



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich: Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang: Early Education – Bildung und Erziehung im Kindesalter

# **B a c h e l o r a r b e i t**

**zur**

**Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Arts (B.A.)**

## **Babys und Kleinkinder depressiver Mütter**

**- Die Auswirkungen der Krankheit auf die Mutter-Kind-Bindung –**

vorgelegt von: Sabine Breinlinger

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2011-0082-0

Erstprüfer: Dipl. Psych. Magrit Hartmann

Zweitprüfer: Dipl. Soz. Päd. Dagmar Grundmann

Ort, Datum: Neubrandenburg, 30.06.2011

## Inhalt

Einleitung.....	3
1. Die Mutter-Kind-Bindung.....	5
1.1 Grundlegendes zur Bindungstheorie.....	5
1.2 Bindungstypen des Kindes.....	7
1.2.1 Die sichere Bindung.....	8
1.2.2 Die unsicher-vermeidende Bindung.....	9
1.2.3 Die unsicher-ambivalente Bindung.....	10
1.2.4 Die hochunsichere Bindung.....	11
1.3 Bindungsindikatoren für zukünftiges Verhalten.....	12
1.4 Voraussetzungen für den Aufbau einer sicheren Bindung.....	14
1.4.1 Intuitive Kompetenzen.....	14
1.4.2 Mütterliche Feinfühligkeit.....	16
1.4.3 Der Engelskreis.....	17
2 Depressionen.....	18
2.1 Formen der Depression.....	18
2.1.1 Major Depression.....	18
2.1.2 Bipolare Störung.....	20
2.1.3 Postpartale Depression.....	21
2.2 Symptome der postpartalen Depression.....	22
2.3 Ursachen der postpartalen Depression.....	23
3 Synergieeffekte zwischen Interaktionsstörungen und Verhalten des Kindes.....	25
3.1 Mögliche Interaktionsstörungen zwischen der depressiven Mutter und ihrem Kind.....	25
3.2 Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes.....	28
3.3 Der Teufelskreis.....	31
4 Diagnoseverfahren.....	32
4.1 Still-Face-Situation.....	32

4.2	Der CARE-Index .....	34
4.3	Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung.....	36
5	Interventionsmöglichkeiten.....	37
5.1	Grundlegendes .....	37
5.2	Praxisbeispiel STEEP™ .....	42
5.2.1	Grundsätze des STEEP™-Programms.....	43
5.2.2	Die Ziele des STEEP™-Programms.....	44
5.2.3	Methoden des STEEP™-Programms.....	45
	Fazit .....	47
	Literaturverzeichnis .....	49
	Anhang.....	54
1.	Fragebogen Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung .....	54
2.	Auswertungsbogen Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung .....	59
	Selbstständigkeitserklärung .....	61

## Einleitung

Wenn eine Frau ein Kind zur Welt bringt, ist das für sie in den meisten Fällen das größte Glück auf Erden. Ganz natürlich fängt sie an, ihr Kind zu lieben, ihr gesamtes Leben auf dieses Kind einzustellen. Was ist aber, wenn der Mutter diese positiven Gefühle nicht möglich sind? Was, wenn sie sich nicht freuen kann und diese „normale“ Mutterliebe ausbleibt? Eine mögliche Ursache dafür könnte eine Depression der Mutter sein. Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland, besonders Frauen leiden sehr häufig daran. Und wenn die Krankheit direkt oder kurz nach der Geburt eines Kindes auftritt, hat das gravierende Auswirkungen auf die Bindung des Kindes zur Mutter, welche im ersten Lebensjahr entsteht und verinnerlicht wird.

Mit dieser Arbeit möchte ich beschreiben, wie sich die Krankheit der Mutter auf die Mutter-Kind-Bindung auswirken kann und welche möglichen Folgen das für das Verhalten und die Entwicklung des Kindes hat. Weiterhin möchte ich an Beispielen mögliche Diagnoseverfahren beschreiben, um dann Interventionsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Während meines Praktikums in einem freien Träger der Jugendhilfe, der Hilfen zur Erziehung nach dem achten Buch des Sozialgesetzbuches anbietet, wurde ich für dieses Thema sensibilisiert. Ich konnte Gesprächsrunden zu diesen Inhalten beiwohnen und auch ein Gespräch mit einer Psychologin, die sich speziell mit diesem Thema beschäftigt, habe ich wahrgenommen. Das alles hat mein Interesse geweckt, mich näher mit dieser Thematik zu befassen. Da ich mir auch gut vorstellen kann, mich beruflich im Bereich der Familienhilfe zu orientieren, möchte ich mit dieser Arbeit auch für mich selbst einen Überblick schaffen, welche Folgen es für Babys und Kleinkinder hat bzw. haben kann, eine depressive Mutter zu haben, und wie man den betroffenen Müttern und ihren Kindern helfen kann, die Bindungsqualität zu verbessern und somit die Entwicklungschancen des Kindes zu optimieren.

Zunächst werde ich das Thema Bindung näher erläutern, die Bindungstypen beschreiben und aufzeigen, welche Voraussetzungen nötig sind, damit ein Kind eine sichere Bindung zu seiner Mutter aufbauen kann. Ich werde auch darauf eingehen, wie

sich frühe Bindungserfahrungen auf das spätere Verhalten des Kindes auswirken. Im zweiten Punkt gehe ich genauer auf die Krankheit „Depression“ ein und welche unterschiedlichen Formen diese haben kann. Da für meine Arbeit die postpartale Depression - also die direkt nach der Geburt bis zu einem Jahr nach der Geburt auftretende - die relevanteste Form ist, wird es bei der Beschreibung der Symptome und der Ursachen hauptsächlich um diese gehen. Anschließend soll aufgezeigt werden, was in der Beziehung zwischen Mutter und Kind passiert bzw. passieren kann, wenn die Mutter an Depressionen leidet, welche Auswirkungen es auf ihr Verhalten hat, auf das Verhalten des Kindes und wie sich beides negativ beeinflussen kann. Da eine Diagnose die Voraussetzung für Intervention ist, werde ich beispielhaft drei Diagnoseverfahren beschreiben, um dann auf die Interventionsmöglichkeiten einzugehen. Dabei sollen zunächst die rechtlichen Rahmenbedingungen und Grundlegendes zum Thema Intervention geklärt werden, um dann konkret dem Beispiel des STEEP™-Programms aufzuzeigen, wie solche Interventionsmaßnahmen aussehen können. Ich habe dieses Praxisbeispiel gewählt, obwohl es nicht direkt auf depressive Mütter zugeschnitten ist, weil ich denke, dass es eine sehr geeignete Methode ist, um auch mit diesen Müttern zu arbeiten.

Ich habe mich in meiner Arbeit allein auf die Erkrankung der Mutter konzentriert. Natürlich gibt es auch Väter, die an Depressionen leiden, da aber in den meisten Fällen die Mutter die primäre Bezugsperson des Kindes ist, wird es in den meisten Fällen stärkere negative Auswirkungen für das Kind haben, wenn die Mutter erkrankt. Ein weiterer Grund für diese Entscheidung war der Vergleich der Häufigkeit, mit der Depressionen auftreten – es erkranken doppelt so viele Frauen an Depressionen wie Männer.

Um den Lesefluss nicht zu beeinträchtigen habe ich mich in dieser Arbeit dazu entschieden, nur die männliche Form zu nutzen, z.B. der Berater, natürlich sind immer beide Formen, also Berater und Beraterin, damit gemeint.

## 1. Die Mutter-Kind-Bindung

Von Natur aus haben Kinder das innere Bedürfnis, sich an enge Bezugspersonen zu binden. In den meisten Fällen ist die engste Bindung die zur Mutter, da diese von Anfang an für das Kind sorgt und im engen Kontakt zu ihm steht. In diesem Kapitel wird zunächst auf die Grundlagen und die Geschichte der Bindungstheorie eingegangen. Je nachdem, wie die Mutter mit ihrem Kind interagiert, entwickelt das Kind gewisse Vorstellungen der Beziehung, welche sich in Bindungstypen klassifizieren lassen. Auch diese und welche Auswirkungen sie auf das spätere Verhalten des Kindes haben können wird in diesem Kapitel Thema sein. Am Ende wird dann erläutert, welche Voraussetzungen nötig sind, um eine sichere Bindung herzustellen.

### 1.1 Grundlegendes zur Bindungstheorie

In den 1960er Jahren begründete der englische Kinderpsychiater und Psychoanalytiker John Bowlby die Bindungstheorie. Inzwischen ist sie ein umfassendes Konzept, welches die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen als Folge seiner sozialen Erfahrungen betrachtet. Entstanden ist sie aus der klinischen Arbeit des Kinderpsychiaters John Bowlby mit kriminell auffälligen Kindern, die Patienten bei ihm waren. Weiterhin brachten seine Beobachtungen an Kleinkindern in Krankenhäusern und Kinderheimen in der Zeit des zweiten Weltkrieges neue Erkenntnisse. Durch die Zusammenarbeit mit Mary Ainsworth konnte Bowlbys Theorie erstmals empirisch geprüft und danach ausführlich formuliert werden. (vgl. Grossmann; Grossmann 2006, S. 65-67) Durch die empirischen Befunde von Ainsworth wurde die Bindungstheorie nicht nur untermauert sondern auch durch die Berücksichtigung individueller Unterschiede im kindlichen Verhalten und in der Beziehung zur Mutter erweitert. In Zusammenarbeit mit Wittig entwickelte sie die „Fremde Situation“<sup>1</sup>. Mit ihren dort gemachten Beobachtungen und den Befunden aus der Baltimore-Studie<sup>2</sup> konnte sie dann das Verhalten der Kinder und somit die Qualität der Bindung in drei Klassen

---

<sup>1</sup> Hierbei handelt es sich um ein Untersuchungsverfahren, in dem eine Trennung von Mutter und Kind (12 bis 18 Monate alt) herbeigeführt wird und das Explorations- sowie das Bindungsverhalten des Kindes analysiert wird. (vgl. Bretherton 2002, S. 41-42)

<sup>2</sup> Ziel dieser Studie, bei der ab dem Neugeborenenalter über das gesamte erste Lebensjahr in mehreren Familien alle 3 bis 4 Wochen mehrstündige Hausbesuche gemacht wurden, war es, das natürliche Verhalten von Mutter und Kind im Alltag direkt beobachten zu können. (vgl. ebd., S. 40-41)

einteilen. (vgl. Bretherton 2002, S. 27-42) Eine genaue Erläuterung dieser Klassifizierungen erfolgt im nächsten Punkt.

Spricht man von dem Konzept der Bindung, wird diese als eine enge, emotionale Verbindung zwischen zwei Menschen betrachtet, die über Zeit und Raum bestehen bleibt. Bindungen bestehen nicht von Geburt an, sie entwickeln sich im Laufe des ersten Lebensjahres. Kinder haben aber die dafür benötigten Verhaltensweisen wie Weinen und Anklammern, die sogenannten Bindungsverhaltensweisen, von Anfang an entwickelt. Sie sind genetisch vorbereitet, um mit der sozialen Umwelt zu kommunizieren und Kontakt herzustellen. Ein Kind kann mehrere dieser Bindungen haben, zu den Eltern, Großeltern, Erziehern; wobei hier meistens eine Hierarchie der Bindungspersonen vorhanden ist. Dabei wird immer die primäre Bindungsperson bevorzugt, wenn es dem Kind nicht gut geht. (vgl. ebd. S. 68-70) In den meisten Fällen ist laut Bowlby die Mutter die primäre Bindungsperson, oder die Person, welche die Mutter ersetzt. Andere Bindungspersonen werden meist nur in Abwesenheit der Mutter in Anspruch genommen. (vgl. Bowlby 2008, S. 22)

Essenziell ist auch immer, wenn man von Bindung spricht, dass es sich dabei um eine langandauernde Beziehung handelt, die nicht so leicht aufgegeben wird. In vielen Fällen bleibt sie ewig bestehen. Sie ist gekennzeichnet durch enorme emotionale Anteilnahme, da immer intensive Gefühle vorhanden sind, wenn Bindungen aufgebaut werden und erhalten bleiben. Wird ein Kind von seiner Bindungsperson getrennt, ist dies mit Angst, Ärger und Kummer verbunden, wohingegen der Erhalt und der Aufbau einer Bindung das Gefühl der Sicherheit und Freude beinhaltet. Die Entwicklung der Bindung an die primäre Bindungsperson geschieht in der Regel in den ersten neun Lebensmonaten eines Kindes. Das Bindungsverhalten bleibt bis zum Ende des dritten Lebensjahres unmittelbar aktivierbar, danach nimmt das Explorationsverhalten, welches gleich beschrieben wird, deutlich zu. Bindungsverhalten ist durch bestimmte Strukturen organisiert, so gibt es bestimmte Auslöser wie z.B. Hunger, Angst oder Müdigkeit und auch bestimmte Bedingungen, die das Bindungsverhalten beenden, z.B. die Interaktion mit der Mutter oder Körperkontakt zu ihr. (vgl. Bowlby 1987, S. 22-24)

Komplementär zum Bindungsverhalten ist das mütterliche Pflegeverhalten, ihre Fürsorge, zu verstehen. Diese ist ebenso wie das Bindungsverhalten ein menschliches Grundelement und in gewissem Maße ein entwicklungsbedingt vorgegebenes

Verhaltensmuster. (vgl. Bowlby 2008, S. 5/99) Genaueres zu den intuitiven elterlichen Kompetenzen und der Feinfühligkeit, welche das Pflegeverhalten einschließt, wird in Punkt 1.3 aufgeführt.

Ein weiteres Grundelement in Bezug auf Bindungen bildet das Explorationsverhalten, welches zum Bindungsverhalten antagonistisch zu betrachten ist, also sozusagen sein dynamisches Gegenstück bildet. Das Explorationsverhalten umfasst beispielsweise Neugier, Spielverhalten, Umgang mit Gleichaltrigen und Umwelterkundung. Dieses Verhalten ist beim Kind allerdings nur aktiviert, wenn es sich sicher fühlt, seine Bindungsperson in der Nähe weiß und sich keine Sorgen macht, verlassen zu werden. Fühlt es sich allerdings krank, müde oder findet es seine Mutter nicht wieder, so wird sofort das Bindungsverhalten aktiviert. Das Kind verlangt dann nach seiner Mutter, der „sicheren Basis“, um sein Bedürfnis nach Nähe zu befriedigen. (vgl. ebd. S. 99) Wird das Bindungssystem aktiviert, ist dies immer mit einer enormen inneren Erregung verbunden, was einen Anstieg der Herzfrequenz zur Folge hat. Das Kind weint, läuft der Mutter hinterher und klammert sich an sie. Erst wenn das Kind das Gefühl der Sicherheit durch den Körperkontakt zurückerlangt hat, normalisiert sich die Herzfrequenz und das Explorationssystem wird wieder aktiviert. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006 nach Spangler & Grossmann 1993; Ainsworth, Blehar, Waters & Wall 1978, S. 44)

## 1.2 Bindungstypen des Kindes

Mary Ainsworth hatte, wie schon erwähnt, durch die Ergebnisse ihrer Forschungen, vor allem die des Fremde-Situations-Tests, drei Bindungsklassifikationen vorgenommen. Kinder im Alter von zwölf bis achtzehn Monaten sollten zunächst in Anwesenheit der Mutter einen fremden, aber sehr ansprechenden Raum erkunden. Zweimal verlässt die Mutter den Raum, einmal ist eine fremde Person anwesend, einmal bleibt das Kind allein und die fremde Person kommt vor der Mutter in den Raum. Anhand des beobachteten Verhaltens wurden dann Klassifizierungen vorgenommen, welche Qualität die Bindung zwischen Mutter und Kind hat, bzw. welche Strategien die Kinder entwickelt haben. (vgl. ebd. nach Ainsworth et al. 1978, S. 46) Die Aufteilung erfolgte in die sichere Bindung, die unsicher-vermeidende Bindung und die unsicher-ambivalente Bindung. 1990 entdeckten Main und Solomon bei erneuter Auswertung der Videomaterialien Auffälligkeiten im Verhalten einiger weniger Kinder, wodurch sie



sich keinem der drei Typen zuordnen ließen. Sie bezeichneten daher eine neue Klassifikation, die desorganisierte/desorientierte Bindung, die auch als hochunsichere Bindung bekannt ist. (vgl. Oerter; Montada 2008, S. 215-217)

An dieser Stelle ist noch zu erwähnen, dass die Bindungsqualität zu der Mutter kein individuelles Merkmal des Kindes ist, also keine Charaktereigenschaft darstellt. Es ist ein Kennzeichen der Beziehung. Ein Kind kann zu mehreren Bindungspersonen verschiedene Bindungsmuster entwickeln, jeweils abhängig von der Interaktion mit der jeweiligen Person. Erst im Vorschulalter entwickeln sich die gemachten Bindungserfahrungen allmählich zu Persönlichkeitsmerkmalen. (vgl. Grossmann; Grossmann 2006, S. 169)

### 1.2.1 Die sichere Bindung

Bei der Mehrzahl der Kinder, die in der fremden Situation untersucht wurden, war das Bindungs- sowie Explorationsverhalten so wie erwartet. Sie zeigten offen ihren Kummer und protestierten, wenn die Mutter den Raum verließ, und suchten sehr aktiv den Kontakt bei der Rückkehr. Sie ließen sich schnell beruhigen und konnten sich dann wieder interessiert der Umgebung widmen. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006, S. 46)

Kinder mit einer sicheren Bindung können darauf vertrauen, dass die Mutter sie nicht im Stich lässt. Sie können die Mutter als sichere Basis erleben. Bei kurzem Entfernen der Mutter empfindet das Kind sie noch immer als verfügbar und wird nur unruhig, wenn sie länger wegbleibt. Allerdings wird es durch die Rückkehr der Mutter in seiner positiven Erwartung bestärkt. Das Kind weiß, dass es auch negative Gefühle frei äußern darf und von seiner Mutter Trost und Beruhigung erfahren wird. Somit ist das Bindungs- und Explorationssystem in einem ausgeglichenen Zustand, das Kind kann voller Neugier seine Umgebung erkunden und weiß einen sicheren Anlaufpunkt, wenn es sich ängstigt oder wenn es ihm nicht gut geht. Es weiß, dass es selbst bei negativen Gefühlen schnell positive Rückmeldung und Beruhigung erwarten kann. (vgl. Fremmer-Bombik 1999, S. 114) Das Kind erwartet von seiner Mutter, dass sowohl sein Bindungs- als auch sein Explorationsverhalten verstanden, akzeptiert und zugelassen wird, und es wird in seiner Erwartung nicht enttäuscht. (vgl. Grossmann, Grossmann 2006, S. 163)

Die Gesamtstrategie zeichnet sich durch einen flexiblen Wechsel zwischen Bindungs- und Explorationssystem aus. Die Systeme sind gut ausbalanciert, je nach Situation und Trennungsgrad werden sie angemessen aktiviert. Bei Belastungen suchen sicher gebundene Kinder aktiv die Hilfe der Mutter, sie vertrauen darauf, dass sie Unterstützung erfahren, wenn sie diese wünschen. Durch ihre Verhaltensstrategie können sicher gebundene Kinder Belastungen so gut abbauen, dass bei ihnen der Cortisolspiegel nicht ansteigt, obwohl sie in der Trennungssituation weinen und die Mutter aufgeregt suchen. (vgl. ebd., S. 140-144)

### 1.2.2 Die unsicher-vermeidende Bindung

Während der fremden Situation wirken Kinder, die unsicher-vermeidend gebunden sind, kaum beunruhigt. Sie vermeiden die Nähe und den Kontakt zur Mutter, wenn diese den Raum wieder betritt. (vgl. Fremmer-Bombik 1999, S. 114) Sie scheinen völlig unberührt und ohne Angst auf die fremde Umgebung zuzugehen und wirken in Bezug auf die Trennung nicht ansatzweise beunruhigt. Sie verhalten sich freundlich gegenüber der fremden Person, teilweise freundlicher als zu der Mutter. Kehrt die Mutter zurück, ist kein Bindungsverhalten zu beobachten, die Kinder zeigen keine oder kaum Freude und beschäftigen sich weiter mit der Umgebung. Man kann davon ausgehen, dass die Kinder ihr Bindungsverhalten stark drosseln und die Gefühle von Angst oder Trauer nicht zulassen, sie konzentrieren sich hauptsächlich auf ihre Umgebung und bemühen sich, eine neutrale Grundstimmung herzustellen. Allerdings zeigt sich beim Messen des Cortisolspiegels bei diesen Kindern ein deutlicher Anstieg, was bedeutet, dass sie trotz der nicht vorhandenen äußeren Anzeichen dafür unter enormen emotionalem Stress stehen. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006 nach Spangler & Grossmann 1993, S. 46-47) Aufgrund dieser physiologischen Daten nannte Mary Main diese Strategie die „zweitbeste“, die Bindungsperson ist zwar für das Kind verfügbar, aber dafür muss das Kind mit einer sehr belastenden Selbstbeherrschung leben. (Grossmann; Grossmann 2006 nach Main 1982, S. 164)

Es ist anzunehmen, dass Kinder mit dieser Bindungsstrategie ihre Mutter bislang als sehr zurückweisend empfunden haben und dass sie von ihr in vielen Situationen des Kummers allein gelassen wurden. Um diese Zurückweisung nicht noch öfter zu erfahren, zeigen sie ihre negativen Gefühle nicht mehr und suchen genauso wenig Trost und Körperkontakt, da sie annehmen, sowieso abgewiesen zu werden. Indem sie nun

aber ihre negativen Gefühlsäußerungen, auf welche sie zurückweisende Reaktionen der Mutter erwarten, nicht mehr ausdrücken, minimieren sie das Risiko, abgewiesen zu werden. Durch diese vermeidende Strategie können sie die Nähe zur Mutter für sich bestmöglich regulieren. (vgl. Fremmer-Bombik 1999, S. 115-116)

Mütter von unsicher-vermeidend gebundenen Kindern versorgen ihr Baby zwar, wenn es weint, sie zeigen ihm aber deutlich durch ungeduldiges und ärgerliches Verhalten, dass sein Weinen unerwünscht ist. Andererseits zeigen die Mütter große Begeisterung, wenn das Kind allein spielt und seine Umwelt erkundet. Dadurch lernen die Kinder, dass sie Anerkennung nur durch Explorationsverhalten bekommen. (vgl. Grossmann, Grossmann 2006, S. 163)

Zu der Gesamtstrategie kann man sagen, dass das Explorationssystem sehr überbetont wird auf Kosten des Bindungssystems. Bindungsverhaltensweisen werden kaum oder gar nicht gezeigt, bei Belastung lenkt sich das Kind selbst ab. Es hat Angst, bei eigener Schwäche von der Mutter zurückgewiesen zu werden. (vgl. ebd., S. 140)

### 1.2.3 Die unsicher-ambivalente Bindung

Im Testverfahren zeigen unsicher-ambivalent gebundene Kinder noch während der Anwesenheit der Mutter keinerlei oder nur wenig Explorationsverhalten. Ihr Bindungssystem bleibt durchgehend aktiviert, sie klammern und weinen und lassen eine Trennung von der Mutter kaum zu. Kehrt die Mutter dann zurück, ist das Bindungsverhalten noch immer stark ausgeprägt, aber vermischt mit Zurückweisung und Abwehr gegen Körperkontakt. Sie lassen sich nicht beruhigen und scheinen keinerlei Sicherheit aus der Nähe zur Mutter gewinnen zu können. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006, S. 47)

Kinder mit dieser Strategie haben ihre Mutter bisweilen als nicht berechenbar erlebt. Durch die unvorhersagbaren Interaktionserfahrungen können sie nicht darauf vertrauen, dass ihre negativen Gefühle von der Mutter aufgefangen werden und reguliert werden. Sie haben ein ständig aktiviertes Bindungssystem, wodurch ihr Explorationsverhalten enorm eingeschränkt ist. Sie haben ständig Angst, verlassen zu werden und klammern dadurch schon, bevor eine Trennung überhaupt zustande kommt. Wenn die Mutter dann wirklich geht, bestärkt sie das nur in ihrer Erwartungshaltung und ihrer Strategie. Bei

der Rückkehr sind die Kinder dann sehr ambivalent in ihrem Verhalten, einerseits suchen sie ganz stark Nähe zur Mutter, andererseits sind sie wütend über das Verlassen und zeigen offensichtlich ihren Ärger. (vgl. Fremmer-Bombik 1999, S. 114-115) Dies zeigt sich zum Beispiel, indem sich diese Kinder fest an die Mutter klammern, gleichzeitig aber aggressives Verhalten zeigen und nach der Mutter treten oder wütend strampeln. (vgl. Brisch 1999, o.S.)

Mütter von unsicher-ambivalent gebundenen Kindern verhalten sich zumeist völlig unvorhersehbar für das Kind. Sie richten ihr Verhalten nicht nach den Signalen des Babys sondern vielmehr nach ihrem eigenen Rhythmus. So sind sie, wenn die Zeit und die Stimmung vorhanden sind, sehr liebevoll zu ihrem Kind. Wenn sie aber in einer stressbelasteten Situation sind oder andere Dinge zu tun haben, sind sie völlig abweisend. Die Kinder müssen oft lange schreien, um Beachtung zu erhalten. Auch ihr Explorationsverhalten wird oft kaum gewürdigt, und durch diese Nichtbeachtung wird sofort wieder das Bindungsverhalten aktiviert. (vgl. Grossmann; Grossmann 2006, S. 164)

Die Gesamtstrategie ist gekennzeichnet durch eine starke Überbetonung des Bindungssystems zu Lasten des Explorationssystems. Diese Kinder leben in ständiger Angst vor Verlust, sie können ihre Gefühle aus Angst und Ärger kaum beherrschen. Auf Belastungen können sie nur mit Verzweiflung reagieren. (vgl. ebd., S. 140)

#### 1.2.4 Die hochunsichere Bindung

Dieses Bindungsmuster wird auch desorganisierte/desorientierte Bindung genannt. Diese Kinder lassen sich keiner der drei bekannten Strategien zuordnen. Auffällig ist bei ihnen, dass sie im Testverfahren bei der Wiederkehr der Mutter widersprüchliche und eigentlich unvereinbare Verhaltensmuster zeigen, auch bizarre Bewegungstereotypen konnten beobachtet werden. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006, S. 48) Beispiele für desorganisiertes Verhalten sind zum einen Anzeichen von Furcht vor der Mutter oder auch zielloses, von Weinen begleitetes Umherlaufen im Raum. Auch wenn das Kind auf die Mutter zugeht, dabei aber seinen Kopf abwendet, oder wenn es angstvoll weint, sich aber nicht im Geringsten an die Mutter wendet, gehört dies zu den desorganisierten Verhaltensmustern. (vgl. Zulauf-Logoz 2008, S. 300) Allgemein lässt sich sagen, dass sich bei diesen Kindern generell kein Verhaltensmuster bei Trennung

oder Wiedervereinigung festmachen lässt. Die Kommunikation zwischen Kind und Mutter ist gestört, da die Mutter für das Kind gleichzeitig Quelle und Auflösung der Angst ist. Oft haben Mütter dieser Kinder eigene traumatische Ereignisse nicht verarbeiten können und übertragen diese nun auf ihre Kinder. Auch kommt es vor, dass eigene Missbrauchserfahrungen auf das eigene Kind übertragen werden, die Mutter also ihr Kind genauso missbraucht oder misshandelt. Für die Kinder ist es nicht möglich, eine Bindungsstrategie zu entwickeln, denn trotz der Anwesenheit der Mutter ist sie für das Kind emotional unerreichbar. (vgl. Stegmaier o.J., o.S.)

Je nachdem, wie sehr Bindungsverhaltensmuster erkennbar sind oder wie stark vermeidend das Kind auf seine Mutter reagiert, lässt sich auch die desorganisierte Bindung in unterschiedliche Muster unterteilen. So verhalten sich z.B. Kinder mit einer desorganisiert-sicheren Bindung während der Trennung von der Mutter gemäß dem sicheren Muster, zeigen aber im Beisein der Mutter vermeidende Strategien und aggressives Verhalten. Sie haben also keine durchgängige Strategie gefunden, sie zeigen viele Widersprüche in ihrem Verhalten. Störungen wie plötzliches sekundenlanges Erstarren, Absenzen und Stereotypien sind typisch für desorganisiert gebundene Kinder, genauso wie die Angst vor der Mutter bzw. die fehlende Orientierung an ihr. (vgl. Grossmann; Grossmann 2006, S. 154-155)

### 1.3 Bindungsindikatoren für zukünftiges Verhalten

Durch verschiedene Längsschnittstudien<sup>3</sup> wurde untersucht, inwieweit sich die frühen Bindungserfahrungen der Kinder auf ihre Entwicklung auswirken.

So verfügen sicher gebundene Kinder bereits im Kleinkindalter über mehr soziale Kompetenzen, sie können besser mit neuen Situationen und Anforderungen umgehen und sind kooperativer im Umgang mit anderen Kindern. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006 nach Salovey & Mayer 1990; Goleman 1994; Suess, Grossmann & Sroufe 1992, S. 55) Sicher gebundene Kinder verfügen im Schulalter über die Fähigkeit, stabile Freundschaften einzugehen und sind auch im Jugendalter meist sozial anerkannt. Sie haben tendenziell ein höheres Selbstwertgefühl und können ihre Schwächen und

---

<sup>3</sup> z.B. die Längsschnittstudie von der Arbeitsgruppe um Klaus und Karin Grossmann und die von Alan Sroufe zur Untersuchung von Kindern mit psychosozialen Risiken. (Grossmann & Grossmann 1990; Suess; Grossmann & Sroufe 1992; Weinfield et al. 1999)

Stärken realistisch einschätzen. (vgl. ebd., S. 56) Sicher gebundene Kinder entwickeln im Allgemeinen positive Erwartungen bezüglich zwischenmenschlicher Beziehungen und wirken damit auch auf andere Menschen positiver. Durch die positiven Reaktionen der Umwelt wird das Vertrauen des Kindes in sich selbst gestärkt und in andere und eine Art positiver Kreislauf wird in Gang gesetzt. (vgl. Erickson; Egeland 2006, S. 34) Eine sichere Bindung in den frühen Jahren „ist eine grundlegende vorteilhafte psychische Ressource“, diese „psychologische Sicherheit, Verlässlichkeit und Vertrauen in Bindungspersonen in der Kindheit ist kostbar und unersetzlich.“ (Grossmann 2008, S. 41)

Im Gegensatz zu sicher gebundenen Kindern neigen unsicher gebundene Kinder später dazu, andere Menschen negativ einzuschätzen, sie bringen anderen Menschen kein Vertrauen entgegen. Sie empfinden sich selbst als zu machtlos, sie erwarten keine Zuneigung und stehen Beziehungen im Allgemeinen sehr hoffnungslos gegenüber. Oft ist es so, dass unsicher gebundene Kinder durch die innere Einstellung tatsächlich von anderen Menschen abgelehnt werden, was dazu führt, dass ihr Selbstwertgefühl noch stärker leidet und sie in ihrem Misstrauen anderen Menschen gegenüber noch bestärkt werden. Oft sind Kinder, die eine unsichere Bindung ausgebildet haben, im Grundschulalter weniger kooperativ gegenüber Lehrern, schließen nur schwer Freundschaften und sind weniger wissbegierig als sicher gebundene Gleichaltrige. (vgl. ebd. S. 35) Durch eine unsichere Bindung in der Kindheit können Menschen ein „Muster zum Erkennen von psychischen Einschränkungen und Unzulänglichkeiten, die (...) ein Leben über die üblichen Herausforderungen (hinaus) belasten können“, entwickeln. (Grossmann 2008, S. 41)

Bisherige Forschungen haben auch einen Zusammenhang gezeigt zwischen hochunsicherem Bindungsverhalten im Kleinkindalter und späteren Störungsbildern. Im Kindergarten- und Vorschulalter zeigen hochunsicher gebundene Kinder häufig auffällig aggressives, teilweise sogar feindseliges Verhalten. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006 nach Hubbs-Tait, Osofsky, Hann & Culp 1994; Lyons-Ruth, Alpern & Repacholi 1993; Lyons-Ruth, Easterbrooks & Cibelli 1997, Shaw, Owens, Vondra, Keenan & Winslow 1996; Shaw & Vondra 1995; Lyons-Ruth, Zoll, Connel & Grunebaum 1989)

## 1.4 Voraussetzungen für den Aufbau einer sicheren Bindung

Damit ein Kind eine sichere Bindung zu seiner Mutter aufbauen kann, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Um die Entstehung von Bindungsqualität zu betrachten, können mindestens vier Aspekte miteinbezogen werden. Die Beziehungsgestaltung ergibt sich aus der Persönlichkeit der Mutter, den Eigenarten des Neugeborenen, dem sozialen und kulturellen Umfeld und aus den Erwartungen, die die Mutter bezüglich ihres Kindes hat; ob es zum Beispiel eine gewollte Schwangerschaft war oder ob sie mit dem Geschlecht des Kindes „zufrieden“ ist. (vgl. Grossmann, Grossmann 2006, S. 161) Darüber hinaus ist es nach Suess et al. von großer Bedeutung, inwieweit die Mutter eigene Bindungserfahrungen und deren Auswirkungen auf ihren Umgang mit dem Baby kritisch reflektieren kann. (vgl. Suess, Bohlen, Mali, Frumentia Maier 2010, S. 1)

Das Interaktionsverhalten der Mutter mit ihrem Kind, was grundlegend für die Entstehung von Bindungsmustern ist, wird von ihren intuitiven Kompetenzen bestimmt. (vgl. Lohaus; Ball, Lißmann 2008, S. 148) Als sehr entscheidendes Kriterium für den Aufbau einer sicheren Bindung wird auch die mütterliche Feinfühligkeit angesehen. Sie ist seit Jahren ein zentraler Punkt in der Bindungsforschung. (vgl. Grossmann 2008, S. 32) Beides wird im Folgenden näher erläutert.

### 1.4.1 Intuitive Kompetenzen

Eltern wie auch Nichteltern, sogar schon Kinder ab etwa dem vierten Lebensjahr, zeigen bestimmte Verhaltensweisen im Umgang mit Babys, die es ihnen ermöglichen, die Signale des Babys so aufzufassen und darauf zu reagieren, dass sie ihm eine Unterstützung sind, Stress zu bewältigen und sich der Umwelt zuzuwenden. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006 nach Papousek 1994; Papousek & Papousek 1987, 1995, S. 37) Diese Verhaltensdispositionen sind also komplementär zu den frühen Interaktionsfähigkeiten des Säuglings angelegt, dadurch können Eltern intuitiv ihr Verhalten zu jeder Zeit auf die Bedürfnisse und den Entwicklungsstand ihres Babys abstimmen. (vgl. Papousek 2004, S. 89) Unabhängig von der Kultur sind diese intuitiven Kompetenzen vorhanden. Eine bewusste Wahrnehmung oder Steuerung ist nicht möglich, da diese sich in so kurzen Zeitspannen vollzieht, dass sie nicht kontrolliert werden kann. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006, S. 37)

Winnicott prägte in diesem Zusammenhang den Begriff der „primären Mütterlichkeit“<sup>4</sup>, was einen psychischen Zustand beschreibt, der sich bei werdenden Müttern im Laufe der Schwangerschaft einstellt. Dieser Zustand fokussiert die Aufmerksamkeit der Mutter zunehmend auf ihr Kind und gibt ihr die Fähigkeit, sich in ihr Kind einzufühlen und auf seine Bedürfnisse einzugehen. (Murray 2011, S. 54)

Eine Mutter ist also im Normalfall intuitiv in der Lage, sich ihrem Baby anzupassen. Sie kann ihr Verhalten dem Entwicklungsstand ihres Kindes entsprechend variieren, sie beachtet die begrenzte Aufnahmefähigkeit ihres Babys und achtet darauf, dass es schnell ermüdbar ist. Sie ist ihrem Kind eine Unterstützung in der Bewältigung des täglichen Stresses und in der Entwicklung seiner kommunikativen Fähigkeiten. Deutlich werden diese intuitiven Kompetenzen z.B. an der Mimik der Mutter. Wenn eine Mutter mit ihrem Kind kommuniziert, hat sie in der Regel einen für Außenstehende übertrieben wirkenden mimischen Gesichtsausdruck, die Augen werden weit aufgerissen, die Augenbrauen hochgezogen. Wenn sie mit ihrem Kind spricht, nimmt die Mutter automatisch eine höhere Stimmlage ein und ihre Stimmführung wird melodisch. Auch nutzt sie ihre Stimmführung und die Lautstärke ihrer Stimme, um Anregung oder Beruhigung beim Baby hervorzurufen. In der Sprache an sich sind die intuitiven Kompetenzen daran zu erkennen, dass Mütter automatisch in die Ammensprache wechseln, die kindlichen Laute nachahmen und Gesagtes oft wiederholen, um auf die begrenzten Kapazitäten des Kindes einzugehen. Obwohl das Baby noch keine sprachlichen Fähigkeiten hat und sich die Kommunikation hauptsächlich über Körpersprache vollzieht, haben Mütter eine innere Motivation, mit ihrem Baby zu sprechen. Damit reagieren sie intuitiv auf die Vorliebe des Kindes für die Melodik der Muttersprache, welche sich schon in der Pränatalzeit manifestiert hat. (vgl. ebd., S. 37-39) Außerdem konzentrieren sich Mütter automatisch auch auf die direkte, unverschleierte Körpersprache ihres Kindes, sie nehmen die Farbe der Haut wahr, seine Atmung, seine Muskelspannung und seine spontanen Bewegungen, um sein Befinden genau deuten zu können. (vgl. Papousek 2008, o.S.)

Ein zentraler Punkt der intuitiven Kompetenzen ist die Bereitschaft, die kindlichen Signale und Ausdrücke zu „spiegeln“, die Mimik und Gestik sowie die Laute des Kindes nachzuahmen. Damit zeigen Mütter ihrem Baby, dass sie erkennen und

---

<sup>4</sup> Übersetzt von Winnicotts „primary maternal preoccupation“ (Murray 2011, S. 54)



verstehen, was es fühlt, und auch dass sie mit ihm fühlen. Die Mutter kann dadurch das Befinden und die Absichten des Kindes deuten und beantworten, bevor das Kind selbst diese für sich wahrnehmen kann. Durch das Wiedergeben dieser wahrgenommenen Gefühle gibt die Mutter dem Kind die Möglichkeit, die Mimik der Mutter in Bezug zur eigenen Befindlichkeit zu setzen um sich letztendlich in weiteren Entwicklungsschritten der eigenen Empfindungen bewusst zu werden. (vgl. ebd.)

Man geht davon aus, dass die intuitiven Kompetenzen entwicklungsgeschichtlich die bestmögliche und sinnvollste Art der Unterstützung für die frühe Entwicklung eines Kindes sind, da sie unabhängig von Alter, Geschlecht, Kultur und Erfahrung mit Babys existieren. Sie dienen dazu, das Baby in seiner Fähigkeit zur Selbstregulation in verschiedenen Alltagskontexten zu unterstützen und haben zugleich die Funktion, frühe Erfahrungen zu strukturieren und die sich entwickelnden Fähigkeiten anzuregen. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006, S. 39)

#### 1.4.2 Mütterliche Feinfühligkeit

Unter der mütterlichen Feinfühligkeit, auch Sensitivität genannt, versteht man die Fähigkeit, beständig die Signale des Babys wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren um dann angemessen und prompt darauf zu reagieren. (vgl. Lohaus; Ball; Lißmann 2008, S. 154) Wird ein Kind so versorgt und werden seine Bindungs- als auch Explorationswünsche verstanden und zugelassen, entwickelt es ein Gefühl von Tüchtigkeit und Selbstbestimmung. Ist eine Mutter also feinfühlig, ist sie in der Lage unabhängig von ihren eigenen Bedürfnissen die kindlichen Signale wahrzunehmen und zu beantworten. Dazu muss sie ihr Kind als „intentionales Wesen“ wahrnehmen, also ein Wesen mit eigenen Absichten, Bedürfnissen und Affekten. Sie muss im zeitlich richtigen Rhythmus das Richtige tun, den Affekt des Kindes teilen und seinem Rhythmus möglichst nah kommen, damit das Kind seine eigene Effektdanz erleben kann. (vgl. Stegmeier o.J., o.S.)

Nach Ainsworth ist die Feinfühligkeit die bestimmende Qualität mütterlichen Interaktionsverhaltens. Sie besteht aus den Komponenten „Wahrnehmen“ und „angemessenes Interpretieren“ kindlicher Signale sowie „angemessenes Reagieren“ und „promptes Reagieren“ auf diese Signale. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006, nach Ainsworth, Bell & Stayton 1974) Spätere Studien und deren Analysen haben

ergeben, dass die Feinfühligkeit zwar nur einen mäßigen, aber einen robusten und zuverlässigen Einfluss auf die spätere Bindungssicherheit hat. (vgl. ebd. nach DeWolff & van Ijzendoorn 1997, S. 49)

Feinfühligkeit ist etwas sehr Komplexes. Die Bedürfnisse und Kompetenzen des Kindes, also sein Entwicklungsstand, müssen genauso Berücksichtigung finden wie die Situation und der Kontext seines Verhaltens. Ebenso ist zu beachten, dass feinfühlig zu sein nicht heißt, rund um die Uhr perfekt auf das Kind zu reagieren. Es heißt viel mehr, dauerhaft für eine positive Befindlichkeit des Babys zu sorgen, immer in Bezug auf die Situation und den Entwicklungsstand. (vgl. ebd. nach Winnicott 1960, S. 50)

Feinfühliges Verhalten zeigt sich bei Müttern zum Beispiel dadurch, dass sie ihr Baby ernst nehmen, versuchen seine Wünsche und Bedürfnisse zu verstehen und sofort reagieren, wenn ihr Baby weint. Sie trösten ihr Kind, bis es sich beruhigt, sie nehmen es auf den Arm, bis es signalisiert, wieder herunter zu wollen, und die gesamte Interaktion zwischen Mutter und Kind wirkt sehr angenehm. (vgl. Grossmann; Grossmann, S. 132-136)

#### 1.4.3 Der Engelskreis

Ein dauerhaftes intuitives Verhalten und Feinfühligkeit auf Seiten der Mutter sind nur möglich, wenn ihr Kind auf das Verhalten auch reagieren kann. Sie benötigt sozusagen ein Feedback von ihrem Kind, z.B. ein Lächeln oder Gebrabbel, damit der Dialog nicht beeinträchtigt wird. (vgl. ebd., S. 42)

Wenn die Kommunikation zwischen der Mutter und ihrem Kind gut gelingt, können sie gemeinsam die Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit bewältigen und sich dabei gegenseitig positiv beeinflussen. Wenn zum Beispiel das Baby müde ist und weint, erkennt die Mutter das Signal des Babys und nimmt es auf den Arm. Sie wiegt es, redet mit leiser Stimme und beruhigt ihr Kind. Durch das Verhalten der Mutter kann sich das Kind beruhigen, es entspannt sich und schläft angeschmiegt im Arm der Mutter ein. Gleichzeitig kann sich die Mutter von dem Weinen des Babys erholen und bekommt gleichzeitig ein positives Feedback dadurch, dass ihr Kind ihr signalisiert, sich bei ihr geborgen zu fühlen. Dadurch gewinnt sie Selbstvertrauen in ihre natürlichen Kompetenzen. In Situationen wie der beschriebenen unterstützen sich Mutter und Kind

gegenseitig, sie gewinnen Vertrauen in ihre Beziehung und ein stabiles Kommunikationsmuster entsteht. (vgl. Papousek 2004, S. 89)

Dieses positive Klima zwischen Mutter und Kind, der freudige Dialog zwischen den beiden, trägt enorm dazu bei, dass der Säugling selbstregulatorische Fähigkeiten und eine positive Selbstrepräsentanz entwickelt. Beide Interaktionspartner fühlen sich in ihren Kompetenzen bestätigt und bestärkt und ihre positiven Beziehungserfahrungen werden gefestigt. (vgl. Thiel-Bonney 2006, S. 22)

Dieser Kreislauf positiver gegenseitiger Beeinflussung wird Engelskreis genannt und ist einer der wichtigsten Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung. (vgl. Papousek 2004, S. 89)

## 2 Depressionen

Eine Depression ist eine affektive Störung, also eine Störung im emotionalen Bereich. Von einer Depression kann dann gesprochen werden, wenn der emotionale Zustand so schwer beeinträchtigt ist, dass eine „normale“ Lebensgestaltung kaum noch oder nur schwer möglich ist. Zunächst werden die Formen depressiver Erkrankungen beschrieben, um dann auf die postpartale Depression genauer einzugehen.

### 2.1 Formen der Depression

Es gibt verschiedene Formen affektiver Störungen, welche sich in den Symptomen und auch in der Form ihres Auftretens unterscheiden. Diese werden im Folgenden nun kurz beschrieben.

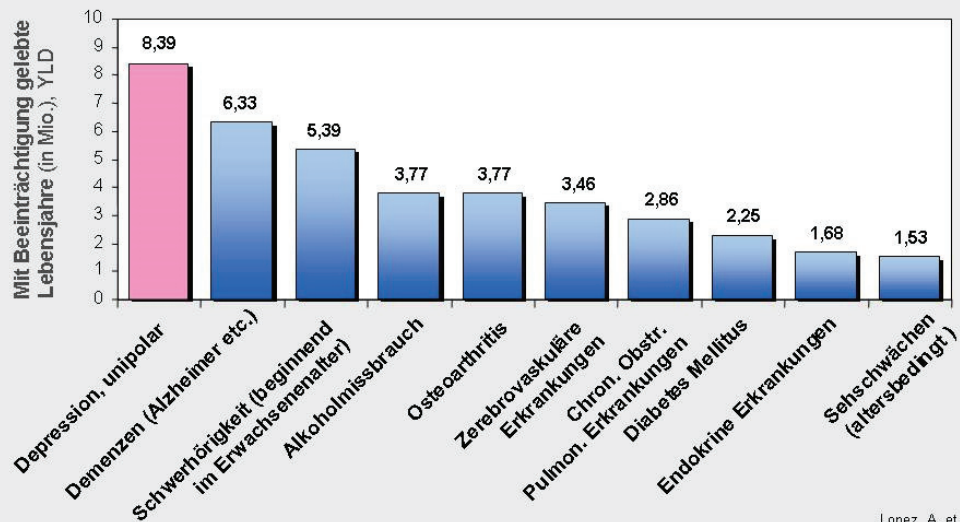
#### 2.1.1 Major Depression

Die unipolare Depression, auch Major Depression genannt, ist durch langanhaltende und intensive depressive Stimmung gekennzeichnet. Die Dauer einer Depression kann nur einige Wochen betragen, sie kann aber auch chronisch episodisch wiederkehrend auftreten, über mehrere Jahre hinweg. Neben der allgemeinen psychischen Niedergeschlagenheit, Hoffnungslosigkeit und dem fehlenden Antrieb gibt es viele weitere Symptome. So können sich Betroffene oft nicht konzentrieren, finden keinen Schlaf oder schlafen viel zu viel, und verlieren aufgrund nicht vorhandenen Appetits enorm an Gewicht. Auch das Gefühl von Wertlosigkeit und Selbstvorwürfe

gehören dazu, in schweren Fällen auch die Auseinandersetzung mit dem Tod bis hin zu Suizidversuchen. Klinikaufenthalte sind in vielen Fällen notwendig und in einigen Fällen sind die Betroffenen nie mehr in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. (vgl. Zimbardo; Gerrig 2004 nach Holden 1986, S. 675/676) Äußerlich erscheinen Menschen mit Depression sehr bedrückt und traurig, sie sprechen oft sehr leise und monoton und reduzieren ihre Mimik und Gestik auf ein Minimum. Sie scheinen sehr gleichgültig gegenüber ihrer Umgebung und dem, was um sie herum passiert und ihre gesamte Körperhaltung strahlt fehlende Lebenskraft und Freudlosigkeit aus. Ein bekanntes Symptom ist die durchgängige Traurigkeit, das viele Weinen und das ständige Grübeln. In vielen Fällen stellt sich aber auch ein Zustand des Nicht-Fühlens ein, eine emotionale Leere, die es unmöglich macht, zu weinen, traurig zu sein oder andere Gefühle zu empfinden. Neben den vielen psychischen Symptomen kommen oft noch körperliche Beschwerden dazu, denen meist keine organische Ursache zugrunde gelegt werden kann. Die Symptome reichen von quälenden Kopfschmerzen über Verminderung des Seh- und Hörvermögens bis hin zu Kreislaufproblemen. Magen-Darm-Probleme, Schlafstörungen und unerklärlicher Juckreiz sind weitere bekannte Symptome. (vgl. Will 2008, S. 55-56) Es gibt keine genauen Angaben, wie verbreitet die Krankheit ist, da eine Depression oft nicht als solche erkannt und diagnostiziert wird. Laut Auswertung mehrerer Stichprobenuntersuchungen sind in Deutschland etwa fünf bis sechs Millionen Menschen von einer Major Depression betroffen, wobei Frauen etwa doppelt so oft erkranken wie Männer. Besonders bei jungen Müttern ist die Rate vergleichsweise erhöht. Bei Frauen ist der Verlauf auch sehr oft chronisch, was bei Männern seltener der Fall ist. (vgl. Wittchen; Jacobi 2006, S. 4-5) Trotz der ungenauen Aussagen über die Häufigkeit von Depressionen kann man allgemein festhalten, dass affektive Störungen, insbesondere die Depression, zu den häufigsten psychischen Störungen gehören. Oft wird vermutet, dass die Anzahl der Betroffenen in den letzten Jahren angestiegen ist, was sich allerdings auch auf die veränderten Diagnoseverfahren zurückführen lässt. (vgl. Will 2008, S. 47-48) Auf jeden Fall ist die Depression im Vergleich zu den anderen sogenannten „Volkskrankheiten“ die häufigste, wie man aus der folgenden Abbildung entnehmen kann. (vgl. Kompetenznetz Depression, Suizidalität 2008, o.S.)

## Die Burden of Disease-Studie: Ergebnisse für 2001

Die 10 häufigsten Ursachen für mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre (YLD) in den Industrieländern



Lopez A. et al., 2006

(Kompetenznetz Depression, Suizidalität 2008 nach WHO, o.S.)

### 2.1.2 Bipolare Störung

Wenn sich Phasen schwerer Depression und manische Episoden abwechseln, dann spricht man von einer bipolaren Störung. Aus diesem Grund ist sie auch bekannt als manisch-depressive Erkrankung. Manische Episoden sind gekennzeichnet durch ungewöhnlich gehobene Stimmung, überschwänglichen Tatendrang und unverhältnismäßigen Optimismus. Die Betroffenen benötigen kaum Schlaf, sie gehen große Risiken ein, um ihre unrealistischen Ideen in die Tat umzusetzen, und verfügen über ein extrem gesteigertes Selbstwertgefühl. In manchen Fällen machen sie völlig Fremden große Geschenke oder geben all ihr Ersparnis innerhalb kürzester Zeit aus. (vgl. Zimbardo; Gerrig 2004, S. 676-677) In manchen Fällen können depressive und manische Symptome gleichzeitig auftreten, dann spricht man von einem Mischzustand. In den Fällen wechselnder Phasen liegen zwischen den Episoden oft Zeiten von relativem Wohlbefinden. Es gibt aber auch Formen, in denen die schwere depressive Erkrankung nur phasenweise durch leichte manische Episoden unterbrochen wird und es keine Unterbrechung der Krankheit gibt. Die Dauer der einzelnen Phasen variiert

sehr stark, von wenigen Tagen bis hin zu mehreren Monaten. Oft wird die bipolare Störung nicht als solche erkannt, da die Patienten lediglich von ihren depressiven Symptomen berichten. (vgl. Geislinger, Grunze 2005, S. 9-11) Die Menschen, die immer wieder zwischen manischen und depressiven Phasen wechseln, sind gefangen in einem endlosen Zyklus. In den manischen Phasen tun sie Dinge, die sie in den depressiven Phasen wieder in extreme Schuldgefühle treiben. Allerdings sind bipolare Störungen viel seltener als die Major Depression, nur bei etwa 1,6% der Erwachsenen treten sie auf, wobei die Häufigkeit bei Frauen und Männern etwa gleich ist. (vgl. Zimbardo; Gerrig 2004 nach Kessler et al. 1994, S. 676-677)

### 2.1.3 Postpartale Depression

Tritt eine schwere, langandauernde und behandlungsbedürftige depressive Erkrankung innerhalb des ersten Jahres nach der Entbindung auf, spricht man von einer postpartalen Depression. (vgl. Riecher-Rössler 2006, S. 11) Im Sprachgebrauch und auch oft in wissenschaftlicher Literatur wird der Begriff postpartal (lat. partus = Geburt, Entbindung) gleichgesetzt mit dem Begriff postnatal (lat. natus = geboren). Das ist nicht ganz korrekt, da sich der Begriff postnatal auf das Kind und nicht auf die Mutter bezieht. (vgl. Lohse 2008, S. 45) Die postpartale Depression unterscheidet sich in einigen Symptomen von der Major Depression, dazu im nächsten Kapitel mehr. Aufgrund der Schwere der Krankheit und der enormen Persönlichkeitsveränderung der Mutter, die die Erkrankung mit sich bringen kann, ist in den meisten Fällen eine Behandlung erforderlich. (vgl. ebd. S. 47-51) Die Häufigkeit der postpartalen Depression lässt sich genau wie bei der Major Depression nicht konkret bestimmen, da sie häufig nicht erkannt wird. Die Angaben schwanken zwischen 6 und 22 Prozent. (vgl. Riecher-Rössler 2006, S. 12) Nach den meisten Studien wird aber von einer Häufigkeit von etwa 10-15 Prozent ausgegangen, wobei es scheinbar keinen Unterschied zu der Major Depression gibt; das heißt es erkranken genauso viele Frauen im vergleichbaren Alter, die keine Geburt hinter sich haben, wie „frisch gebackene“ Mütter. (vgl. Gröhe 2003, S. 48) Allerdings gehört die postpartale Depression damit zu der häufigsten psychischen Störung bei jungen Müttern. (vgl. Reck 2009, S. 1)

Da die postpartale Depression die relevanteste Form der Erkrankung ist, wenn man über die Mutter-Kind-Beziehung in den ersten drei Lebensjahren spricht, wird es in den nächsten Punkten speziell um diese Form der Depression gehen.

## 2.2 Symptome der postpartalen Depression

An dieser Stelle wird zunächst einmal zwischen dem weit verbreiteten „Baby-Blues“, der postpartalen Erschöpfung und der postpartalen Depression unterschieden. Der Baby-Blues, oder auch postpartale Dysphorie genannt, ist gekennzeichnet durch ein kurzweiliges Stimmungstief. Üblicherweise tritt dies in den ersten zehn Tagen nach der Geburt auf und klingt nach einigen Tagen wieder ab. Betroffen sind in etwa 50-80 Prozent aller Mütter. Die Symptome sind unter anderem extreme Empfindsamkeit, Stimmungsschwankungen, starke Traurigkeit und ständiges Weinen, Erschöpfungszustände, Schlaflosigkeit und Ängstlichkeit. Bei dieser Art der psychischen Verstimmung ist eine Behandlung nicht notwendig, da sie als normal gilt und sich der Zustand sehr schnell mit etwas Ruhe von allein stabilisiert. Es ist lediglich angebracht, der Mutter Verständnis und Zuspruch entgegenzubringen, sowie sie über ihren Zustand aufzuklären. Allerdings sollte die Mutter gut beobachtet werden, denn aus einem Baby-Blues kann sich auch eine postpartale Depression entwickeln. (vgl. Lohse 2008, S. 45-46)

Eine leichte Form der Depression ist die postpartale Erschöpfung. Sie dauert in der Regel etwa drei bis sechs Monate und endet von selbst, sie kann aber auch in eine postpartale Depression übergehen. Ein Gefühl von Schlappeit und psychischer Abgeschlagenheit gehört genauso wie fehlende Energie und Lebensfreude zu den Symptomen. Die betroffenen Frauen sind sehr lethargisch und haben das Gefühl, den Alltag nicht mehr meistern zu können. (vgl. ebd. S. 47)

Kann man aufgrund der Schwere der Erkrankung nicht mehr vom Baby-Blues oder von einer postpartalen Erschöpfung reden, dann handelt es sich um eine postpartale Depression. Prinzipiell unterscheiden sich die Symptome der postpartalen Depression nicht erheblich von den unter Punkt 2.1.1 genannten Symptomen der Major Depression. Dazu kommen aber häufig negative oder fehlende Gefühle der betroffenen Mütter ihrem Neugeborenen gegenüber, oft auch begleitet mit enormen Schuldgefühlen. Die Erkrankten berichten von großer Angst, Angst davor, ihrem Kind könnte etwas

geschehen, aber auch Angst davor, zu versagen und die Mutterrolle nicht meistern zu können. (vgl. Gröhe 2003, S. 47) Ansonsten reichen die Symptome wie bei der typischen Depression von starkem Energiemangel und Erschöpfung über Traurigkeit und leichte Reizbarkeit bis hin zu absolutem Desinteresse und einem inneren Leeregefühl. Die Mütter haben ständig destruktive Gedanken und oft ambivalente Gefühle ihrem Kind gegenüber. (vgl. Lohse 2008, S. 48)

### 2.3 Ursachen der postpartalen Depression

Es gibt eine Menge Faktoren, die dazu beitragen, eine Depression zu entwickeln. Allerdings ist nach wie vor nicht endgültig geklärt, was genau die Ursachen einer Depression sind. Als erwiesen gilt inzwischen, dass es genetische Ursachen gibt, die Krankheit also vererbbar ist. Menschen mit einem depressiven Elternteil haben zum Beispiel ein Risiko von etwa 15 Prozent, selbst irgendwann in ihrem Leben eine Depression zu entwickeln. Nur 2-3 Prozent sind es dagegen bei Menschen ohne Depression in der nahen Verwandtschaft. (vgl. Greist; Jefferson 1999, S. 21-22) Es ist noch nicht entdeckt, welche genauen biochemischen Prozesse bei dieser Erkrankung ablaufen, es wird aber davon ausgegangen, dass ein zu niedriges Niveau von bestimmten chemischen Botenstoffen im Gehirn vorliegt. Allerdings ist unklar, ob dies eine Ursache oder eher eine Folge der Erkrankung darstellt. (vgl. Zimbardo, Gerrig 2004 nach Duman et al. 1997, S. 677)

Weiterhin gibt es verschiedenste Ansätze, die die Ursache für Depressionen in der Psyche des Menschen sehen, in seinem Unterbewusstsein und in seinen bisherigen Lebenserfahrungen. So sah zum Beispiel Freud in seinem psychodynamischen Modell frühere ungelöste Konflikte als Grund für den Ausbruch der Krankheit. Seiner Meinung nach sind depressive Gefühle eigentlich Wut und Zorn gegenüber einem anderen Menschen aus der frühen Kindheit, die sich später gegen sich selbst richten und Selbstvorwürfe hervorrufen. So können beispielsweise frühere Enttäuschungen aus der Eltern-Kind-Beziehung durch spätere Verlusterfahrungen wieder hervorgerufen werden und feindselige Gefühle erzeugen, die dann gegen sich selbst gerichtet werden. (vgl. ebd., S. 679) Ein anderer Ansatz, das behavioristische Modell, geht davon aus, dass Bestrafung und das Fehlen positiver Verstärkung die Wurzeln der Depression bilden. Wenn ein Mensch einen großen Verlust zu verkraften hat oder eine sehr einschneidende Veränderung erlebt und von seinem Umfeld keine Unterstützung oder viel mehr noch



Zurückweisung erfährt, kann ihn das schnell in eine tiefe Depression stürzen. (vgl. ebd. nach Lewinsohn 1975; Lewinsohn et al. 1985, S. 679)

Des Weiteren gibt es noch den kognitiven Ansatz, der die Ursache der Depression in der Art zu denken sucht. Zum einem besagt die Theorie der kognitiven Schemata, dass sich depressive Menschen durch drei Arten kognitiver Verzerrung auszeichnen: ein negatives Selbstkonzept, eine negative Beurteilung ihrer aktuellen persönlichen Erfahrungen und ein negativer Blick in die Zukunft. Depressive Menschen nehmen sich selbst als wertlos und unzureichend wahr und glauben, dass sie in ihrem Leben nur noch leiden müssen. Sie sind nicht motiviert, da sie immer mit einem negativen Ergebnis rechnen und ihre Denkweise überdeckt jegliche eventuellen positiven Erfahrungen, die sie machen. (vgl. ebd. nach Beck 1983, 1985, 1988, S. 680) Die zweite kognitive Theorie ist die der erlernten Hilflosigkeit. Danach hängt das Ausbilden einer Depression eng mit dem Attributionsstil einer Person zusammen, also mit der Art und Weise, wie diese Person Ereignisse in ihrem Leben bewertet. Man geht davon aus, dass Menschen, die negative Ereignisse internal, stabil und global attributieren, eine hohe Anfälligkeit für Depressionen haben, da sie durch ihr Denken erwarten, nichts durch ihr Handeln verändern zu können, und dass nichts von dem, was sie tun, Bedeutung hat. (vgl. ebd. nach Peterson & Seligman 1984; Seligman 1991, S. 680)

All das sind Faktoren, die das Ausbilden einer Depression begünstigen können. Ganz bedeutend ist natürlich auch die aktuelle Lebenssituation. So können Streitigkeiten in der Familie oder im Freundeskreis, der Verlust eines wichtigen Menschen oder Einsamkeit Auslöser für eine Depression sein. Zu den situationsbedingten Stressfaktoren zählen außerdem finanzielle Probleme, eine neue Arbeitsstelle, der Renteneintritt oder eine andere bedeutsame Veränderung des Lebensalltags. (vgl. Greist; Jefferson 1999, S. 21-23)

Wenn man nun einmal betrachtet, was die Geburt eines Kindes für die Frau bedeutet, wird man feststellen, dass dies eine derartige Veränderung im Lebensalltag darstellt. Die erste Schwangerschaft bzw. die Geburt des ersten Kindes ist für die meisten Frauen das gravierendste und folgenreichste Ereignis in ihrer Biografie. Es erfordert eine komplette Lebensumstellung, ihr Selbstbild, ihre Gefühle und ihr Verhalten erfahren drastische Veränderungen. Von einem Moment auf den anderen ist sie nicht mehr nur für sich, sondern für ein zweites Leben verantwortlich, was viele Verpflichtungen und

Erwartungen nach sich zieht. (vgl. Textor o.J., S. 1-4) Hinzu kommt der eigene Perfektionismus, alles richtig machen zu wollen und die falsche Annahme, Schwangerschaft und Geburt wären ganz einfach zu meistern. Auch hormonelle Ursachen kommen infrage, wenn man nach Ursachen der posttraumatischen Depression sucht. So findet nach der Geburt so ein enormer hormoneller Umschwung statt, wie er sonst in dem Körper einer Frau nie geschieht. Des Weiteren können Schwangerschaftsprobleme oder ein Geburtstrauma ursächlich sein. (vgl. Hertel, Thurner, Etzel o.J.; o.S.) Auch eine ungewollte Schwangerschaft, Stressbelastungen während der Schwangerschaft, Partnerschaftsdefizite oder traumatische Erlebnisse in der eigenen Kindheit können das Entstehen einer Depression begünstigen. (vgl. Reck 2009, S. 1)

Es ist festzuhalten, dass nach dem bisherigen Stand nicht eindeutig klar ist, warum manche Frauen nach der Geburt unter Depressionen leiden und andere nicht. Experten gehen davon aus, dass es sich um ein Zusammenspiel mehrerer Risikofaktoren handelt, die dann zu dem Ausbruch der Krankheit führen. (vgl. ebd. o.S.)

### 3 Synergieeffekte zwischen Interaktionsstörungen und Verhalten des Kindes

In dem ersten Punkt der Arbeit wurde beschrieben, was Voraussetzung für den Aufbau einer sicheren Bindung ist. Wenn die Mutter feinfühlig mit dem Kind umgeht und ihre intuitiven Kompetenzen voll ausschöpfen kann, wird das Kind sie als sichere Basis erleben. Was ist aber, wenn die Mutter wie im zweiten Punkt beschrieben an einer Depression leidet? Das soll nun im Folgenden beschrieben werden.

#### 3.1 Mögliche Interaktionsstörungen zwischen der depressiven Mutter und ihrem Kind

Um ein Verständnis dafür zu bekommen, warum sich eine depressive Erkrankung der Mutter auf die Interaktion zu ihrem Kind auswirkt, müssen zunächst noch einmal die Hauptsymptome dieser Krankheit in den Mittelpunkt gestellt werden. Hierbei sind natürlich die Symptome von größter Relevanz, welche im Zusammenhang mit Interaktion stehen.

Wenn ein Mensch an Depression erkrankt, verändert dies in den meisten Fällen sein Verhalten und seine Außenwirkung enorm. Ganz typisch für depressive Menschen ist ihre niedergeschlagene, kraftlose Ausstrahlung; sie sprechen sehr leise und monoton

und ihre Mimik und Gestik sind auf ein Minimum reduziert. Ihr Gesamtbild strahlt Freudlosigkeit aus, ihre Körperhaltung zeugt von fehlender Lebensenergie. (vgl. Will 2008, S. 55-56)

Nun muss man aber dabei bedenken, dass Babys, wie in Punkt 1.3.1 erwähnt, durch ihre eingeschränkten kommunikativen Fähigkeiten übertriebene mimische Ausdrücke und besonders betonte Sprechweisen brauchen, um die noch nicht vorhanden sprachlichen Fähigkeiten zu kompensieren und mit der Mutter kommunizieren zu können. Fast die gesamte Kommunikation läuft im vorsprachlichen Entwicklungsstadium über Körpersprache und über die Melodie in der Stimme ab. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006, S. 37-39) Damit wird die Diskrepanz dieser Zusammenstellung schon deutlich ersichtlich: auf der einen Seite das Kind, welches nach Körperkontakt, mimischem Austausch und überbetontem Dialog verlangt, und auf der anderen Seite die Mutter, welche durch ihre Krankheit in ihrer Mimik und Gestik derart eingeschränkt ist, dass sie kaum in der Lage ist, in irgendeiner Weise auf das Mienenspiel einzugehen und mit dem Baby ausdrucksstark in den Dialog zu treten.

Im Kontext der Cambridge-Studie<sup>5</sup> wurden Face-to-face-Interaktionen depressiver Mütter mit ihren Kindern festgehalten und in Bezug auf Sprechweise und verhaltensmäßige Reaktionen der Mutter analysiert. Es wurde festgestellt, dass die intuitiven Anpassungsleistungen hauptsächlich nicht erfolgten, die Mütter sprachen mit ihren Babys genauso, wie mit Erwachsenen. Die Tonlage war sehr niedrig und die Qualität im Ganzen sehr monoton und emotionslos. (vgl. Murray 2011, S. 55)

Durch Studien für die postpartale Depression wurde nachgewiesen, dass depressive Mütter, deren Krankheitsbild durch Symptome von Antriebshemmung und Gefühllosigkeit gekennzeichnet ist, im Zwiegespräch mit dem Baby schon bei schwachen Interaktionen verstummen. Ein deutlicher Mangel an kontingenter Responsivität ist erkennbar und es kommt zum Versagen der Abstimmung zwischen Mutter und Kind. Die Mutter ist dem Kind keine Unterstützung mehr, was die Regulationsprozesse angeht. (vgl. Papousek 2004, S. 96)

---

<sup>5</sup> 1986 beginnende Studie, in der eine zusammengestellte Stichprobe von 58 postpartal depressiven Müttern und 42 Kontrollpersonen und ihren Kindern von der Geburt bis in die Zeit der Adoleszenz der Kinder beobachtet wurde. Ziel war es, die Entwicklungsrisiken von Kindern postpartal depressiver Mütter zu erkennen und die Beziehung zwischen Mutter und Kind zu erfassen. (vgl. Murray 2011, S. 52-53)

Je nach Ausprägung der Krankheit sind die elterlichen Kompetenzen der Mutter teilweise oder ganz eingeschränkt. Dies führt zu dem, dass die mentale Repräsentation der Mutter verändert wird und in Folge dessen kommt es zu Verzerrungen und Missverständnissen in der Interpretation der kindlichen Signale. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006, S. 128-129) Besonders dann, wenn die Depression der Mutter im Kontext anderer Risikofaktoren wie Armut oder schwachem sozialem Rückhalt auftritt, sind die intuitiven Kompetenzen oft gestört oder nicht vorhanden. Die Mutter hat dann zu sehr mit ihren eigenen Problemen und ihren negativen Gedanken zu kämpfen, als dass sie sich um das Wohl ihres Babys sorgen könnte. Deshalb kann sie die Signale ihres Kindes nicht wahrnehmen, kann nicht darauf eingehen und keine einfühlsame Responsivität zeigen. (vgl. Murray 2011, S. 54-55)

Meist wirkt sich die Krankheit der Mutter auch besonders auf ihre Feinfühligkeit aus. So verhalten sich depressive Mütter wenig feinfühlig im Umgang mit ihrem Kind, wobei sich nach Jones et al. dabei zwei Stile feststellen lassen. Ein Stil ist geprägt durch überstimulierendes, invasives Verhalten, was sich durch einen sehr aggressiven und rauen Umgang mit dem Kind bemerkbar macht. Zum Beispiel ist das Handlungstempo viel zu schnell und unkontrolliert, die Mütter kneifen und kitzeln ihre Kinder exzessiv und ihre Mimik ist angespannt und aufgesetzt. Der andere Stil lässt sich als sehr zurückhaltend beschreiben, ist gekennzeichnet durch einen sehr matten affektiven Ausdruck, kaum Körper- und Blickkontakt und sehr wenige Dialoge mit dem Kind. (vgl. ebd., S. 130)

Depressive Mütter sind in der Interaktion mit ihrem Kind oft passiv, negative Affekte überragen die positiven, und ihr mimisches Ausdrucksverhalten ist, wie schon erwähnt, stark eingeschränkt. Allgemein kann man von einem Mangel an Empathie sprechen, sie sind emotional für ihre Kinder nicht verfügbar. Sie können die kindlichen Signale nicht mehr richtig wahrnehmen, sie nicht angemessen beantworten. Ein weiterer Punkt ist, dass depressive Mütter nicht nur sich selbst, sondern auch das Verhalten ihrer Kinder sehr viel negativer einschätzen als es ein Außenstehender tun würde. (vgl. Reck 2009, S. 2)

Allgemein kann man sagen, dass depressive Mütter oft zu wenig oder zu viel auf ihr Kind eingehen, teilweise unvorhersehbar handeln und teilweise sogar aggressiv ihrem Kind gegenüber agieren. Jedoch kann man nicht davon ausgehen, dass diese

Besonderheiten in der Interaktion krankheitsspezifisch sind, was heißt, dass sie nicht bei jeder depressiven Mutter anzutreffen sind. (Deneke 2004, S. 2) Oft scheinen sie aber in ihren Gedanken versunken, die Signale ihres Kindes entgehen ihnen leicht. Oft ziehen sie sich aus dem Kontakt zurück oder werden ihrem Kind gegenüber zudringlich oder sogar feindselig. Beides bedeutet für das Kind, dass es zu einem Zeitpunkt, zu dem seine Selbstregulationsfähigkeiten noch nicht entwickelt sind, keine Unterstützung von Seiten der Mutter bekommt. (vgl. Murray 2011, S. 55-56)

### 3.2 Auswirkungen auf das Verhalten des Kindes

Die Bindung, die ein Kind zu seiner Mutter aufbaut, wird wie schon erwähnt, in erster Linie von der Qualität der Zuwendung der Mutter bestimmt, von ihrer Feinfühligkeit und ihrer Art, mit dem Kind umzugehen. Wie bereits beschrieben, wird dieses mütterliche Verhalten bei einer depressiven Mutter allerdings von ihrer Krankheit stark eingeschränkt, das einfühlsame Eingehen auf die Bedürfnisse des Kindes ist oft nicht mehr möglich. Die logische Schlussfolgerung daraus ist, dass Kinder, deren Mütter depressiv sind, ein sehr viel höheres Risiko haben, ein unsicheres Bindungsmuster zu entwickeln, als andere. Dies wurde auch durch die Ergebnisse einer Reihe von Studien bestätigt. (vgl. Murray 2011 nach Martins & Gaffan 2000, S. 59)

Nach Ijzendoorn et al. liegt die Auftretenshäufigkeit hochunsicherer Bindungen bei Kindern mit depressiv erkrankten Eltern bei 25% - 62%, wobei die Wahrscheinlichkeit steigt, je mehr Risikofaktoren zusammenkommen. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006 nach Ijzendoorn, Schuengel & Bakermasn-Kranenburg 1999, S. 103) Besonders Babys mit bipolar depressiven Müttern haben ein großes Risiko, ein hochunsicheres Bindungsmuster zu entwickeln, da sie aufgrund der unberechenbaren Verhaltensweisen der Mutter nicht in der Lage sind, eine funktionierende Strategie zu finden. (vgl. Deneke 2004, S. 4)

Säuglinge reagieren sehr sensibel auf den emotionalen Zustand der Mutter. Deshalb hat die Krankheit der Mutter einen sehr wesentlichen Einfluss auf die kindliche Entwicklung und auf den Aufbau der Mutter-Kind-Bindung. (vgl. Reck 2009, S. 2) Nach Lynn Murray, einer renommierten Forscherin im Bereich postpartale Depression, hat eine mütterliche Depression in den ersten Lebensmonaten einen stärkeren Einfluss auf die psychische Entwicklung des Kindes als in jeder anderen späteren

Entwicklungsperiode. (Deneke 2004, S. 2) In den ersten Lebensjahren zieht die mütterliche Erkrankung eine besonders ungünstige Entwicklungsprognose nach sich. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006, S. 128) Babys sind schon in den ersten Monaten ihres Lebens besonders sensibel in Bezug auf die Reaktionen, die sie bei anderen Menschen auslösen. Umfangreiche Forschungen bestätigen auch, dass die Qualität der Responsivität seitens der Mutter eine zentrale Rolle für die kindliche Entwicklung einnimmt. (vgl. Murray 2011, S. 53)

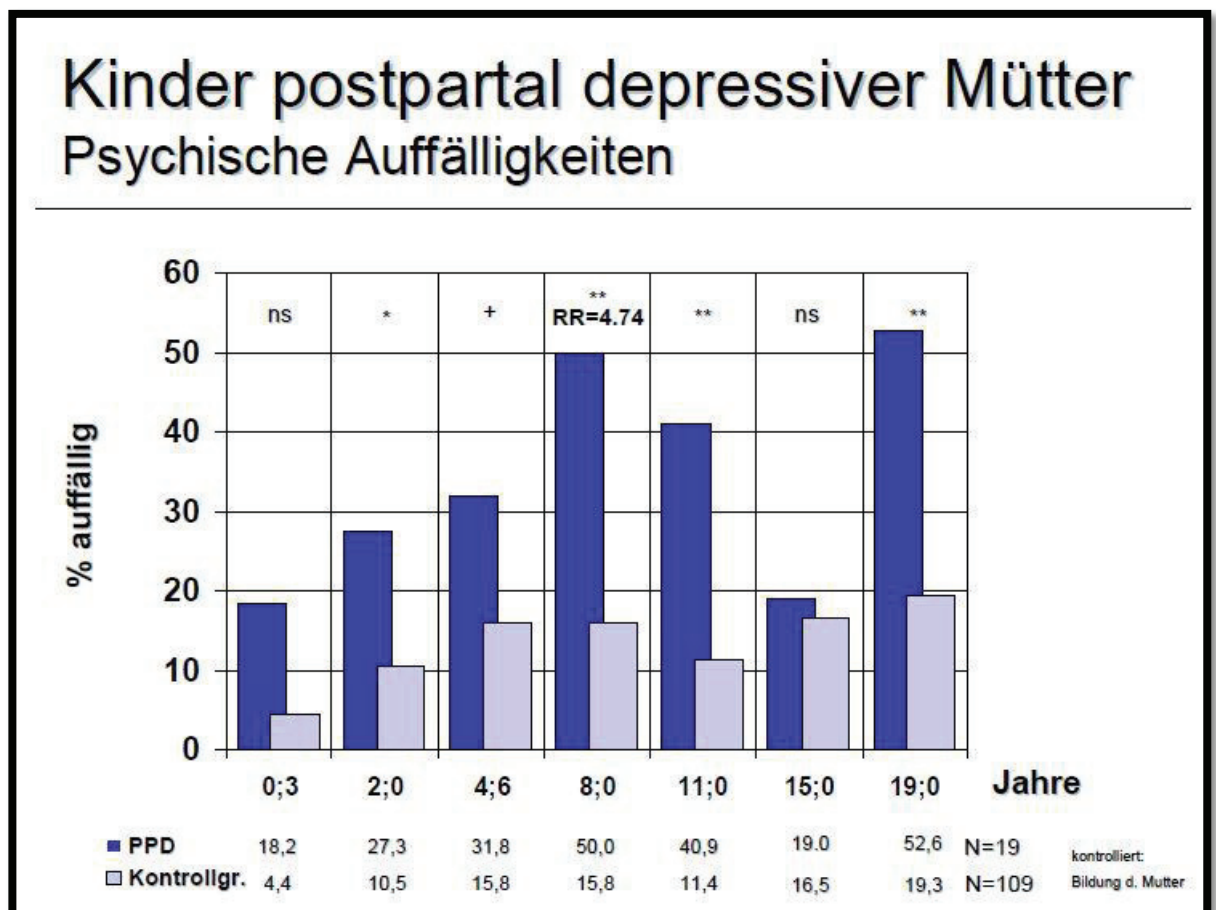
Das Verhalten der Kinder variiert natürlich je nachdem, wie sich die Krankheit auf das Verhalten der Mutter auswirkt. Denn, wie bereits erwähnt, kann das Verhalten der Mutter entweder sehr zurückgezogen und abwendend sein oder überstimulierend und zudringlich. Wenn die Mutter durch ihre Krankheit außer Stande ist, in einen engeren Dialog mit ihrem Kind zu gehen, und sich von ihm abwendet, reagieren Babys und Kleinkinder anfangs noch mit verstärktem positivem Werben um die Aufmerksamkeit der Mutter. Wenn dies allerdings unbeantwortet bleibt, lässt das Bemühen sehr schnell nach. Das Verhalten schlägt um in Unruhe, Quengeln oder Aggressivität, was genau so ein Bemühen um Aufmerksamkeit darstellt. Wenn auch diese Versuche unbeantwortet bleiben, kann es passieren, dass sich das Kind vollends zurückzieht und resigniert. Infolgedessen kann es zu erheblichen Entwicklungsverzögerungen kommen. (vgl. Deneke 2004, S. 3)

Unsichere Bindungen sind, wie bereits festgestellt, sehr häufig bei diesen Kindern. Wenn die Mutter ihr Baby nun aber zu stark anregt, ohne dabei auf das Kind zu achten, versuchen Kinder meist, sich in irgendeiner Form vor dieser Überstimulation zu schützen. Sie bemühen sich, sich aus der Interaktion zurückzuziehen, sie wenden ihren Blick und ihren Körper von der Mutter ab und versuchen teilweise gegen die ständige Überreizung zu protestieren. Wenn die Mutter aber zugleich noch aggressive Verhaltensweisen zeigt, neigen die Babys auch dazu, vor Schreck zu erstarren und keinen Protest von sich zu geben. (vgl. ebd.)

Die erkennbaren Folgen für Kinder depressiver Mütter sind breit gestreut, bereits in frühen Jahren zeigen betroffene Kinder sehr wenig positive Gefühlsausdrücke, sie sind sehr zurückhaltend und verhalten sich eher passiv. (vgl. ebd. nach Field 1986, 1992; Field et al. 1988, 1990, S. 128)

Des Weiteren zeigen sie schon sehr früh Selbstregulationsprobleme, die Schlafregulation ist eingeschränkt und sie haben Aufmerksamkeits- und Motivationseinschränkungen. Auch die sprachliche und die kognitive Entwicklung können verzögert sein, was schon im Alter von einem Jahr beobachtet werden kann. (vgl. ebd. nach Radke-Yarrow, Cummings, Kuczynski & Chapman 1985; Zahn-Waxler, Cummings, McKnew & Radke-Yarrow 1984, S. 128)

In der Mannheimer Längsschnittstudie<sup>6</sup> fand man heraus, dass Kinder von postpartal depressiven Müttern ein stark erhöhtes Risiko aufweisen, psychisch auffällig zu werden als Kinder aus Vergleichsgruppen. Wie in der folgenden Abbildung zu erkennen ist, zeigten diese Kinder bereits im Alter von 3 Monaten etwa viermal so oft psychische Auffälligkeiten wie die Kinder mit gesunden Müttern. (vgl. Laucht 2009, S. 12)



(Laucht 2009, S. 12)

<sup>6</sup> Längsschnittstudie mit sogenannten „Risikokindern“ von der Geburt bis ins Erwachsenenalter, um Risiken für die kindliche Entwicklung zu ermitteln und ihre Folgen sowie die Wahrscheinlichkeit von Störungen zu bestimmen. (vgl. Laucht 2009, S. 1-2)

Christiane Deneke, die eine Beratungsstelle für Familien mit psychisch kranken Eltern vertritt, berichtet von Kindern, die schon mit drei Jahren von Ängsten erzählen, die sich Sorgen um ihre Mutter machen, die versuchen, diese aufzuheitern und ihre eigene Traurigkeit verbergen. Die Kinder erzählten, wie sie versuchen sich abzulenken, dass sie sich nicht konzentrieren und nicht schlafen können und dass sie am liebsten zu Hause auf die Mutter aufpassen würden. (vgl. Deneke 2004, S. 2)

### 3.3 Der Teufelskreis

Die in der Cambridge-Studie beobachteten Mütter waren insgesamt sehr zurückgezogen und desinteressiert. Besonders bei Kummer oder Stress des Kindes konnten die Mütter keine stützenden Reaktionen zeigen. Eher zeigten sie sich verständnislos und abweisend, wodurch aber die Verhaltenssteuerung des Kindes zusammenbrach. (vgl. Murray 2011, S. 56)

Durch die nachhaltige Beeinträchtigung der elterlichen Kompetenzen und die fehlende Abstimmung auf die kindlichen Signale und Bedürfnisse kann es schnell zu einem Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit kommen. Anders als bei dem vorher beschriebenen „Engelskreis“ muss das Baby bei seinen Regulationsprozessen auf die Unterstützung der Mutter verzichten, wodurch es dann natürlich der Mutter keine positiven Signale, die ihr Selbstvertrauen in das eigene Können stärken, zurückgeben kann. (vgl. Papousek 2004, S. 97-98)

Ein Beispiel für einen solchen Teufelskreis können die Missverständnisse zwischen einer depressiven Mutter, die sich sehr zudringlich verhält, und ihrem Kind, welches sich vor der Überreizung der Mutter schützen will, sein. Das Baby versucht sich durch Blickvermeidung und Abwendung vor der überstimulierenden Mutter zu schützen, die Mutter nimmt dieses Signal allerdings nicht wahr oder interpretiert es falsch, fühlt sich von ihrem Kind abgelehnt und ist verunsichert. Umso mehr das Kind sich abwendet, umso zudringlicher wird die Mutter versuchen, Zuwendung von ihrem Kind zu erhalten. Je stärker die Versuche der Mutter werden, desto mehr wird sich das Baby zurückziehen. (vgl. ebd.)

Solch ein Teufelskreis kann auch entstehen, wenn eine depressive Mutter durch ihre Krankheit zu wenig auf das Kind eingeht, was ja, wie schon beschrieben, häufig der Fall ist. Ihre Mimik ist stark eingeschränkt und sie zeigt kaum Reaktionen auf die kindlichen



Signale. Anfangs versucht das Kind noch, eine Reaktion bei der Mutter hervorzurufen, aber bald schon resigniert es und beschäftigt sich mit sich selbst. Dadurch, dass das Kind scheinbar kein Interesse mehr an der Mutter zeigt, wird sich diese zurückgewiesen fühlen, sie zweifelt an sich selbst und zieht sich noch mehr zurück. Das bestärkt wiederum das Baby in seiner Vorstellung, auf sich selbst gestellt zu sein. (vgl. Beyer 2011, o.S. u. Deneke 2004, S. 3)

Die negativen Erfahrungen, die beide aus solchen Situationen mitnehmen, führen auf beiden Seiten zu negativen Erwartungshaltungen, die auch in zukünftige Interaktionssituationen mit hineinspielen. Durch die wechselseitige negative Kontingenz solcher Interaktionsmuster ist das Risiko hoch, dass dieser Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit bestehen bleibt und die kindliche Entwicklung stark beeinträchtigt. Die Entwicklungsaufgaben des Babys bleiben ungelöst, da es keine Unterstützung bekommt und die normale Anpassung an die verschiedenen Alltagsbereiche kann nicht zustande kommen. Das Vertrauen der Mutter in ihre eigenen Stärken wird immer schwächer und die Mutter-Kind-Beziehung wird stark belastet. (vgl. Papousek 2004, S. 98) Wenn es erst zu solch einem Kreislauf negativer Gegenseitigkeit gekommen ist, brauchen Mutter und Kind fachgerechte Hilfe, da sonst die kindliche Entwicklung im hohen Maße beeinträchtigt werden kann. (vgl. Thiel-Bonney 2006, S. 23)

#### 4 Diagnoseverfahren

Um zu wissen, welche Hilfe und Unterstützung für eine depressive Mutter mit ihrem Kind am besten ist, muss man zunächst wissen, worin genau das Problem liegt. Je nachdem, wie sich die Beziehung zwischen Mutter und Kind gestaltet, welches Bindungsmuster das Kind entwickelt hat und in welchem Umfang die Krankheit die Mutter-Kind-Beziehung beeinträchtigt, müssen Interventionen geplant werden. Um die Problemkonstellation zu erkennen, gibt es verschiedene Diagnose-Möglichkeiten. In diesem Punkt werden drei dieser Diagnoseverfahren beispielhaft vorgestellt.

##### 4.1 Still-Face-Situation

Das sogenannte „Still-Face“-Experiment wurde von Dr. Edward Tronick und Kollegen entwickelt. Sie forderten Mütter auf, nach einer normalen Face-to-face-Spielsituation ein unbewegtes Gesicht aufzusetzen. Dadurch demonstrierte Tronick, dass Babys

bereits im Alter von nur drei Monaten aktiv bemüht sind, Kommunikationsfehler bzw. Kontaktabbrüche zu korrigieren. (vgl. Fivaz-Depeursinge; Corboz-Warnery 2001, S. 152)

Die Durchführung des Still-Face-Experiments erfolgt in etwa nach dem folgenden Muster: Um jede Interaktion festzuhalten werden Kameras installiert, die Gesicht und Oberkörper der Mutter sowie Gesicht und Oberkörper des Babys genau im Bild haben und mittels Digitalanzeige sekundengenau jede Bewegung festhalten. Das Baby wird in einen verstellbaren Babysitz gesetzt, in eine mit einem Vorhang abgetrennte Nische. Die Mutter wird zuerst gebeten, die Nische zu betreten und mit ihrem Kind zu spielen, so wie sie es zu Hause tun würde, allerdings ohne das Kind aus dem Sitz zu nehmen. Die Spielsituation soll etwa drei Minuten lang sein, danach soll die Mutter sich kurz zurückziehen. Nach einer kurzen Pause soll die Mutter dann die Nische erneut betreten, allerdings soll sie nun eine völlig unbewegte Miene aufsetzen und nicht auf das Baby reagieren. Die Erwartungshaltung des Babys wird dadurch verletzt und es kann beobachtet werden, wie das Kind reagiert, um diesen Fehler in der Interaktion wieder zu beheben. (vgl. Brazelton; Cramer 1990, S.132)

Bei den meisten Babys, bei denen die normale Interaktion mit der Mutter unauffällig ist, kann man beobachten, dass sie zunächst versuchen, die Interaktion wieder herzustellen. Das Baby sieht die Mutter an und lächelt. Durch die ausbleibende Reaktion ist es irritiert, wendet zunächst den Blick ab, um es dann wieder zu versuchen. Das geschieht einige Male und je öfter seine Interaktionsversuche unbeantwortet bleiben, desto irritierter wirkt es, es macht ein ernstes Gesicht, runzelt die Augenbrauen aber behält die Mutter im Blick. Nach einer Weile zieht es sich zurück, wirkt niedergeschlagen und sieht die Mutter nicht mehr an. Dies stellt einen Zustand des Selbstbeschützens dar, es versucht sein Bedürfnis, die Mutter anzusehen, zu verleugnen und sich selbst zu beruhigen. (vgl. ebd., S. 133-134)

Im Gegensatz zu den Müttern, die sonst eine unauffällige Interaktion mit ihrem Baby führen, enttäuschen Mütter, die an einer Depression leiden, häufig die Erwartungen ihrer Babys auf diese Art und Weise. (vgl. ebd., S. 136) Wenn die Mutter die Interaktionsversuche des Babys des Öfteren unbeantwortet lässt und kontinuierlich in ihrem Ausdruck und in ihrer Mimik eingeschränkt ist, resigniert das Baby und versucht gar nicht mehr, den Kontakt herzustellen. Das kann man in der Still-Face-Situation sehr

gut beobachten. Im Gegensatz zu den Kindern von gesunden Müttern bleiben hier die Versuche aus, der Mutter eine Reaktion zu entlocken und sie wenden sich gleich ab und beschäftigen sich mit sich selbst. (vgl. Bayer 2011, S. 5)

#### 4.2 Der CARE-Index

Der Care-Index wurde 2005 von Patricia McKinsey Crittenden entworfen. Hierbei handelt es sich um ein beziehungsorientiertes Screening-Verfahren zur Beschreibung der Feinfühligkeit. Grundlage dieses Verfahrens ist die Bindungstheorie. Angewandt werden kann der Care-Index bei Babys von Geburt an bis zum Alter von 15 Monaten, die Version für Kleinkinder bis zum Alter von 30 Monaten. Mit dieser Methode lässt sich die Qualität der Interaktion zwischen einem Erwachsenen und einem Kind beurteilen. Meist ist dieser Erwachsene die Mutter, der Care-Index lässt sich aber genauso auf andere Erwachsene aus dem Umfeld des Kindes anwenden. Das Verfahren beruht auf Videoaufzeichnungen von einer etwa drei-minütigen Spielinteraktion unter stressfreien Bedingungen, wobei es egal ist, ob diese in der häuslichen Umgebung, in einem Labor oder in einer Klinik stattfindet. Die Feinfühligkeit des Erwachsenen soll hierbei erfasst werden. Dabei wird unter feinfühligem Verhalten jedes Verhaltensmuster verstanden, „das dem Kind gefällt, sein Wohlbefinden und seine Aufmerksamkeit erhöht, und Belastetheit und Desinteresse verringert.“ (Crittenden 2005 nach Crittenden 1979-2004, S. 2) Auch hier ist wichtig, dass diese beschriebene Feinfühligkeit keine individuelle Eigenschaft darstellt, sondern vielmehr als Merkmal einer spezifischen Beziehung zu sehen ist. Um die Feinfühligkeit zu beurteilen, werden in die Auswertung des CARE-Indexes sieben Aspekte des Verhaltens des Erwachsenen miteinbezogen. Die affektiven Aspekte wie Gesichtsausdruck, Körperkontakt und Tonfall, und die kognitiven, auf Zeit und Kontingenz der Interaktion bezogenen Aspekte wie entwicklungsangemessene Aktivität und abwechselndes Handeln, werden gesondert ausgewertet, jeweils für das Kind und den Erwachsenen. Danach lassen sich Erwachsene dann in drei Gruppen einteilen: „feinfühlig“, „kontrollierend“ und „nicht-responsiv“. Beim Säugling gibt es die Skalen „kooperativ“, „überangepasst“, „schwierig“ und „passiv“ und bei einem Kleinkind „kooperativ“, „überangepasst“, „drohend-manipulativ“ und „entwaffnend-manipulativ“. (vgl. Crittenden 2005, S. 1-3)

Der CARE-Index ist ein Screening-Verfahren, welches die Risiken direkt in der Beziehung erfasst, er betont die affektive Abstimmung zwischen Mutter und Kind. Er

identifiziert dabei zwei Formen mangelnder Feinfühligkeit, zu intensives und zu geringes Eingehen auf das Kind. Nennenswert ist hierbei auch, dass der CARE-Index auch Verhaltensweisen als negativ erkennt, die auf den ersten Blick positiv erscheinen. So verdeckt ein „überangepasstes“ Baby womöglich einen negativen Affekt, indem es falsch-positive Affekte zeigt. (vgl. ebd. S. 3)

Da zur Bestimmung der Bindungsmuster belastende Situationen erforderlich sind, der CARE-Index aber nur stressfreie Situationen beschreibt, kann die Bindung hiermit nicht direkt erfasst werden. Allerdings können dyadische Charakteristika erfasst werden, die mit der Bindung einhergehen. Das Ergebnis kann allerdings fehlerhaft sein, wenn eine Mutter nur mit unbelastenden Situationen umgehen kann, was bei depressiven Müttern oft der Fall ist. Solange die Situation entspannt ist, es der Mutter halbwegs gut geht, wird die Spielinteraktion als „feinfühlig“ beurteilt. Allerdings wäre es gut möglich, dass die Bindung in diesem Fall unsicher ist, weil die Mutter womöglich in stressbelasteten Situationen oder in Momenten, in denen es ihr selbst schlecht geht, völlig anders und unvorhersehbar reagiert. (vgl. ebd. S. 4)

Aus diesem Grund ist es wichtig, nach einer Einschätzung durch den CARE-Index weitergehende Untersuchungen zu tätigen. Auch sind die Festlegungen nicht mechanisch zu betrachten, es sollten immer zusätzliche Abklärungen getätigt werden, um einzuschätzen, ob Beratungsbedarf besteht, eine Intervention sinnvoll ist oder sogar Psychotherapie in Frage kommt. Der CARE-Index tendiert oft dazu, Risiken zu überschätzen, um keine Risiko-Konstellation zu übersehen, deshalb ist es besonders bedeutsam, genauer zu hinterfragen. Dies geschieht in der Regel durch Gespräche mit der Mutter, Aufzeichnung einer zweiten Interaktion, Erstellen einer Familienanamnese, Entwicklungstests und die Ermittlung in Anspruch genommener Hilfen. (vgl. ebd. S. 5)

Der CARE-Index ist auch sehr nützlich im Verlauf von Interventionen. So kann es für Mütter sehr hilfreich sein, sich selbst oder andere Mütter in Interaktion mit ihren Kindern zu beobachten. Durch das Ansehen der Videos können die Mütter beobachten, ohne sofort handeln zu müssen, sie können reflektieren und neue Ideen entwickeln und so ihren Handlungsspielraum erweitern. Weiterhin kann der CARE-Index als Forschungselement eingesetzt werden. So ist er zum Beispiel sehr geeignet, um Interventionsprogramme zu evaluieren. (vgl. ebd. S. 6-7)

#### 4.3 Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung

Eine weitere Methode, die Beziehung zwischen der Mutter und ihrem Kind zu bewerten, ist das Diagnostische Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung von Zeanah, Benoit und Barton. Der Interviewbogen sowie der Auswertungsbogen sind im Anhang zu finden. Der Interviewbogen beginnt damit, dass die Mutter aufgefordert wird, etwas über die Entwicklung ihres Kindes zu erzählen. Angefangen mit der Schwangerschaft über die Geburt bis hin zu dem Zeitpunkt des Interviews werden ihr Fragen gestellt, die ihre Gefühle, ihre Erwartungen, ihre Beobachtungen und ihr soziales Umfeld betreffen. Daran anschließend wird die Mutter nach der Persönlichkeit ihres Kindes gefragt, nach Charaktereigenschaften, Problemen und Einzigartigkeiten. Danach wird genauer auf die Probleme eingegangen, wie die Mutter mit Schwierigkeiten umgeht, wie gravierend sie für sie sind und was sie dagegen tut. Auch nach der eigenen Einschätzung der Beziehung zu ihrem Kind wird die Mutter befragt. Des Weiteren wird nach Hoffnungen, Ängsten und Zukunftsvorstellungen gefragt. Im Auswertungsbogen werden zunächst die Antworten der Mutter kategorisch in Stufen eingeteilt, ihr affektive Stimmung dem Kind gegenüber wird beurteilt und die Beziehung wird vom Interviewer eingeschätzt. Zuletzt beschreibt der Interviewer noch, welche Gefühle er während des Interviews hatte und was er fühlt, wenn er sich in das Kind hineinversetzt.

Dieser Bogen wurde entworfen, um ein Verständnis für die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung zu bekommen, was ein wichtiger Teil für die Erstellung eines diagnostischen Profils für Kleinkinder und Babys ist. Da die primäre Beziehung grundlegend für die Persönlichkeitsentwicklung und für die Entwicklung des Urvertrauens bei dem Kind ist, ist es wichtig, sich auf die Qualität dieser Beziehung zu konzentrieren, um eventuelle Störungen zu erkennen und zu intervenieren. (vgl. ZERO TO THREE National Center for Infants, Toddlers, and Families 1999, S. 43)

Mithilfe dieses Diagnoseverfahrens können Beziehungsstörungen festgestellt und charakterisiert werden. In welcher Weise sie eingeordnet werden können, hängt immer von der Intensität, Dauer und Häufigkeit ab. Bei der Beurteilung einer Beziehung gilt es drei Aspekte zu beachten: die Verhaltensqualität der Interaktion, den gefühlsmäßigen Ausdruck und das Ausmaß der gefühlsmäßigen Verbundenheit. Danach können verschiedene Beziehungsdiagnosen gestellt werden, um darauf aufbauend Interventionsmaßnahmen zu gestalten. (vgl. ebd. S. 43-46)

## 5 Interventionsmöglichkeiten

Wenn festgestellt wird, dass eine Mutter aufgrund einer depressiven Erkrankung nicht mehr in der Lage ist, eine qualitativ hochwertige Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen oder aufrechtzuerhalten, ist es wichtig, Hilfsmaßnahmen zu ergreifen. Um negativen Auswirkungen der Krankheit auf das Kind vorzubeugen, muss der Mutter Unterstützung angeboten werden, die darauf abzielt, die Beziehung zwischen ihr und ihrem Baby wieder zu stabilisieren und ihre Kompetenzen zu stärken.

Zunächst soll Grundlegendes geklärt werden: Wie kann so ein Unterstützungsangebot aussehen, welche rechtlichen Ansprüche haben Mütter und was sollten die involvierten Personen bedenken, wenn sie mit depressiven Müttern arbeiten? Auch zwei Initiativen, die bereits entstanden sind, werden kurz vorgestellt. Im Anschluss wird an dem Beispiel des STEEP™-Programms dargestellt, wie solche Interventionsmaßnahmen konkret aussehen können.

### 5.1 Grundlegendes

Eine qualitativ hochwertige Krippenbetreuung kann eine hohe Entlastung sein, wenn die Mutter-Kind-Bindung aufgrund psychischer Belastung und damit einhergehender Überforderung der Mutter gestört ist. Durch die zeitliche und psychische Entlastung, kann sie eine kompensatorische Wirkung haben, eine entspanntere Atmosphäre bewirken und somit zu einer Verbesserung der Mutter-Kind-Bindung führen. (vgl. Hedervari-Heller 2010, S. 241) Prinzipiell können Bindungen zu anderen Bezugspersonen, z.B. dem Vater, den Großeltern oder einem Erzieher, gerade auch für ein Kind kompensatorische Funktionen haben, wenn die Beziehung zu der Mutter aufgrund ihrer Krankheit gestört ist. (vgl. Papousek 2008, o.S.) Allerdings ist in den meisten Fällen die Mutter die primäre Bezugsperson und die Beziehung zu ihr hat somit den stärksten Einfluss auf die kindliche Entwicklung. (vgl. Bowlby 2008, S. 22) Demnach ist es von enormer Bedeutung, die Bindung zwischen Mutter und Kind zu stärken, was das primäre Ziel in der Arbeit mit depressiven Müttern und ihren Kindern ist. Sinnvollerweise sollten solche Maßnahmen so früh wie möglich beginnen, um einer folgenschweren Beziehungsstörung bestmöglich entgegenzuwirken. (vgl. Deneke 2004, S. 4)

Zunächst ist es wichtig, die rechtlichen Ansprüche zu kennen. Hierfür wird zunächst §1 des SGB VIII dargestellt:

*„(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.*

*(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.*

*(3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere*

- 1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,*
- 2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,*
- 3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,*
- 4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.“*

(Stascheit 2010, S. 1217; SGB VIII §1)

Grundlegend ist, dass nach dem achten Buch des Sozialgesetzbuches jeder Personensorgeberechtigte einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung hat, „wenn eine dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist.“ (vgl. Stascheit 2010, S. 1225; SGB VIII, §27 Abs. 1) Die Hilfe sollte sich immer nach dem Einzelfall richten und individuell zugeschnitten sein. Mögliche Hilfen sind die Erziehungsberatung, die soziale Gruppenarbeit oder die sozialpädagogische Familienhilfe. Wenn die Bedingungen in der Familie einen Verbleib des Kindes dort nicht mehr zulassen (z.B. in Missbrauchsfällen), kommt auch die Vollzeitpflege oder die Heimerziehung in Frage. (vgl. Stascheit 2010, S. 1225-1227; SGB VIII §§ 27-35) Des Weiteren beinhaltet das zwölfte Buch des Sozialgesetzbuches einen Anspruch auf „Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“, was jeder Person Hilfe zugesteht, die ihre momentane Lebenssituation aus eigener Kraft nicht bewältigen kann und deren Leistungsanspruch sich nicht aus dem SGB VIII ergibt. Zu diesen Hilfen zählen auch

insbesondere Beratung und persönliche Betreuung. (vgl. Stascheit 2010, S. 376; SGB XII §§ 67-68)

Es ist auch möglich, Hilfen in Anspruch zu nehmen, bevor eine Gefährdung vorliegt. Dies wird hauptsächlich im § 16 SGB VIII geregelt:

*„(1) Müttern, Vätern, anderen Erziehungsberechtigten und jungen Menschen sollen Leistungen der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie angeboten werden. Sie sollen dazu beitragen, dass Mütter, Väter und andere Erziehungsberechtigte ihre Erziehungsverantwortung besser wahrnehmen können. Sie sollen auch Wege aufzeigen, wie Konfliktsituationen in der Familie gewaltfrei gelöst werden können.“* (vgl. Stascheit 2010, S. 1221; SGB VIII §16 Abs. 1)

Des Weiteren hat eine Mutter einen Anspruch auf Beratung, die „Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft“ aufzeigt. (Stascheit 2010, S. 1138; §2 Abs. 2 Nr. 7 SchKG)

Wenn eine Mutter unter Depressionen leidet und die Beziehung zu ihrem Kind aufgrund der Krankheit belastet ist oder sie Angst hat, die Erziehung ihres Kindes nicht richtig wahrnehmen zu können, hat sie einen Anspruch auf Hilfe. Ziel dieser Hilfen soll sein, die Erziehung und die gesunde Entwicklung des Kindes zu sichern und die Familie bei der Bewältigung der Probleme zu unterstützen. Dies geschieht unter Einbeziehung der Eltern, der Kinder und des sozialen Umfelds. (vgl. Stascheit 2010, S. 1225-1227; SGB VIII §§ 27-35)

Nach Deneke sind es in vielen Fällen die Hebammen, die von den Müttern aufgesucht werden, wenn nach der Geburt Probleme entstehen. Diese sollten so gut geschult sein, dass sie in Fällen, in denen sie selbst nicht helfen können, geeignete Angebote aufzeigen können. Weiterhin sollte es genügend Möglichkeiten geben, die psychische Erkrankung der Mutter zu behandeln, ohne sie von ihrem Baby zu trennen, damit die Beziehung zwischen Mutter und Kind Teil der Behandlung werden kann. Allerdings gibt es laut Deneke solche Modelle noch viel zu selten, was größtenteils an den fehlenden finanziellen Mitteln liegt. Grundsätzlich ist aber eine sozialpädagogische Betreuung von Nöten, um die Mutter-Kind-Beziehung zu stabilisieren. (vgl. Deneke 2004, S. 5)



Man kann davon ausgehen, dass Mütter im Allgemeinen über die bereits erwähnten intuitiven Kompetenzen verfügen, dass diese nur aufgrund ihrer Krankheit gehemmt oder blockiert sind. Aufgabe der mit der Hilfe beauftragten Personen ist es also, diese Kompetenzen gemeinsam mit den Müttern zu entdecken und zu stärken. (vgl. Papousek 2008, o.S.)

Dies gelingt nur, wenn die Fachkraft eine „grundsätzlich akzeptierende und unterstützende Haltung“ der Mutter gegenüber einnimmt. (Deneke 2004, S. 6) Oft ist es mit dem Gefühl der eigenen Unfähigkeit verbunden, sich Hilfe von außen zu holen. Mütter, die diesen Schritt überdenken, haben Angst, stigmatisiert zu werden, den Ansprüchen der Gesellschaft nicht gerecht zu werden. Ganz kompliziert wird es, wenn sich das Jugendamt auf Anraten Dritter an die Mutter wendet. Dann kann sich eine Mutter schnell herabgesetzt fühlen und sich gegen die Hilfe verschließen. Da für eine gelingende Hilfe aber die Kooperation und der Wille der Mutter vorhanden sein muss, sollten einige Grundüberzeugungen und Haltungen im Kontakt mit der Mutter gezeigt werden. Grundsätzlich darf der Mutter kein Vorwurf gemacht werden. Im Normalfall liebt sie ihr Kind und will nur das Beste, sie ist nur aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung nicht in der Lage, das zu zeigen. In jedem Fall ist ihr respektvoll gegenüber zu treten, die Hilfe sollte selbstverständlich und ohne Vorurteile zur Verfügung gestellt werden. (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen 2006, S. 140-141)

Aufgrund der immer deutlicher werdenden Bedeutung der frühen Kindheit, ihres Einflusses auf die weitere Entwicklung des Kindes und auch aufgrund der stetig wachsenden Sensibilität für die Themen Vernachlässigung, Misshandlung und risikobelastete Lebensumstände im Allgemeinen entwickelten sich mehrere Initiativen mit dem Schwerpunkt Frühe Hilfen.

Die Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH<sup>7</sup>) ist eine davon. Sie ist eine Tochtergesellschaft der WAIMH<sup>8</sup> und setzt sich für die seelische Gesundheit in der frühen Kindheit ein, sowie für die Prävention und Früherkennung von Fehlentwicklungen. Sie engagiert sich in Deutschland, in Österreich und in der Schweiz. Dabei reicht ihr Tätigkeitsspektrum von der Verbreitung und Umsetzung von Forschungsergebnissen aus dem Bereich Frühentwicklung in die Praxis, über die

---

<sup>7</sup> GAIMH = German-Speaking Association for Infant Mental Health (GAIMH 2006, o.S.)

<sup>8</sup> WAIMH = World Association for Infant Mental Health (ebd.)

Unterstützung von Forschung und die Entwicklung von Aus- und Weiterbildung bis hin zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit in Bezug auf die Wichtigkeit von Schwangerschaft und früher Kindheit. Einen großen Stellenwert nimmt auch die Entwicklung wissenschaftlich fundierter Programme und Beratungsangebote ein, die psychischer Gefährdung in der Schwangerschaft und der frühen Kindheit entgegenwirken sollen. Jährlich finden Tagungen statt, es gibt verschiedenste thematisch organisierte Arbeitsgruppen, auf der regionalen Ebene finden regelmäßig Treffen statt und auch Projekte werden durchgeführt, um die genannten Ziele zu verfolgen. (vgl. GAIMH 2009, o.S.)

Eine weitere Organisation ist das „Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH)“. Seit März 2007 wird es in gemeinsamer Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und des Deutschen Jugendinstituts (DJI) betrieben. Das Zentrum soll die Praxis dabei unterstützen, familiäre Belastungen rechtzeitig zu erkennen und bedarfsgerechte Unterstützungsangebote bereitzustellen. Dabei ist das übergeordnete Ziel, „Kinder durch eine möglichst wirksame Vernetzung von Hilfen des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe früher und besser vor Gefährdungen zu schützen.“ (NZFH 2011, o.S.) Das Zentrum will eine wissenschaftliche Verbesserung der Praxis im Feld der frühen Hilfen erreichen und den Aufbau von Präventionsmaßnahmen fördern, welche von frühzeitiger Information und Aufklärung über die Vermittlung spezieller Unterstützungsangebote bis hin zu begleitenden Hilfsmaßnahmen in schweren sozialen Lagen reicht. Um diese Ziele zu erreichen, basiert das Zentrum auf drei Säulen. Zum einen gehört die Wissensplattform dazu, auf der alle bisherigen Ergebnisse und Informationen gesammelt sind und die kontinuierlich ausgebaut wird. Die zweite Säule ist die Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit, die zum einen beinhaltet, die Öffentlichkeit über die neuesten Erkenntnisse aufzuklären, auf politischer Ebene aktiv zu werden und auch Familien über bestehende Hilfsangebote zu informieren. Die dritte Säule ist die Entwicklung und der Transfer, was unter anderem beinhaltet, den Ausbau von Unterstützungsangeboten voranzutreiben, Aus- und Weiterbildungen weiterzuentwickeln, Praktiker beim Austausch untereinander und die fachübergreifende Vernetzung zu unterstützen. Im Rahmen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen sind deutschlandweit eine Reihe von Projekten entstanden, die die Entwicklung der Kinder unterstützen und einen besseren Schutz der frühen Kindheit

gewährleisten sollen. Mittlerweile werden in jedem Bundesland Modellprojekte zu Frühen Hilfen durchgeführt. (vgl. ebd.)

Im Land Brandenburg wird das Projekt „WIEGE - STEEP™“ durchgeführt. Das Projekt "WIEGE Brandenburg" möchte (werdende) Mütter und Paare, deren Lebensbedingungen verschiedenste Risikofaktoren aufweisen, im Übergang zur Elternschaft erreichen und effektiv begleiten. Hierfür wird das in den USA schon lange erfolgreich erprobte Programm mit dem Namen STEEP™ angewandt. Dieses soll im Folgenden erläutert werden. (vgl. ebd.)

## 5.2 Praxisbeispiel STEEP™

Das STEEP™-Programm (Steps towards effective, enjoyable parenting<sup>9</sup>) ist ein Programm zur Stärkung der Eltern-Kind-Bindung, welches auf den Ergebnissen der Minnesota-Längsschnittstudie<sup>10</sup> basiert. Aufbauend auf die Analysen der Daten aus der Studie wurden Strategien entwickelt, die eine positive Entwicklung des Kindes in risikobehafteter Umwelt fördern können. Das Programm wurde in mehreren Zusammenhängen streng evaluiert. (vgl. Erickson; Egeland 2006, S. 25-29)

Hauptaugenmerk liegt hierbei aufgrund der Forschungsergebnisse auf der Bindung zwischen dem Kind und seinen Eltern, da dies als wichtigster Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung gilt. Durch die Evaluationen konnte festgestellt werden, dass das Programm die Auswirkung von Stressfaktoren und die soziale Isolation von Familien verringern, die Ausbildung realistischer Erwartungen bezüglich der kindlichen Entwicklung und der Betreuung des Kindes fördern und im Allgemeinen die Qualität der Umwelt des Kindes verbessern kann. Aber vor allem wirkt sich das Programm positiv auf die Eltern-Kind-Beziehung aus. (vgl. ebd. S. 30)

In der ersten Umsetzung von STEEP™ wurde mit Erstgebärenden zusammengearbeitet, die nur aufgrund ihrer risikobelasteten Umwelt, nicht aber aufgrund einer spezifischen Diagnose ausgewählt wurden. Anfangs wurde mit den Müttern vom letzten Drittel ihrer Schwangerschaft bis zum ersten Geburtstag des Kindes gearbeitet – in späteren

---

<sup>9</sup> Übersetzt: Schritte zu einer effektiven, Freude bereitenden Elternschaft (Erickson, Egeland 2006, S. 25)

<sup>10</sup> Studie über die Entwicklung von Kindern aus Hoch-Risiko-Familien, an der 267 Frauen teilnahmen, die 1975 zum ersten Mal schwanger waren. Alle lebten in Armut und hatten weitreichende andere Problemhintergründe (z.B. noch im Teenageralter, Suchtprobleme, häusliche Gewalt etc.). (vgl. Erickson; Egeland 2006, S. 27)

Durchgängen wurde dies dann bis mindestens zum zweiten Geburtstag verlängert, was sehr positive Auswirkungen auf die Familien hat. (vgl. ebd.)

Den theoretischen Rahmen bilden bei STEEP™ die im ersten Kapitel beschriebenen bindungstheoretischen Grundlagen. Dieses Wissen über Bindung und ihre Entstehung ist von zentraler Bedeutung für das Programm und die Arbeit darin mit Müttern und Kindern. Das macht sich vor allem dadurch bemerkbar, dass die Unterschiede in den Bindungsmustern erkannt werden und der Mutter, wenn nötig, Unterstützung geboten wird, um eine sichere Bindung zu fördern. Des Weiteren liegt ein Augenmerk auf der Feinfühligkeit und wie diese zu fördern ist. Auch wird berücksichtigt, dass die eigenen, teilweise negativen Bindungserfahrungen der Mutter eine große Rolle spielen. Mütter werden ermutigt, sich damit auseinanderzusetzen und diese Gefühle aufzuarbeiten, um ihre elterlichen Verhaltensweisen zu verbessern und im Allgemeinen Vertrauen in sich selbst und in Andere fassen zu können. (vgl. ebd., S. 36-37)

Die STEEP™-Beratung erfolgt generell in Hausbesuchen und in Gruppentreffen. Der erste Kontakt findet meist in der Klinik oder am Telefon statt. Danach wird in der Regel ein Treffen zu Haus bei der Mutter vereinbart, um alles genau zu erklären und das erste Vertrauen zu gewinnen. Wichtig ist dabei zu respektieren, wie viel jede Mutter zu geben bereit ist, und niemanden unter Druck zu setzen. (vgl. ebd., S. 56-81)

Die theoretischen Grundlagen und Forschungsergebnisse durchziehen komplett die Arbeit in dem STEEP™-Programm. Die Grundsätze und die Ziele des Programms, welche im Folgenden beschrieben werden, bieten ein Gerüst, welches individuell auf den Einzelfall bezogen werden kann. (vgl. ebd., S. 38)

### 5.2.1 Grundsätze des STEEP™-Programms

Um neuen Mutter-Kind-Paaren die Unterstützung zu gewähren, die sie brauchen und um die Qualität der Bindung zwischen Mutter und Kind zu verbessern, wird STEEP™ von drei wichtigen Grundsätzen geleitet:

„Die Mutter-Kind-Beziehung ist in die Familie und Gemeinschaft eingebettet.“ (Erickson; Egeland 2006, S. 38) Das heißt, dass die Beziehung zwischen der Mutter und ihrem Kind nicht nur in die Kernfamilie, sondern auch in die erweiterte Familie und in eventuelle Gemeinschaften, wie z.B. ethnische und kulturelle Gruppen, eingebettet ist.

Die Gesellschaft an sich hat einen enormen Einfluss. In der Zusammenarbeit müssen alle Möglichkeiten und Probleme, die sich daraus ergeben können, Berücksichtigung finden. (vgl. ebd.)

„Die Einzigartigkeit jeder Familie und jeder Person erfordert einen individuellen Ansatz“ (ebd., S. 39) Die Grundgedanken des Programms sind nur Richtlinien und dürfen nicht starr auf jeden Fall angewandt werden. Jedes Kind und jedes Elternteil ist individuell und hat somit auch individuelle Probleme und Bedürfnisse. (vgl. ebd.)

„Jedes Kind, jeder Elternteil und jede Familie hat Stärken, auf die man bauen kann.“ (ebd.) Es gibt keinen Menschen, der nur Schwächen hat. Jeder hat Stärken, sie müssen nur entdeckt werden. Das ist die Aufgabe der STEEP™-Berater, diese Stärken zu ermitteln und zu erweitern, zu verstärken. (vgl. ebd.)

### 5.2.2 Die Ziele des STEEP™-Programms

Es gibt sehr viele Variablen, die einen Einfluss auf die kindliche Entwicklung haben. Aus den Forschungsergebnissen des Programms wurden acht Ziele entwickelt, die nach Ansicht der STEEP™-Begründer Erickson und Egeland „besonders wichtig sind, um Eltern und Kinder auf dem Weg zu mehr Kompetenz und Zufriedenheit zu unterstützen.“ (Erickson; Egeland 2006, S. 39) Das erste Ziel ist die Förderung von realistischen Einstellungen und Erwartungen der Eltern hinsichtlich der Schwangerschaft, der Geburt und der Kindererziehung. Die Eltern sollen sich der Freuden, aber auch der Probleme, die mit der neuen Rolle als Eltern verbunden sind, bewusst werden. Absolute Vorstellungen können Probleme verursachen, ob sie nun total positiv oder total negativ sind. Eine objektive Vorstellung von dem zu bekommen, was eine Mutter nach der Geburt erwartet, ist das erste Ziel des Programms. Als zweites Ziel ist die Förderung des Verständnisses von der kindlichen Entwicklung zu nennen. Grundkenntnisse über „normales“ Verhalten in bestimmten Altersstufen sind Voraussetzung, um ein Kind gut versorgen zu können. Da Frauen nicht zwingend Erfahrungen mit Babys mit in die Mutterschaft bringen, ist es notwendig, ihnen gewisse Schlüsselverhaltensweisen und deren Bedeutung näher zu bringen. Genauso wichtig ist es auch, dass Mütter die Signale ihres Kindes verstehen und feinfühlig darauf reagieren. Dies zu fördern ist das dritte Ziel des Programms, da die Feinfühligkeit, wie schon aufgeführt, ausschlaggebend für die Qualität der Bindung ist. Außerdem, was das vierte

Ziel darstellt, sollen die Eltern darin gestärkt werden, „die Welt mit den Augen des Kindes zu sehen“ – also empathisch zu sein. Das fünfte Ziel ist die Förderung der häuslichen Umgebung, welche die Entwicklung des Kindes begünstigt. Dazu gehört, dass die Wohnung kindersicher ist, das Kind aber nicht übermäßig eingeschränkt wird; eine gewisse Auswahl an anregenden Spielmaterialien und auch eine Grundordnung sowie zeitliche Routine sollten vorhanden sein. Das sechste Ziel stellt die Stärkung von Unterstützungsnetzen dar, das heißt die Eltern sollen erkennen, wo sie für sich und ihr Kind zusätzliche soziale Unterstützung finden können. Dabei sollen Mütter erkennen lernen, welche Unterstützung sinnvoll und in ihrem Interesse ist. Dies ist eng verbunden mit dem siebenten Ziel, dessen Inhalt es ist, den Eltern zu helfen, „ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen“ und ihre Ressourcen zu erkennen und zu nutzen. Als letztes und somit als achttes Ziel gilt es, den Eltern zu helfen, ihre individuelle Macht zu erkennen bzw. wiederzufinden und dadurch Entscheidungen treffen zu können. (vgl. ebd., S. 39-44)

### 5.2.3 Methoden des STEEP™-Programms

Wie schon erwähnt, ist jede Familie, jede Mutter und jedes Kind individuell und es gibt kein „Patentrezept“, welche Methode die richtige ist. Aber es gibt einige Strategien für die Gestaltung der Beziehung zwischen dem Berater und der Mutter, die grundlegend von Bedeutung sind. Als erstes ist hier die Konfrontation mit der Vergangenheit zu nennen. Wie schon erwähnt haben eigene Erfahrungen der Mutter enormen Einfluss auf ihren Umgang mit ihrem Baby. Die Mutter muss einen Zugang zu ihren negativen Gefühlen aus der eigenen Kindheit bekommen und diese aufarbeiten. Dies kann in persönlichen Gesprächen stattfinden, aber auch Gruppensitzungen scheinen dafür sehr geeignet, da Mütter dort merken, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht allein sind. Eine zweite Strategie ist die, über Bewältigungsstrategien und Abwehrmechanismen zu reden und diese zu erkennen. Solche Mechanismen können aus der Vergangenheit übernommen sein und momentane Beziehungen beeinträchtigen. Diese zu erkennen ist Voraussetzung dafür, sie zu ändern. Des Weiteren besteht eine Strategie darin, die sogenannte „Alles-oder-nichts“-Haltung in Frage zu stellen. Besonders bei Menschen in schwierigen Lebensumständen und mit negativen Erfahrungen kommt es oft vor, dass sie Dinge entweder ganz schlecht oder ganz gut bewerten. Etwas dazwischen wird nicht erkannt. Dieses Wechseln von Extremen kann sich allerdings sehr negativ auf die

Mutter-Kind-Bindung auswirken, weil die Mutter nicht vorhersehbar für das Kind ist. Mit verschiedenen Methoden wird versucht, die Mütter darauf aufmerksam zu machen, dass kaum etwas nur schlecht oder nur gut sein kann, und ihnen zu helfen, immer beide Seiten zu betrachten. Um die Mutter zu unterstützen, die Welt aus den Augen ihres Kindes zu sehen, gibt es die Strategie des „Refrainings“ und des Perspektivenwechsels. Eine Übung ist zum Beispiel, die Mütter auf allen Vieren durch den Raum krabbeln zu lassen, damit sie sehen, wie der Raum auf ihr Kind wirkt. Ein weiteres Beispiel wäre, wenn der Berater sozusagen als „Sprachrohr“ für das Kind fungiert und dadurch der Mutter deutlich macht, wieso ihr Kind bestimmte Dinge tut. Als letzte Strategie soll in diesem Punkt das Problemlösen angeführt werden. Es ist wichtig, dass Müttern Wege gezeigt werden, wie mit Problemen umgegangen werden kann. So können zum Beispiel mit Hilfe von Brainstorming für ein bestimmtes Problem Lösungsansätze gesammelt werden, um dann die Konsequenzen abzuwägen. Nachdem sich die Mutter für einen Ansatz entschieden hat, wird festgestellt, ob dieser zu dem gewünschten Ergebnis geführt hat. Damit können die Mütter in der Gruppe ihren Handlungsspielraum erweitern und verschiedene Problemlöseverfahren für sich entdecken und evaluieren. (vgl. ebd., S 45-51)

Neben all diesen Strategien hat sich bisher eine weitere als sehr wirkungsvoll gezeigt, die Strategie der Videoaufzeichnung, genannt Seeing Is Believing™. Am Anfang des Programms wird den Frauen mitgeteilt, dass sie die Videoaufnahmen am Ende geschenkt bekommen, was für viele einen Anreiz bietet, sich darauf einzulassen. Die Mütter werden in der Interaktion mit ihren Kindern gefilmt und schauen sich danach die Filme unter Anleitung an. Dadurch können sie als objektiver Beobachter ihr Augenmerk auf die Beziehung zwischen sich und ihrem Kind lenken und so neue Einsichten in die Gefühlswelt ihres Kindes bekommen. Das stärkt die Feinfühligkeit und die Kompetenzen der Mütter und so die Mutter-Kind-Beziehung. (vgl. ebd., S. 99-100)

Grundlegende Voraussetzung ist, dass der Berater diese Methoden kompetent und zielführend anwenden kann. Dabei muss er immer respektvoll und vorurteilsfrei mit den Müttern umgehen, er muss ihr Vertrauen gewinnen und sehr sensibel mit den Ängsten, Fragen und Bedürfnissen von ihnen umgehen. Unvoreingenommenheit, Verständnis und Flexibilität sind Grundvoraussetzungen, um den Müttern zu helfen und sie nicht zu verschrecken. Besonders bei depressiven Müttern ist eine positive Haltung sehr wichtig,

da sie in der Gesellschaft ständig mit Vorurteilen zu kämpfen haben. Sie brauchen positive Verstärkung, jemanden, der an sie glaubt, damit sie an der Beziehung zu ihrem Kind erfolgreich arbeiten können. (vgl. ebd., S. 53-61)

## **Fazit**

Die Bindung zwischen Mutter und Kind, welche sich im ersten Lebensjahr entwickelt, hat einen gravierenden Einfluss auf die weitere Entwicklung des Kindes. Man kann sagen, dass eine sichere Bindung der wichtigste Schutzfaktor hierfür ist und dem Kind die besten Möglichkeiten gibt, sich frei zu entfalten und die Welt zu entdecken.

Damit das Kind aber eine sichere Bindung zu seiner Mutter aufbauen kann, bedarf es einiger Voraussetzungen. So muss die Mutter beispielsweise Zugang zu ihren intuitiven Kompetenzen haben und sie muss feinfühlig mit ihrem Kind umgehen, damit es Vertrauen in seine „sichere“ Basis aufbauen kann.

Leidet eine Mutter aber nach der Geburt an einer Depression ist es ihr kaum möglich, feinfühlig mit ihrem Kind umzugehen, da ihre Gefühle, die von ihrer Krankheit sehr stark beeinträchtigt sind, es nicht zulassen. Auch ist ihr der Zugang zu ihren intuitiven Kompetenzen oft verbaut, so dass sie darauf nicht zugreifen kann. Dadurch kann sie die Signale ihres Kindes oft nicht richtig interpretieren, kann nicht auf ihr Kind eingehen und seine Bedürfnisse nicht angemessen befriedigen.

Babys reagieren in der Regel auf diese „unnatürliche“ Fehlbeachtung bzw. unangemessene Interaktion, indem sie sich entweder sehr in sich zurückziehen oder über die Maßen hinaus nach Aufmerksamkeit verlangen. In den meisten Fällen wirkt es sich sehr negativ auf die weitere Entwicklung des Kindes aus, es kommt zu Verzögerungen und zu Fehlentwicklungen. Schon in einem sehr frühen Alter zeigen einige Kinder depressiver Mütter psychische Auffälligkeiten und viele entwickeln eine hochunsichere Mutter-Kind-Bindung, deren Folgen sich bis ins Erwachsenenalter bemerkbar machen können.

Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, dass Mütter, die an Depression leiden, Hilfe bekommen. Es ist wichtig, dass sie nicht stigmatisiert werden, sondern dass sie Unterstützung bekommen, die Bindung zu ihrem Kind zu verbessern.



Leider ist die Krankheit Depression noch immer mit einer Reihe von Vorurteilen verbunden. Aus diesem Grund bleibt sie oft unerkannt, weil die Betroffenen sich schämen oder Angst haben, beschämt zu werden. Die Tabuisierung und Isolierung von psychisch Kranken muss weiter abgebaut werden. Für alle Menschen, die in dem Hilfesystem arbeiten, ob Familienhelfer, Hebammen, Jugendamt-Mitarbeiter oder Ärzte, ist es wichtig, dass sie den betroffenen Müttern Mut machen. Sie müssen sie ermuntern sich Hilfe zu holen und ihnen zeigen, dass sie nicht schuld sind an der Situation.

Wenn aufgrund der Schwere der Krankheit eine stationäre Behandlung der Mutter erforderlich ist, wäre es notwendig, dass sie gemeinsam mit ihrem Kind behandelt werden kann und dass sie nicht von ihrem Kind getrennt wird, was leider noch viel zu oft der Fall ist. Wenn beide gemeinsam in Behandlung sind, kann gleichzeitig an der Beziehung zwischen Mutter und Kind gearbeitet werden, was genauso wichtig ist, wie die Behandlung der Krankheit selbst.

Ein in meinen Augen sehr hilfreiches Interventionsprojekt ist das STEEP™-Programm. Es zielt nicht direkt auf depressive Mütter ab, sondern hat alle Formen von risikobelasteten Familien als Zielgruppe. Dennoch ist es auch für Mütter, die an Depression leiden, sehr geeignet, da sie dort Unterstützung erhalten, wieder einfühlsam auf ihr Kind eingehen zu können und so an der Beziehung zu ihm zu arbeiten.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass in jedem Fall, in dem die Beziehung zwischen Mutter und Kind durch eine vorhandene Depression beeinträchtigt wird, Hilfe notwendig ist, da diese Mütter aufgrund ihrer Krankheit nicht in der Lage sind, die Qualität der Mutter-Kind-Bindung allein zu verbessern. Diese Hilfe muss auf Wertschätzung und Verständnis aufgebaut sein, sonst kann sie keinen Erfolg haben. Die Stärken der Mütter müssen hervorgehoben und erweitert werden. Gleichmaßen bedeutsam ist es, die Entwicklung des Kindes immer im Auge zu behalten, um eventuelle Probleme frühzeitig zu erkennen.

*„Je jünger ein Kind ist, desto umfassender ist es dem Einfluss einer krankheitsbedingten Störung der Beziehung bzw. Kommunikation ausgesetzt, wenn (die) Mutter (...) seelisch krank ist.“ (Deneke 2004, S. 2)*

## Literaturverzeichnis

*Bayer, Johanna:* Bewegte Mienen. Was Gesichter für Babys bedeuten. *In:* Quarks & Co.: Die Welt der Babys. Sendung vom 01.02.2011.

URL: [http://www.wdr.de/tv/quarks/global/pdf/Q\\_Babys.pdf](http://www.wdr.de/tv/quarks/global/pdf/Q_Babys.pdf)

Stand: 26.04.2011

*Bowlby, John:* Bindung (1987). *In:* Grossmann, Karin; Grossmann, Klaus (Hrsg.): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Klett-Cotta-Verlag. Stuttgart 2003

*Bowlby, John:* Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie. Ernst Reinhardt Verlag. München 2008.

*Brazelton, T. Berry; Cramer, Bertrand G.:* Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. 2. Aufl. Klett-Cotta-Verlag. Stuttgart 1994.

*Bretherton, Inge:* Die Geschichte der Bindungstheorie. *In:* Spangler, Gottfried; Zimmermann, Peter (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 4. Auflage. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart 2002.

*Brisch, Karl-Heinz:* Grundlagen der Bindungsforschung und ihre Anwendung der psychotherapeutisch-pädagogischen Arbeit mit Kindern und Familien. *In:* Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (Initiative gegen frühkindliche Deprivation) e.V.: Zeitschrift Frühe Kindheit. Ausgabe 1/99. Berlin 1999.

URL: [http://liga-kind.de/fruehe/199\\_brisch.php](http://liga-kind.de/fruehe/199_brisch.php)

Stand: 19.04.2011

*Crittenden, Patricia M.:* Der CARE-Index als Hilfsmittel für Früherkennung, Intervention und Forschung. *In:* Ziegenhain, Ute (Hrsg.): Frühförderung Interdisziplinär, Themenheft Bindungsorientierte Ansätze in der Praxis der Frühförderung, Ausgabe 3/2005.

*Deneke, Christiane*: Säuglinge und Kleinkinder psychisch mit psychisch kranken Eltern. In: Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (Initiative gegen frühkindliche Deprivation) e.V.: Zeitschrift Frühe Kindheit. Ausgabe 2/04. Berlin 2004.  
URL: [http://liga-kind.de/fruehe/204\\_deneke.php](http://liga-kind.de/fruehe/204_deneke.php)

Stand: 17.05.2011

*Erickson, Martha F.; Egeland, Byron*: Die Stärkung der eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEP™-Programm. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart 2006.

*Fivaz-Depeursinge, Elisabeth; Corboz-Warnery, Antoinette*: Das primäre Dreieck. Vater, Mutter und Kind aus entwicklungstheoretisch-systemischer Sicht. Carl-Auer-Systeme Verlag. Heidelberg 2001.

*Fremmer-Bombik, Elisabeth*: Innere Arbeitsmodelle von Bindung. In: Spangler, Gottfried; Zimmermann, Peter (Hrsg.): Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung. 3. Aufl. Klett-Cotta-Verlag. Stuttgart 1999.

*GAIMH (Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit e.V.)* offizielle Homepage. Zürich 2009.

URL: <http://www.gaimh.de/willkommen.html>

Stand: 16.06.2011

*Greist, John H.; Jefferson, James W.*: Depression: Was man darüber wissen sollte und was man dagegen tun kann. Beck Verlag. München 1999.

*Grossmann, Karin; Grossmann Klaus*: Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. 3. Aufl. Klett-Cotta-Verlag. Stuttgart 2006.

*Grossmann, Klaus E.*: Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In: Ahnert, Lieselotte (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. 2. Aufl. Ernst Reinhardt Verlag. München 2008.

*Geislinger, R.; Grunze, H.*: Bipolare Störungen (manisch-depressive Erkrankungen). Ratgeber für Betroffene und Angehörige. 2. Aufl. BoD GmbH, Norderstedt 2005.

*Gröhe, Friederun*: Nehmt es weg von mir. Depressionen nach der Geburt eines Kindes. Vandenhoeck & Ruprecht. Göttingen 2003.

*Hedervari-Heller, Eva*: Eingewöhnung. In: Weegmann, Waltraud; Kammerlander, Carola (Hrsg.): Die Jüngsten in der Kita. Ein Handbuch zur Krippenpädagogik. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart 2010.

*Hertel, Bettina; Thurner, Tanja; Etzel, Lisa C.*: Babyblues und Depressionen nach der Schwangerschaft. In: Family Media GmbH & Co. KG (Hrsg.): Familienportal familie.de. Freiburg im Breisgau.

URL: <http://www.familie.de/schwangerschaft/geburt/artikel/babyblues-nach-der-schwangerschaft/postpartale-depressionen/>

Stand: 30.05.2011

*Kompetenznetz Depression, Suizidalität*: Homepage des Kompetenznetzes Depression. Leipzig 2008

URL: <http://www.kompetenznetz-depression.de/>

Stand: 23.06.2011

*Lohaus, Arnold; Ball, Juliane; Lißmann, Ilka*: Frühe Eltern-Kind-Interaktion. In: Ahnert, Liselotte (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. 2. Aufl. Reinhardt Verlag. München 2008.

*Lohse, T.*: Hilfe, ich kann mein Kind nicht lieben. Postpartale Depression: Krankheitsbild, Verlauf, Ursachen, Therapiemöglichkeiten. Diplomica Verlag GmbH. Hamburg 2008

*Murray, Lynn*: Die Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter: Befunde der Cambridge-Längsschnittstudie. In: Brisch, Karl H. (Hrsg.): Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. Klett-Cotta Verlag. Stuttgart 2011.

*NZFH (Nationales Zentrum Frühe Hilfen)*: offizielle Homepage. Köln 2011.

URL: <http://www.fruehehilfen.de/>

Stand: 16.06.2011

*Oerter, Rolf; Montada, Leo* (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 6. Auflage. Beltz Verlag. Weinheim, Basel 2008.

*Papousek, Mechthild*: Regulationsstörungen in der frühen Kindheit: klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papousek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H.

(Hrsg.): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. Verlag Hans Huber. Bern 2004

*Papousek, Mechthild; Maywald, Jörg*: Das Kind lernt sich im Spiegel seiner Eltern kennen. Dr. Jörg Maywald im Gespräch mit Prof. Dr. Mechthild Papoušek, Psychiaterin und Gründerin der Forschungs- und Beratungsstelle Frühentwicklung und Kommunikation (Münchner Sprechstunde für Schreibabys) am Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München. *In*: Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (Initiative gegen frühkindliche Deprivation) e.V.: Zeitschrift Frühe Kindheit. Ausgabe 6/08. Berlin 2008  
URL: [http://liga-kind.de/fruehe/608\\_papousek.php](http://liga-kind.de/fruehe/608_papousek.php)

*Reck, Corinna*: Stationäre Behandlung von psychisch kranken Müttern und ihren Kindern. *In*: Deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft (Initiative gegen frühkindliche Deprivation) e.V.: Zeitschrift Frühe Kindheit. Ausgabe 2/09. Berlin 2009.  
URL: [http://liga-kind.de/fruehe/209\\_reck.php](http://liga-kind.de/fruehe/209_reck.php)  
Stand: 17.05.2011

*Riecher-Rössler, Anita*: Was ist postpartale Depression? *In*: Wimmer-Puchinger, Beate; Riecher-Rössler, Anita (Hrsg.): Postpartale Depression. Von der Forschung zur Praxis. Springer Verlag. Wien 2006.

*Stascheit, Ulrich (Hrsg.)*: Gesetze für Sozialberufe. 18. Aufl. Nomos Verlagsgesellschaft. Baden-Baden 2010.

*Stegmeier, Susanne*: Grundlagen der Bindungstheorie. *In*: Textor, Martin R.: Kindergartenpädagogik - Online-Handbuch. Würzburg.  
URL: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/1722.html>  
Stand: 20.04.2011

*Suess, G.J.; Bohlen, U.; Mali, A.; Frumentia Maier, M.*: Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“. Springer Verlag 2010.  
URL: <http://www.gerhard-suess.de/documents/SuessBohlenMaliFrumentiaMaier2010BGBL.pdf>

*Textor, Martin R.: Mutterschaft: Identität und Erleben. In: Textor, Martin R. (Hrsg.): Kindergartenpädagogik – Online-Handbuch. Würzburg.*  
URL: <http://www.kindergartenpaedagogik.de/110.html>  
Stand: 20.04.2011

*Thiel-Bonney, Consolata: Beratung und Therapie junger Familien. In: Reuser, Bodo; Nitsch, Roman; Hundsalz, Andreas: Die Macht der Gefühle. Affekte und Emotionen im Prozess von Erziehungsberatung und Therapie. Juventa Verlag. Weinheim und München 2006.*

*Will, Herbert: Häufigkeit und Verlauf. In: Mertens, W. (Hrsg.): Depression. Psychodynamik und Therapie. 3. Aufl. W. Kohlhammer GmbH. Stuttgart 2008.*

*Wittchen, Hans-Ulrich; Jacobi, Frank: Epidemiologie der Depression. Buchbeitrag. 2006.*  
URL: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/publikationen/literatur/816.pdf>  
Stand: 02.05.2011

*ZERO TO THREE National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hrsg.): Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Springer Verlag. Wien 1999.*

*Ziegenhain, Ute; Fries, Mauri; Bütow, Barbara; Derksen, Bärbel: Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. Juventa Verlag. Weinheim, München 2004*

*Zimbardo, Philip G.; Gerrig, Richard J.: Psychologie. 16. Aufl. Pearson Studium. München 2004.*

*Zulauf, Logoz: Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen. In: Ahnert, Liselotte (Hrsg.): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. 2. Aufl. Reinhardt Verlag. München 2008.*

## Anhang

### 1. Fragebogen Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung

Seite 1 von 5

**Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung**

C. H. ZEANAH, D. BENOIT; M. BARTON<sup>1</sup>

**Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung**

Name des Kindes:	Name des interviewten Elternteils:
Vorname des Kindes:	Vorname:
Geburtsdatum des Kindes:	Geburtsdatum:
Alter des Kindes:	Anschrift:
Interviewer-Name:	Datum des Interviews

✱

	Antworten	Notizen/ Auswertung
1)	Am Anfang möchte ich gern, dass Sie mir etwas über die <b>Entwicklung Ihres Kindes erzählen</b> .	
a)	Beginnen wir mit der <b>Schwangerschaft</b>	
	War sie geplant oder ungeplant?	
	Wie ging es Ihnen körperlich?	
	Wie ging es Ihnen gefühlsmäßig?	
	Was haben Sie während der Schwangerschaft gemacht?	
	War es die erste Schwangerschaft?	
	Ab welchem Monat hatten Sie das Gefühl, wirklich schwanger mit einem neuen Wesen zu sein?	
	Was waren Ihre Eindrücke und Vorstellungen über das Baby während der Schwangerschaft?	
	Was waren Ihre Vorstellungen darüber wie das Baby sein würde?	
b)	Wie war die <b>Geburt</b> ?	
	Wie ging es Ihnen damals und wie reagierten Sie auf alles?	
	Erinnern Sie sich an die erste Reaktion als Sie das Baby sahen?	
	Was war Ihre Reaktion auf das kleine Mädchen/den kleinen Jungen?	
	Wie hat Ihr Partner/Ihre Familie reagiert?	

<sup>1</sup> zit. nach: ZERO TO THREE: National Centre for...: Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Springer: 1999

### Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung

c)	Hatte das Baby in den <b>ersten Tagen nach der Geburt</b> irgendwelche Schwierigkeiten oder Probleme?		
	Benötigte es zusätzliche medizinische Hilfe?		
	An welchem Tag konnten Sie das Krankenhaus verlassen?		
	Haben Sie gestillt oder Fläschchen gegeben?		
	Wie lange wurde gestillt, warum wurde nicht gestillt?		
d)	Zurückblickend, wie würden sie die <b>ersten paar Wochen zu Hause</b> mit dem neuen Baby beschreiben?		
	Wie ging es in puncto <ul style="list-style-type: none"> <li>• Füttern</li> <li>• Schlafen</li> <li>• Schreien?</li> </ul>		
	Wie war es denn überhaupt, plötzlich in der Familie zu zweit/dritt zu sein?		
	Was haben die anderen gesagt und in dieser Zeit getan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Partner?</li> <li>• Eltern?</li> <li>• Geschwister?</li> </ul>		
e)	Wie waren die Entwicklungsschritte Ihres Babys im <b>1. Lebensjahr</b> ?		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sitzen</li> <li>• Krabbeln</li> <li>• Gehen beginnen</li> <li>• lächeln</li> <li>• Plappern?</li> </ul>		
	Hatten Sie das Gefühl, dass Ihr Baby sich <b>altersgemäß</b> entwickelt?		
	Hatten Sie schon einen Eindruck über die <b>Intelligenz</b> Ihres Kindes?		
	Was für ein Baby war es so mit 6 Monaten?		
f)	Schien Ihr Baby einen <b>regelmäßigen Tagesablauf</b> zu haben?		
	Was passierte, Wenn Sie nicht diesem <b>regelmäßigen Tagesablauf</b> entsprachen?		
g)	Wie reagierte der Säugling auf <b>Trennungen</b> von Ihnen?		
	Gab es Trennungen, die länger als einen Tag gedauert haben in den ersten 2 Lebensjahren (bis jetzt)?		
	Wie reagierte das Baby darauf?		
	Wie war das für Sie?		



### Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung

	Wie fühlten Sie sich dabei?		
	Was machten Sie damals?		
h)	Erzählen Sie mir, wann und warum Sie den <b>Namen Ihres Babys</b> gewählt haben, den es heute trägt. Hat dieser Name innerhalb der Familie eine Bedeutung?		
2a)	Könnten Sie mir ein bißchen über die <b>Persönlichkeit</b> Ihres Kindes, wie Sie es heute sehen, erzählen?		
b)	Versuchen Sie bitte, seine Persönlichkeit mit 5 Adjektiven zu beschreiben. Könnten sie mir vielleicht eine kleine Episode erzählen, welche genau zeigt, was Sie mit einem bestimmten Adjektiv, welches Sie gewählt haben, genau meinen?		
3a)	An wen <b>erinnert</b> Sie Ihr Kind heute? Ähnelt es jemandem in der Familie? Von welchem Alter an schien Ihnen diese Ähnlichkeit von Wichtigkeit? Welche Charaktereigenschaften hat es • eher vom Vater, • welche eher von der Mutter? In welcher Weise ist das Kind in seiner Persönlichkeit Ihnen oder Ihrem Partner ähnlich?		
3b)	Gibt es irgendwelche <b>Eigenschaften aus Ihrer Herkunftsfamilie</b> , die Sie in Ihrem Kind wiederfinden? Oder Eigenschaften, die eher von der anderen Seite herkommen?		
4)	In welcher Beziehung glauben Sie, dass Ihr Kind <b>einzigartig</b> und anders ist im Vergleich mit anderen Kindern, die Sie kennen?		
5)	Welches <b>Verhalten</b> Ihres Kindes scheint Ihnen am <b>schwierigsten</b> im Umgang mit ihm? Könnten Sie mir dafür ein Beispiel geben?		
a)	Wie oft kommt diese Situation vor? Wie geht es Ihnen, wenn das Kind in dieser Weise reagiert? Was tun Sie, wenn es in dieser Weise reagiert?		
b)	Weiß Ihr Kind, dass Sie das nicht mögen? Warum, glauben Sie, verhält es sich so?		
c)	Wie reagiert Ihr Kind, nachdem Sie ihm deutlich angezeigt haben, das sein Verhalten für Sie unangenehm ist?		

### Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung

d)	Wie, glauben Sie, wird sich dieses störende Verhalten weiterentwickeln, wenn das Kind älter wird?		
6a)	Wie würden Sie die derzeitige <b>Beziehung</b> zu Ihrem Kind beschreiben?		
6b)	Wählen Sie bitte 5 Worte, mit denen Sie diese Beziehung beschreiben möchten.		
	Könnten Sie für jedes dieser Worte eine kleine Begebenheit oder eine Erinnerung erzählen, die illustriert, was Sie damit meinen.		
7a)	Was <b>freut</b> Sie in der <b>Beziehung</b> zu Ihrem Kind am meisten?		
7b)	Inwiefern glauben Sie, dass sich Ihre Beziehung auf die Persönlichkeit Ihres Kindes und seine Entwicklung auswirkt?		
7c)	Hat sich Ihre Beziehung zu Ihrem Kind, seit es auf der Welt ist, verändert?		
	Gab es verschiedene Phasen?		
	Was ist Ihr Gefühl zu diesen Veränderungen?		
8)	Welchem Elternteil fühlt sich Ihr Kind derzeit am Nächsten?		
	Wie merkt man dies?		
	War es immer schon so?		
	Glauben Sie, dass sich das ändern wird, beispielsweise wenn Ihr Kind älter wird?		
9)	Ist Ihr Kind oft <b>mißlaunig</b> ?		
	Ärgert es sich öfters?		
	Schreit es öfters?		
	Was tun Sie, wenn das vorkommt?		
	Wie geht es Ihnen gefühlsmäßig, wenn das vorkommt?		
9a)	In welchen Situationen reagiert Ihr Kind verstört, <b>unglücklich</b> ?		
	Können Sie sich an eine solche Situation erinnern?		
	Was machten Sie, als es passierte?		
	Wie fühlten Sie sich?		
9b)	Und wie geht's, wenn sich Ihr Kind ein bißchen <b>wehtut</b> ?		

### Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung

	Können Sie auch hier ein kleines Beispiel geben?		
9c)	Ist Ihr Kind schon <b>krank</b> gewesen?		
	Erinnern Sie sich an eine solche Begebenheit?		
	Wie ging's Ihnen damals?		
10)	Haben Sie schon eine <b>Lieblingsgeschichte</b> über Ihr Baby? So etwas, wie eine Anekdote, die Sie Ihrer Familie oder Ihren Freunden schon erzählt haben? Lassen Sie sich Zeit für diese Frage.		
	Was gefällt Ihnen besonders gut an dieser Geschichte?		
11)	Gab es schon irgendwelche Begebenheiten im Leben Ihres Kindes, in welchen Sie sich an seiner Stelle gefühlsmäßig verletzt gefühlt haben oder Sie sich für es geschämt oder sich zurückgesetzt gefühlt haben?		
	Gab es schon demütigende Situationen im Leben Ihres Kindes?		
	Wenn Sie dieses Kind noch einmal ganz von Anfang an in seiner Entwicklung begleiten könnten, gäbe es irgend etwas, was Sie anders machen würden?		
12)	Machen Sie sich je über Ihr Kind <b>Sorgen</b> ?		
	Was genau macht Ihnen die größten Sorgen?		
13)	Wenn Sie sich ein ganz bestimmtes <b>Lieblingsalter</b> im Zusammensein mit Ihrem Kind aussuchen könnten, welches Alter sollte es haben?		
	Warum?		
14)	Wenn Sie in die Zukunft schauen, welche Zeit glauben Sie wird im Leben Ihres Kindes das <b>Schwierigste</b> werden?		
	Warum glauben Sie dies?		
15)	Wie glauben Sie, wird Ihr Kind in der <b>Pubertät</b> sein?		
	Was glauben Sie wird gut, was wird schwierig sein in dieser Phase?		
16)	Lassen Sie sich einen Moment Zeit und stellen Sie sich <b>Ihr Kind als einen Erwachsenen</b> vor. Welche Hoffnungen, welche Sorgen haben Sie, wenn Sie daran denken?		

Ich danke Ihnen für das Gespräch!

2. Auswertungsbogen Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung

Diagnostisches Interview zur Eltern-Säuglings-Beziehung

Seite 1

Auswertungsbogen<sup>1</sup>

Name des Kindes:	
Vorname des Kindes:	
Geburtsdatum des Kindes:	
Alter des Kindes:	
Interviewer-Name:	

Name des interviewten Elternteils:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Datum des Interviews:	



1	Qualitative Eigenschaften der elterlichen Vorstellung über ihr Kind (inhaltsfrei)	Stufen				
		1	2	3	4	5
		sehr detailarm, viele ich-weiß-nicht's		←→	sehr ausführlich, reichhaltig in Einzelheiten	
a)	Detailreichtum in den Erzählungen					
b)	Flexibilität und Offenheit für Veränderungen					
c)	Intensität des Involviertseins					
d)	Kohärenz der Erzählung, Logik, Fehlen von Ungereimtheiten, Fehlen von Widersprüchlichkeiten und Ambivalenzen					

2	Inhaltsbezogene Eigenschaften der Beziehungsbeschreibung	Stufen				
		1	2	3	4	5
a)	Kindliche Schwierigkeit	keine Schwierigkeiten, wenig Probleme		←→	die Schwierigkeiten des Kindes bilden einen Hauptteil des Interviews, das Kind wird als Last beschrieben	
b)	Sensibilität und Aufmerksamkeit des Elternteils für das Kind	keine Sensibilität		←→	sehr einführend, sensibel	
c)	Akzeptanz des Kindes durch den Elternteil	keine		←→	große, viel	
d)	Ängste, Sicherheitsängste und sorgen auf der Seite des Elternteils um das Kind	keine		←→	extreme, irrationale Ängste	

<sup>1</sup> nach: ZERO TO THREE: National Centre for...: Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Springer: 1999

3	Affektive Stimmung der elterlichen Beschreibung über ihr Kind	Stufen				
		1	2	3	4	5
a)	Freude	keine				sehr viel
b)	Wut	keine				sehr viel
c)	Angstlichkeit	keine				extrem viel
d)	Gleichgültigkeit	keine				sehr viel
e)	Schuldgefühle	keine				sehr viel

4		ja	nein	unsicher	Bemerkungen
a)	Scheint die Beziehung ausgewogen, balanciert, im Gleichgewicht?				
b)	Scheint die Beziehung unbeteiligt, entfremdet, voneinander entkoppelt				
c)	Scheint die Beziehung verunsichert, verwirrt, Rollen vertauscht?				

5. Wie ist es Ihnen als Interviewer während des Interviews ergangen? Welche Gefühle haben Sie zur Mutter gehabt, welche Gefühle spüren sie, wenn Sie sich in das Kind einfühlen? (Reflexion der Identifikation, Gegenübertragung).

## **Selbstständigkeitserklärung**

Ich versichere an Eides statt, dass ich die von mir vorgelegte Bachelorarbeit, bzw. die namentlich nicht anders gekennzeichneten Teile der Arbeit, selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form bisher keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt.

Neubrandenburg, 30.06.2011

---

Sabine Breinlinger