

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung & Erziehung
Studiengang Early Education – Bildung und Erziehung im
Kindesalter

Bachelorarbeit

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

Bindungsstörungen von Kindern depressiver Mütter

6. Fachsemester

Modul VBEE16

vorgelegt von
Franka Schwarz

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2019-0379-9

Erstprüfer: Dr. phil. Matilde Heredia

Zweitprüfer: Dipl.-Soz.Päd. Michaela Ziemer-Grzyb

Tag der Einreichung: 05.07.2019

*„Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne, der uns
beschützt und der uns hilft, zu leben“*

(Hermann Hesse)

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

1. Einleitung.....	4
2. Bindung	6
2.1 Bindungstypen.....	7
2.2 Die Mutter-Kind-Bindung und ihre Nachhaltigkeit.....	11
2.3 Der transgenerationelle Prozess.....	12
3. Depressionen und Bindungsstörungen.....	14
3.1 Formen von Depressionen.....	15
3.2 Formen von Depressionen, die vorwiegend Mütter betreffen.....	18
3.3 Folgen der Depression für das Umfeld der Betroffenen.....	22
3.4 Bindungsstörungen.....	25
3.4.1 Reaktiv bindungsgestörte Kinder.....	28
3.4.2 Die enthemmte Bindungsstörung.....	29
3.4.3 Bindungsstörungen nach Karl-Heinz Brisch.....	30
4. Therapiemöglichkeiten – eine Auswahl.....	34
4.1 Prävention.....	35
4.2 Das STEEP™-Programm als Beispiel für Intervention.....	36
4.2.1 Grundsätze des STEEP™-Programms.....	38
4.2.2 Die Ziele von STEEP™.....	38
4.2.3 Die Umsetzung von STEEP™.....	41
5. Fazit.....	44
6. Literaturverzeichnis.....	46

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

Abbildung 1: Depressionsformen.....	16
Abbildung 2: Erste Symptome postpartaler Depression.....	20
Abbildung 3: Leitkriterien für Bindungsstörungen.....	27
Abbildung 4: Fragebogen zur Vorbeugung einer Depression.....	35
Abbildung 5: Die fünf Schritte des Problemlöseverfahrens.....	43

Tabellen

Tabelle 1: Psychische Erkrankungen aufgrund genetischer Veranlagung....	17
---	----

1. Einleitung

Für die meisten Frauen bedeutet die Geburt des eigenen Kindes das größte vorstellbare Glück. Auf eine ganz natürliche Art und Weise entwickelt sich schon für das ungeborene Kind eine tiefgehende Liebe und es versteht sich ganz von selbst, sich nach der Geburt vollständig auf das Baby einzustellen und das eigene Leben nach den Bedürfnissen des Kindes zu strukturieren. Was aber, wenn es einer Frau nicht möglich ist, diese emotionale Bindung zu ihrem Baby aufzubauen? Warum gibt es Frauen, die ihr Baby nicht lieben können? Und was bedeutet das für die Kinder? Eine mögliche Ursache für das Ausbleiben positiver Gefühle von Müttern gegenüber ihren Babys sind Depressionen.

Einer Statistik der Stiftung „Deutsche Depressionshilfe“ zufolge, sind im Laufe eines Jahres 5,3 Mio. der erwachsenen Deutschen (18 – 79 Jahre) an einer Depression erkrankt. Damit gehören sie zu den häufigsten Erkrankungen in der Bundesrepublik. Hervorzuheben ist hierbei, dass Frauen zwei- bis dreimal öfter betroffen sind als Männer.

Erleidet eine Frau direkt nach der Geburt ihres Kindes eine Depression, so kann diese Erkrankung gravierende Folgen für die Beziehung zwischen Mutter und Kind nach sich ziehen, denn aus psychologischer Sicht wird dem ersten Lebensjahr eines jeden Kindes eine immense Wichtigkeit in Bezug auf das Ausbilden primärer Bindungserfahrung zugesprochen. Eine depressive Erkrankung der Mutter kann für ein Kind eine Schädigung oder wenigstens eine Einschränkung der geistigen und sozialen, manchmal sogar der körperlichen Entwicklung bedeuten.

Ich werde in dieser Arbeit häufig die Mutter nennen, wenn es um die Interaktion mit dem Neugeborenen geht. Selbstverständlich ist auch der Vater hierbei von entscheidender Bedeutung und kann mit seiner Anwesenheit durch die mütterliche Depression verursachte Defizite sehr wohl ausgleichen. Die Bedeutung des Vaters für die kindliche Entwicklung

wird noch immer erforscht, und gerade in jüngster Zeit fanden sich vermehrt Hinweise, dass seine Rolle bisher noch immer sehr unterschätzt wird. Da es jedoch in unserem Kulturkreis nach wie vor meistens die Mutter ist, die als erste und primäre Bezugsperson dem Kind zur Verfügung steht, habe ich mich entschieden, zur Vereinfachung nur die Mutter zu nennen. Dennoch kann die zweite Bezugsperson, in den meisten Fällen der Vater, für das Kind einen emotionalen Ausgleich schaffen und ist deshalb in seiner Wichtigkeit nicht zu unterschätzen.

In dieser Arbeit möchte ich darauf eingehen, welche Auswirkungen eine depressive Erkrankung auf die Beziehung zwischen Mutter und ihrem Kind haben kann und welche Folgen in der Entwicklung und dem Verhalten des Kindes damit im Zusammenhang stehen können.

Zunächst wird die Bindungstheorie im Fokus stehen, da diese einen unerlässlichen Teil zum Verständnis der Auswirkungen von Depressionen beiträgt. Anschließend wird der Begriff „Depression“ genauer durchleuchtet, wobei der postnatalen Depression in dieser Arbeit die höchste Relevanz zugesprochen wird. Mögliche Bindungsstörungen, die eine Folge mütterlicher Depression sein können, werden im Anschluss thematisiert. Grundlegendes zum Thema Therapie soll im letzten Teil vermittelt werden. Hierbei geht es zunächst um präventive Maßnahmen für werdende Mütter, weiterhin soll anhand des STEEP™-Programmes deutlich werden, wie Interventionsmaßnahmen umgesetzt werden können. Dieses Programm ist nicht direkt auf depressive Erkrankungen von Müttern zugeschnitten, jedoch stellt es aus meiner Sicht eine sehr geeignete Methode für betroffene Frauen dar.

2. Bindung

Es ist von Natur aus gegeben, dass jedes Neugeborene das Bedürfnis hat, sich an enge Bezugspersonen zu binden. Die engste Bindung entwickelt sich in den meisten Fällen zur Mutter, da sie diejenige ist, die vom ersten Tag an für das Kind sorgt und den intensivsten Kontakt zu dem Baby hat. Abhängig davon, wie eine Mutter mit ihrem Kind umgeht, entwickelt das Kind Vorstellungen der Beziehung. Die Bindung, die zwischen Mutter und Kind entsteht, entwickelt sich vorrangig im ersten Lebensjahr eines Kindes. Jedoch stehen dem Baby von Geburt an „Instrumente“ zur Verfügung, welche sich weiterentwickeln, um diesen Prozess zu beeinflussen. Hierbei spricht man von den sogenannten Bindungsverhaltensweisen (wie Anklammern oder Weinen). Mit diesen tritt das Neugeborene mit der sozialen Umwelt in Kontakt, es kommuniziert mit ihr. Ein Baby ist zusätzlich in der Lage mehrere dieser Bindungen zu mehreren Personen zu bilden. Jedoch obliegen diese einer Hierarchie. Die primäre Bezugsperson, in den meisten Fällen die Mutter, wird demnach bevorzugt, wenn es dem Kind nicht gut geht (vgl. Bretherton, 2002, S. 68-70).

Hervorheben möchte ich an dieser Stelle, dass eine Bindung immer eine langfristige, manchmal auch lebenslange Beziehung darstellt. Intensive Gefühle sind kennzeichnend hierfür. Deshalb ist es auch nachvollziehbar, dass eine Trennung von der primären Bezugsperson mit Angst, Trauer und Kummer für das Kind einhergeht, wohingegen der Erhalt einer solchen Bindung Freude und ein Gefühl von Sicherheit bedeutet. Das Bindungsverhalten eines Kindes ist durch bestimmte Strukturen gekennzeichnet. Zur Aktivierung des Bindungsverhaltens benötigt es immer einen Auslöser, z.B. Hunger, Angst, Trostbedürfnis, Müdigkeit. Es gibt aber auch Bedingungen, die das Bindungsverhalten beenden, so beispielsweise Körperkontakt zur Mutter oder Interaktion mit ihr. Das Gegenstück zum Bindungsverhalten bildet das Explorationsverhalten, welches aktiviert wird, wenn sich ein Kind in seiner Umgebung sicher fühlt und keine Angst

empfindet, von der Bezugsperson verlassen zu werden. Es umfasst z.B. Spielverhalten, Neugier, Umwelterkundung und Umgang mit Gleichaltrigen. Wird dieses sichere Gefühl durch etwas gestört, so wird das Bindungsverhalten bei dem Kind aktiviert und es verlangt nach seiner Mutter. Dies ist immer mit einer großen inneren Erregung und einer erhöhten Herzfrequenz des Kindes verbunden. Erst wenn dieses den Körperkontakt zur Mutter wieder hergestellt hat und sich sicher fühlt, normalisiert sich der Herzschlag und das Explorationsverhalten wird wieder aktiviert (vgl. Bowlby, 1987, S.22-24).

2.1 Bindungstypen

John Bowlby, ein englischer Psychoanalytiker und Kinderpsychiater begründete in den 1960er Jahren die Bindungstheorie, aus der sich mittlerweile ein umfangreiches Konzept entwickelt hat, welches die Entwicklung der Persönlichkeit des Menschen als Produkt seiner sozialen Erfahrungen betrachtet. Durch die Zusammenarbeit mit Mary Ainsworth, eine US-amerikanisch-kanadische Entwicklungspsychologin, konnte Bowlbys Theorie erstmalig empirisch geprüft und ausführlich formuliert werden (vgl. Grossmann; Grossmann, 2006, S. 65-67). In Zusammenarbeit mit Barbara Wittig entwickelte sie aus den vorangegangenen Erkenntnissen die „Fremde Situation“¹. In dieser Situation sollten die Kinder zunächst in Anwesenheit der Mutter einen fremden, aber ansprechenden Raum erkunden. Während dieses Tests verlässt die Mutter zweimal den Raum, einmal ist eine für das Kind fremde Person anwesend, einmal bleibt das Kind allein und die fremde Person betritt noch vor der Mutter den Raum (vgl. Ziegenhain/ Fries/ Bütow/ Derksen, 2004, S.46).

¹ Es handelt sich um ein Untersuchungsverfahren, in dem eine Trennung von Kind (12–18 Monate alt) und Mutter vollzogen wird. Hierbei wird das Bindungs- und Explorationsverhalten des Kindes analysiert (vgl. Bretherton, 2002, S.41-42).

Anschließend können die Verhaltensweisen der beobachteten Kinder nach Ainsworth (1978) in 3 Klassen eingeteilt werden:

Die sichere Bindung

Kinder, die eine sichere Bindung aufweisen, können ihren Kummer und ihren Protest in der fremden Situation offen zeigen. Sie zeigen bei Trennung von der Mutter durch Weinen an, dass sie diese nicht akzeptieren wollen und suchen bei Rückkehr der Mutter ihre Nähe und ihren Trost. Diese Kinder lassen sich schnell wieder beruhigen und wenden sich dann wieder der Erkundung ihrer Umgebung zu (vgl. Ziegenhain; Fries; Bütow; Derksen, 2006, S.46).

Diese Kinder erwarten von der Mutter, dass sowohl ihr Bindungs-, als auch Explorationsverhalten verstanden, akzeptiert und zugelassen wird und sie werden letztendlich in dieser Annahme nicht enttäuscht (Grossmann; Grossmann, 2006, S.163). Ein flexibler Wechsel zwischen Bindungs- und Explorationsverhalten findet statt. Bei einer Belastung suchen die Kinder, die sicher gebunden sind, aktiv die Unterstützung der Mutter und erfahren letztendlich eine positive Reaktion. Durch diese Strategie können diese Kinder Belastungen gut abbauen. Ihr Cortisolspiegel² steigt nicht an, obwohl sie in der Trennungssituation aufgeregt nach ihrer Mutter suchen (vgl. ebd., S. 140-144).

Die unsicher-vermeidende Bindung

Kinder, die eine unsicher-vermeidende Bindung aufweisen, verhalten sich auf den ersten Blick in der fremden Situation wenig auffällig. Sie wirken bei der Trennung von ihrer Mutter nicht beunruhigt, sie vermeiden sowohl Blick- als auch Körperkontakt zur Mutter, wenn diese wieder den Raum betritt. Es macht den Anschein, als wären die Kinder von der fremden Umgebung und

² Es handelt sich um ein körpereigenes Hormon, welches bei Stress vermehrt freigesetzt wird.

der Trennung von ihrer Mutter völlig unberührt. Sie verhalten sich der fremden Person gegenüber freundlich. Wenn die Mutter zurückkehrt, ist bei den Kindern kein Bindungsverhalten zu beobachten, sie wenden sich weiterhin ihrer Umgebung zu. Die Kinder unterdrücken ihre Gefühle der Angst und Trauer, um eine neutrale Grundstimmung herzustellen. Beim Messen des Cortisolspiegels ist bei diesen Kindern ein deutlicher Anstieg in der Trennungsphase und auch danach zu erkennen. Dies bedeutet, dass die Kinder unter sehr hohem emotionalen Stress stehen und es ihnen schwer fällt, sich wieder zu beruhigen (vgl. Ziegenhain, Fries, Bütow, Derksen, 2006, S. 46-47).

Als Erklärung für dieses Verhalten der Kinder ist anzunehmen, dass die Mutter sich gegenüber ihrem Kind bis dahin sehr abweisend verhalten hat. In Situationen der Traurigkeit hat sich das Kind oft allein gelassen gefühlt. Um weitere Abweisung zu vermeiden, entwickeln solche Kinder oft die Strategie des Vermeidens – sie zeigen ihre negativen Gefühle nicht mehr und suchen keinen Trost mehr bei der Mutter, denn sie nehmen an, sowieso auf Ablehnung zu stoßen. Das Risiko für eine Abweisung sinkt. Durch diese vermeidende Haltung können die Kinder die Nähe zu ihrer Mutter am besten regulieren (vgl. Fremmer-Bombik, 1999, S. 115-116).

Bei dieser Art von Bindung wird das Explorationsverhalten deutlich über das Bindungsverhalten gestellt. Bindungsverhaltensweisen werden entweder gar nicht oder kaum gezeigt. Mütter solcher Kinder sind begeistert davon, dass ihre Kinder schon sehr selbstständig spielen und kaum weinen. Weint das Kind doch einmal, so zeigt die Mutter ihren Ärger darüber deutlich an und das Kind lernt, dass es nur Anerkennung erhält, wenn sein Explorationsverhalten aktiv ist und das Bindungsverhalten unterdrückt wird (vgl. Grossmann; Grossmann, 2006, S. 140ff).

Die unsicher-ambivalente Bindung

Kinder mit dieser Bindung zeigen in der fremden Situation nur wenig oder gar kein Explorationsverhalten. Das Bindungssystem ist durchgehend aktiviert, sie klammern sich an ihre Mutter und sind oft weinerlich. Nach einer Trennung vermischst sich das Bindungsverhalten, gekennzeichnet durch Trost suchen, mit Zurückweisung gegenüber der Mutter, das Kind verhält sich widersprüchlich. Die Nähe zur Mutter scheint dem Kind nicht zu helfen, es kann daraus keine Sicherheit gewinnen (vgl. Ziegenhain/ Fries/ Bütow/ Derksen, 2006, S.47).

Kinder, die diese Strategie entwickelt haben, können das Verhalten ihrer Mutter nicht absehen. Sie ist ihrem Kind in manchen Situationen emotional zugewandt, sofern die eigene emotionale Verfassung das zulässt, und in anderen, meist stressbelasteten Situationen, erfährt das Kind Ablehnung. Dadurch können solche Kinder nicht darauf vertrauen, dass ihre negativen Gefühle von der Mutter verlässlich reguliert werden. Das hat dann die dauerhafte Aktivierung des Bindungsverhaltens zur Folge. Die Kinder werden stetig von der Angst begleitet, von ihrer Mutter verlassen zu werden, noch bevor eine Trennung eingetreten ist. Kommt es dann tatsächlich zu einer Trennung, so werden die Kinder in ihrer Erwartungshaltung bestätigt. Bei Rückkehr der Mutter verhalten die Kinder sich ambivalent – einerseits suchen sie die Nähe ihrer Mutter, andererseits verhalten sie sich aggressiv, treten nach ihrer Mutter oder strampeln wütend (vgl. Fremmer-Bombik, 1999, S.114f). Sie zeigen deutlich, dass sie keine Strategie ausbilden konnten, um Stress zu regulieren, sie wirken verzweifelt.

Die desorganisierte Bindung

Auch bekannt als hochunsichere Bindung, wird dieses Bindungsverhalten bei Kindern in der fremden Situation gekennzeichnet durch widersprüchliches Verhalten bei Wiederkehr der Mutter. Beispiele für desorganisiertes

Verhalten sind Anzeichen von Furcht vor der Mutter oder zielloses, von Weinen begleitetes Umherlaufen im Raum (vgl. Ziegenhain/ Fries/ Bütow/ Derksen,2006,S.48). Es gibt allerdings kein eindeutiges Muster, nachdem sich ein betroffenes Kind in der fremden Situation verhält. Die Mutter scheint für ihr Kind emotional unerreichbar, obwohl sie anwesend ist. So passiert es, dass ein Kind in so einer Situation beispielsweise voller Angst weint, sich jedoch nicht an seine Mutter wendet um Trost zu erfahren. Die Mutter stellt meist sowohl die Quelle, als auch die Auflösung von Angst dar und deshalb ist es für die Kinder nicht möglich eine eindeutige Verhaltensstrategie zu entwickeln. So kann es beispielsweise passieren, dass ein Kind sich während der Trennungsphase nach dem Muster der sicheren Bindung verhält und bei Rückkehr der Mutter vermeidend oder aggressiv auftritt. Typisch für desorganisierte Kinder sind Störungen, wie plötzliches sekundenlanges Erstarren, sowie die Angst vor der Mutter und die fehlende Orientierung an ihr (vgl. Grossmann/ Grossmann,2006,S.154f).

2.2 Die Mutter-Kind-Bindung und ihre Nachhaltigkeit

Eine Mutter sollte für ihr Kind zu einer verlässlichen Basis werden, eine Art „sicherer Hafen“, den das Kind jederzeit aufsuchen kann, mit der Gewissheit hier willkommen zu sein, etwas zu essen zu bekommen, verstanden, getröstet und in Angstsituationen beruhigt zu werden. Gelingt das, so wird das Kind um diese Verlässlichkeit wissen und unbeschwert auf „Entdeckungsreise“ gehen (vgl. Bowlby,2010,S.9-10). Es fordert also von der Mutter eine Akzeptanz für das natürlich gegebene Bindungsverhalten ihres Kindes und gleichzeitig einen angemessenen Umgang mit diesem. John Bowlby ging von der Existenz eines mental verinnerlichten Sicherheitssystems aus. Dieses nannte er das „Innere Arbeitsmodell“, gespeichert im Gedächtnis. Über verschiedene Bindungserfahrungen baut

sich dieses Modell auf, das Kind entwickelt Erwartungen. Erfährt das Kind eine neue Erfahrung, so wird die ältere bestätigt oder verändert. Innere Arbeitsmodelle speichern sozusagen, wie die Beziehung eines Kindes zu seiner Bindungsperson bisher verlaufen ist. Daraus resultierend können Vorhersagen darüber getroffen werden, wie die Beziehung zukünftig bestehen wird. Darüber entwickelt das Kind ein Selbstwertgefühl, in dem es erlebt, ob es genug Wert ist, dass sich jemand um seine Ängste und Sorgen kümmert (vgl. Ahnert, 2010, S. 45-47). Deshalb haben diese inneren Arbeitsmodelle und damit auch die Qualität der Mutter-Kind-Bindung eine enorme Nachhaltigkeit. Wird die sicherheitsgebende Funktion erfüllt, so wirkt sich das positiv auf die psychische Entwicklung des Kindes aus. Wird sie qualitativ schlechter oder gar nicht erfüllt, so kann das negative Folgen für das Entwicklungspotential eines Kindes haben.

2.3 Der transgenerationale Prozess

Betrachtet man die Entwicklung von Bindungsmustern über mehrere Generationen, so fällt auf, dass die jeweiligen Bindungsformen der Eltern mit hoher Wahrscheinlichkeit auf ihre Kinder übertragen werden. Dies gilt sowohl für die sichere Bindung, als auch für unsichere Bindungsqualitäten. Aus diesem Grund wendet sich der folgende Abschnitt dem sogenannten transgenerationalen Prozess zu. Dieser beschreibt die Weitergabe eines bestimmten Bindungsmusters über mehrere Generationen hinweg. Längsschnittstudien aus der Vergangenheit belegen, dass es einen generationsübergreifenden Zusammenhang bei der Weitergabe von Bindungserfahrungen der frühen Kindheit gibt – so weisen 75% der Kinder von Eltern mit eigenen sicheren Bindungserfahrungen ebenfalls ein sicheres Bindungsmuster auf, während Eltern mit unsicheren Erfahrungen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auch unsicher gebundene Kinder haben (vgl.

Brisch,2009,S.356). Untersuchungsgrundlage für diese Erkenntnisse bilden das Testverfahren der bereits erläuterten „fremden Situation“ und das „Adult Attachment Interview“³.

Es bleibt die Frage, warum es so wahrscheinlich ist, dass der eigene Bindungstyp an die eigenen Kinder weitergegeben wird. Am Beispiel einer unsicheren Bindung verhält es sich so, dass die kindlichen Signale in Eltern eigene negative Kindheitserinnerungen wachrufen können. Die Bedürfnisse der Kinder werden in der Folge nicht mehr feinfühlig wahrgenommen. Viele Eltern reagieren aggressiv und/oder abweisend. Die Kinder erhalten also keine verständliche Antwort, sondern nur das Echo des Projizierten. Um diese sich wiederholenden Zustände zu ertragen, entwickelt das Kind eine Strategie um sein eigenes Gleichgewicht wiederherzustellen. Nutzen die Kinder dazu Abwehrmechanismen, wie z.B. Verdrängung, so kann sich bei ständiger Wiederholung ein ungünstiges Bindungsmuster entwickeln (Fonagy,2005,S.54ff). Ich möchte an dieser Stelle darauf verweisen, dass die Beziehungsrepräsentanzen der Eltern nur bei gemeinsamer Berücksichtigung die Entwicklung der Bindung ihres Kindes anzeigen. Kleine Kinder besitzen die Fähigkeit, die inneren Arbeitsmodelle ihrer Bezugspersonen unabhängig voneinander zu enkodieren, zu differenzieren und zu isolieren. Sie geben dann letztendlich einem Modell den Vorzug und beschließen, sich von diesem Bevorzugtem leiten zu lassen (vgl.ebd.,S.63).

Diesen Erkenntnissen gegenüber stehen Daten, die darauf hinweisen, dass eine negative Bindungserfahrung nicht zwangsläufig bedeutet, dass die eigenen Kinder ebenfalls ungünstige Bindungsmuster entwickeln. So gibt es durchaus Eltern, die diesen Teufelskreis durchbrechen und trotz eigener unsicherer Bindungserfahrungen eine sichere Bindung zu ihrem Kind aufbauen. Aber wie ist das möglich?

³ Eine nach Mary Main entwickelte Untersuchungsmethode, die der retrospektiven Erfassung von Bindungserfahrungen und aktuellen Einstellungen zur Bindung bei Erwachsenen dient (vgl. Fonagy,2005).

Mary Mains Modell der transgenerationalen Übermittlung stellt die reflexive Fähigkeit der Eltern in den Fokus (vgl. Fonagy,2005,S.55-56). Diese Reflexionsfähigkeit beschreibt, dass Eltern offen für die Signale ihrer Kinder sind. Sie sind in der Lage, sich einzufühlen und angemessen zu reagieren. So kommt es durchaus vor, dass Mütter, die eine schwere Kindheit hatten, eine sichere Bindung zu ihren eigenen Kindern aufweisen, zurückführend darauf, dass diese Mütter ihre eigene Kindheit nachhaltig reflektiert und erfolgreich bearbeitet haben (vgl. Fonagy,2005,S.56f).

3. Depressionen und Bindungsstörungen

Eine depressive Erkrankung der primären Bindungsperson kann für ein Kind das Ausbilden einer Bindungsstörung zur Folge haben. Ausgehend von dieser Hypothese möchte ich im nächsten Abschnitt auf mögliche Formen von Depressionen eingehen, deren Folgen hinterfragen und anschließend auf mögliche Arten von Bindungsstörungen eingehen, die aus einer Depression hervorgerufen wurden.

Laut ICD 10⁴ wird eine Depression als affektive Störung bezeichnet, also als Störung der gefühlsmäßigen Erregbarkeit. Hauptsymptome sind hierbei durch eine Veränderung der Stimmung oder der Affektivität gekennzeichnet, im Zusammenhang mit oder ohne Angst. Manchmal tritt auch eine gehobene Stimmung auf. Dieser Stimmungswechsel wird oft von einem Wechsel des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet.

Die WHO⁵ bezeichnet eine Depression als eine erhebliche krankheitswertige Abweichung vom Erleben oder Verhalten. Konkret betroffen sind dabei die Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns eines Menschen. Die

4 Internationale Klassifikation psychischer Störungen

5 Weltgesundheitsorganisation

Beeinträchtigungen gehen einher mit psychischem Leiden des Einzelnen. Hervorzuheben ist hierbei, dass Frauen mit 37% im Vergleich zu Männern, gerechnet an der Häufigkeitsrate, sehr viel öfter betroffen sind (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe,2017, Einleitung).

Depressive Störungen zeichnen sich durch tiefe Traurigkeit, Gefühle der Sinnlosigkeit, Antriebslosigkeit und manchmal sogar Suizidgedanken aus. In einigen Fällen treten psychosomatische Symptome in Form von körperlichen Schmerzen auf. Patienten klagen oft über Kopfschmerzen. Anhaltende Schlafstörungen und die daraus resultierende sich steigernde Erschöpfung und Müdigkeit veranlassen viele Betroffene sich in Behandlung zu begeben.

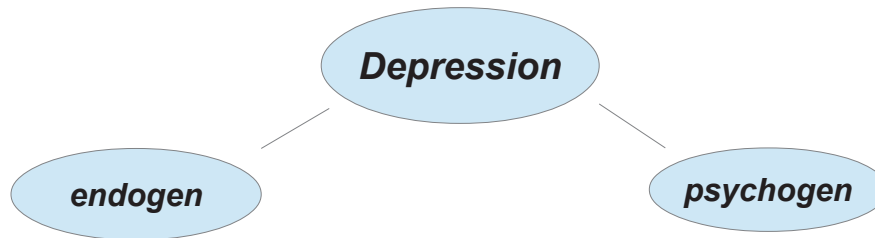
Darüber hinaus ist zu sagen, dass depressive Episoden in Reinform⁶ auftreten oder sich in Form von manischen Episoden zeigen. Es kommt auch vor, dass sich diese 2 Phasen abwechseln. Dann spricht man von einer gemischten Episode. In diesem Fall wird der Verlauf als bipolar bezeichnet (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe,2017).

3.1 Formen von Depressionen

Battegay (1991,S.20ff) unterscheidet die psychogene von der endogenen Depression. In folgender Abbildung habe ich die jeweilige Depressionsform und ihre Unterarten zusammenfassend veranschaulicht:

6 Major Depression, gekennzeichnet durch eine langanhaltende, intensive depressive Stimmung (vgl. Lenz;Wiegand-Grefe,2017,S.27).

Abbildung 1: Depressionsformen



psychotische Depression:

→ vorwiegend reaktiv, Stimmungsschwankungen durch äußere Umstände ausgelöst, von kurzer Dauer

zyklothyme Depression:

→ depressive Verstimmungen, die im Lauf eines Lebens immer wieder kommen

hyperthyme Depression:

→ anlagebedingt/von innen kommend

reaktive Depression:

→ resultiert aus nicht verarbeiteten Belastungen, besonders wenn sie auf frühe psychotraumatische Faktoren folgt

despressive Entwicklungs-/ Erschöpfungsdepression:

→ folgt aus einer andauernden schweren Belastungssituation

neurotische Depression:

→ Störung im narzisstischen Bereich – aufgrund einer Mangel- erfahrung in der oralen Phase kommt es zu Erwartungshaltung gegenüber der Umwelt, die zwangsläufig immer wieder enttäuscht wird

(Quelle: Battegay, 1991, S.20ff)

An dieser Stelle möchte ich darauf hinweisen, dass diese Einteilung nach endogener und psychogener Depressionsform als veraltet gilt. Es wird über diese Abbildung hinaus davon ausgegangen, dass psychosoziale und biologische Aspekte ebenfalls eine entscheidende Rolle spielen (vgl. Faust, 2000, S.167ff). Jedoch wollte ich die Erkenntnisse von Battegay

aufführen, um das grundsätzliche Verständnis über Depressionsformen zu erleichtern.

Bleibt zu klären, warum einige Menschen eine depressive Erkrankung entwickeln? Heutzutage geht man davon aus, dass es eine enge Verknüpfung, eine Art Wechselwirkung zwischen genetischen und umweltbedingten Faktoren bei der Ausbildung von psychischen Störungen gibt. Das genetische Merkmal hat Einfluss auf die Verletzlichkeit einer Person in Bezug auf Umweltbedingungen. So wird aus der nachfolgend abgebildeten Tabelle deutlich, dass Menschen, die zu einer genetisch verletzlichen Gruppe gehören, auf umweltbedingten Stress sehr viel empfindlicher reagieren, als genetisch anders ausgestattete Menschen. Zu diesen verletzlichen Gruppen gehören laut Tabelle Personen mit Schizophrenie oder einer bipolaren Störung.

Tabelle 1: Psychische Erkrankungen aufgrund genetischer Veranlagung

Zwangsstörung	47%
Angststörung	30-40%
Schizophrenie	73-90%
Bipolare Störung	60-85%
Schwere Depression	31-42%

(Quelle: Mattejat; Lisofsky,2001)

Es wird klar, dass erbliche Merkmale und Umweltfaktoren auf die Entstehung einer psychischen Störung gleichermaßen Einfluss haben, also wird nicht die psychische Erkrankung an sich, sondern die Verletzlichkeit für eine Erkrankung weitergegeben (Jasz,2012,S.17). Damit besteht also grundsätzlich aus genetischer Sicht ein höheres Risiko für Kinder von psychisch erkrankten Müttern später selbst zu erkranken, jedoch hängt es von verschiedenen Umweltfaktoren ab, ob die Erkrankung letztendlich

ausbricht. Stark belastende Faktoren begünstigen die Ausbildung einer Depression/ psychischen Erkrankung.

Außerdem muss immer die Lebenssituation des Einzelnen beachtet werden. So können aktuelle Situationen oder Geschehnisse immer auch der Auslöser für eine Depression sein. Dazu zählen beispielsweise Streitigkeiten in der Familie, der Verlust eines nahestehenden Menschen, finanzielle Probleme oder andauernde Einsamkeit.

3.2 Formen von Depressionen, die vorwiegend Mütter betreffen

Die Geburt des ersten Kindes stellt für die meisten Frauen das gravierendste und folgenreichste Ereignis in der eigenen Biografie dar. Vom Zeitpunkt der Geburt ist eine Frau nicht mehr nur für sich, sondern für ein zweites Leben verantwortlich. Diese Tatsache erfordert eine komplette Lebensumstellung, kombiniert mit einer drastischen Veränderung des Selbstbildes, der eigenen Gefühle und des Verhaltens. Hinzu kommt die Erwartungshaltung aus dem sozialen Umfeld einer Mutter – es wird von ihr erwartet, ihr Baby zu lieben. Diese Erwartung kann unter Umständen einen psychischen Druck auslösen. Außerdem bringt die Entbindung eines Kindes auch immer enorme hormonelle Umstellungen mit sich. Betrachtet man die vorangegangenen Zeilen, so wird klar, dass viele Faktoren und Umstände nach der Entbindung das Ausbilden einer mütterlichen Depression begünstigen können. Deshalb möchte im folgenden Abschnitt nun auf zwei Depressionsformen eingehen, die überwiegend Mütter betreffen: die postnatale Depression und die Erschöpfungsdepression.

Die Postnatale Depression:

Verschiedenen Studien zufolge treten bei 10-15% der Mütter Postnatale Depressionen auf (Reck et al.,2009). Von einer solchen Depression spricht

man, wenn in der ersten Zeit nach der Geburt eines Kindes Symptome einer depressiven Verstimmung auftreten, die länger als zwei Wochen anhalten (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe,2017,S.30). Die depressiven Symptome entwickeln sich meist schleichend in der Zeit der ersten Wochen nach der Geburt. Manchmal treten sie aber auch erst in den späteren Monaten des ersten Jahres auf (vgl.ebd.,S.30). Hierbei ist diese Art der Depression klar abzugrenzen vom sogenannten „Baby-Blues“, welcher als postpartales Stimmungstief bezeichnet wird und von allein wieder verschwindet (vgl. URL 1). 50 – 80% der Mütter kommen in diese Phase nach der Entbindung ihres Kindes.

Erschreckend festzustellen ist, dass nur ein sehr geringer Prozentsatz der betroffenen Frauen eine geeignete Behandlung erhalten oder beanspruchen (vgl. Lenz/ Wiegand-Grefe,2017,S.30). Begründet ist diese Erkenntnis wahrscheinlich dadurch, dass die Ablehnung des eigenen Kindes gesellschaftlich nicht akzeptiert ist. Das hat zur Folge, dass betroffene Mütter sich vermutlich nicht trauen, mit anderen über ihr Problem zu reden oder sogar Hilfe in Anspruch zu nehmen. Weiterhin ruft es in vielen Betroffenen ein Gefühl des Versagens und der Scham hervor, wenn sie sich eingestehen, dass sie ihr Baby nicht so annehmen können,wie es von Außen erwartet wird.

Jedoch weiß man mittlerweile, dass eine postnatale Depression mit einer Vielzahl langfristiger Folgen für Mutter, Kind und die gesamte Familiensituation einhergeht (vgl.ebd.,2017,S.31). Deshalb sollten Mütter, die folgende Symptome erstmals bei sich beobachten, umgehend das Gespräch mit einem Arzt suchen:

Abbildung 2: Erste Symptome postnataler Depression



(Quelle: Dalton,2001,S.59)

Bleibt die Depression der Mutter unbehandelt, so setzen nach Lenz und Wiegand-Greife (2017) oft folgende emotionale Qualitäten ein:

- Mangel an Empathie und Gefühllosigkeit
- Angst bei der Versorgung des Kindes, die dazu führen kann, dass die Mutter sich aus der alltäglichen Betreuung zurückzieht oder nur noch mit Widerwillen oder Überwindung die Versorgung leistet
- Entfremdung vom Kind, Ablehnung und Indifferenz dem Kind gegenüber, welches die Mutter nicht lieben kann
- Ärger, Feindseligkeit, Wut und Hass auf das Kind, verbunden mit Impulsen, sich des Kindes zu entledigen oder es zu schädigen

Aktuelle Studien belegen, dass es einen Zusammenhang zwischen postnataler Depression und Bindungsstörungen gibt. Darauf werde ich im Abschnitt „Bindungsstörungen“ genauer eingehen.

Die Erschöpfungsdepression:

Diese Art von Depression liegt vor, wenn eine Mutter auf psychosozialen Stress reagiert. Dieser Stress resultiert aus der gefühlsmäßigen Dauerbelastung ohne Aussicht auf Entlastung (vgl. Faust,2000,S.167). Stresserlebnisse können hierbei z.B. in den Bereichen Familie, Partnerschaft oder Nachbarschaft auftreten. Durch die Dreifachbelastung durch Job, Haushalt und Familie entsteht bei manchen Frauen eine Überlastung, die dann in einer Depression endet. Betroffene Mütter haben oft nur schwach ausgeprägte Fähigkeiten beispielsweise Enttäuschungen, Sorgen, Kränkungen und Demütigungen zu kompensieren (vgl.ebd.,2000,S.168). Der Verlauf einer solchen Erschöpfungsdepression gliedert sich nach Faust (2000) in drei Phasen:

Am Anfang sind Betroffene von einer Überempfindlichkeit und reizbaren Schwäche ergriffen. Diese Symptome sind zusätzlich gekennzeichnet durch Unruhe, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche und schnelle Ermüdbarkeit. In der darauf folgenden Phase kommen psychosomatische Symptome dazu – Kopfschmerzen, Atemprobleme, Kreislauf- und Magenprobleme. Hier werden unverarbeitete seelische und psychosoziale Konflikte im körperlichen Bereich sichtbar gemacht. In der dritten Phase zeigt sich ein hartnäckiges, depressives Leiden, vergleichbar mit den Ausprägungen einer endogenen Depression.

Und auch hier gilt – begibt sich die Betroffene nicht in professionelle Behandlung, so können die Konsequenzen für Mutter und Kind weitreichend sein. Es entwickelt sich eine Art Teufelskreis, aus dem man allein nicht mehr ausbrechen kann.

3.3 Folgen der Depression für das Umfeld der Betroffenen

Leidet eine Mutter unter einer Depression, beispielsweise an einer postnatalen, so hat das auch Auswirkungen, die über die Mutter-Kind-Beziehung hinaus gehen. Auch Partnerschaften, Freundschaften und Beziehungen zu Kollegen sind von den Ausmaßen einer depressiven Erkrankung betroffen.

„Je besser die Art und Qualität von Abstimmung und Austausch zwischen Person und Umwelt , insbesondere in Bezug auf Ressourcen gelingt, desto zufrieden stellender wird die persönliche Lebensführung erlebt“ (Schubert, 1999, S. 109). Ausgehend von diesem Zitat wird klar, dass dies einer Person die unter einer depressiven Erkrankung leidet, oft nicht gelingt, da ihr in den meisten Fällen nur wenige Ressourcen zur Verfügung stehen. Zusätzlich ist das Wahrnehmen und auch ihre Zugänglichkeit eher eingeschränkt, wobei das Ausmaß stark von der Schwere der Erkrankung abhängt.

Betroffene Mütter sprechen oft davon, dass sämtliche Gefühle gegenüber jedem durch die depressive Krankheit in Frage gestellt werden (vgl. Müller, 1995, S. 63ff). Faust (2000) spricht von einem „seelischen Erkalten“, welches Beziehungsstörungen und eine überzogene Anspruchshaltung gegenüber dem Partner bedingen kann. Letztendlich endet dieser unterkühlte Zustand oft mit Bösartigkeit, Aggressivität und Feindseligkeit in der Partnerschaft, gegenüber Familienmitgliedern, Nachbarn oder Kollegen. Betroffene sind oft nicht in der Lage, auf ein erfreuliches Ereignis oder eine freundliche Umgebung positiv zu reagieren und dies hat zur Folge, dass sich der erkrankte Mensch in Interesselosigkeit, manchmal sogar Gleichgültigkeit wiederfindet. Als Resultat ziehen sich viele Freunde zurück, da sie für ihre Bemühungen oft nur Undankbarkeit ernten (vgl. Müller, 1995, S. 77). Innerhalb der Familie hat der Rückzug der erkrankten Mutter oft zur Folge, dass sich alle oder einzelne Familienmitglieder vollkommen zurückziehen

(vgl.ebd.,1995,S.77). Nicht selten sind die mit der Depression einhergehenden Probleme innerhalb einer Partnerschaft so belastend, dass diese zerbricht.

Im Falle einer depressiven Erkrankung einer Mutter, die bereits mehrere Kinder hat, stellt die Depression natürlich auch für ältere Kinder eine gravierende Belastung dar. Betrachtet man die Umstände, in denen Kinder sich befinden, die beispielsweise mit einer psychisch kranken Mutter aufwachsen, so wird deutlich, dass die erkrankte Person zum Mittelpunkt der Familie wird. Der Fokus wird sowohl von Fachleuten (wenn Hilfe in Anspruch genommen wird), als auch von der betroffenen Familie selbst auf die psychisch kranke Person gelegt. Problematisch dabei ist, dass Angehörige, vor allem aber die Kinder dieser Menschen, die als die schutzlosesten Angehörigen bezeichnet werden, in Vergessenheit geraten. Vor allem eine mit der Erkrankung eventuell zusammenhängende Klinikeinweisung (sofern es sich nicht um eine depressive Erkrankung im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes handelt) bedeutet für die zurück bleibenden Kinder ein einschneidendes Ereignis, in dem sie sich mit extremen Verlustängsten auseinandersetzen müssen (Jasz,2012,S.29). Ihre eigene Entwicklung kann beeinträchtigt werden, Bedürfnisse und Belastungen werden oft nicht wahrgenommen. Besonders dramatisch ist das Ausmaß, wenn eine alleinerziehende Mutter betroffen ist.

Die teilweise extremen Umstände und Belastungen, denen Kinder psychisch Kranker ausgesetzt sind, bleiben meist nicht folgenlos. Wichtig hierbei ist zu sagen, dass die Dauer der psychischen Erkrankung unterschiedliche Auswirkung auf die Kinder hat. Es spielt eine entscheidende Rolle, ob es sich um eine kurze Erkrankungsepisode handelt oder ob ein chronisches Krankheitsbild vorliegt. Letzteres ist für die betroffenen Kinder meist belastender, da es sich um einen langen Zeitraum handelt, in dem die

Angehörigen mit der erkrankten Person umgehen müssen (Schone/Wagenblass,2010,S.15).

Eine Auflistung der Probleme von Kindern mit psychisch kranken Eltern(-teilen) nach Fritz Mattejat (2000,S.72f) soll verdeutlichen, wie gravierend die psychischen Belastungen für die betroffenen Kinder sein können:

Desorientierung: Kinder sind verängstigt und verwirrt, weil sie die Probleme ihrer Eltern nicht einordnen und verstehen können.

Schuldgefühle: Sie befinden sich in dem Glauben, dass sie an der psychischen Erkrankung der Eltern schuld sind.

Tabuisierung: Sie haben den Eindruck, dass sie über die familiären Probleme mit niemandem sprechen dürfen. Dies liegt der Angst zugrunde, dass sie ihre Eltern verraten würden, wenn sie sich an Personen außerhalb der Familie wenden.

Aus Sicht der Eltern soll das Nicht-Besprechen der Krankheit, auch innerhalb der Familie (insbesondere gegenüber den jüngeren ihrer Kinder), dazu dienen, dass sie ihre Kinder schützen wollen. In der Konsequenz muss dieses Verschweigen für die Kinder extrem irritierend sein, da die von den Kindern wahrgenommenen Veränderungen der Eltern nicht thematisiert und besprochen werden (Lenz/Wiegand-Grefe,2017,S.5).

Isolierung: Resultierend aus der Tabuisierung entwickeln Kinder meist das Gefühl allein gelassen zu sein, da sie mit niemandem über die Erkrankung der Eltern reden können.

Betreuungsdefizit: Erkrankte Eltern sind mit ihren eigenen Problemen überfordert und können folglich nicht genug Aufmerksamkeit ihren Kindern gegenüber aufbringen. Es fehlt den Kindern die nötige Führung, die sie aber unbedingt brauchen, um ihren Alltag gut bewältigen zu können.

Zusatzbelastungen: Die Kinder sind durch zusätzliche Aufgaben, wie z.B. Haushaltsführung bei Klinikaufenthalt, belastet, sodass ihre eigenen Bedürfnisse noch weiter in den Hintergrund treten.

Verantwortungsverschiebung (Parentifizierung): Es entwickelt sich bei einigen Kindern ein gesteigertes Verantwortungsgefühl gegenüber der Familie. Sie übernehmen teilweise elternhafte Funktionen, wie z.B. die psychische Stabilisierung der Eltern oder die Elternrolle gegenüber Geschwistern.

Abwertungserlebnisse: Sie machen die Erfahrung, dass ihre Eltern und auch sie selbst von außenstehenden Personen (z.B. Freunde) aufgrund der Krankheit abgewertet werden.

Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie: Die Kinder werden in Konflikte zwischen den Eltern miteinbezogen und haben das Gefühl, sich hierbei für ein Elternteil entscheiden zu müssen.

Loyalitätskonflikt nach aussen: Es entwickelt sich ein Schamgefühl vor Freunden und Bekannten für die Eltern und hierbei sind die Kinder zwischen Loyalität und Distanzierung hin und her gerissen.

Die große Zahl an Belastungsfaktoren macht deutlich, unter welchem Stress die betroffenen Kinder leiden und mit welchen Problemen sie sich fast täglich auseinandersetzen müssen.

3.4 Bindungsstörungen

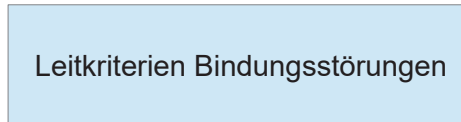
Die bindungstheoretischen Erkenntnisse haben einen umfangreichen Einblick in die Entwicklung von Bindungsqualitäten in den ersten Lebensjahren eines Kindes gegeben. Dabei beschrieben Bowlbys Grundannahmen den optimalen Verlauf und stellen den Bindungsaufbau zwischen Kind und einer primären Bezugsperson dar. Auch die

Bindungssicherheit und Bindungsunsicherheit, nach Ainsworth und Main, sind Ausprägungen innerhalb eines „normalen Varianzspektrums“. Bindungsstörungen dagegen stellen pathologische⁷ Formen dar. Eine Bindungsstörung wird als eine schwerwiegende Störung sozialer Fähigkeiten definiert (von Klitzing, 2009). Das Interesse gilt hier nicht, wie bei den Bindungsstilen, der Beschreibung von einem Beziehungsmuster zwischen Kind und einer spezifischen Bezugsperson, sondern es werden Beziehungen und Settings⁸ des Kindes im Allgemeinen untersucht (vgl. ebd.,2009). Karl Heinz Brisch, dessen Forschungsschwerpunkt den Bereich der frühkindlichen Entwicklung zur Fragestellung der Entstehung von Bindungsprozessen und ihren Störungen umfasst, ordnet dem Begriff „Bindungsstörung“ eine große Spannweite von Verhaltens- und Störungsmustern ein, wobei für deren Entstehung ein unsicheres Bindungsverhalten ursächlich sein kann. Darüber hinaus beruhen die Erkenntnisse von Ainsworth und Main nicht auf klinischen Stichproben, das bedeutet eine unsichere Bindung ist nicht mit einer Bindungsstörung gleichzusetzen. Es gilt also, zwischen einer tatsächlichen Bindungsstörung und einer Störung, die mit unsicheren Bindungsmustern verbunden ist, zu unterscheiden (Brisch,2009). Eine Bindungsstörung sollte entwicklungsbedingt nicht vor dem 8. Lebensmonat eines Kindes diagnostiziert werden, da erst nach der „Fremdenangst“ eine ausgeprägte Differenzierung und Bevorzugung einer bestimmten Bezugsperson festgestellt werden kann (Brisch,2009,S.19). Grundsätzlich gibt es einige Merkmale, die für eine Bindungsstörung kennzeichnend sind. Diese habe ich in folgender Abbildung dargestellt:

7 krankhaft

8 Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung

Abbildung 3: Leitkriterien für Bindungsstörungen



- eine in den meisten Lebensbereichen deutlich gestörte und dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechende soziale Beziehungsfähigkeit
- eine pathogene Fürsorge – also eine Missachtung der grundlegenden emotionalen und körperlichen Bedürfnisse als Ursache für das gestörte Beziehungsverhalten
- ein nicht entwicklungsangemessener Wechsel der wichtigen Bezugsperson des Kindes als zusätzliche Ursache
- Beginn der Bindungsstörung vor dem Vollenden des 5. Lebensjahres

(Quelle: vgl. von Klitzing, 2009, S. 14f)

Bleibt die Frage, ob es bestimmte Ursachen für das Ausbilden von Bindungsstörungen bei Kindern gibt. Karl-Heinz Brisch benennt multiple unverarbeitete Traumatisierungen von Kindern durch ihre Bindungspersonen als Hauptauslöser für Bindungsstörungen. Als traumatische Ereignisse zählt er folgende auf:

- sexuelle Gewalt
- körperliche Gewalt
- massive Vernachlässigung
- häufig wechselnde Bezugssysteme
- multiple Verluste

- miterlebte Gewalt in allen Formen (Augenzeuge)
- Verletzung von Bindungspersonen durch Gewalt

3.4.1 Reaktiv bindungsgestörte Kinder

Nach dem Diagnoseklassifikationssystem ICD-10 gibt es zwei Diagnosen für Bindungsstörungen (vgl. URL2) – zum Einen die reaktive Bindungsstörung des Kindesalters und zum Anderen die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung.

Die reaktive Form ist gekennzeichnet durch:

- *Störungen der sozialen Funktionen:*
 - eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen
 - Beeinträchtigung des sozialen Spiels
 - abnormes Betreuungsmuster zu betreuenden Personen mit einer Mischung aus Annäherung und Vermeidung
 - Aggressionen gegen sich selbst gerichtet und gegen andere
- *emotionale Auffälligkeiten:*
 - Übervorsichtigkeit
 - Furchtsamkeit
 - Unglücklichsein
 - Apathie
 - Mangel an emotionaler Ansprechbarkeit
 - teilweiser oder vollständiger Verlust an emotionalen Reaktionen
 - „frozen watchfulness“ → eingefrorene Wachsamkeit

Diese Art von Bindungsstörung tritt oft als direkte Folge schwerer elterlicher Vernachlässigung, Missbrauch oder schwerer Misshandlung auf. Besonders jüngere Kinder weisen sie auf.

Das zentrale Merkmal dieser Art von Bindungsstörung ist ein „deutlich gestörtes und dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechendes Muster von Bindungsverhalten, bei dem sich das Kind nur selten oder geringfügig einer Bezugsperson zuwendet, um von ihr Trost, Unterstützung, Sicherheit und Pflege zu erhalten“ (Falkai/ Wittchen,2015,S-362ff).

3.4.2 Die enthemmte Bindungsstörung

Als zweite Bindungsstörung benennt der ICD-10 die enthemmte Störung, gekennzeichnet durch folgende Merkmale:

- *Störungen der sozialen Funktionen:*
 - nicht selektives Bindungsverhalten gekennzeichnet durch wahllose Freundlichkeit & Distanzlosigkeit
 - unpassende Reaktion auf Beziehungsangebote von fremden Menschen
 - eingeschränkte Interaktion mit Gleichaltrigen
 - Beeinträchtigung des sozialen Spiels
 - Aggressionen gegen sich selbst oder andere

Emotionale Auffälligkeiten sind bei dieser Form zwar manchmal vorhanden, jedoch stehen sie weniger im Fokus.

Über diese Merkmale hinaus unterschieden sich diese beiden Arten von Bindungsstörungen darin, dass bei Kindern mit reaktiver Bindungsstörung ein auffälliges Bindungsverhalten in der fremden Situation nachweisbar ist, welches aber durch Bindungsmuster nicht ausreichend dargelegt werden kann. Kinder mit enthemmter Bindungsstörung hingegen weisen keinen Zusammenhang mit ihren Bindungsmustern in der fremden Situation auf (Brisch,2009,S.101).

3.4.3 Bindungsstörungen nach Karl-Heinz Brisch

Karl-Heinz Brisch steht der Klassifizierung nach dem ICD 10 kritisch gegenüber. Er sieht darin keine ausreichend diagnostische Zuordnung für die Vielfalt an Bindungsstörungen. Deshalb stelle ich nachfolgend seine eigene Klassifikation von Bindungsstörungen dar (vgl. Brisch,2009,S.101ff.).

Keine Anzeichen von Bindungsverhalten

- tritt oft auf bei Kindern, die schon als Säuglinge mit häufigen Beziehungsabbrüchen oder -wechseln konfrontiert waren
- Kinder zeigen keinerlei Bindungsverhalten, auch nicht in bedrohlichen Situationen
- selten sichtbares prosoziales Verhalten richtet sich nicht an bestimmte Person, sondern ist beliebig
- dieses Muster erinnert an „unsicher-vermeidende Bindungsqualität“ → jedoch ist das vermeidende Verhalten sehr viel ausgeprägter, undifferenzierter Trennungsprotest kommt oft dazu
- Kinder mit unsicher-vermeidender Bindungsqualität weisen trotz der Unsicherheit eine Bindung zu Bezugsperson auf → Kinder mit dieser Art von Bindungsstörungen können niemals eine stabile Bindung aufbauen, weder sicher noch unsicher

Undifferenziertes Bindungsverhalten

- Kindern fehlt vorsichtige Zurückhaltung gegenüber Fremden
- verhalten sich gegenüber Personen konstant freundlich, auch wenn diese noch völlig fremd sind

- in belastenden Situationen wenden die Kinder sich an jede beliebige verfügbare Person, um Trost zu suchen
- beruhigen sich jedoch nicht soweit, dass sie wieder ungestört mit einem Spiel fortfahren können
- Kinder dieses Typs werden oft auch als Unfall-Risiko-Typ bezeichnet
→ sind oft in selbst provozierte Unfälle mit Selbstgefährdung verwickelt → Kinder vergessen es oder unterlassen es vollständig, sich bei einer Bezugsperson in gefährlichen Situationen rückzuversichern

Übersteigertes Bindungsverhalten

- oft festzustellen bei Kindern, deren Mütter eine Angststörung mit Verlustängsten aufweisen
- die Kinder übernehmen den Part der sicheren Basis, um Mutter zu entlasten
- das übersteigerte Bindungsverhalten zeigt sich durch exzessives Anklammern des Kindes an die Mutter, da es nur in absoluter Nähe zur Bindungsperson ausgeglichen sein kann
- in ungewohnten oder fremden Situationen reagieren solche Kinder überängstlich
- Trennungen sind kaum möglich, da der emotionale Stress übermäßig hoch ausfällt, oft bis hin zur Panik
- besteht eine Ähnlichkeit zum „unsicher-ambivalenten Bindungsmuster“
→ jedoch ist auch hier ein übersteigertes Verhalten erkennbar, welches bei unsicher-ambivalent gebundenen Kindern so nicht auftritt
- verhaltensbedingt besuchen solche Kinder nur selten den Kindergarten oder die Schule (aufgrund der extremen Trennungsprobleme) → ärztliche Atteste umgehen die in Deutschland herrschende Schulpflicht

Gehemmtes Bindungsverhalten

- tritt oft auf bei Kindern, die körperliche Gewalt und/ oder Misshandlungen erlebt haben
- sie widersetzen sich in Trennungssituationen kaum oder überhaupt nicht
- sie fallen durch übermäßige Anpassung auf → protestieren gegenüber Aufforderungen und Befehlen der Bindungspersonen nicht und kommen diesen sofort nach
- Kinder haben gelernt, ihre Bindungsverlangen gegenüber ihren Bindungspersonen nur zurückhaltend zu äußern
- jedoch zeigen sie widersprüchliche Emotionen → einerseits möchten sie Schutz und Geborgenheit der Bezugsperson, andererseits ängstigen sie sich vor ihren Bezugspersonen (Angst vor Gewalt)

Aggressives Bindungsverhalten

- das Bedürfnis nach Nähe zeigen diese Kinder durch aggressives körperliches oder verbales Verhalten
- in den Familien der Kinder herrscht oft ein aggressives Klima untereinander
- aufgrund des aggressiven Verhaltens haben es diese Kinder schwer Beziehungen zu anderen Kindern aufzubauen
- aus Angst, dass das Kind keine Bindung zu einem Anderen aufbauen kann oder eine bereits erlangte Bindung verloren gehen könnte, entwickelt es eine kämpferische und aggressive Methode um Bindungswünsche unbedingt umzusetzen → das jedoch schreckt Andere ab und bedingt, dass ein Beziehungsaufbau oft scheitert

Bindungsverhalten mit Rollenumkehrung

- oft zu finden bei Kindern, die Angst vor dem realen Verlust ihrer Bindungsperson haben (z.B. nach einer Selbstmordandrohung oder bei drohender Scheidung der Eltern)
- es findet eine Umkehrung der Eltern-Kind-Beziehung statt
- durch die Parentifizierung⁹ scheint das Kind überfürsorglich und verantwortungsbewusst gegenüber seiner Bindungsperson
- signalisiert die Bindungsperson, dass sie Unterstützung braucht, so schränkt das Kind sein Erkundungsverhalten ein oder gibt es auf
- das Kind reagiert übermäßig feinfühlig und stellt seine eigenen Bedürfnisse hinten an

Bindungsstörungen mit Suchtverhalten

- wird der Wunsch nach Zuneigung eines Kindes permanent durch Essensangebote beantwortet, so kann das suchtarartige Verhaltensweisen auslösen
- das eigentliche Bedürfnis wird nicht befriedigt und das Kind wird erneut Nähe einfordern → bekommt es wieder Nahrung angeboten bekommen, so kann das Kind die Struktur einer Esssucht entwickeln
- das jedoch reduziert immer nur kurzfristig Stress, befriedigt aber nicht das eigentliche Bedürfnis
- diese Art von kurzzeitiger Bedürfnisbefriedigung kann später übergehen in verschiedene Formen von Süchten (Computerspielen, stoffgebundene Süchte)

⁹ Bezugsperson und Kind tauschen die Rollen

4. Therapiemöglichkeiten – eine Auswahl

Der erste wichtige Schritt, um psychische Erkrankungen zu behandeln, stellt die Diagnose dar. Der Patient muss eine aufrichtige und ausführliche Aufklärung über das jeweilige Krankheitsbild und die Heilungsmöglichkeiten erhalten. So können die Genesungskräfte des Patienten mobilisiert werden (vgl. Faust,2000,S.190).

In diesem Abschnitt möchte ich einen Einblick darüber geben, welche Möglichkeiten es gibt, eine depressive Erkrankung zu behandeln. Ich möchte an diesem Punkt darauf hinweisen, dass ich mich dabei auf grundlegende Präventionsmaßnahmen und das konkrete Beispiel des Steeptm-Programmes beschränken werde. Es gibt darüber hinaus weitere Unterstützungsangebote, wie beispielsweise eine Psychotherapie und/oder eine stationäre Behandlung, die ebenfalls in Anspruch genommen werden können.

Prinzipiell wirkt sich eine Entlastung der Mutter schon kompensatorisch auf die Mutter-Kind-Beziehung und oft auch auf die Schwere der psychischen Erkrankung aus. So denke ich hierbei an eine qualitativ hochwertige Krippenbetreuung, jedoch auch an die Beziehungsgestaltung zu anderen Bezugspersonen, wie z.B. den Vater, Großeltern oder andere Familienangehörige. Wenn die Beziehung zwischen Mutter und Kind gestört ist, kann dies eine erste „Linderung“ für beide Seiten bedeuten. Jedoch ist die Mutter in den meisten Fällen die primäre Bezugsperson und deshalb sollte es auch das primäre Ziel sein, die Beziehung zwischen ihr und ihrem Kind zu stärken bzw. zu verbessern, um folgenschwere Beziehungsstörungen zu vermeiden.

Wird bei einer Mutter eine psychische Erkrankung diagnostiziert und es ist zudem ersichtlich, dass sie nicht in der Lage ist, eine qualitativ hochwertige Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen oder auch aufrechtzuerhalten, so sollten Hilfsmaßnahmen in Anspruch genommen werden. Hierbei zielen

diese Maßnahmen darauf, die Mutter soweit zu unterstützen, dass die Beziehung zwischen ihr und ihrem Kind stabilisiert wird und Ressourcen auszuschöpfen.

4.1 Prävention

Bindungsstörungen stellen ein sehr komplexes Krankheitsbild dar, dessen Ursache in der frühen Kindheit zu finden ist. Aus einer diagnostizierten Bindungsstörung kann sich eine Persönlichkeitsstörung entwickeln, welche dann hohe gesundheitliche Folgen nach sich ziehen kann (vgl. Ziegenhain/ Fries/ Bütow/ Derksen, 2006). Ausgehend von dieser Erkenntnis, stellt Prävention, einen sehr wichtigen Pfeiler in der Auflösung einer psychischen Erkrankung dar, denn je früher eine Mutter erkennt, dass sie an einer psychischen Erkrankung leidet, desto früher können Lösungen für das Problem angegangen werden.

Faust schlägt vorbeugend eine Art Stressprophylaxe vor. Hierbei soll man sich selbst mit folgenden Fragen konfrontieren, um nicht noch tiefer in eine Depression zu geraten bzw. um nicht in einer Dauererschöpfung zu verharren:

Abbildung 4: Fragebogen zur Vorbeugung einer Depression

- welche Umweltbedingungen empfinde ich als belastend?
 - welche Fähigkeiten blieben unterentwickelt?
- welche eigenen Bedürfnisse und Ziele wurden vernachlässigt?
 - welche Vorstellungen sind unrealistisch?
 - welche Glaubenssätze sind schädlich?

(Quelle: vgl. Faust, 2000)

Durch diese Art von Analyse können eventuell aufgetretene Fehlzuschreibungen aufgehoben werden und eigene Bedürfnisse können ins Bewusstsein gerufen werden. Faust weist zusätzlich auf eine gesunde Lebensweise, gekennzeichnet durch eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung hin.

Beratungsangebote oder auch Patenschaften für Kinder stellen weitere präventive Maßnahmen dar, für Familien die als depressionsbelastet gelten. So bietet das Programm „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“, gefördert vom BMFSFJ¹⁰ Unterstützungsmaßnahmen an, um psychischen Erkrankungen bei Kindern vorzubeugen.

Zusätzlich zu den genannten präventiven Maßnahmen sollten Betroffene über verschiedene Entspannungsmöglichkeiten, wie Meditation, Yoga oder Tai Chi nachdenken. Sich einem verlässlichen Redepartner regelmäßig anzuvertrauen, kann auch eine wichtige Stütze sein. Es geht letztendlich darum, so viele Stressquellen zu beseitigen, wie möglich (vgl.

Dalton,2001,S.175ff.).

Aufgrund der transgenerativen Weitergabe von Bindungsstilen ist die Wahrscheinlichkeit sehr groß, dass eine psychisch kranke Mutter ihr Bindungsmuster an ihre Kinder weitergibt. Ein mögliches Durchbrechen dieses Teufelskreises durch verschiedene Hilfsmaßnahmen bedeutet einen enormen Erfolg für die Entwicklung eines betroffenen Kindes.

4.2 Das STEEP™-Programm als Beispiel für Intervention

Das STEEP™-Programm (*Steps Toward Effective, Enjoyable Parenting – Schritte zu einer effektiven, Freude bereitenden Elternschaft*) ist ein Programm zur Stärkung/ Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung. 1975

¹⁰ Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend

fand die Minnesota Längsschnittstudie¹¹ unter den Professoren Byron Egeland, Martha Farrell Erickson und Amos Deinard ihren Anfang. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Studie wurde Strategien entwickelt, die eine positive Entwicklung eines Kindes trotz risikobehafteter Umwelt hervorrufen können (vgl. Erickson/ Egeland,2006,S,26-29).

Ausgehend von der Erkenntnis, dass eine sichere Bindung zwischen Mutter und Kind als größter Schutzfaktor für die kindliche Entwicklung gilt, zielt dieses Programm in erster Linie darauf, die Eltern-Kind-Beziehung positiv zu beeinflussen. Jedoch hat das Programm auch einen positiven Effekt gezeigt in Bezug auf die Verringerung von sozialer Isolation, den Auswirkungen von Stressfaktoren, die Qualität der Umwelt des Kindes und die Erwartungshaltung der Eltern bezogen auf die Entwicklung ihres Kindes (vgl.ebd.,S.30).

Theoretisch umrahmt wird STEEP™ durch bindungstheoretische Grundlagen. Dieses Wissen über Bindung und ihre Entstehung ist von enormer Bedeutung für das Programm. Das zeigt sich deutlich darin, dass Unterschiede in den Bindungsmustern erkannt werden und der Mutter, wenn nötig, Unterstützung geboten wird, um eine sichere Bindung zu fördern. Eigene, teilweise negative Bindungserfahrungen der Mutter finden große Berücksichtigung. Eine betroffene Mutter wird dazu ermutigt, sich damit auseinanderzusetzen und ihre Gefühle zuzulassen, um ihre eigenen elterlichen Verhaltensweisen zu verbessern. Dadurch soll Vertrauen in sich selbst, aber auch in Andere entwickelt werden (vgl.ebd., S.36-37).

11 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 Probleme, wie z.B. Suchtprobleme, häusliche Gewalt etc. (vgl. Erickson/Egeland 2006, S. 27).

4.2.1 Grundsätze des STEEP™-Programms

Wie bereits erwähnt, liegt das Hauptaugenmerk dieses Programms darauf, die Eltern-Kind-Beziehung zu verbessern/ zu stärken. Um einer Mutter und ihrem Kind die Unterstützung zu gewährleisten, die sie benötigen, wird STEEP™ von drei elementaren Grundsätzen geleitet:

1. *„Die Mutter-Kind-Bindung ist in die Familie und die Gemeinschaft eingebettet“* (Erickson/ Egeland,2006,S.38).

Die Beziehung zwischen einer Mutter und ihrem Kind soll demnach sowohl in der Ursprungsfamilie, als auch zu weiteren Familienangehörigen und eventuellen Gemeinschaften (z.B. kulturelle Gruppen) bestehen.

2. *„Die Einzigartigkeit jeder Familie und jeder Person erfordert einen individuellen Ansatz“*(Erickson/ Egeland,2006,S.39).

Jeder Fall soll individuell betrachtet werden. Die Begründung dafür liegt darin, dass jedes Elternteil und jedes Kind Individualitäten mitbringt, die auch individuelle Probleme und Bedürfnisse hervorrufen.

3. *„Jedes Kind, jeder Elternteil und jede Familie hat Stärken, auf die man bauen kann“*(Erickson/ Egeland,2006,S.39).

Eine Aufgabe des STEEP™-Beraters ist es, die jeweiligen Stärken der Betroffenen zu ermitteln und zu stärken, denn kein Mensch hat ausschließlich Schwächen.

4.2.2 Die Ziele von STEEP™

Um Eltern und Kinder auf einen Weg zu mehr Kompetenz und Zufriedenheit zu bringen, haben die Begründer von STEEP™ acht Ziele formuliert, die das Erreichen dieser ermöglichen sollen.

1. *„Wir wollen gesunde, realistische Einstellungen und Erwartungen hinsichtlich Schwangerschaft, Geburt und Kindererziehung fördern“*(Erickson/ Egeland,2006,S.39).

Hierbei sollen sich die Eltern bewusst machen, dass Elternsein nicht nur Freude bringt, sondern eben auch Probleme hervorruft. So können absolute Einstellungen der Eltern Schwierigkeiten bedingen – total positive oder total negative Gefühle im Hinblick auf die künftige Elternrolle wirken sich meist schlecht auf die Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern aus. Vielmehr sollen Eltern durch die Umsetzung dieses Ziels eine objektive, realistische Vorstellung von dem bekommen, was eine Geburt und das Elternsein bedeutet.

2. *„Wir wollen ein besseres Verständnis von der kindlichen Entwicklung und realistische Erwartungen in Bezug auf das kindliche Verhalten fördern“*(ebd.,2006,S.40).

Grundkenntnisse über ein „normales“ Verhalten in verschiedenen Altersgruppen sind hierbei unabdingbar. Da aber viele Frauen keine Erfahrungen im Umgang mit Babys haben und eher intuitiv agieren, ist es von großer Bedeutung, ihnen gewissen Schlüsselverhaltensweisen nahe zu bringen und sie über deren Bedeutung aufzuklären.

3. *„Wir wollen eine feinfühlig, vorhersehbare Reaktion auf die Zeichen und Signale des Kindes fördern“*(ebd.,2006,S.41).

Eltern sollen lernen, die verschiedenen Signale ihrer Kinder zu verstehen und feinfühlig darauf zu reagieren, denn diese Feinfühligkeit trägt entscheidend zur Qualität der Eltern-Kind-Bindung bei. Erfährt ein Kind Verlässlichkeit in der Beantwortung seiner Signale, so wird es Vertrauen in sich und andere Menschen entwickeln.

4. *„Wir wollen die elterliche Fähigkeit stärken, die Welt mit den Augen des Kindes zu sehen“*(ebd.,2006,S.41).

Hier soll die Perspektive des Kindes eingenommen werden. Eltern sollen verstehen, warum ihre Kinder etwas tun und sich so gut wie möglich in das Handeln des Kindes hineinfühlen. So gelingt es, die Kinder auf eine behutsame Art und Weise, an die Regeln eines menschlichen Miteinanders heranzuführen.

5. *„Wir wollen eine sichere häusliche Umgebung fördern, die dem Kind optimale Entwicklungsmöglichkeiten bietet“*(ebd.,S.42).

Hierbei soll die Umgebung der Kinder so gestaltet werden, dass sie sowohl Ordnung, als auch Anregung schafft. Um das zu gewährleisten, muss der Wohnraum so kindersicher wie möglich sein, ohne das Kind übermäßig einzuschränken, abwechslungsreiche Spielmaterialien sollten vorhanden sein (diese müssen nicht teuer sein – viele Haushaltsgegenstände sind ungefährlich und können sehr gut zum Spielen genutzt werden), ein ausreichender Ordnungsgrad sollte bestehen und es sollte jederzeit eine erwachsene Person abrufbar und in Reichweite sein, die angemessen auf die Kinder eingeht.

6. *„Wir wollen den Kindern helfen, soziale Unterstützungsnetze für sich selbst und ihre Kinder zu erkennen und zu stärken“*(ebd.,2006,S.43).

Nach Beendigung der Teilnahme an dem STEEP™-Programm soll es Eltern gelingen, auch natürliche Unterstützungsangebote zu nutzen. Ausserdem sollen Eltern lernen, zu unterscheiden, ob Freunde oder Familienangehörige aufrichtig daran interessiert sind durch ihr Hilfsangebot zu unterstützen oder ob durch die vermeintliche Hilfe die eigenen Anstrengungen eher untergraben werden. Trifft der zweite Fall ein, so ist es wichtig diesen Menschen taktvoll aber klar Grenzen zu setzen.

7. *„Wir wollen den Kindern helfen, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen und verfügbare Ressourcen erfolgreich zu nutzen“*(ebd.,2006,S.43).

Dieses Ziel soll den Eltern helfen, ihre Entscheidungen sorgfältiger zu planen, um mögliche belastende Ereignisse und deren Folgen zu umgehen. Stabilität und eine gesündere Lebensweise sollen durch gemeinsame Arbeit zwischen Berater und Eltern erreicht werden.

8. *„Wir wollen den Eltern helfen, Optionen zu erkennen, Machtansprüche zu stellen und tragfähige Entscheidungen zu treffen“*(ebd.,2006,S.44).

Hier geht es darum, Eltern zu unterstützen, die selbst die Erfahrung der Machtlosigkeit gemacht haben, hervorgerufen durch unterschiedlichste eigene negative Erfahrungen.

Interventionsstrategien des Programms sollen Eltern zu der Erkenntnis verhelfen, dass sie natürlich über persönliche Macht verfügen und dass sie die Möglichkeit haben, intelligente und tragfähige Entscheidungen für sich und ihr Kind zu treffen.

Wichtig hierbei ist es, gute Erfahrungen aus der eigenen Kindheit zu übernehmen, schlechte Erfahrungen abzulegen, jedoch beide Erfahrungsqualitäten anzuerkennen. Jeder einzelne Mensch hat letztendlich die Macht zu entscheiden, welche dieser Erfahrungen er/sie an die eigenen Kinder weitergibt.

4.2.3 Die Umsetzung von STEEP™

Wie bereits erwähnt gibt es keine allgemein gültige Methode, die für Familien angewendet werden kann, um letztendlich eine Verbesserung der Beziehung zwischen Eltern und ihren Kindern zu erreichen. Dennoch gibt es Strategien, die der Gestaltung der Beziehung zwischen dem Berater und der Mutter (oder dem Vater) dienen sollen. Diese möchte ich im nächsten Abschnitt näher erläutern.

Die Konfrontation mit der eigenen Vergangenheit bildet eines der zentralen Ziele des Programms. Eine Mutter soll es mit Hilfe ihres Beraters schaffen,

einen Zugang zu ihren eigenen Gefühlen (sowohl positive als auch negative) zu kriegen und diese dann aufzuarbeiten. (vgl.

Erickson/Egeland,2006,S.45ff.) Gruppensitzungen zeigten in der Vergangenheit hier einen enormen Erfolg, da viele Mütter in diesen Sitzungen feststellten, dass es anderen Frauen genauso ergangen ist. Ein Gefühl der Zugehörigkeit entwickelte sich und folglich konnten viele Frauen offen über ihre Erfahrungen reden.

In einer zweiten Strategie geht es um Bewältigung und Abwehrmechanismen. Hier soll der Mutter klar gemacht werden, welche Strategien sie bisher genutzt hat, um sich vor Schmerz und Verlust zu schützen. Mütter sollen erkennen, dass diese Mechanismen zwar dem wichtigen Zweck des Schutzes dienen, aber unter Umständen auch dazu führen können, dass das persönliche Glück, die Beziehungen zu den eigenen Kindern und anderen wichtigen Menschen beeinträchtigt werden (vgl. ebd.,2006,S.46).

Eine weitere Methode besteht darin, die sogenannte „Alles-oder-nichts-Haltung“ zu hinterfragen. Besonders bei Menschen in schwierigen Lebensumständen und mit negativen Erfahrungen kommt es nicht selten vor, dass sie Dinge entweder sehr schlecht oder sehr gut bewerten. Etwas dazwischen wird nicht erkannt. Dieser Wechsel von Extremen kann sich allerdings negativ auf die Mutter-Kind-Bindung auswirken, da die Mutter nicht vorhersehbar für ihr 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 und eben auch die Graustufen zu erkennen. Also alles das was zwischen sehr schlecht und sehr gut liegt.

Das „Reframing“ und der Perspektivenwechsel bilden eine weitere Methodik im STEEP™-Programm. Ziel ist es, dass die Mutter so gut wie möglich die Perspektive ihres Kindes einnimmt. Dazu dienen verschiedene Übungen. So fungiert der Berater beispielsweise in einer Übung als Sprachrohr oder

Übersetzer für das Kind und macht der Mutter damit deutlich, warum sich das Kind in verschiedenen Situationen so verhält, wie es auf den ersten Blick für die Mutter vielleicht nicht nachvollziehbar wirkt.

Die letzte Methode bildet das „Problemlösen“. Diese Methode hat einen großen Stellenwert im STEEP™-Programm, da es vielen Müttern schwer fällt, gerade in Krisensituationen konstruktive Lösungsansätze zu erarbeiten.

Die folgende Abbildung zeigt eine mögliche Herangehensweise, um Probleme und Herausforderungen leichter zu meistern:

Abbildung 5: Die fünf Schritte des Problemlöseverfahrens

1. Das Problem erkennen: Worum geht es?
2. Brainstorming, um Alternativen zu sammeln.
3. Betrachten Sie die möglichen Konsequenzen der verschiedenen Optionen. Jede Möglichkeit soll aus den verschiedenen Blickwinkeln aller beteiligten Personen betrachtet werden.
4. Die Entscheidung für einen Handlungsplan: Auswahl der Alternative, die am ehesten zum angestrebten Ergebnis führt.
5. Evaluierung der Entscheidung: Es wird besprochen, ob die Entscheidung angemessen war und ob anders gehandelt worden wäre, wenn nochmals eine Wahl bestehen würde.

(Quelle: vgl. Erickson/Egeland,2006,S.51)

Um das Gelingen der vorangegangenen Zeilen zu gewährleisten, ist es von enormer Bedeutung, dass der jeweilige Berater, der den Müttern und ihren Familien zur Seite steht, eine unvoreingenommene, vorurteilsfreie, verständnisvolle und auch flexible Haltung aufweisen kann. Durch einen respektvollen Umgang kann das Vertrauen der Mütter gewonnen werden, welches einen wichtigen Stellenwert in der gemeinsamen Arbeit einnimmt. Besonders bei depressiven Müttern spielt der Aufbau einer vertraulichen Beziehung eine große Rolle, denn nur so öffnen sich die Frauen, besprechen ihre Ängste, äußern für sie wichtige Fragen und teilen ihre Bedürfnisse mit.

Hat eine betroffene Mutter das Gefühl von ihrem Berater ernst genommen zu werden und fühlt sich von diesem bestätigt, so kann sie sich besser auf die Angebote, die der Stärkung ihrer Beziehung zu ihrem Kind dienen, einlassen (vgl. Erickson/ Egeland, 2006, S. 54-60).

5. Fazit

Die Bindung zwischen einer Mutter und ihrem Kind, welche sich am stärksten im ersten Lebensjahr des Babys entwickelt, hat einen gravierenden Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. Eine sichere Bindung stellt einen Schutzfaktor dar, der dem Kind die Möglichkeit gibt, sich zu entfalten und seinem natürlichen Explorationsverhalten völlig frei nachzugehen.

Menschen, die gut behütet aufgewachsen sind, können sich oft nicht vorstellen, wie leicht es passieren kann, dass in der Interaktion zwischen einer Mutter und ihrem Kind etwas schief laufen kann. Haben sie selbst es doch so erfahren, dass sie im Laufe ihrer Sozialisation viel Feinfühligkeit erlebt haben. Sie wurden in ihrem Selbstwert gestärkt, durften sich ausprobieren, es wurden ihnen jedoch auch Grenzen gesetzt. Sie konnten sich mit ihren eigenen Eltern streiten und haben sich auch wieder vertragen und konnten in den „sicheren Hafen“ zurückkehren, wann immer das gewünscht und notwendig war. Daraus entstand eine sichere Bindung, die sie ein Leben lang auf eine positive Art und Weise tragen wird.

Menschen, die nicht auf solche Erfahrungen zurückgreifen können, kämpfen oft mit unsicheren Bindungsmustern, die sie in vielen Fällen an ihre eigenen Kinder weitergeben. Es ist klar geworden, dass sich solche negativen Bindungserfahrungen enorm auf das weitere Leben der Kinder auswirken und sogar schwerwiegende Störungen nach sich ziehen können.

Eine mögliche Ursache zum Ausbleiben eines feinfühligem und empathischen Umgangs mit einem Baby, kann eine depressive Erkrankung der Mutter sein.

Oft ist den betroffenen Frauen der Zugang zu ihren intuitiven Kompetenzen durch die Erkrankung nicht möglich und sie können kaum oder gar nicht auf die Signale ihrer Babys reagieren.

Babys antworten auf dieses Verhalten mit Rückzug oder einem enormen Verlangen nach Aufmerksamkeit. Schon früh zeigen betroffene Kinder psychische Auffälligkeiten, die sich im schlimmsten Fall zu einer Bindungsstörung entwickeln können.

Tritt tatsächlich der Fall ein, dass ein Kind eine Bindungsstörung entwickelt, so ist frühzeitige Unterstützung und Therapie äußerst wichtig. Die Beziehung zwischen dem Kind und seinen Bindungspersonen sollte aufgearbeitet werden, therapeutische Hilfesysteme sollten beansprucht werden, um bestehende innere Arbeitsmodelle zu verändern.

Da das Risiko eines Kindes einer depressiven Mutter für das Ausbilden einer Störung hoch ist, ist es zusätzlich von enormer Wichtigkeit, den Müttern und ihren Familien Unterstützung zur Bewältigung ihrer Erkrankung zu bieten. Betroffene Mütter müssen die Möglichkeit haben, sich vorurteilsfrei Hilfe zu suchen, um frühzeitig eine angemessene Behandlung für sich und ihr Kind zu bekommen. Die Tabuisierung und Isolierung von psychisch Kranken muss weiter abnehmen. Menschen, die in Hilfesystemen arbeiten (z.B. Hebammen, Familienhelfer usw.) müssen Betroffenen Mut zusprechen und sie über ihre Möglichkeiten aufklären.

Ein sehr hilfreiches Projekt ist aus meiner Sicht das STEEP™-Programm. Es stellt ein sehr geeignetes Interventionsprogramm dar, wobei es nicht direkt auf depressive Mütter abzielt, sondern allen Formen von risikobelasteten Familien zur Seite steht. Durch dieses Projekt können betroffene Mütter soweit unterstützt werden, dass es ihnen gelingt wieder einen Zugang zu ihrem Kind zu kriegen und somit ihre Beziehung positiv verändern. Diese Arbeit kann sich somit vorbeugend in Bezug auf die Entwicklung einer Bindungsstörung auswirken.

6. Literaturverzeichnis

Ahnert, Lieselotte (2010): *Wieviel Mutter braucht ein Kind?* Nachdruck 2015. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag

Battegay, Raymond (1991): *Depression. Psychophysische und soziale Dimension – Therapie.* 3. Auflage. Bern: Huber Verlag

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

Bowlby, John (2010): *Bindung als sichere Basis: Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie.* Aus dem Englischen von Axel Hillig. 2. Auflage. München (u.a.): Reinhardt Verlag

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

Brisch, Karl-Heinz (2016): *Bindung und frühe Störungen der Entwicklung.* 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

Brisch, Karl-Heinz (2009): *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie.* 9. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag

Dalton, Katharina (2001): *Wochenbettdepression. Erkennen – Behandeln – Vorbeugen.* Bern/ Göttingen/ Seattle/ Toronto: Hogrefe-Verlag

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

Falkai, Peter /Wittchen, Hans-Ullrich (2015): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe Verlag

Faust, Volker (2000): Seelische Störungen heute. Wie sie sich zeigen und was man tun kann. 2. Auflage. München: C.H. Beck

Fonagy, Peter; Target, Mary (2005): Frühe Bindung und psychische Entwicklung: Beiträge aus Psychoanalyse und Bindungsforschung. 2. Auflage. Gießen: Psychosozial-Verlag

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

Grossmann, Karin; Grossmann, Klaus (2006): Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit. 3. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag
Homeier, Schirin (2006): Sonnige Traurigtage. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag

Jasz, Jasmin (2012): Dein anderes Ich: Kinder psychisch kranker Eltern. Hamburg: Diplomica Verlag

Klitzing, Klaus von (2009): Reaktive Bindungsstörungen. Heidelberg:
Springer Verlag

Lenz, Albert / Wiegand-Grefe, Silke (2017): Kinder psychisch kranker Eltern.
Göttingen: Hogrefe-Verlag

Mattejat, Fritz / Lisofsky, Beate (Hrsg.) (2000): Nicht von schlechten Eltern:
Kinder psychisch Kranker. 2. ergänzte Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Müller, Peter (1995): Schlafentzug. Erfolgreich gegen Depressionen. Ein
Erfahrungsbericht und Leitfaden für Betroffene, Nahestehende und
Behandelnde. Bonn:

Schone, Reinhold / Wagenblass, Sabine (2010): Wenn Eltern psychisch
krank sind...: kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 3
Auflage. Weinheim: Juventa Verlag

Schubert, Franz-Christian (1999): Lebensorientierte Beratung. Ein
sozialökologisches Denk- und Handlungsmodell. In: Marschner, Lutz (Hrsg.):
Beratung im Wandel. Eine Veröffentlichung der Bundeskonferenz für
Erziehung. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag

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

URL-Quellen:

URL 1: <https://ze.tt/postpartale-depression-erkrankung-mehr-oeffentlichkeit/>

URL 2: <http://www.icd-code.de/icd/code/F94.1.html>

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Neubrandenburg, 05.07.2019

Unterschrift: