe „Windlicht“, ein sozialtherapeutisches Gruppenangebot für Kinder psychisch kranker Eltern. Weitere Informationen hierzu sind im Internet unter <http://www.margaretenhort.de/angebote/spezielles.html> zu finden.

Beardslees Evaluation eines familienorientierten Präventionsangebotes Anfang der 90er Jahre ergibt, dass langfristig die Informationen über die psychischen Erkrankungen und deren Bewältigungen von den Familien besser aufgenommen und umgesetzt werden, wenn ein Bezug zu den individuellen Lebensumständen in der Familie hergestellt wird als wenn dies nicht der Fall ist (vgl. Beardslee, 1996, in: Dierks 561). In Bezug auf dieses Ergebnis richtet sich der Focus auf die individuellen Schwierigkeiten und Bedürfnisse der Kinder. Vorhandene Bewältigungsmuster müssen gezielt gefördert werden und es soll möglichst differenziert auf die komplexe psychosoziale und emotionale Realität der Kinder eingegangen werden. Hierbei stehen die Weitergabe von reiner Information und die edukativen Aspekte der Prävention hinter dem individuellen Entwicklungsfokus. Dieses Verfahren erscheint deshalb sinnvoll, da die psychische Erkrankung der Eltern für die Kinder schwierig fassbar ist und nicht einfach kognitiv einzuordnen ist. Auf die anderen psychosozialen Belastungsfaktoren, die von Mattejat beschrieben werden, wird in der Gruppenarbeit eingegangen (vgl. Mattejat, 2000, in: Dierks 2000, S.562).

In den wenigen Berichten über Präventionsgruppen wurde eine starke Gruppenkohäsion während des Zusammentreffens der Kinder beschrieben, die damit erklärt wurde, dass die Kinder schnell die ähnlichen Lebenssituationen erkannten und sich solidarisierten (vgl. Leidner, 1997; Gundelfinger, 1997, in: Dierks, 2000, S.56). Das durch die Gruppenarbeit geförderte Gefühl der Kinder, kein Einzelschicksal erleiden zu müssen, wurde als wichtiger Aspekt des Gruppensettings angesehen. Das Gruppenangebot für Kinder in der Latenz und Frühpubertät ist auch aus entwicklungspsychologischer Sicht günstig, da die Mitgliedschaft in einer Gruppe Gleichaltriger die Identität stärkt und sich positiv auf die Autonomieentwicklung auswirkt (vgl. Krappmann, 1980, in: Dierks, 2000, S.562).

8.3.3 Zugangswege zum Aurnprojekt

Das Aurnprojekt ist ein eher hochschwelliges Angebot. Die regelmäßige Teilnahme der Kinder an Gruppentreffen und der Eltern an speziellen Elternnachmittagen über einen Zeitraum von über einem halben Jahr ist die Grundvoraussetzung für die Aufnahme in das Projekt.

Die Zugangswege ergeben sich aus der engmaschigen interdisziplinären Zusammenarbeit, die auch durch die Arbeit des Vereins „SeelenNot“ erleichtert wurde und für dieses Projekt notwendig war. Trotz der guten Kooperation hatte das Projekt in den ersten zwei Jahren mit den in der Literatur beschriebenen Schwierigkeiten, Kontakte zu betroffenen Familien aufzubauen und sie für kindzentrierte Präventionsangebote zu gewinnen, zu kämpfen (vgl. Gundelfinger, 1997, in: Dierks, 2000, S.563). Dies hängt wahrscheinlich neben der hohen Zugangsschwelle auch mit dem Angst erzeugenden Schritt für die Eltern zusammen, sich mit der eigenen Erkrankung in Bezug auf die Elternschaft auseinander zu setzen.

8.3.4 Ziele der Arbeit mit den Kindern

Die Ziele der Arbeit ergeben sich unmittelbar aus dem theoretischen Konzept. Dem Entwicklungsalter entsprechend steht bei jüngeren Kindern der spielerische Ausdruck im Mittelpunkt, im Gegensatz zu den pubertierenden Kindern, die schon differenzierter die Familienproblematik verbalisieren können. Hierzu werden kindgerechte Informationsmaterialien verwendet. Schwierigkeiten können an Hand der Rolle, welche die Kinder gegenüber der Gruppenleiterin einnehmen, besprochen und neue Beziehungsmuster können in einem geschützten Rahmen ausprobiert werden.

Die Ziele des Projekts sind:

- die Förderung der Selbstreflexion und Selbstwertstärkung
- die Enttabuisierung des Themas psychische Erkrankungen der Eltern
- die Stärkung der emotionalen Wahrnehmung
- die Förderung von individuellen Bewältigungsformen
- die kindgerechte Informationsvermittlung zum Thema psychische Erkrankung
- der Austausch über die familiäre und persönliche Situation
- Die Ermöglichung des „Kindseins“ im geschützten Rahmen
- Die Schaffung von Kontakten und Solidarität mit Kindern in ähnlicher Lebenssituation

8.3.5 Ziele der Arbeit mit den Eltern

Der Focus bei der Elternarbeit richtet sich auf den gegenseitigen Austausch der Eltern über die besonderen Bedingungen in Bezug auf die Erkrankung und die Elternschaft. Das Selbsthilfepotential soll aktiviert und ein Verständnis für die kindliche Perspektive erarbeitet werden.

8.3.6 Abschluss der Auryngruppenarbeit

Die Gruppenarbeit wird in der Regel mit einem Fest für die Kinder abgeschlossen. Weiterführende Unterstützungsangebote werden mit den Eltern diskutiert und angebahnt. Zur Reflexion über die Gruppenarbeit dient ein Nachtreffen, zu dem Eltern und Kinder nach einem halben Jahr nach Beendigung der Gruppenarbeit eingeladen werden (vgl. Dierks, 2000, S.561).

8. 4 Das Präventionsprojekt KIPKEL

Über Kipkel:

Zur Prävention von psychischen Erkrankungen wurde von der Praxis für Kunst und Psychotherapie Haan und dem sozialpsychiatrischen Dienst Hilden ein Hilfsangebot für Familien mit minderjährigen Kindern entwickelt, in denen ein oder beide Elternteile an einer endogenen Psychose leiden, z.B. einer Schizophrenie, manisch-depressiven Erkrankung oder an einer schweren Persönlichkeitsstörung. (vgl. Staets/Hipp, 2000, S.569).

Kipkel ist ein interdisziplinäres und interinstitutionelles Kooperationsmodell, das die Chance eröffnet, die gegenseitige Abgrenzung zwischen Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe zu überwinden (vgl. Staets/Hipp, 2000, 578). Das Angebot richtet sich vor allem an Eltern, die Psychoseerfahrungen haben oder an einer Borderline Störung erkrankt sind, und besonders an Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 16 Jahren. Eine Suchterkrankung der Eltern stellt eine Kontraindikation da.

Den Kindern werden Einzelkontakte und Gruppenangebote offeriert. Im weiteren wird für die Eltern eine begleitende Elternarbeit angeboten und zusätzlich für die gesamte Familie therapeutisch begleitete Familiengespräche.

Die Anmeldung kann durch verschiedene Stellen, wie z.B. Jugendämter, den sozialpsychiatrischen Dienst, Kliniken, psychologische Beratungsstellen, Fachärzte, Betreuer oder durch die Familien selbst erfolgen.

Die Voraussetzung für eine Akzeptanz des Präventionsprojekts bei den betroffenen Familien ist eine niedrige Eingangsschwelle. Die Sorgen der Eltern vor einer Überforderung und Pathologisierung ihrer Kinder müssen ebenso entkräftet werden, wie die Sorge vor der Infragestellung der Erziehungskompetenz. (vgl. Internetadressen, 4.).

Durch Enttabuisierung der Erkrankung droht die Bloßstellung der familiären Defizite, die Infragestellung des Sorgerechts für die Kinder und damit der völlige Selbstwertverlust. Wenn das Vertrauen der Familie gewonnen werden soll, müssen Ängste und Bedenken ernst genommen werden. Hier steht die Sorge vor Veröffentlichung der stigmatisierenden Erkrankung in Vordergrund, die durch Hinweise darauf entkräftet wird, das es nicht um die Suche nach Defiziten geht, sondern um das Stärken der familiären Ressourcen. Das Ergebnis dabei soll die Wiederherstellung der Familienautonomie sein (vgl. Staets/Hipp, 2000, S.572).

Dem Bedürfnis der Eltern nach Diskretion wird durch strikte Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen Sorge getragen.

Um Loyalitätskonflikten vorzubeugen und damit die Kontaktaufnahme zum Kind zu erleichtern, ist die ausdrückliche Einwilligung beider Eltern wichtig.

Ziel ist es, die Persönlichkeitsentwicklung der Kinder in einem schwierigen sozialen familiären Umfeld zu unterstützen (vgl. Internetadressen, 4.). Hierbei hat sich die Einzelbetreuung der Kinder als vorteilhafter für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses erwiesen.

Im Kontrast zur Gruppenbetreuung können die Kinder im Schutz einer Zweiersituation ihre Schuld- und Schamgefühle schneller überwinden und offener über die tabuisierte Erkrankung der Eltern sprechen (vgl. Staets/Hipp, 2000, S.579).

Der Abbau von Angst durch kindgerechte Informationsvermittlung über die psychische Erkrankung der Eltern fördert das gegenseitige Verständnis in der Familie. Den Kindern wird die Gelegenheit geboten, in einem strukturierten Rahmen Kind zu sein und durch künstlerisches Gestalten und spielerisches Tun, die überfordernden Erlebnisse emotional zu verarbeiten. Verdeckte Scham- und Schuldgefühle sollen in Familiengesprächen, in denen die Erkrankung enttabuisiert wird, entkräftet werden.

Die Verbesserung der Kommunikationsstrukturen sorgt für eine bessere Verständigung innerhalb der Familie und erleichtert die Öffnung nach Außen und schafft so Voraussetzungen für den Aufbau eines stützenden sozialen Netzes. Die Eltern werden in ihrer Erziehungskompetenz gestärkt und sind eher wieder in der Lage, die elterliche Verantwortung zu übernehmen. Die Kinder werden von der Verantwortung für das Wohlbefinden des kranken Elternteil entlastet und können sich ihren kindlichen Bedürfnissen gemäß verhalten. Daraus soll sich eine konfliktfreie Ablösung vom Elternhaus ergeben, welche die Gestaltung eines eigenen Lebens ermöglicht.

Im Rahmen der Präventionsarbeit werden die Kinder ermutigt eine Vertrauensperson zu benennen, die im Krisenfall Unterstützung bietet. Zudem werden in der Praxis regelmäßig offene Sprechstunden angeboten, in denen sich die Kinder und ihre Familien unbürokratisch beraten lassen können (vgl. Internetadressen, 4.). Die offene Sprechstunde ist besonders nach mehrmonatiger Betreuung im Präventionsprojekt wichtig, damit ein plötzlicher Kontaktabbruch vermieden wird und ein Sicherheitsnetz erhalten bleibt (vgl. Staets/Hipp, 2000, S.574).²⁹

²⁹ Weitere Informationen und andere Hilfsprojekte für Kinder psychisch kranker Eltern sind im Internet unter: <http://www.knuddel.franken.de/kpk/hilfe.html> zu finden oder in Schone/Wagenblaus, 2002, S.238-251.

9 Schlussbetrachtung

Im Hinblick auf eine Zunahme von psychischen Erkrankungen in Bezug auf gesteigerte sozioökonomische Probleme und veränderte Lebensumstände, rücken Möglichkeiten zur Prävention von psychischen Erkrankungen vermehrt ins Blickfeld der Fachöffentlichkeit.

Kinder von psychisch erkrankten Eltern haben ein erhöhtes Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken.

Leider sind Kinder von psychisch kranken Eltern als spezielle Risikogruppe in Fachkreisen noch nicht hinreichend bekannt. Die Fachtagung „Kinder psychisch kranker Eltern – eine gemeinsame Aufgabe für Erziehungshilfe und Psychiatrie“ vom 4.2.2003 im Diakonischen Werk der EkiR in Düsseldorf machte dies deutlich, da viele praktizierende Sozialpädagogen, die in der Familienhilfe tätig sind, nicht über die speziellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung der Eltern und über die daraus resultierenden spezifischen Folgen für die Kinder ausreichend informiert sind.

Demzufolge ergibt sich ein dringend notwendiger Handlungs- und Aufklärungsbedarf hinsichtlich einer Abwendung von Folgeerkrankungen der Kinder.

Die Bindungstheorie, deren Darstellung einen wesentlichen Teil dieser Arbeit ausmacht, beschäftigt sich mit dem Einfluss der Beziehungserfahrungen im Lebenslauf auf die Anpassungsfähigkeit und damit auch auf die geistige Gesundheit bzw. Krankheit des Menschen. Sie stellt aus Sicht der Entwicklungspsychopathologie ein Grundmodell dafür dar, welche Erfahrungen für die seelische Gesundheit relevant sind und wie die Fähigkeit, Belastungen oder Krisen erfolgreich zu überwinden durch sie beeinflusst wird.

Aus dem Blickwinkel der Bindungstheorie kann gefolgert werden, dass die frühe Kindheit eine sensible Phase hinsichtlich der Vulnerabilität darstellt. Sichere frühkindliche Bindungen sind zwar keine Garantie lebenslang geistig gesund zu bleiben, sie stellen aber einen nicht zu unterschätzenden Schutzfaktor dar. Unsichere Bindungen, wie sie häufig bei Kindern von psychisch kranken Eltern vorkommen, sind ein Risikofaktor, da Arbeitsmodelle, die auf unsicheren Bindungen aufbauen

eher zu einem unangepassten Verhalten, Fehleinschätzungen anderen gegenüber in Bezug auf deren Pläne und zu einer mangelnden Integration und Kohärenz der Gefühle führen (vgl. Perrig-Chiello, 1997, S.158).

Die Bindungsqualität ist eine bedeutende Ausgangsbasis für den Aufbau von Kompetenzen, die für eine effektive Bewältigung von Belastungsfaktoren, zu denen auch psychische Erkrankungen der Eltern zählen, bedeutsam sind. Aus einer sicheren Bindungsbeziehung bauen sich Arbeitsmodelle von sich selbst und anderen als vertrauenswürdig und unterstützend auf, die für die Entwicklung einer resilienten Persönlichkeit erforderlich sind.

Eine sichere Bindungsrepräsentation steht mit aktiven, wenig vermeidenden Bewältigungsstrategien, einem größeren Ausmaß an Ich-Flexibilität, weniger Hilflosigkeit und Ängstlichkeit, niedrigerer emotionaler Belastung und Rückzugsverhalten in schwierigen Situationen im Zusammenhang. Eine unsichere Bindung begünstigt Ängstlichkeit und Hilflosigkeit im Jugendalter (Zimmermann, 2002, S.157).

Hinsichtlich der Prävention möglicher negativer Auswirkungen der psychischen Erkrankung der Eltern auf die Entwicklung der Kinder, stellt die Bindungstheorie eine Grundlage für die Ausarbeitung von Schutzmaßnahmen dar. Wie das Präventionsprojekt von Hartmann zeigt, kann die gleichzeitige Aufnahme von Mutter und Kind, mit einer speziellen Unterstützung für die Bindungsbeziehung, einen positiven Verlauf der Mutter-Kind Interaktion begünstigen. Damit können nicht nur die intuitive Elternschaft seitens der Mutter gefördert, sondern auch die Ressourcen des Kindes, durch den Aufbau einer möglichst sicheren Bindung, positiv unterstützt werden.

Auch die anderen vorgestellten Präventionsprojekte können förderlich in Bezug auf die Bindungsrepräsentation sein, denn eine unsichere Bindung kann sich auch durch therapeutische Unterstützung in eine sichere modifizieren, was dann als „Erned Secure“

Die „Eranded Secure“ beinhaltet, dass eine Person trotz ungünstiger Bindungserfahrungen mit der primären Bezugsperson ein sicheres Bindungsmodell entwickeln kann. Dies wird durch das Wirken von stabilisierenden Schutzfaktoren auf die individuelle Resilienz möglich (vgl. Zimmermann, 2002, S.228).

Aus diesem Blickwinkel können die vorgestellten Projekte einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dem Kind die Möglichkeit zu geben, das eigene Leben trotz der

elterlichen Erkrankung weitgehend positiv zu gestalten. Im Hinblick auf eine Unterstützung der Bindungsbeziehung kann festgehalten werden, dass eine positive Bindungserfahrung die weiteren Beziehungen im Leben beeinflusst und damit für die Nutzung eigener Ressourcen in Anbetracht einer eigenen Erkrankung oder Belastungssituationen verbessert.

Neuere Studien die sich mit den Auswirkungen der Bindungserfahrungen in Bezug auf spätere Freundschafts- und Paarbeziehungen beschäftigen, zeigen deutlich, dass eine unsichere Bindungsrepräsentation auch mit unbefriedigenden Freundschafts- und Paarbeziehungen korreliert (vgl. von Sydow, 2002, 231-232; Martenstein, 2002, S.87-88.).

Aufgrund der Relevanz, die eine sichere Bindung in Bezug auf eine resiliente Persönlichkeitsstruktur hat, steht die Forderung nach mehr Präventionsangeboten, welche die Bindung positiv unterstützt, im Raum. Dies wird nicht zuletzt dadurch deutlich, dass auch die individuellen Entwicklungschancen durch eine Unterstützung positiv beeinflusst werden kann. Es konnten Zusammenhänge von unterbrochenen Bindungsbeziehungen und pathologischer sozioemotionaler und intellektueller Reifung gefunden werden. Das Fehlen von adäquaten Umweltbedingungen während sensibler Entwicklungsphasen zieht häufig schwerwiegende und nur unvollkommen reparable Defizite der intellektuellen und emotionalen Kompetenzen nach sich. Dies konnte an Heimkindern, die ohne echte Bezugsperson aufwuchsen, nachgewiesen werden (vgl. Goldfarb, 1943; Spitz, 1945; Klaus u. Kennell, 1976; Rutter, 1991; Rutter et al., 2001, in: Braun; Bock; Gruss; Helmeke; Ovtcharoff; Schnabel; Ziabreva; Poeggel, 2002, S.122).

Einer Langzeitstudie von Skeels (vgl. Skeels, 1966, in: Braun; Bock; Gruss; Helmeke; Ovtcharoff; Schnabel; Ziabreva; Poeggel, 2002, S.122) an Heimkindern konnte zeigen, dass neben einer nicht ausreichenden Intellektuellen Förderung vor allem die emotionale Deprivation für diese Defizite verantwortlich gemacht werden können.

Die Hypothese, dass die emotionale Regulation von Säuglingen Einfluss auf die synaptische Verschaltung nimmt, also die Interaktion zwischen Kind und Eltern die Entwicklung des limbischen Systems und das Verhalten prägt, konnte in tierexperimentellen Untersuchungen bereits teilweise bestätigt werden. Daraus kann die weitere Hypothese abgeleitet werden, dass eine frühe traumatische emotionale

Erfahrung den Menschen so prägt, dass psychosoziale Störungen wahrscheinlich werden und es damit zu Unter- oder Fehlentwicklungen der Hirnfunktionen kommen kann, die wiederum die Auftretenswahrscheinlichkeit einer psychischen Erkrankung begünstigen (vgl. Braun; Bock; Gruss; Helmeke; Ovtsharoff; Schnabel; Ziabreva; Poeggel, 2002, S.121-122.)

Wenn eine fehlerhafte frühe Interaktion zwischen Mutter und Kind eine solch massive Beeinflussung, nicht zuletzt auf die Hirnreifung mit den möglichen negativen Folgen für die geistige Entwicklung und Risiken für eine eigene geistige Erkrankung darstellt, wird die Notwendigkeit einer sozial-pädagogische Intervention, gerade bei den Auswirkungen die psychische Erkrankungen der Eltern auf die Kinder haben, deutlich. Allerdings müssen hierzu noch konkrete Präventionskonzepte ausgearbeitet werden, welche die Unterstützung der Bindungsbeziehung als zentralen Aspekt berücksichtigen. Differenzierte Forschungen, die sich mit diesem Problem in Bezug auf Kinder psychisch kranker Eltern beschäftigen sind kaum zu finden.

Auf Grund meines eigenen Interesses konnte ich durch eine Kontaktaufnahme mit Autoren, die sich mit der Bindungstheorie beschäftigen, wie Karl Heinz Brisch und Hans Peter Hartmann feststellen, dass ein großes Interesse bezüglich dieses Themas besteht. Konkrete Forschungen bezüglich der Auswirkungen der veränderten Affekte bei einer elterlichen psychischen Erkrankung auf die Bindungsbeziehung liegen noch nicht vor. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Bindungstheorie erst seit Anfang der neunziger Jahre wieder verstärkt Beachtung findet und Forschungen diesbezüglich im deutschsprachigem Raum noch nicht verbreitet sind.

Forschungen hinsichtlich einer Unterstützung der Bindungsbeziehung vor der Geburt bei Müttern, die an einer depressiven Störung erkrankt waren, konnten zeigen, dass eine weiterführende Beratung vor und nach der Geburt die Mütter unterstützt und damit auch die Beziehung zum Säugling auf eine positive Weise beeinflusst³⁰.

Dabei konnte festgestellt werden, dass sich keine signifikanten Unterschiede dafür ergeben, welche Form der Intervention, ob durch eine professionelle Verhaltenstherapie oder eine einfache Beratung durch Gemeindeschwestern, gewählt

³⁰ Die genaue Versuchsbeschreibung ist in: „Psychotherapeutische Intervention, mütterlicher Bindungsstil und Bindung des Kindes“ in: Brisch/Grossmann/Grossmann/Köhler (Hrsg.): „Bindung und seelische Entwicklungswege“ zu finden.

wurde. Es ergab sich nur ein Unterschied in Bezug auf die Art der Intervention, nämlich der, dass Mütter, die zur Unterstützung an einer kognitiven Verhaltenstherapie teilgenommen hatten, nach fünf Jahren signifikant weniger Probleme im Umgang mit ihren Kinder haben, als Mütter aus anderen Präventionsprojekten, die nicht durch professionell geschulte Therapeuten geleitet wurden (vgl. Murray/Dymond/Cooper, 2002, S.325-326). Daraus ergibt sich, dass nicht erst eine umfassende Therapie nötig ist um die Situation sowohl für die Mütter, als auch für die Kinder zu verbessern, sondern schon eine einfache weiterführende Beratung und Begleitung erhebliche Verbesserungen bringt.

Daraus kann schlussendlich gefolgert werden, dass eine bessere interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gynäkologen, Psychiatern und Psychologen, sowie Sozialarbeitern und Jugendamt nötig ist, um die negativen Folgen für die Kinder von psychisch kranken Eltern so gering wie möglich zu halten. Die Vulnerabilitätsschwelle kann durch frühzeitig eingeleitete präventive Maßnahmen erhöht und somit die Resilienz der Kinder unterstützt werden. Eine frühzeitige effektive Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern auf der Basis der Förderung einer sicheren Bindungsbeziehung ist somit sinnvoll, da durch eine sichere Bindung Ressourcen, die in Stresssituationen benötigt werden, auf eine relativ einfache weise nutzbar gemacht werden.

Literaturverzeichnis

Beeck, Katja: Ohne Netz und Boden. Eine Informationsbroschüre. 6. Auflage, Berlin 2001

Bowlby, John: Das Glück und die Trauer. Klett-Cotta Verlag, Zweite, um ein Vorwort erweiterte Auflage, Stuttgart 2001

Bowlby, John: Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit. Kindler Verlag, 2. Auflage München 1973

Braun, Anna Katharina; Bock, Jörg; Gruss, Michael; Helmeke, Carina; Ovtcharoff, Wladimir; Schnabel, Reinhild; Ziabreva, Irina; Poeggel, Gerd: Frühe emotionale Erfahrungen und ihre Relevanz für die Entstehung und Therapie psychischer Erkrankungen. In: Strauß, Berhard/ Buchheim, Anna/ Kächele, Horst (Hrsg.): Klinische Bindungsforschung. Schattauer Verlag, Stuttgart 2002

Bretherton, Inge: Die Geschichte der Bindungstheorie. In: Spangler, Gottfried/ Zimmermann, Peter (Hrsg.): Die Bindungstheorie, Klett-Cotta, 3. durchgesehene Auflage Stuttgart 1999

Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen. In: Brisch/Grossmann/Grossmann/Köhler (Hrsg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2002

Brisch, Karl Heinz: Von der Bindungstheorie zur Bindungstherapie. Die praktische Anwendung der Bindungstherapie in der Psychotherapie. In: Endres, Manfred/ Hauser, Susanne (Hrsg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München 2000

Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen. Klett-Cotta Verlag, 4. Auflage Stuttgart 1999

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. und Lisofsky, Beate (Hrsg.): Bei uns ist alles anders. Auch Kinder sind Angehörige. Dokumentation der Fachtagung Bonn 1996

Deneke, Christiane: Psychosoziale Probleme von Kindern psychisch Kranker Eltern. In: Pro familia Magazin. Ausgabe 4, 1995

Dornes, Martin: Die Eltern der Bindungstheorie : Biographisches zu John Bowlby und Mary Ainsworth. In: Endres, Manfred/ Hauser, Susanne (Hrsg): Bindungstheorie in der Psychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München 2000

Egeland, Byron: Ergebnisse einer Langzeitstudie an Hoch-Risiko-Familien. In: Brisch/Grossmann/Grossmann/Köhler (Hrsg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2002

Essau, Cecilia: Depressionen bei Kindern und Jugendlichen. Ernst Reinhardt Verlag, München 2002

Fremmer-Bombik, Elisabeth: Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler, Gottfried/ Zimmermann, Peter (Hrsg.): Die Bindungstheorie, Klett-Cotta, 3. durchgesehene Auflage Stuttgart 1999

Grossmann, E. Klaus: Die Entwicklung von Bindungsqualität und Bindungsrepräsentation. In: Endres, Manfred/ Hauser, Susanne (Hrsg): Bindungstheorie in der Psychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München 2000

Grossmann, E. Klaus/Grossmann, Karin: Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspathologie. In: Strauß, Berhard/ Buchheim, Anna/ Kächele, Horst (Hrsg.): Klinische Bindungsforschung. Schattauer Verlag, Stuttgart 2002

Grossmann, Karin: Verhaltensauffälligkeiten von Kindern aus Sicht der Bindungstheorie. In: Endres, Manfred/ Hauser, Susanne (Hrsg): Bindungstheorie in der Psychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München 2000

Hartmann, Hans-Peter/Lohmann, Kerstin: Bindungstheorie und Behandlung psychisch kranker Mütter mit ihren Säuglingen. Unveröffentlichte Arbeit, Langgös 2003

Hartmann, Hans-Peter: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern. In: Lehmkuhl, Ulrike/ Streeck-Fischer, Annette (Hrsg.): Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Heft 7/2000, Verlag Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co.KG, Göttingen 2000

Hofmann, Ronald: Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline – Störung. Klett-Cotta, Stuttgart 2002

Koch-Stoecker, Steffi: Zur Wirkung mütterlicher schizophrener Psychosen auf die Entwicklungspotenziale ihrer Kinder. In: Institut für soziale Arbeit e.V. (Hrsg.): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Votum Verlag, Münster 2001

Main, Mary: Desorganisation im Bindungsverhalten. In: Spangler, Gottfried/ Zimmermann, Peter (Hrsg.): Die Bindungstheorie, Klett-Cotta, 3. durchgesehene Auflage, Stuttgart 1999

Martenstein, Harald: Vom Wesen der Liebe. In: Gruner und Jahr AG & Co. (Hrsg.): Geo. Heft 12/2002, Verlagshaus Itzehoe/Holzstein

Mattejat, Fritz: Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (Hrsg.): Auch Kinder sind Angehörige – Dokumentation einer Fachtagung. Bonn 1996

Mattejat, Fritz: Kinder psychisch kranker Eltern im Bewusstsein der Fachöffentlichkeit – Eine Einführung. In: Lehmkuhl, Ulrike/ Streeck-Fischer, Annette (Hrsg.): Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Heft 7/2000, Verlag Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co.KG, Göttingen 2000

Mattejat, Fritz: Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Mattejat, Fritz/ Lisofsky, Beate: ...nicht von schlechte Eltern: Psychiatrie-Verlag, 3. Auflage Bonn 2001

Murray, Lynne/ Dymond, Maret/ Cooper, Peter, J.: Psychotherapeutische Intervention, mütterlicher Bindungsstil und Bindung des Kindes. In: Brisch/Grossmann/Grossmann/Köhler (Hrsg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Klett-Cotta Verlag, Stuttgart 2002

Perrig-Chiello, Pasqualina: Über die lebenslange Bedeutung frühkindlicher Bindungserfahrung. In: Kindheit und Entwicklung. Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie, Ausgabe 7/97

Remschmidt, Helmut/Mattejat, Fritz: Kinder psychotischer Eltern - eine vernachlässigte Risikogruppe. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ausgabe 43, Verlag Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co.KG, Göttingen 1994

Remschmidt, Helmut/ Mattejat, Fritz: Kinder psychotischer Eltern. Hogrefe - Verlag, Göttingen 1994

Rutter, Michael: Bindung und Trennung in der frühen Kindheit. 1. Auflage, Juventa Verlag, München 1978

Schone, Reinhold / Wagenblass, Sabine: Wenn Eltern psychisch krank sind... . Votum Verlag, Münster 2002

Staets, Susanne/Hipp, Michael: Kipkel- ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern. In: Lehmkuhl, Ulrike/ Streeck-Fischer, Annette (Hrsg.): Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Ausgabe 7/2000, Verlag Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co.KG, Göttingen 2000

Stöger, Peter: Übersehen und vernachlässigt: Kinder psychisch kranker Eltern. In: Psychosoziale Umschau. Heft 2/96

Strauß, Berhard/ Buchheim, Anna/ Kächele, Horst: Klinische Bindungsforschung. Schattauer Verlag, Stuttgart 2002

Suess, Gerhard: Eltern-Kind-Bindung und kommunikative Kompetenzen kleiner Kinder- Bindungstheorie als Grundlage für ein integratives Interventionskonzept. In: Schlippe, Arist/Lösche, Gisela/ Hawellek (Hrsg.): Frühkindliche Lebenswelten und Erziehungsberatung. Votum Verlag, Münster 2001

Sydow von, Kirsten: Beziehung und gestörte Paarbeziehung. In: Strauß, Berhard/ Buchheim, Anna/ Kächele, Horst (Hrsg.): Klinische Bindungsforschung. Schattauer Verlag, Stuttgart 2002

Wagenblass, Sabine/ Schone, Reinhold: Unbekannte Welten – die Entdeckung der Kinder psychisch kranker Eltern als betroffene Angehörige. In: ISA – Jahrbuch zur sozialen Arbeit. Fuldaer Verlagsagentur, Fulda 2001

Wagenblass, Sabine: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. In: Lehmkuhl, Ulrike/ Streeck-Fischer, Annette (Hrsg.): Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie. Heft 7/2000, Verlag Vandenhoeck und Ruprecht GmbH und Co.KG, Göttingen 2000

Zimmermann, Peter/Suess, J. Gerhard/Scheurer-Englisch/Grosmann, E.: Der Einfluß der Eltern-Kind-Bindung auf die Entwicklung psychischer Gesundheit. In: Petermann, Franz/ Niebank, Kay/Scheithauer, Herbert (Hrsg.): Risiken in der frühkindlichen Entwicklung. Hogrefe - Verlag, Göttingen 2000

Zimmermann, Peter: Bindungsentwicklung von der frühen Kindheit bis zum Jugendalter und ihre Bedeutung für den Umgang mit Freundschaftsbeziehung. In: Spangler, Gottfried/ Zimmermann, Peter (Hrsg.): Die Bindungstheorie, Klett-Cotta, 3. durchgesehene Auflage, Stuttgart 1999

Zimmermann, Peter: Von Bindungserfahrungen zur individuellen Emotionsregulation: das entwicklungspsychopathologische Konzept der Bindungstheorie. In: Strauß, Berhard/ Buchheim, Anna/ Kächele, Horst (Hrsg.): Klinische Bindungsforschung. Schattauer Verlag, Stuttgart 2002

Zimmermann, Peter/Spangler, G./Schieche, M& Becker-Stoll, F: Bindung im Lebenslauf: Determinanten, Kontinuität, Konsequenzen und künftige Perspektiven. In: Spangler, Zimmermann (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Klett-Cotta, Stuttgart 1995

Internetadressen

1. www.liga-kind.de/pages/401grossmann.htm 25.11.2002
2. www.psychiatriegesprach.de/sb/schizophrenie/schizo_aetiol.htm
13.01.2003
3. www.karlsruhe.de/Soziales/PsychoSoz/bbbref5.pdf 04.02.2003
4. www.kipkel.de 10.02.2003
5. www.liga-Kind.de/pages/pap198.htm 10.02.2003

1 EINLEITUNG	1
2 KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN	4
2.1 PROBLEMAUFRISS	4
3 AFFEKTIVE UND SCHIZOPHRENE PSYCHOSEN	6
3.1 ÄTIOLOGIE DER STÖRUNGEN	6
3.2 SCHIZOPHRENE STÖRUNG	8
3.3 AFFEKTIVE STÖRUNGEN	10
3.3.1 DIE DEPRESSION	11
3.3.2 DIE MANIE	12
3.3.3 MANISCH DEPRESSIVE STÖRUNG	12
4 STAND DER FORSCHUNG	13
4.1 FORSCHUNGSANSÄTZE	13
4.1.1 HIGH-RISK-FORSCHUNG	13
4.1.2 GENETISCHE STUDIEN	14
4.1.3 SOZIALPSYCHIATRISCHE UND FAMILIENTHEORETISCHE UNTERSUCHUNGSANSÄTZE	14
5 ZUR SITUATION VON KINDERN PSYCHISCH KRANKER ELTERN	16
5.1 PROBLEME DER BETROFFENEN UND ANGEHÖRIGEN BEI DER KRANKHEITS- BEWÄLTIGUNG	16
5.2 AUSWIRKUNGEN AUF DIE LEBENSITUATION DER KINDER	17
5.2.1 UNMITTELBARE PROBLEME	17
5.2.2 FOLGEPROBLEME	18
5.3 AUSWIRKUNGEN AUF DIE ENTWICKLUNG DER KINDER	21
6 KINDLICHE ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE	23
6.1 AUSWIRKUNGEN DER PSYCHOTISCHEN SYMPTOME	26
7 DIE BINDUNGSTHEORIE	29
7.1 ENTWICKLUNGSPHASEN DER BINDUNG	32
7.2 INNERE ARBEITSMODELLE	33
7.3 BINDUNGSKLASSIFIKATION	36
7.3.1 DIE „FREMDE SITUATION“	36
7.3.2 EPISODEN DER „FREMDE SITUATION“	37

7.4 BINDUNGSTYPEN	38
7.4.1 SICHERE BINDUNG („SECURE“)	39
7.4.2 UNSICHER-VERMEIDENDE BINDUNG („AVOIDANT“)	39
7.4.3 UNSICHER-AMBIVALENTE BINDUNG („AMBIVALENT“)	40
7.4.4 DESORGANISIERTE BINDUNG	41
7.5 KONZEPT DER FEINFÜHLIGKEIT	44
7.6 „ZIELKORRIGIERTE PARTNERSCHAFT“	47
7.7 BINDUNGSKLASSIFIKATION BEI ERWACHSENEN	49
7.8 BINDUNGSORGANISATION UND DIE ENTWICKLUNG SOZIALER KOMPETENZEN IM LEBENS LAUF	50
7.9 STÖRUNGEN DER BINDUNGSBEZIEHUNGEN	56
7.9.1 BINDUNG BEI PSYCHOTISCHEN STÖRUNGEN	59
<u>8 PRÄVENTIONSMODELLE ZUR VERMEIDUNG VON BINDUNGS- UNSICHERHEIT UND VERHALTENS AUFFÄLLIGKEITEN BEI KINDERN VON PSYCHISCH KRANKEN ELTERN</u>	<u>66</u>
8.1 STAND DER ENTWICKLUNG	66
8.2 DIE GEMEINSAME STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG VON MÜTTERN MIT IHREN KINDERN	67
8.2.1 DIE BINDUNGSTHEORIE UND DIE MUTTER-KIND BEHANDLUNG	70
8.2.2 ABSCHLIEßENDE ÜBERLEGUNG	70
8.3 PRÄVENTIONSGRUPPEN FÜR KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN IM SCHULALTER AM BEISPIEL DER AURYNGRUPPEN	72
8.3.1 EINLEITUNG	72
8.3.2 THEORETISCHER HINTERGRUND DES KONZEPTS	72
8.3.3 ZUGANGSWEGE ZUM AURYNPROJEKT	73
8.3.4 ZIELE DER ARBEIT MIT DEN KINDERN	74
8.3.5 ZIELE DER ARBEIT MIT DEN ELTERN	75
8.3.6 ABSCHLUSS DER AURYNGRUPPENARBEIT	75
8. 4 DAS PRÄVENTIONSPROJEKT KIPKEL	75
<u>9 SCHLUSSBETRACHTUNG</u>	<u>78</u>
<u>LITERATURVERZEICHNIS</u>	<u>83</u>
<u>INTERNETADRESSEN</u>	<u>89</u>