



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences
Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Affektregulation

Bachelor-Thesis
Studiengang Early Education

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis-2019-0412-2

vorgelegt von

Wellenbrock, Lucas

Fachsemester 6

Datum der Abgabe:	06.01.2020
Erstprüferin:	N. Simonn M.A.
Zweitprüferin:	Dipl.-Soz.-Päd. D. Hoffmann

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
1 Entwicklung der Affektregulation in der Interaktion mit der primären Bezugsperson	5
1.1 Die Begriffe Affekt und Affektregulation	5
1.2 Die Entwicklung der Affektregulation in den ersten Lebensjahren.....	6
1.3 Die Bedeutung der Amygdala für die Affektregulation.....	8
1.4 Das Cingulum und das Bewusstsein des Kindes	15
1.5 Die höchste Affektregulationsstruktur: Der orbitofrontale Kortex.....	16
2 Dysfunktionale Affektregulation	20
2.1 Effekte von Bindungsstörungen auf die kindliche Gehirnentwicklung	23
2.2 Die körperliche Reaktion auf Traumata in Form der Dissoziation.....	25
2.3 Die transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen.....	27
3 Kompensatorische Affektregulation im therapeutischen Setting.....	30
3.1 Die lebenslange Entwicklungsplastizität des menschlichen Gehirns.....	31
3.2 TherapeutInnen als externe Affektregulatoren	32
3.3 Der Projektive-Identifikations-Mechanismus in der Psychotherapie.....	33
3.4 Die Verbalisierung unbewusster Affekte.....	34
3.5 Grenzen der Affektregulationsentwicklung im therapeutischen Rahmen.....	36
4 Unterstützungsmöglichkeiten der Affektregulation in Kindertagesstätten	38
4.1 Der Beginn der Affektregulation in der außerfamiliären Betreuung	38
4.2 Bindungsfördernde Eigenschaften pädagogischer Fachkräfte.....	40
4.3 Strukturelle Einflussfaktoren auf die Beziehungsqualität in Kindertagesstätten	42
4.4 Unterstützung der Affektregulationsentwicklung im Kita-Alltag.....	43
4.5 Grenzen der affektiven Unterstützung in Kindertagesstätten.....	45
Zusammenfassung.....	48
Literaturverzeichnis.....	50

Einleitung

Als Aspekt der emotionalen Entwicklung stellt die Erlangung der Fähigkeit zur Affektregulation eine der wichtigsten Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit dar (Petermann & Wiedebusch 2008, S. 13). Im § 22 SGB VIII sowie im § 1 Abs. 1 KiföG M-V sind die Ziele und Aufgaben von Kindertageseinrichtungen festgelegt. Demnach umfassen die Aufgaben von Kindertageseinrichtungen u. a. die Förderung der emotionalen Entwicklung in den Einrichtungen sowie die Unterstützung und Ergänzung dieser Prozesse in den Familien. Die Förderung der Affektregulation gehört also zu den Aufgaben von Kindertageseinrichtungen. Des Weiteren dienen die Tageseinrichtungen laut Paragraph 9 des KiföG M-V der Beendigung diagnostizierter Entwicklungsauffälligkeiten sowie der allgemeinen Gesundheitsförderung und Prävention. Die Förderung emotionaler Kompetenz insbesondere der Affektregulation dient in diesem Zusammenhang der langfristigen Vermeidung von aggressivem sowie Suchtverhalten und anderen psychischen Auffälligkeiten (Petermann & Wiedebusch 2008, S. 6) Frühzeitige Interventionen in Fällen, in denen Kinder intensiven dysregulierten Zuständen ausgesetzt sind oder waren, sind insbesondere im Kleinkindalter von großer Bedeutung, um körperliche, mentale und kognitive Schädigungen zu vermeiden. Darüber hinaus können frühe Hilfeleistungen die Entwicklungs- und Lebensqualität betroffener Kinder unmittelbar verbessern und langfristig schwerere Störungen und damit verbundene Behandlungen verhindern (Rass 2012, S. 14 ff.).

Auch um dem Bildungsauftrag von Kindertagesstätten (§ 22 SGB VIII, § 1 Abs. 1 KiföG M-V) gerecht zu werden, benötigt es der Kontrolle über die eigenen Affekte. Affekte bilden zum einen ein entscheidendes Motivationssystem und zum anderen fördert eine sichere Bindung, die mit einer adäquaten Affektregulation durch Bezugspersonen der Kinder im Zusammenhang steht, das Explorationsverhalten von ihnen und unterstützt somit die intrinsisch motivierte Bildung (Schore 2012b, S. 91; 2007, S. 162; Reite & Capitanio 1985, S. 248).

Die Affektregulation ist demnach ein bedeutsames Thema für die frühe Pädagogik und deshalb soll im Rahmen dieser Arbeit folgende Fragestellung beantwortet werden: Wie entsteht die Fähigkeit zur Affektregulation und inwieweit kann diese Entwicklung im Rahmen von Kindertagesstätten unterstützt werden?

Dazu wird diese Arbeit in vier Teile unterteilt. Im ersten Teil geht es um den Prozess in dem Affektregulationsfähigkeit im Normalfall erlangt wird. Dafür werden zunächst die Begriffe Affekt und Affektregulation erklärt und die sogenannten Basisaffekte vorgestellt. Im nächsten Unterpunkt wird auf die Effekte der Bindungsbeziehung für die Entstehung der affektiven Regulationsfähigkeit eingegangen, um im folgen Unterpunkt auf die Dyadische Interaktion zwischen primärer Bezugsperson und Kind einzugehen und parallel dazu herauszustellen, wie sich das kindliche Gehirn während dieser Interaktionen entwickelt.

Im zweiten Kapitel werden die Effekte von unzureichenden Affektregulationsmöglichkeiten beschreiben und wie es zur Entwicklung dysfunktionaler Regulationsstrategien kommt. Dabei wird auf die Unterschiede im Verhalten, den Bindungen und den Regulationsformen eingegangen. Zum Abschluss dieses Kapitels wird auf die transgenerationale Weitergabe insbesondere von unsicheren Bindungsmustern und Traumatisierungen eingegangen, die zum einen zur Provokation weiterer Misshandlung und zum anderen zur Weitergabe pathologischen Verhaltens an die jüngere Generation führt.

Nachdem auf diese Faktoren, die die Entwicklung der Affektregulation einschränken, eingegangen wurde, wird im dritten Kapitel gezeigt, wie die Affektregulationsfähigkeit und ihre Entwicklung nachträglich unterstützt werden können, wenn dies im Kleinkindalter nicht angemessen geschehen ist. Dazu werden psychotherapeutische Konzepte herangezogen, um die Funktionsweise dieser Unterstützung zu erklären. In diesem Zusammenhang wird auf das Konzept von TherapeutInnen als Entwicklungsobjekte eingegangen, die stagnierte Affektregulationsentwicklungen in therapeutischen Behandlungen fortsetzen. Abschließend werden die Grenzen der therapeutischen Interventionen in Hinblick auf die Affektregulationsentwicklung erläutert.

Im vierten Kapitel werden die vorher beschriebenen Erkenntnisse auf den Alltag in Kindertagesstätten bezogen, um die Möglichkeiten der Unterstützung in diesem Rahmen aufzuzeigen. Dazu wird insbesondere auf die Rolle der pädagogischen Fachkräfte als Bezugspersonen im Kontext der Unterstützung bei der Affektregulationsentwicklung eingegangen.

1 Entwicklung der Affektregulation in der Interaktion mit der primären Bezugsperson

1.1 Die Begriffe Affekt und Affektregulation

Ein Affekt stellt sich, auf basaler Ebene betrachtet, als Ergebnis neurophysiologischer, sensorischer und motorischer Aktivität dar. Als Auslöser fungieren zunächst Ereignisse und Wahrnehmungen und später Fantasien. Diese erzeugen im autonomen Nervensystem (ANS) ein einzigartiges Muster neuronaler Erregung, das dann zu den typischen unbewussten Regungen der Gesichtsmuskulatur führt und damit für die körperlichen Komponente eines Affekts verantwortlich ist. Diese Aktivität des ANS lässt sich u. a. anhand von Schwankungen der Hautleitfähigkeit erkennen sowie durch Veränderungen des Herzschlags, der in affektiven Zusammenhängen durch sympathische Schaltkreise des ANS angepasst wird. Das Feedback dieser Bewegungen sorgt dann schließlich für das emotionale Erleben des spezifischen Affekts (Schore 2007, S. 165 ff.; Turnbull & Solms 2005, S. 108; Dornes 2001, S. 123).

Unter der Bezeichnung Primär- oder Basisaffekte sind je nach Quelle bis zu neun Gesichtsausdrücke beschrieben, die über verschiedene Kulturen hinweg identisch sind und von den Angehörigen einer Kultur als einzelne Affekte erkannt werden. Kulturelle sowie individuelle Unterschiede beschränken sich hierbei auf das Ausmaß und die Umstände in denen ein spezifischer Affekt gezeigt wird (Dornes 2001, S. 113).

„Die Basisaffekte sind: Freude, Interesse-Neugier, Überraschung, Ekel, Ärger, Traurigkeit, Furcht, Scham, Schuld.“ (ebd.) Die Affekte Interesse-Neugier, Überraschung und Ekel zeigen Säuglinge entweder schon ab der Geburt oder innerhalb des ersten Lebensmonats. Dann folgt ab spätestens der sechsten Lebenswoche Freude. Zwischen dem zweiten und vierten Lebensmonat zeigen sich erstmals Traurigkeit und Ärger. Mit circa einem halben Jahr kommt Furcht hinzu und nach zwölf Monaten schließlich der Schuldaffekt. Das frühere Auftauchen des nonverbalen Schamaffekts vor dem der verbalen Schuld deutet in diesem Zusammenhang auf die frühere Entwicklung der nonverbalen rechten Hirnhälfte vor der später reifenden verbalen linken hin, die im folgenden Abschnitt thematisiert wird (Schore 2012a, S. 85; Dornes 2009, S. 40; 2001, S. 120).

Unter dem Begriff Affektregulation wird die Steuerung des emotionalen Verhaltens verstanden. Ziel ist es positive Affektzustände in Intensität und Dauer zu maximieren

sowie negative auf ein Minimum zu reduzieren. Basierend auf einer Bewertung des jeweiligen gegenwärtigen körperlichen Zustandes werden emotionale Reaktionen an die entsprechende Situation angepasst oder korrigiert, um dieses Ziel zu erreichen (Schore 2012b, S. 91; Schore 2007, S. 42 ff.).

Dabei wird zwischen zwei Kategorien der Regulation unterschieden; zum einen der autonomen Selbstregulation und zum anderen die interaktive Regulation in einem sozialen Kontext. Zwischen diesen beiden Modi wird in Abhängigkeit der jeweiligen Situation, dem sozialen Kontext und der individuellen Affektregulationsfähigkeit gewechselt. Diese Fähigkeit entwickelt sich innerhalb sicherer Bindungen und ermöglicht einen flexiblen Umgang mit beiden Modi (Schore 2007, S. 167). Dabei wird das Maß der individuellen Erregung je nach Situation herauf- oder herunterreguliert (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S. 48).

Die Fähigkeit zur Affektregulation besteht grob aus zwei Aspekten. Zum einen der physiologischen Empfindlichkeit für Stress und negative Affekte und zum anderen aus dem individuellen Repertoire an Regulationsstrategien und dem Vermögen diese situativ angemessen anzuwenden (Petermann & Wiedebusch 2008, S. 65).

1.2 Die Entwicklung der Affektregulation in den ersten Lebensjahren

Zu Beginn des extrauterinen Lebens verfügt der Säugling über nahezu keine Möglichkeiten seine Affekte selbst zu modulieren. In dieser Zeit dient die primäre Bezugsperson¹, also vorwiegend die Mutter, als externer Regulator der kindlichen Affekte. Indem sie sich auf das Kind einstellt, nimmt sie den Affektzustand des Säuglings wahr und reagiert daraufhin modulierend (Petermann & Wiedebusch 2008, S. 73).

Im Gehirn des Säuglings bilden sich aufgrund dieser sozialen Erfahrungen allmählich die für die Affektregulation zuständigen Systeme. „Dieser interaktive Mechanismus verlangt reifere Gehirne, die sich ganz bewusst, mit Gefühl und Interesse, auf jüngere Gehirne einlassen, und schließt eine Koordination der Motivationen des Säuglings und der subjektiven Gefühle des Erwachsenen ein.“ (Schore 2007, S. 289)

¹ „Der Begriff Haupt- oder primäre Bindungsfigur bezieht sich auf diejenige Person, zu der ein Kind seine wichtigste lebenslange emotionale Bindung entwickelt und von der es am allerliebsten getröstet werden möchte, wenn es erschrocken oder verletzt ist. Diese Person ist in aller Regel – aber nicht zwingend – die leibliche Mutter. Es kommt allerdings vor, dass eine andere Person als die leibliche Mutter das Kind großzieht – etwa der Vater oder eine Adoptivmutter – und das Kind dann eine primäre Bindungsbeziehung zu dieser Person und nicht zu seiner leiblichen Mutter entwickelt (Bowlby 2009, S. 215 f.).“

Die primäre Bezugsperson übernimmt also zunächst die Funktion der Affektregulation für den Säugling und ist für die Entstehung seiner zerebralen Regulationssysteme unverzichtbar, da diese durch die interaktive Affektregulation innerhalb der Bindungsbeziehung gebildet werden und so die Fähigkeit zur Affektregulation internalisiert wird. Dabei werden im kindlichen Gehirn Repräsentanzen der Bindungsbeziehung und –interaktionen gebildet, die langfristig die Gehirnreifung prägen und die Affektregulation im weiteren Leben beeinflussen (Schore 2012a, S. 80; 2007, S. 37 ff.; Rass 2012, S. 31). Da in der Beziehung zwischen Kind und primärer Bezugsperson lang anhaltende prägende Erfahrungen gesammelt werden, hängt die menschliche Affekttoleranz, also die Fähigkeit Emotionen bewusst zu erleben und Schmerz auszuhalten, zu großen Teilen von den frühen Erfahrungen ab, die grundlegend zur Entstehung der Persönlichkeit beitragen (Schore 2012a, S. 78). So wird in der heutigen Psychoanalyse auch der Fokus der Persönlichkeitsentwicklung von der ödipalen Phase des dritten und vierten Lebensjahrs auf die Bindung der ersten zwei Lebensjahre vorverlegt (Schore 2007, S. 86 ff.).

In dieser Zeit, beginnend im letzten Schwangerschaftstrimester bis zum zweiten Lebensjahr, erfährt die rechte Gehirnhälfte, der Ort des emotionalen Gehirns, ihre erste und stärkste Wachstumsepisode. Das Volumen des kindlichen Gehirns wächst im ersten Lebensjahr um 101% und im zweiten 15% (Schore 2012, S. 157). Mit ungefähr zwei Jahren beginnt der erste Wachstumsschub der linken Hirnhälfte, die Entwicklung einer Bindungsbeziehung zu einer weiteren Bezugsperson und das Gehirn entspricht in seinem äußerlichen Erscheinungsbild dem eines Erwachsenen. Mit drei Jahren verfügt das Gehirn bereits über die gesamten Hauptnervenbahnen und das rechte Gehirn durchläuft eine weitere Wachstumsperiode (Schore 2007, S. 161). Neben dem Volumenzuwachs der rechten Hemisphäre ist auch dessen Durchblutung von Anfang an stärker als die der linken Hälfte. Diese Dominanz hält bis ins vierte Jahr hinein an und verlagert sich dann nach links. Infolgedessen wird in erster Linie die rechte Hemisphäre von den frühen Bindungserfahrungen beeinflusst. Bindung ist damit über gezeigtes Verhalten hinaus in die Struktur des Nervensystems eingepreßt (Rass 2012, S. 33 ff.; Schore 2007, S. 35 ff.).

Die rechte Hirnhälfte beherbergt folglich die Areale, die für die Affektregulation und die Entwicklung von Anpassungsstrategien verantwortlich sind, die wiederum dem Individuum ermöglichen stressige und sich verändernde Situationen zu bewältigen. Dies

wird durch die anatomischen Verbindungen dieser Hirnhälfte mit dem limbischen System begünstigt (Schore 2007, S. 91).

Das soziale Umfeld, vor allem die darin stattfindende beginnende Interaktion des Säuglings mit seinen primären Bezugspersonen ist somit ein unmittelbarer Einflussfaktor für die Entwicklung der rechten Hemisphäre, da es für positive wie negative Effekte mitverantwortlich ist (Schore 2007, S. 71 ff.). „Bindungsbeziehungen beeinflussen daher nicht nur – wie früher gedacht – das Verhalten und die Kognition des heranreifenden Babys, sondern auch dessen Gehirnverschaltung – positiv oder negativ“ (Rass 2012, S. 33).

1.3 Die Bedeutung der Amygdala für die Affektregulation

Eines dieser Gehirnareale ist die Amygdala, die zum Zeitpunkt der Geburt bereits funktionsfähig ist. Sie bildet die unterste von drei übereinander angeordneten limbischen Schichten, die jeweils durch Bindungserfahrungen der frühen sozialen Umwelt im ersten Lebensjahr geprägt werden (Schore 2007, S. 162).

Sie bilden, jede für sich, Teile des Unbewussten in denen die Geschichte der Selbstentwicklung gespeichert wird. Die aufeinanderfolgende Entwicklung dieser drei limbischen Schichten verläuft vertikal von der primitivsten der Amygdala, über den vorderen Teil des Cingulums zur komplexesten Schicht: dem orbitofrontalen Kortex, wovon jede eigene affektive, kognitive und Verhaltensaufgaben erfüllt. Entsprechend dieser aufeinander folgenden Reifung im Kontext von sozialen Erfahrungen entwickelt sich die individuelle Struktur des limbischen Systems. Dabei entsteht eine Hierarchie in der die später reifenden Strukturen die früheren regulieren. Durch die etappenweise Reifung werden komplexere Affekte und deren Regulationsmechanismen ermöglicht, indem sich vage körperliche Empfindungen zu diskreten subjektiven Zuständen weiterentwickeln. Die mithilfe einer entwicklungsfördernden Umgebung entstandene synaptische Verbindung der drei rechtsseitigen limbischen Ebenen sorgt für ein zeitlich zusammenhängendes Selbsterleben und Flexibilität im Umgang mit sich verändernden Situationen (Schore 2007, S. 256 ff.).

Die Bedeutung des einfachen limbischen Systems der Amygdala liegt in seiner Beteiligung am Wiedererkennen der Mutter durch das Neugeborene anhand des Geruchs und der in diesem Zusammenhang stattfindenden Anbindung. So können neugeborene Babys im Alter von sechs Tagen ihre Mutter am Geruch ihrer Brust erkennen und von dem anderer Mütter unterscheiden. Die Amygdala erfährt einen

Reifungsschub der im letzten Drittel der Schwangerschaft beginnt und bis in die ersten zwei Monate des Lebens hineinreicht und so mit der Anbindung an die primäre Bezugsperson zusammenfällt (Schore 2007, S. 257).

Allerdings ist die Entwicklung der Amygdala abhängig von den frühen sozialen Erfahrungen des Neugeborenen. Unter günstigen Umständen führt die erfahrungsabhängige Reifung zu Gehirnverknüpfungen, die eine erste Ko-Regulation in der Interaktion zwischen Säugling und Mutter ermöglichen, indem die Ausschüttung der Hormone Oxytocin und Vasopressin gesteuert wird. Oxytocin wirkt stressreduzierend, indem es den Spiegel des Stresshormons Cortisol lang anhaltend senkt. Durch die Stimmlage und Mimik der Mutter während des Tröstens des Kindes erzeugt sie eine Atmosphäre von Wärme und Geborgenheit, in der Oxytocin ausgeschüttet wird. Wenn diese Atmosphäre regelmäßig erfahren wird, bildet sich aus den bisherigen Erfahrungen des Tröstens, Beruhigens und kurzer Trennungssituationen im Alltag eine emotionale Routine, die dem Kind ermöglicht, sich auch in Abwesenheit ihrer primären Bezugsperson in gewissem Maße für kurze Zeit selbst zu beruhigen. Ist die frühe Interaktion zwischen Säugling und Mutter hingegen durch ängstigendes Verhalten geprägt, führt dies zu einer Hemmung der zerebralen Verknüpfung zwischen Amygdala und anderen umliegenden Hirnarealen und diese stressvollen Erfahrungen bleiben in ihr gespeichert. Somit ist die Verbindung zwischen Mutter und Baby nötig, damit sich eine komplexe und kohärente Gehirnstruktur entwickeln kann, die ebenso komplexere Bewusstseinszustände ermöglicht. Infolgedessen sind zur Entstehung dieser höheren Bewusstseinszustände zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen nötig. Außerdem wird deutlich dass das menschliche Gehirn durch die Kommunikation mit anderen Gehirnen gekennzeichnet ist und auch darauf angewiesen ist, um sich weiter zu entwickeln (Schore 2007, S. 35 ff.; Dornes 2009, S. 309). „Die Selbstorganisation – so auch die des Gehirns – kann sich nur in der Beziehung mit einem anderen Hirn ereignen“ (Rass 2012, S. 20). Auch Fonagy (2005) zeigt die Bedeutung der frühen Bindungsinteraktion für die Gehirnentwicklung auf:

Erstens haben Langzeitstudien, die über zwei Jahrzehnte durchgeführt wurden, eindeutig gezeigt, dass eine sichere Bindung in der frühen Kindheit eng mit einer vorzeitigen Entwicklung einer ganzen Reihe von Kompetenzen verbunden ist, die auf Interpretations- und Symbolisierungsfähigkeiten beruhen: zum Beispiel Exploration und Spiel, Intelligenz und sprachliche Fähigkeiten, Ichstärke und Ichkontrolle, Frustrationstoleranz, Neugierde, Selbsterkenntnis, soziale kognitive Fähigkeiten usw. Bindungssicherheit lässt auf kognitive und explorative Fähigkeiten schließen, auf Gefühlsregulierung, Kommunikationsstil und andere Entwicklungen. (S. 155)

Der emotionale Gesichtsausdruck der primären Bezugsperson ist der bedeutendste visuelle Reiz für das kleine Kind. Während sich der Säugling im ersten Lebensmonat primär auf die kontrastreichen Übergänge am Rand des Gesichts konzentriert, bewegt sich der visuelle Fokus danach allmählich ins Zentrum des Gesichts (Dornes 2001, S. 39). Zwischen zweitem und drittem Monat beginnt die kindliche Aufmerksamkeit sich auf das Auge der primären Bezugsperson zu verschieben und sogenannte Face-to-face-Interaktionen mit intensivem gegenseitigem Blickkontakt treten erstmalig auf (Schore 2007, S. 295).

Das Auge, vor allem die Pupille ist zu dieser Zeit das primäre nonverbale Instrument unbewusster Kommunikationen während wechselseitiger Regulationsmomente, so dass die großen Pupillen des Säuglings beispielsweise für Fürsorgeverhalten durch die primäre Bezugsperson sorgen. Auch die Augen der Eltern weiten sich beim Anblick eines Babys und Affekte der Freude und des Interesses treten bei ihnen auf. Der Säugling reagiert selbst mit einer Weitung seiner Pupillen und einem Lächeln (Schore 2007, S. 32 ff.). Dabei haben Videoanalysen der asynchronen Mundbewegungen von Säuglingen die rechtshemisphärische Dominanz bei der Verarbeitung des Gesichtsausdrucks gezeigt (Schore 2007, S. 164 ff.).

Damit geht eine zunehmende Myelinisierung des visuellen Bereiches der hinteren Hirnrinde einher, die durch bildgebende Verfahren anhand einer Zunahme der Stoffwechselaktivität dieser Region bestätigt wird, was dafür spricht dass „synaptische Verbindungen im primären visuellen Kortex durch visuelle Erfahrung modifiziert werden“ (Schore 2007, S. 257). Die wechselseitige affektive Synchronisierung beim menschlichen Spiel innerhalb dieser Face-to-face-Interaktionen sorgt für ein großes Maß an Vergnügen für Mutter (primäre Bezugsperson) und Kind und ähnelt dem, was Mahler (1999) metaphorisch als Symbiose bezeichnet hat (S. 63; Schore 2007, S. 295). „Das Konstrukt Symbiose reflektiert somit die Konzeption einer Bindung als eine interaktive Regulation biologischer Synchronisierung zwischen Organismen“ (Schore 2007, S. 295).

Das Maß dieser Synchronisierung zwischen Mutter und Kind entspricht ihrer Sensibilität für seine Signale und entsteht durch das gegenseitige Anpassen des individuellen Verhaltens an den affektiven Rhythmus des anderen in der Dyade. Durch die Regulation der Art, des Umfangs und der Schwankungen der erregenden Reize unterstützt die Mutter den Säugling bei der Informationsverarbeitung und daher sind die synchronisierten Momente von großer Bedeutung für die individuelle affektive

Entwicklung, denn in diesen intersubjektiven Erfahrungen des Kleinkindes mit seiner primären Bezugsperson dient diese als Selbstobjekt, das für die Entstehung und den Bestand einer eigenständigen Persönlichkeit nötig ist. Die Herausforderung der mütterlichen Sensibilität ist das Zulassen intensiver Affekte des Säuglings bei gleichzeitiger Einschränkung, bevor er von diesen überfordert wird. Ihm also erregende Momente zu ermöglichen, aber auch rechtzeitig für Beruhigung zu sorgen (Schore 2007, S. 64 ff.).

Die Synchronisierung erfolgt einerseits durch die Spiegelung der Affekte zwischen den beiden dyadischen Partnern, die ein Verständnis für den sich ändernden Affekt des Gegenübers ermöglicht (Schore 2007, S. 38). Und andererseits mithilfe der projektiven Identifikation, die ebenso die Wahrnehmung des Affektzustands im Gegenüber ermöglicht. Die affektive Kommunikation der projektiven Identifikation findet ebenfalls vorwiegend nonverbal über die Elemente Dynamik, Rhythmus sowie Ton Prosodie, Mimik und Gestik statt. An ihnen nimmt der Säugling die Gemütslage seiner primären Bezugsperson wahr (Dornes 2009, S. 41; Schore 2007, S. 77 ff.).

Anfangs bezeichnet der Begriff der projektiven Identifikation die Auslagerung eines unangenehmen Affekts in einen Anderen und parallel dazu die Identifikation dieses Affektes im Empfänger der Projektion. Dieser deponierte Affekt spiegelt einen Selbstanteil des Senders wider, der ihn bedroht und nicht in sich akzeptieren kann. Dessen Effekt kann der Empfänger kaum unterdrücken, da er ihn am ganzen Körper spürt (Dornes 2009, S. 69; Schore 2007, S. 110)

Während diese defensive Form, in der der Affekt das Bewusstsein dissoziativ verlässt, ursprünglich als projektive Identifikation beschrieben wurde, bildet sie nicht den Normalfall ab. Neben der Deponierung negativer Affekte werden innerhalb der positiven Bindungsbeziehung auch positive Selbstanteile projiziert. In synchronisierten Interaktionen, wo die projektive Identifikation als adaptiv bezeichnet wird, kommt es in Verbindung mit einer subjektiven Verstärkung des Affekts zu dessen Externalisierung und damit dessen Kommunikation sowie damit einhergehend zur Übertragung von Bindungsmustern. Die projektive Identifikation ist ein bilateraler Prozess von Projektion und Verarbeitung unbewusster Informationen und kann deshalb nur in einer Interaktion zweier Menschen stattfinden, die die Rollen des Projizierenden und des Empfängers übernehmen können. Innerhalb dieses Rahmens wechselseitiger Rollenvorgänge dient sie dem Kind auch entwicklungsfördernd, indem es darüber Fürsorge- und Bindungsverhalten anregt (Schore 2007, S. 95 ff.).

Die interaktive Synchronizität beträgt unter Laborbedingungen jedoch selbst in Dyaden sicherer Bindung weniger als 50% der Zeit. Bei häufigen und starken FehlAbstimmungen kann es zudem zum Erliegen von dyadischen Abstimmungsbemühungen kommen. Das Kind entwickelt aufgrund der damit verbundenen Frustration und Überwältigung innerhalb der ersten neun Monate Abwehrstrategien, um sich in Zukunft vor weiterem Leid zu schützen. Deshalb hat das Durcharbeiten von FehlAbstimmungen eine hohe Bedeutung für Dyaden aller Bindungstypen aber vor allem für die Entstehung einer sicheren Bindung. In fehlabgestimmten Momenten versucht das Kind den Fokus seiner primären Bezugsperson wieder auf ihre Interaktion zu lenken (Rass 2012, S. 157).

Nach einem kurzen Übungsanlauf kehrten sie zur Mutter zurück, um mit immer stärkerer Intensität und allen erdenklichen Mitteln zu versuchen, ihr Interesse zu wecken. Nachdem sie ihr Bedürfnis nach der Mutter auf relativ direkte Weise zum Ausdruck gebracht hatten, indem sie ihr z. B. ein Buch zum Vorlesen brachten oder auf Bücher oder Handarbeiten einschlugen, mit denen die Mütter sich gewohnheitsmäßig beschäftigten, griffen sie zu verzweifelteren Mitteln: sie ließen sich fallen, warfen Kekse auf den Boden und zertraten sie in Wutanfällen – wobei sie stets im Auge hatten, die Aufmerksamkeit, wenn nicht die Anteilnahme der Mutter zu erlangen.“ (Mahler 1999, S. 107)

Durch die Erprobung verschiedener Strategien erfährt es wie es sein Gegenüber erfolgreich beeinflussen kann und es kommt zu Gefühlen der inneren Zuversicht in seine Fähigkeiten, des Zusammenhalts zu seiner primären Bindungsperson und somit zu Bindungssicherheit (Steele 2005, S. 119 f.).

Die Erfahrung von erträglichen Dissonanzen zwischen dem Kind und seiner Mutter zeigt ihm, dass es negative Emotionen gibt und dass sie ausgehalten werden können, was die Grundlage für die Entstehung innerer Strukturen zur Selbsttröstung und Spannungstoleranz bildet (Rass 2012, S. 33 ff.). Über die Erfahrung individuell optimaler Frustrationen hinaus bedarf es der interaktiven Wiederherstellung eines positiven Affekts nach einem Wechsel zu einem negativen, damit sich diese Strukturen bilden können. In Face-to-face-Interaktionen dienen die reiferen Gehirne der primären Bezugspersonen als Vorbilder deren Strukturen verinnerlicht werden. Die Informationen, die von der rechten emotionsregulierenden Hemisphäre der Mutter ausgehen, prägen die der rechten Hemisphäre des Kindes und erweitern so seine affektiven Fähigkeiten. Die Qualität der neuronalen Struktur entwickelt sich dabei in Abhängigkeit von der Fürsorgequalität der primären Bezugsperson (Schore 2007, S. 36ff.). Auch Mahler (1999, S. 67) äußert sich ähnlich, indem sie die Bindungsbeziehung zur Mutter als „den Urgrund [...] auf dem sich alle späteren menschlichen Beziehungen heranbilden“, bezeichnet.

Eine ausreichend gute Bezugsperson reguliert die in der fehlabgestimmten Interaktion entstandenen Stresszustände des sicher gebundenen Kindes. Unter der Perspektive von Bindung als interaktiver Synchronisierung erscheint Stress aus FehlAbstimmungen als eine Asynchronisierung, die daraufhin wieder von der primären Bezugsperson resynchronisiert wird, um dem Kind eine Erholung vom dysregulierten Zustand zu ermöglichen. In sich wiederholenden Zyklen des Wechsels zwischen synchronisierten und asynchronen Zuständen, passt die ausreichend gute Mutter ihr regulatorisches Verhalten an den Säugling an. Die Voraussetzung dafür ist ihre eigene reife Affektregulationsfähigkeit. Das Maß dieser Fähigkeit bestimmt wie schnell und kompetent sie auf die Bedürfnisse des Kindes eingehen kann. In Abhängigkeit davon wächst seine Fähigkeit negative Affekte auszuhalten und zu bewältigen.

Durch die Beobachtung der Mutter, die zunächst mit Affekten ringt und diese dann etwas modifiziert, lernt das Kind an ihrem Vorbild, wie es selbst mit ihnen umgehen kann. Dabei wird mithilfe der Beobachtung von Nachregulierung und Neujustierung während ihrer Affektverarbeitung sowie der Wiederaufnahme des nun verdauten Affektes in erster Linie ihre Affektregulationsfähigkeit verinnerlicht.

Der Säugling erlebt zudem dass er mit seinen Affekten nicht allein ist, sondern sie auch auf seine Bezugsperson wirken. Ihre Bemühungen diese auszuhalten, ohne ihre Affektregulierende Funktion zu verlieren, zeigen ihm weiter wie sie ertragen werden können.

Die Entstehung eines funktionierenden Regulationssystems benötigt eine entsprechende emotionale Umgebung in der die Bezugsperson nach dysregulierten Zuständen eine Rückkehr zu einem angenehmen Zustand ermöglichen kann. Dazu reagiert sie schnell und abgestimmt auf die emotionalen Signale des Kindes (Dornes 2009, S. 70; Schore 2007, S. 64 ff.).

Beim gegenseitigen Anblicken innerhalb dieser dyadischen Interaktionen werden von beiden körpereigene Opiate und Dopamin ausgeschüttet, die für diesen positiven Affekt sorgen (Schore 2007, S. 37 ff.).

In solchen psychobiologisch angepassten Interaktionen überwiegt die Aktivität der rechten Hemisphäre. Diese Hirnhälfte ist bei der Identifikation des mütterlichen Gesichts beteiligt. Darüber hinaus ist sie verantwortlich für die Wahrnehmung des mütterlichen Affekts anhand emotionaler Informationen in Gesicht und Prosodie ihrer Stimme. Diese Hirnhälfte wird durch den Output der mütterlichen rechten Hemisphäre reguliert, der im Säugling den jeweiligen Affekt auslöst. Die rechte Hemisphäre der

Mutter ist entsprechend beteiligt an der Verarbeitung und Kommunikation dieser mimischen und prosodischen Affektinformationen (Schore 2007, S. 66). In diesen Erfahrungen zwischen den rechten Hemisphären von psychobiologisch abgestimmter Mutter und Kind kommt es durch die Minimierung negativer Affekte und die Maximierung positiver zur Entwicklung einer sicheren Bindung und reziproker Regulationsstrukturen (Rass 2012, S. 156; Schore 2007, S. 33).

Dabei ist das Blickverhalten die primäre Form nonverbaler Kommunikation zwischen Mutter und Kind. Nach der Aufnahme des Blickkontakts kommt es zu einem reziproken An- und Wegschauen, was vorwiegend vom Kind gesteuert wird. Diese Einflussnahme auf den Blickkontakt durch den Säugling ist eine erste Form der selbstständigen Regulierung. Er ist in der Lage durch an- und wegblicken das wahrgenommene Maß an Reizen aus der Interaktion und den daran gekoppelten Affektzustand zu variieren. So wird die Regulation eines angenehmen Affekt- und Reizzustand ermöglicht. Neben der Beeinflussung der Reize durch das Blickverhalten wird darüber hinaus ein Bedürfnis an die Mutter kommuniziert. Entweder nach mehr oder nach weniger Interaktion, womit auch das Verhalten des Gegenübers beeinflusst wird. Aufgrund der dabei stattfindenden schnellen Affektkommunikation zwischen den rechten Hemisphären der dyadischen Partner, wird in solchen affektsynchronisierten Situationen auch von Intersubjektivität gesprochen (Dornes 2001, S. 65; Schore 2007, S. 237).

Außerdem wurde ein Zusammenhang zwischen dem mütterlichen Pflegeverhalten und dem Bindungsstil ihrer Säuglinge gefunden. Mütter der Kinder, die im Alter von einem Jahr als sicher gebunden eingestuft wurden, wurden von ihren Müttern feinfühlicher beim Füttern versorgt. Diese Mütter richteten sich nach dem Feedback, dass sie von ihren Kindern auf ihr Verhalten erhielten und stimmten die Art und Weise des Fütterns mit den Bedürfnissen ihrer Kinder ab. Sie reagierten auf ihre Säuglinge, anstatt selbst die Initiative zu ergreifen und dass Essen zu erzwingen. Der einfühlsame Umgang führte neben einer allgemein angenehmeren Situation für Mutter und Kind auch zu einem effektiveren Kommunikationsstil zwischen ihnen. Anders ausgedrückt bedeutet dies, dass die primäre Bezugsperson sich auf den Takt des Säuglings einstimmt und somit auf seine innere Verfassung reagiert sowie gleichzeitig die Amplitude seiner Affekte anpasst. Durch die dabei nonverbal über die Mimik, Gestik und Prosodie stattfindende Kommunikation entsteht die Bindungsbeziehung, womit sich Bindung als interaktive Emotionsregulation innerhalb dieser Dyade ergibt. Bindung erfolgt nicht nur

zwischen Säugling und Mutter, weil sie negative Affekte minimiert, indem sie Dysregulationen korrigiert und die Sicherheit für das Baby wiederherstellt, sondern auch indem sie durch ihre Interaktionen, beispielsweise im Spiel, die Häufigkeit positiver Affekte erhöht. Die innerhalb dieser interaktiven Regulationstransaktionen geschaffene Sicherheit erlaubt dem Säugling dann seine nähere räumliche und emotionale Umgebung, zu explorieren (Schore 2007, S. 65; Steele 2005, S. 120). Dabei ist die Qualität der mütterlichen Fürsorge entscheidender für den Bindungsstil, als die Quantität der Interaktionen. Somit ist auch die Berufstätigkeit der primären Bezugsperson nicht automatisch mit unsicheren Bindungen verbunden. Dennoch gibt es hierbei Grenzen; so sollte die Arbeitszeit der primären Bezugsperson eines Kindes unter neun Monaten nicht mehr als 30 Wochenstunden betragen, da es ansonsten zu einer negativen Beeinflussung der kognitiven Entwicklung des Kindes kommt. Kritisch werden Berufstätigkeit und andere Aktivitäten für den Säugling erst bei genereller und andauernder Abwesenheit. Vorübergehende Trennungen stellen für das junge Kind keine Gefahr dar (Dornes 2009, S. 83 ff.; Schore 2007, S. 312; Steele 2005, S. 118).

1.4 Das Cingulum und das Bewusstsein des Kindes

Mit ungefähr neun Monaten kommt es zu einer Weiterentwicklung der Intersubjektivität, die wiederum mit einer wachsenden Myelinisierung und Reifung der nächst höheren limbischen Struktur, des Cingulums im rechten Gehirn, die längere Aufmerksamkeitsspannen erlaubt, einhergeht. Nachdem bisherige Face-to-face-Interaktionen sozusagen auf das Gesicht der primären Bezugsperson beschränkt waren, kommt es nun zu einer geteilten Aufmerksamkeit, wo der Fokus von der Person auf einen äußeren Gegenstand verlagert werden kann. Innerhalb dieser nonverbalen Kommunikationsform entsteht ein Bewusstsein gleichzeitig für diesen äußeren Gegenstand sowie die Aufmerksamkeit der Mutter bezogen auf diesen. Es kommt zu getrennten, aber auf ein gemeinsames Objekt gerichteten Bewusstseinszuständen. In diesem primären Bewusstseinszustand kommt es zu einer automatischen und unbewussten Speicherung von Wahrnehmungen und Erinnerungen, die je nach affektiver Valenz und Ähnlichkeit mit bisherigen Erfahrungen organisiert werden. Wie bei den bisherigen Face-to-face-Interaktionen geht dieser Bindungsprozess der geteilten Aufmerksamkeit mit positiven Affekten für beide Seiten der Mutter-Kind-Dyade einher. Dem Kind wird der Weg geebnet eine Theory-of-mind zu entwickeln, also einer Überzeugung, dass von anderen Menschen von ihm unabhängige psychologische

Handlungen ausgehen können. (Schore 2007, S. 258 f.). Auch Mahler (1999) beschreibt diese Weiterentwicklung der intersubjektiven Interaktionsqualität:

Irgendwann um den 15. Monat herum war die Mutter dann nicht einfach die ‚Heimatbasis‘; sie schien sich in eine Person zu verwandeln, mit der das Kleinkind seine ständig wachsenden Entdeckungen in der Welt teilen wollte. Das wichtigste Verhaltensmerkmal dieser neuen Beziehung bestand darin, daß das Kind ständig etwas brachte, ihren Schoß mit Gegenständen belud, die es in der sich ausdehnenden Welt gefunden hatte. Sie waren alle interessant, aber ihre wichtigste gefühlmäßige Bedeutung lag im Bedürfnis des Kindes, sie mit der Mutter zu teilen. (S. 118)

Die Fähigkeit zur Theory-of-mind, also den eigenen mentalen Zustand zu erkennen und von dem eines anderen zu unterscheiden sowie dadurch mögliches Verhalten vorauszusagen, wird endgültig innerhalb des zweiten Lebensjahres erworben. Außerdem wird mit dieser Entwicklung die Unterscheidung des eigenen Selbst von anderen ermöglicht (Schore 2007, S. 43 ff.).

1.5 Die höchste Affektregulationsstruktur: Der orbitofrontale Kortex

Mit dem Erreichen des 18. Lebensmonats, gegen Ende der Übungsphase, des rechtshemisphärischen Wachstumsschubs und dem Erwerb des aufrechten Gangs und der Objektpermanenz fällt die Reifung der höchsten affektiven Regulationsstruktur zusammen, des orbitofrontalen Systems im präfrontalen Bereich der Hirnrinde (Dornes 2009, S. 152; Schore 2007, S. 43 ff.; Mahler 1999, S. 101). „Dieses rechtslateralisierte Selbstsystem [...] ermöglicht eine Erweiterung des Affektspektrums sowie das Auftauchen der Fähigkeit, über Gefühlszustände nachzudenken und sie zu regulieren“ (Turnbull & Solms 2005, S. 61).

Außerdem ist es wesentlich an Bindungsrepräsentationen, die zur Kodierung von Affektregulationsstrategien dienen, beteiligt (Schore 2007, S. 288). Die Funktionen umfassen neben der Bindung die Verarbeitung akustischer und visueller Informationen des emotionalen Gesichtsausdrucks und der Stimme, die Selbstregulation des Körperzustands sowie die Anpassung des emotionalen Verhaltens, also der Affektregulation. So wird beispielsweise die Reaktion einer Mutter auf das Schreien eines Säuglings von rechtshemisphärischen Aktivitäten begleitet (Schore 2007, S. 146 ff.).

Des Weiteren taucht zu dieser Zeit mithilfe von wechselseitigen Verknüpfungen mit weiteren kortikalen und subkortikalen Systemen die Fähigkeit auf, das Selbst als eine beständige Einheit die sich von der Vergangenheit über die Gegenwart bis in Zukunft hindurch erstreckt, zu verstehen und geistig durch die Zeit zu reisen (Schore 2007, S. 167).

Auch für die Moralentwicklung spielt dieser orbitofrontale Bereich mit seinen emotional-bildhaften Vorgängen eine zentrale Rolle, denn diese bilden die Grundlage der Fähigkeit zur Einfühlung in andere Menschen (Schore 2007, S. 261). Die Wahrnehmung und Identifikation von Gefühlen im mimischen Ausdruck eines anderen verlangt somatosensorische Repräsentationen, die in diesem Hirnareal erzeugt werden, die uns aufgrund des gezeigten Gesichtsausdrucks eine Idee vermitteln, wie ein anderer empfinden könnte. Diese Hemisphäre erlaubt es, innere Zustände bildlich vorzustellen und so visuell zu denken. Die frühe soziale Umwelt sorgt mit ihren interaktiven Regulationserfahrungen nicht nur für die Entwicklung der hierarchischen Struktur in der rechten Hemisphäre, sondern bildet somit auch die Grundlage für die Empathiefähigkeit und die Einflussnahme auf Zustände anderer Personen. Außerdem wird die Glaubwürdigkeit von Gesichtsausdrücken durch dieses präfrontale Areal eingeschätzt (Schore 2007, S. 41 ff.).

Darüber hinaus ist diese kortikolimbische Struktur an der Regulation von Hungerzuständen, des Energiehaushaltes, des Schlafes, der Impulskontrolle, der Realitätsprüfung und der Motivation, besonders bei der Koordination des zielgerichteten Verhaltens, beteiligt (Schore 2007, S. 45 ff.).

Weiter sorgt diese für unbewusste Vorurteile, die das Verhalten lenken, bevor es zu einer Einschätzung durch das Bewusstsein kommt und bevorstehende Verhaltensmöglichkeiten abwägt. Somit nutzt dieser Kortex die aus bisherigen Erfahrungen stammenden inneren Arbeitsmodelle als Anleitung für zukünftiges Handeln (Schore 2007, S. 72). Implizit-prozedurales Wissen wird durch den orbitofrontalen Kortex herangezogen, um für ein aktuelles Problem eine passende Lösung aus einer ähnlichen vergangenen Situationen zu finden (Schore 2007, S. 269). Um diese unbewusste Verhaltenssteuerung zu verdeutlichen, wird in diesem Zusammenhang kurz auf die Funktionsweise des menschlichen Gedächtnis und Erinnerns eingegangen. Bei Kleinkindern sind alle Wahrnehmungsvorgänge von den Sinnesorganen abhängig und regen so direkt seine Kognitionen an. Bei Erwachsenen beeinflussen bisherige Lebenserfahrungen die Erwartungen, mit der sie die Umwelt wahrnehmen. Die Wahrnehmung wird also zum Teil mithilfe von Erwartungen aus bisherigen Erfahrungen konstruiert. „Daher sehen wir, was wir zu sehen erwarten, und sind entweder überrascht oder sehen nichts, wenn die Realität unseren Erwartungen widerspricht“ (Turnbull & Solms 2005, S. 84). Das kindliche Gedächtnis unterscheidet sich folglich vom Erwachsenen, da es noch nicht auf denselben Erfahrungsumfang und

Erinnerungsmöglichkeiten zurückgreifen kann. Diese Tatsache ist eine weitere Erklärung für die Notwendigkeit von Bezugspersonen mit reiferen Gehirnen für die Entwicklung der kindlichen Hirnstrukturen (Turnbull & Solms 2005, S. 111).

Mit der rechtsseitigen Gehirnreifung vor der linken fällt auch die Reifung des implizit-prozeduralen Gedächtnissystems vor dem expliziten, das episodisches Erinnern, also ein realistisches, rationales, und geordnetes Abrufen von Erinnerungen, ermöglicht, zusammen. Diese Tatsache weist auf das Problem der infantilen Amnesie hin, die es verhindert, dass die ersten 24 Lebensmonate bewusst erinnert werden können. Die zur Kodierung expliziter episodischer Erinnerungen nötigen Hirnstrukturen, wie der Hippokampus und der Frontalkortex, sind in den ersten Lebensjahren noch nicht vollständig entwickelt. Deshalb werden die Erinnerungen in dieser Zeit implizit als prozedurales und semantisches Wissen gespeichert. Prozedurales Wissen umfasst beispielsweise Gewohnheiten und Routinen. Das abstrakte semantische Wissen beinhaltet die Zusammenhänge zwischen Objekten sowie ihren Eigenschaften und bildet ein Netzwerk von Konzepten und Assoziationen, das sich über die Gehirnrinde erstreckt. Die einzelnen Aspekte eines Konzepts sind je nach Modalität in verschiedenen Teilen der Hirnrinde, beispielsweise dem visuellen Kortex am Hinterkopf, abgelegt und das Netzwerk des semantischen Wissens fungiert wie eine Übersicht für diese einzelnen Aspekte, die mit einem Konzept assoziiert sind. Ein Großteil unseres als selbstverständlichen wirkenden Allgemeinwissens, wie grundlegende Regeln der Sprache und Physik, wurde im Lauf der frühen Kindheit bis in die Grundschulzeit erlernt (Turnbull & Solms 2005, S. 80 ff.).

Dieses implizite Wissen sorgt in Form körperlicher Erinnerungen für eine Vorstellung von Vorgängen und dem Funktionieren der Welt, die ein Kind umgibt, und beeinflusst sein Verhalten (Schore 2007, S. 268; Turnbull & Solms 2005, S. 96 ff.). Der orbitofrontale Kortex greift auf diese frühen Erfahrungen zurück um intuitive Vorentscheidungen für das Verhalten zu treffen (Schore 2007, S. 87). Interaktionen dieses Kortex mit subkortikalen Amygdala-Arealen erlauben darüber hinaus mithilfe einer intuitiven Ahnung solche Entscheidungen zu meiden, die negative Folgen hätten, ohne diese in der Vergangenheit erlebt zu haben. Während dieser orbitofrontalen Prozesse kommt es zu einer Verknüpfung von emotionalen Informationen mit semantischem Wissen (Schore 2007, S. 147 ff.).

Überdies ermöglicht der rechte präfrontale Kortex neben der interaktiven Affektregulation im Kontext einer Beziehung zwischen zwei Personen auch die

autonome Selbstregulation. Persönlich relevante Ereignisse und angemessene Herausforderungen sorgen für positivere Affekte und in Stresssituationen können negative Affekte reduziert werden. Der Organismus ist so in der Lage je nach Situation flexibel zwischen autonomer und interaktiver Regulation zu wechseln. Diese Entwicklungserrungenschaft entsteht wiederum in Bindungsbeziehungen, die dem Kind als sichere Anlaufstelle zur Regulation dienen, aus denen heraus es seine eigene Regulationsfähigkeit entwickelt (Schore 2007, S. 73 ff.).

Um einen Affekt dem Umgebungskontext angemessen anzupassen, greift der orbitofrontale Kortex zunächst auf eine schnelle Bewertung des hierarchischen limbischen Systems zurück, das die Bedeutung eines Umgebungsreizes für die Regulation bestimmt, da es über den umfangreichsten Überblick über den körperlichen Zustand verfügt. Auf Basis dieser Informationen über ablaufende innere Zustände bewertet er Anpassungsmöglichkeiten und passt schrittweise interne Körperzustände an die persönlich bedeutungsvollen Umgebungsstimuli an, bis ein angemessenes Affektniveau erreicht ist. Dabei werden die Dimensionen Dauer, Intensität und Häufigkeit positiver wie negativer Affekte gesteuert (Schore 2007, S. 42 ff.).

Zwischen dem dritten und vierten Lebensjahr kommt es zur Verflechtung der Aktivitäten des orbitofrontalen Systems mit weiteren präfrontalen Systemen. Innerhalb dieses dualen Systems kommt es sowohl zu Konkurrenz wie auch zur Kooperation zwischen der rechten und linken Hemisphäre in die sich diese präfrontalen Strukturen ausbreiten. Die Bedeutung dieser Entwicklung für die individuelle Reifung besteht darin, dass komplexe subjektive Affektzustände für eine semantische Weiterverarbeitung vom rechten orbitofrontalen System in die linke Hirnhälfte und anschließend zurück kommuniziert werden (Schore 2007, S. 274). So wird die nonverbale und unbewusste Affektkommunikation und –regulation der rechten Gehirnhälfte um verbale und bewusste Qualitäten der linken Hemisphäre erweitert. Gleichzeitig wird der linken Hemisphäre eine Rückgewinnung implizit-prozeduralen Wissens und emotionaler Zustände ermöglicht, wodurch diese explizit und bewusst zugänglich werden (Schore 2012a, S. 85; Schore 2007, S. 148).

Mithilfe von Positronenemissionstomographie (PET) wurde eine erhöhte Durchblutung und somit Aktivität des orbitofrontalen Kortex festgestellt, wenn Testpersonen gebeten wurden, ohne verbale Äußerungen, schmerzliche und affektgeladene Bilder, beispielsweise den tödlichen Verlust einer nahestehenden Person, hervorzurufen, sich diese Situationen also vorstellen. Während diese

Stoffwechseleränderung bei männlichen und weiblichen Geschlechtern auftritt, zeigen Frauen nicht nur einen stärkeren Aktivitätsanstieg sondern diesen auch in beiden Hirnhälften. Zudem weinten sie häufiger als männliche Testpersonen. Die Ergebnisse zeigen geschlechtsspezifische psychobiologische Unterschiede im limbischen System, die Hinweise auf die Frage geben, warum vorwiegend Frauen primäre Bezugspersonen werden (Schore 2007, S. 44; Andreason, Zametkin, Guo, Baldwin & Cohen 1994, S. 175 ff.; Pardo, Pardo & Raichle 1993, S. 713 ff.).

Die Reifung des Frontallappens sorgt für einen Entwicklungsfortschritt der selbstregulatorischen Fähigkeit, die in sicheren Bindungsbeziehungen, die reich an positiven Affekten sind, stattfindet (Schore 2007, S. 39).

2 Dysfunktionale Affektregulation

Säuglinge sind in ihrer Fähigkeit mit negativen Gemütslagen umzugehen, auf solche von niedriger Intensität, begrenzt. Während akuter Stress zeitlich begrenzte, reversible Defizite verursacht, ruft wiederholter, lang anhaltender und chronischer Stress permanente Schädigungen hervor.

So kommt es bei mangelnder Fürsorge und Regulation zu gesteigertem Zelltod von neuronalem Gewebe. Unter Stress werden in der Nebennierenrinde steroidale Hormone ausgeschüttet. Diese Glukokortikoide sorgen in stressigen Momenten für eine Aktivitätsverlagerung im Organismus und dienen somit der Anpassung. Bei hohen chronischen Konzentrationen führen sie allerdings zu neuronalen Schädigungen, vor allem in den Hirnregionen des Hippokampus, der in die episodische Erinnerungsfunktion involviert ist und über ein großes Maß an Glukokortikoid-Rezeptoren verfügt. Chronische Stressbelastungen, wie sie bei Opfern von Kindesmissbrauch vorkommen, führen zu verschiedenen Gedächtnisanomalien, sodass der Hippokampus beispielsweise ein verringertes Volumen aufweist und traumatische Situationen nicht mehr bewusst erinnert werden können (Turnbull & Solms 2005, S. 97). Dieses Phänomen beschreibt Neil (2005) in einer therapeutischen Interaktion: „Da er sich außerstande fühlte, sich an die einfachsten Dinge zu erinnern, und solch große Mühe hatte, sich verbal auszudrücken, reagierte er mit Frustration und Verzweiflung“ (S. 188). Chronische Beziehungsbelastungen und Traumatisierungen erhöhen zudem das Risiko für psychosomatische Störungen (Rass 2012, S. 161, Dornes 2009, S. 233).

Die Dauer negativer Affekte, die ein Kind ertragen musste, bestimmt seine Prädisposition für Psychopathologien. Kleinkinder benötigen deshalb ihre primären

Bezugspersonen zur externen Affektregulation, die dafür sorgen, dass nach negativen Affektzuständen von Übererregung oder starkem Spannungsabfall bei Bindungsunterbrechungen erneut ein positiver Affekt eintreten kann. Erfahrungen, die zu einer massiven anhaltenden Aktivierung von Bindungsverhalten führen, die nicht von den Eltern reguliert werden, desorganisieren das Bindungssystem und enttäuschen die darin enthaltene Hoffnung auf Sicherheit und Schutz, was zur Aktivierung erheblicher Abwehrmechanismen führt. Die Situation wird traumatisch, da sich die emotionale Verbindung zwischen Kind und regulierender Bezugsperson ohne Aussicht auf Wiederherstellung trennt und es dadurch zu einer gravierenden Veränderung des kindlichen Selbstzustands kommt, was negative Auswirkungen auf seine Bindung hat. So handelt es sich bei 80% der misshandelten Kinder um unsichere, desorganisierte und desorientierte Bindungen. Ihre primären Bezugspersonen sind ihnen nicht als Sicherheit spendende Anlaufstelle verfügbar, was diese unsichere Bindungsqualität und niedrige Stresstoleranz begründet. Grundsätzlich reagieren Säuglinge in Stresssituation mit Bindungsverhalten und suchen die Nähe zur primären Bezugsperson. Wenn diese jedoch der Auslöser dieses Stresszustandes ist, sorgt dies für eine paradoxe Situation, aus der Kleinkinder sich nicht selbstständig befreien können (Schore 2007, S. 169 f.; Carlson, Cicchetti, Barnett & Braunwald 1989, S. 525 ff.).

Die Fähigkeit der Fürsorgepersonen den kindlichen Affekt zu regulieren ist somit entscheidend für die Qualität der Überwachung und Regulation besonders der negativen kindlichen Affekte. Durch Stress in frühen Bindungstraumata und der damit einhergehenden neurobiologischen Schädigung wird die emotionale Selbstregulationsfähigkeit eingeschränkt, wodurch die Kontrolle über die Affektintensität und -dauer verloren geht. (Schore 2012c, S. 116; Schore 2007, S. 34 ff.; Woods 2005, S. 286).

So zeigen missbrauchte Kinder deutlich häufiger negative Affekte, insbesondere Ohnmacht, Hilflosigkeit und Wut (Dornes 2009, S. 235) und diese treten bei ihnen auch früher in der Lebensgeschichte auf als im Durchschnitt. (siehe 1.1) Traurigkeit, Furcht und Ärger werden in Interaktionen zwischen missbrauchten Kindern und ihren Eltern bereits mit zehn Wochen wahrgenommen, während diese Affekte bei durchschnittlich entwickelten Kindern noch vollkommen fehlen und erst zwischen drei und vier Monaten die Affekte Traurigkeit und Ärger vorkommen. Furcht noch später im Alter ab sechs Monaten. Somit kommt es aufgrund dieser frühen gravierenden Erfahrungen zu deutlichen Abweichungen der zeitlichen Affektentwicklung. Vernachlässigte Kinder

sind durch einen insgesamt reduzierten Affektausdruck in sozialen Interaktionen gekennzeichnet, was sich in vergleichsweise ausdruckslosen Gesichtsausdrücken zeigt. Diese Auswirkungen sind problematisch, da Vernachlässigung zum einen mit hoher Wahrscheinlichkeit der am häufigsten vorkommende Subtyp von Kindesmisshandlungen ist und zum anderen die geringste öffentliche Wahrnehmung erfährt (Dornes 2009, S. 231; Dornes 2001, S. 145; Wolock & Horowitz 1984; Engfer 1995, S. 962).

Psychopathologien, die ihren Ursprung in der frühen Kindheit haben, hängen mit Bindungsstörungen, also dem Misslingen der Anbindung und weiteren Konsolidierung der Bindungsbeziehung zusammen. Sie sind durch den Mangel autonomer und interaktiver Regulationsmöglichkeiten gekennzeichnet, was auf die fehlende externe Regulation innerhalb einer Bindungsbeziehung zurückzuführen ist (Schore 2007, S. 46).

Missbrauchende Fürsorgepersonen enthalten ihren Kindern nicht nur potentielle Chancen für sozioemotionales Lernen vor, indem sie weniger mit ihnen spielen, sondern sie sorgen durch lang anhaltende negative Affekte für traumatische Zustände. Des Weiteren sorgen sie aufgrund ihres unzureichenden Bindungsverhalten für ungenügenden Schutz vor weiteren Schädigungen, beispielsweise durch andere Familienangehörige. Daneben kommt es zur Störung des affektiven Dialogs zwischen primärer Bezugsperson und Kind, sodass die Reaktionen auf die kindlichen Affekte unangemessen ausfallen und eine dyadische Annäherung und damit Regulation verhindert wird. In diesem Kontext von fehlender Beziehung entstehen je nachdem ob es sich um Missbrauch oder Vernachlässigung handelt extrem hohe oder niedrige Erregungszustände. Die Unerreichbarkeit der Fürsorgeperson sorgt neben der Verhinderung von Anbindung und Vertrauen für die schädlichen psychobiologischen Stresszustände, die mit dem Beziehungsabbruch entstehen sowie die begrenzten Anpassungsmöglichkeiten des Kindes fortwährend überlasten.

Auch das Explorationsverhalten des Kindes und ihre Neugier werden durch die unsichere Verfügbarkeit der Fürsorgeperson, die idealerweise als Anlaufstelle für externe Regulation fungiert, negativ beeinflusst. Das Maß, wie traumatisch eine Situation für ein Kind ist, hängt vom Umgang der Eltern mit dieser Situation zusammen (Dornes 2009, S. 231; Schore 2007, S. 168 f.; Mahler 1999, S. 107).

Hinzu kommt Angst auslösendes Verhalten der dysregulierenden primären Bezugsperson. So verhält sie sich außerhalb eines spielerischen Rahmens wie ein Raubtier gegenüber ihrem Kind, indem sie sich beispielsweise anschleicht, ihre Zähne

zum Säugling fletscht und knurrt. Dieser Anblick prägt zusammen mit dem intensiven Angstzustand das limbische System und die sich entwickelnde Persönlichkeit des Säuglings (Schore 2012c, S. 134; Schore 2007, S. 172).

Strenges oder missbräuchliches Elternverhalten führt zu der Neigung mehrdeutiges menschliches Verhalten feindseliger zu interpretieren als sicher gebundene Kinder. Die damit einhergehenden Schwierigkeiten soziale Probleme zu lösen, die sich in Defiziten bei Theory-of-mind-Funktionen zeigen, können im weiteren Leben in schweren Verhaltensstörungen resultieren (Fonagy 2005, S. 156).

Darüber hinaus leiten diese unbewussten Prägungen im frühen Kindesalter das Verhalten in späteren Lebensphasen (Schore 2007, S. 48). Mit ihrem Verhalten provozieren diese unsicher gebundenen Kinder bestimmte Verhaltensweisen und Reaktionen, die ihren eigenen traumatischen Erlebnissen ähneln, bei dem pädagogischen Personal, das sie betreut oder den Familien, die sie adoptiert haben, bis hin zu erneuten Misshandlungen (Rass 2012, S. 168; Steele 2005, S. 122 ff.). „Ihr Bedürfnis, Grenzen zu testen und sich zu vergewissern dass ich sie nicht missbrauchen würde, waren die Hauptthemen dieser ersten Monate“ beschreibt Ralph den Anfang der Behandlung einer jungen Patientin (2005, S. 215). Diese Personen werden dadurch beeinträchtigt diesen Kindern zu neuen positiven Beziehungserfahrungen zu verhelfen, da sie damit ringen, nicht selbst misshandelnd zu wirken oder andere traumatische Erfahrungen zu wiederholen (Steele 2005, S. 122 ff.).

2.1 Effekte von Bindungsstörungen auf die kindliche Gehirnentwicklung

Solche schweren, in einer dysfunktionalen und traumatisierenden Beziehung entstandenen emotionalen Belastungen, die während wichtiger rechtshemisphärischer Organisationsphasen auftreten, beeinflussen die Gehirnentwicklung negativ und schaffen eine Prädisposition für posttraumatische Belastungsstörungen, stressbedingte Dysfunktionen, Gewalt und setzen genetische, konstitutionelle, soziale sowie psychologische Resilienzfaktoren außer Kraft (Schore 2012c, S. 117 ff.; 2007, S. 182 ff.; Dornes 2009, S. 271).

Wenn die erfahrungsabhängige Reifung der neuronalen Verbindungen zwischen diesen drei hierarchischen Schichten des limbischen Systems durch eine traumatisierende frühe soziale Umwelt beeinträchtigt wird, können die komplexeren Affektregulationsstrukturen nie wirksam werden. Die Zusammenarbeit dieser Hierarchie bricht in Stresssituationen zusammen und es kommt zu intensiv

dysregulierten Körperzuständen durch die Amygdala, ohne dass höhere limbische Strukturen regulierend eingreifen können (Schore 2007, S. 262).

Darüber hinaus kommt es aufgrund der beeinträchtigten Entwicklung der rechten Hemisphäre zu Einschränkungen der Empathiefähigkeit. Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung emotionaler Zustände sorgen für Fehleinschätzungen des eigenen körperlichen Zustands sowie der Zustände und Absichten anderer (Dornes 2009, S. 231; Schore 2007, S. 74 ff.).

Die schädigende frühe Umwelt hemmt darüber hinaus die Entwicklung der höchsten Regulationsstruktur, des orbitofrontalen System. Dadurch kann es auch nicht zur optimalen Verbindung dieser rechtsseitigen Struktur mit der linken Hemisphäre kommen und die interhemisphärische Kommunikation verläuft ineffizient. Die linke Hirnhälfte erhält keinen Zugriff auf die emotionalen Informationen der rechten und es kommt aufgrund dieses rechtshemisphärischen Entwicklungsdefizits zur Alexithymie, einem Zustand, der die Verbalisierung emotionaler Zustände verhindert (Schore 2007, S. 274).

Die dysfunktionalen Affektregulationsmöglichkeiten der Kinder sind das Ergebnis eines Entwicklungsdefizits der rechtshemisphärischen vertikalen Hierarchie, das wiederum durch schwerwiegende psychische Belastungen hervorgerufen wird. Es kommt zu einer Stagnation der affektiven Entwicklung aufgrund von fehlenden Bindungserfahrungen in der Dyade von primärer Fürsorgeperson und Kleinkind, insbesondere der Erfahrungen von externer Regulation (Schore 2007, S. 275; Neil 2005, S. 206).

Aufgrund ihrer dysfunktionalen Regulationssysteme tendieren diese Kinder besonders unter Stress vorzeitig von positiven oder neutralen zu negativen Affektzuständen zu wechseln, und über die ursprüngliche Situation hinaus in diesen zu verharren. Nachdem die äußere Bedrohung vorüber ist, setzen sich Aufmerksamkeit und Wachsamkeit tendenziell fort. Durch unbewusste Erinnerungen an die traumatische Situation kommt es zu weiteren intensiven Angstzuständen, die zu primitiven Anpassungsreaktionen führen, die in zukünftigen Stresssituationen unverändert Anwendung finden und so keine Weiterentwicklung der Anpassung stattfindet. Es kommt zu einer sich wiederholenden gleichbleibenden Erfahrung für das betroffene Subjekt (Schore 2012a, S. 82; Neil 2005, S. 206).

Außerdem stehen diese rechtshemisphärischen Funktionsdefizite im ätiologischen Zusammenhang mit Aufmerksamkeitshyperaktivitätsstörungen und Lernproblematiken.

Weitere Langzeitfolgen sind Beeinträchtigungen des Lernens und der Beziehungsgestaltung, sowohl im Aufbau, wie auch der Aufrechterhaltung von Beziehungen (Schore 2012b, S. 105; Woods 2005, S. 308).

„Die Übernahme der fundamentalistischen Überzeugungen ihrer Mutter hatte Frau A. die Neugier und das Lernen unmöglich gemacht. Sie dachte häufig zirkulär und neigte dazu, nur das zu sehen, was ihren Theorien entsprach, und alles andere zu ignorieren.“ (Woods 2005, S. 298)

2.2 Die körperliche Reaktion auf Traumata in Form der Dissoziation

Misshandlungen führen zu zwei psychobiologischen Reaktionen. Zunächst kommt es zur Hypererregung innerhalb von Panik- und Angstzuständen, bei anhaltendem massivem Stress dann zur Dissoziation. Die Dissoziation dient während dieser traumatischen Ereignisse im primären Beziehungskontext als rudimentäre Strategie zur Autoregulation und Selbstbewahrung. In einer Abkehr von der Außenwelt kommt es zu einem Rückzug von den Umgebungsstimuli, der mit Vermeidung, Lähmung, Gefühllosigkeit, Gefügigkeit und reduziertem Affekt einhergeht. Die dissoziative Abkehr von der externen sozialen Umwelt und dem eigenen psychischen Erfahren in hilf- und hoffnungslosen Situationen dient zur Erhaltung des inneren Gleichgewichts und ist durch eine Einengung des primären Bewusstseins als eine Unterbrechung des Selbsterlebens gekennzeichnet. Diese Trennung von äußerer Erfahrung und innerem Erleben wird in folgendem Zitat aus einer Therapiesitzung von Ralph deutlich: „In solchen Situationen schien Flora unfähig zu sein, ihr Erleben zu verarbeiten. Sie wurde von ihm überwältigt, weil ihre Fähigkeit zur emotionalen Regulierung eingeschränkt war und infolgedessen auch ihre Fähigkeit, ihren Affekt und ihre Erfahrungen zusammenhängend zu repräsentieren“ (2005, S. 222).

Beeinträchtigungen der Entwicklung, die in unterentwickelten limbischen, subkortikalen und kortikalen Strukturen resultieren, führen automatisch zu einer primitiven und unzureichenden Fähigkeit zwischenmenschlichen Stress zu regulieren, was einen kritischen Prädiktor für psychische Erkrankungen darstellt (Rass 2012, S. 34, Schore 2007, S. 100 ff.; Woods 2005, S. 285).

Der Parasympathikus des ANS erfährt ein hohes Niveau an Aktivität und es kommt zur Ausschüttung von Cortisol und endogenen Opiaten, die das Verhalten mäßigen und Schmerz betäuben.

„Diese intensivierte parasympathische Übererregung ermöglicht es dem Säugling, die Homöostase angesichts des inneren Zustandes von sympathischer Übererregung aufrechtzuerhalten. [...] Dabei ist festzustellen, dass in diesem traumatischen Zustand – und dieser kann lange andauern – sowohl die sympathischen Energie verbrauchenden als auch die parasympathischen Energie bewahrenden

Komponenten des sich entwickelnden ANS der Säuglings hyperaktiviert werden“ (Schore 2007, S. 172).

Äußerlich lässt sich die Dissoziation anhand von Veränderungen der Körperhaltung, des Gesichtsausdrucks und des Verhaltens erkennen. So starren traumatisierte Kinder beispielsweise ziellos und mit leerem Blick, lassen ihren Kopf schlaff und regungslos hängen oder überwachen hochkonzentriert ihre Umgebung (Schore 2007, S. 99 ff.; Woods 2005, S. 286).

Frühe Beziehungstraumata sind gekennzeichnet durch wiederkehrende Erlebnisse von nicht reguliertem Stress. Diese Wiederholungen sorgen für eine erhöhte neuronale Stresssensibilität der betroffenen Kinder, sodass zukünftig bereits geringe Stressintensitäten zu dissoziativem Verhalten führen. Neil (2005) beschreibt dazu einen Patienten: „Aufgrund seiner ständigen Übererregtheit hatte er Schwierigkeiten mit der Affektregulierung, so dass bereits geringfügiger Stress heftige Angst und Verzweiflung in ihm weckte (S. 188). Aus vereinzelt Dissoziationszuständen wird dadurch eine Charaktereigenschaft. Indem diese Kinder in einem langanhaltenden vegetativen Zustand von Angst verharren, gehen ihnen potentielle Bindungs- und damit Regulationsinteraktionen verloren. Dies verhindert eine vertiefende rechtshemisphärische Entwicklung mit langfristigen Auswirkungen auf Bindung, Affektregulation und Lernfähigkeiten (Woods 2005, S. 286). Auch Woods (2005) beschreibt eine Patientin, die die Dissoziation als Regulationsmechanismus benutzt:

„Frau A.s Neigung zur Dissoziation scheint das neurobiologische Verständnis der Sensibilisierung zu bestätigen, während ihre charakterliche Haltung – die exzessive Wachsamkeit in Verbindung mit der Dissoziation von der inneren und äußeren Welt – die These bestätigt, dass frühe und zunächst adaptive Coping-Reaktionen sich im weiteren Entwicklungsverlauf als starr und fehlangepasst erweisen.“ (S. 308)

Der Mechanismus der Dissoziation, um sich in Stresssituationen zurückzuziehen und sich innerlich zu erholen, wird fortwährend als Regulationsstrategie angewendet. Je früher ein Kind traumatische Erfahrungen machen musste, umso wahrscheinlicher ist das Auftreten von Dissoziationen im späteren Leben und umso höher die Vulnerabilität für posttraumatische Belastungsstörungen. Chronische Belastungen schränken die Fähigkeiten zur Wahrnehmung und Regulation des eigenen Schmerzes und Affekts stark ein. Darüber hinaus sorgen sie bei den Betroffenen für Probleme sich defensiv und ihrem eigenen Interesse entsprechend zu verhalten (Schore 2007, S. 172 ff.).

2.3 Die transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen

Neben dem Trauma wird auch die Dissoziation im rechtshemisphärischen implizit-prozeduralen Gedächtnis gespeichert. Dieser Prägungsprozess im Kontext von unverarbeiteten traumatischen Erlebnissen der primären Bezugspersonen, sorgt für die transgenerationale Weitergabe von Traumatisierungen (Schore 2007, S. 173). Somit können primäre Bezugspersonen nicht nur wachstumsfördernd als Schablone für die Entstehung adaptiver selbstregulativer Gehirnstrukturen wirken, sondern auch als wachstumshemmender Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung (Rass 2012, S. 13; Schore 2007, S. 74).

Traumatische Erlebnisse wie beispielsweise Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, Naturkatastrophen oder Kriege schränken die Bindungs- und Affektregulationsaktivität der Elterngeneration ein und erzeugen eine Generation, die zu Bindungslosigkeit, Gewaltbereitschaft und Verstörung neigt. Diese ist wiederum nicht in der Lage ihren Nachkommen eine gesunde Entwicklungsumgebung für körperliche und geistige Verarbeitungs- und Regulationsfähigkeiten zu bieten (Rass 2012, S. 171 f.)

Dabei kommt es zu einem Ausleben unverarbeiteter Gefühle am Nachwuchs. Diese stammen aus den Interaktionen der jetzigen Eltern mit ihren damaligen Eltern und werden prozedural auf einer unbewussten Ebene erinnert (Baradon 2005, S. 182).

Die primäre Bezugsperson hat als Teil ihrer Bewältigungsstrategie unangenehme Selbstanteile verdrängt. Wenn diese sich mit den Eigenschaften des kindlichen Zustands überschneiden, werden sie aufgrund der Verdrängung auf Seiten der Mutter auch beim Säugling nicht erkannt. Das hat negative Konsequenzen für die Einfühlung der Mutter in den Säugling und somit unangemessenes Fürsorgeverhalten zur Folge.

Verdrängt die Mutter beispielsweise ihre eigenen Gefühle von Unreife und Abhängigkeit, kommt es zur unbewussten Ablehnung dieser Anteile bei ihrem Kind. Diese Anteile des kindlichen Zustands sind jedoch alterstypisch und bedürfen der mütterlichen Zuwendung, um Bedürfnisse nach Trost, Sicherheit und Beruhigung zu stillen. Dadurch, dass sie diese Bedürfnisse, die im Zusammenhang mit der beschriebenen Verdrängung stehen, selbst ablehnt, kann sie nicht angemessen auf ihr Kind reagieren. Durch die Nichtbeachtung ihrer negativen Affektausdrücke, haben die Kinder von ihren primären Bezugspersonen implizit-prozedural gelernt, diese Gefühle zu verbergen, da ihre Hilfs- und Trostbedürftigkeit nicht beantwortet werden. Der Cortisolgehalt im Speichel dieser unsicher-vermeidend gebundenen Kinder zeigt aber ihre anhaltende starke Aufregung auch ohne die entsprechenden äußerlichen Anzeichen.

Sicher gebundene Kinder hingegen zeigen Traurigkeit und andere unangenehme Affekte offen und bitten um Hilfe oder Trost (Dornes 2009, S. 315; Baradon 2005, S. 167; Steele 2005, S. 133).

„Die Mutter kann den Affekt, den sie selbst verdrängt hat, in ihrem Säugling nicht empathisch wieder erkennen. So repräsentiert das weinende Baby in der Wiege für die Mutter (unbewusst) nicht nur ihr Neugeborenes – das hungrig ist, friert oder sich einsam fühlt –, sondern auch ihr eigenes ungehörtes Weinen als kleines und verwundbares Kind. Das Baby in der Wiege, das durch seine entwicklungsbedingte Abhängigkeit das abgelehnte Baby aus der Vergangenheit repräsentiert, wird zum Opfer des von der Mutter verinnerlichten Aggressors.“ (Baradon 2005, S. 170)

Bei depressiven Eltern kommt es häufig zum Versuch ihre Depressionen zu verdrängen und vor ihren Kindern zu verheimlichen. Dafür treten sie aufgeputscht, aufdringlich und manchmal feindselig gegenüber ihren Kindern auf, was wiederum zu Unruhe und Unausgeglichenheit bei ihnen führt. Daraufhin reagieren die Kinder dieser depressiven Eltern entweder selbst depressiv und es kommt zu vorübergehenden bis anhaltenden Rückzügen oder sie reagieren selbst ruhelos wie ihre Eltern. Wie bei der oben beschriebenen Dissoziation wird aus diesem Abwehrverhalten der Eltern nach häufiger Wiederholung eine Verhaltensroutine und daraus eine Charaktereigenschaft des Kleinkindes. Bei der oberflächlichen hektischen Aktivität bleibt ein depressiver Selbstanteil im Kind bestehen, der das weitere Verhalten beeinflusst. So erleben außenstehende Erwachsene ohne Depressionen Zustände von Niedergeschlagenheit in Interaktionen mit diesen Kindern. Vergebliche Versuche des Säuglings den depressiven Stil der elterlichen Interaktionen zu verändern, führen in Verbindung mit dem verinnerlichten depressiven Anteil des Säuglings zu Ohnmachts- und Wirkungslosigkeitsgefühlen. Kommt es vereinzelt zu Erfolgen, die primäre Bezugsperson aus ihrem depressiven Zustand heraus zu animieren, so erfährt der Säugling implizit, dass er sich fortwährend anregend und interessant verhalten muss, um Zuwendung zu erhalten und die gefühlte Ohnmacht zu überwinden (Dornes 2009, S. 68 ff.).

Die transgenerationale Weitergabe hängt mit dem unverarbeiteten Charakter dieser Gefühle zusammen, sodass es eine Bewältigung der vergangen belastenden Erfahrungen diese Weitergabe verhindern kann (Steele 2005, S. 131). Wenn es zu keinen Interventionen, die diese Bewältigung ermöglichen, kommt, findet die Übermittlung der Bindungstraumata an die Nachwuchsgeneration statt (Rass 2012, S. 164).

„Einfach formuliert: Eine Frau, die von den Gespenstern ihrer Vergangenheit weiterhin verfolgt wird, weckt in ihrem Säugling, ohne sich dessen bewusst zu sein, das

Gefühl, in der Beziehung einer ständig drohenden Gefahr ausgesetzt zu sein.“ (Steele 2005, S. 130)

So lässt sich anhand von Aussagen der Mütter im letzten Schwangerschaftssemester mit einer Genauigkeit von 75% voraussagen, welchen Bindungsstil sie zu ihren künftigen Kindern entwickeln werden. Dabei ist das Bewusstsein für die eigenen Beziehungserfahrungen der Mütter ausschlaggebender, als die jeweils gute oder negative Qualität dieser Erfahrungen. Negative Beziehungsbiografien im Zusammenhang mit einem bewussten Umgang durch die Mutter, bilden kein prognostisches Risiko, vermeidendes und verheimlichendes Verhalten im Umgang mit der Beziehungsvergangenheit hingegen schon (Dornes 2001, S. 206).

Ein weiter Einflussfaktor auf die Wahrscheinlichkeit generationsübergreifender Traumatisierungen ist der Beziehungskontext in dem sie stattfinden. Werden Traumata innerhalb der Familie durch Angehörige erlebt, ist das Risiko für Misshandlungen in späteren Generationen höher. Die Belastungen durch Familienmitglieder werden als gravierender wahrgenommen als solche durch Fremde. (Steele 2005, S. 130; Dornes 2001, S. 117)

„Dass die Großmütter eine Beeinflussung ihrer Töchter durch ihre eigenen furchtbaren Erfahrungen verhindern konnten, ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass ihr Holocaust-Trauma nicht die grausamste aller Bindungserfahrungen in sich enthielt: Im Unterschied zur Mehrzahl der Opfer von Kindesmissbrauch wurden sie nicht durch einen Elternteil oder anderer Bindungsfiguren, denen sie vertrauten, traumatisiert. Die prä-traumatischen Bindungserfahrungen dieser Großmütter, das heißt die Bindung zu den später von den Nazis ermordeten Eltern, waren offenbar im Großen und Ganzen ‚hinreichend gut‘ gewesen und boten ihnen einen gewissen Schutz vor dem Trauma, das ihnen später von einer ‚anderen‘, fast anonymen, unmenschlichen sozialpolitischen Macht (den Nazis) zugefügt wurde.“ (Steele 2005, S. 130)

Aber nicht nur die Weitergabe von Traumatisierungen, sondern auch die anderer Psychopathologien wird durch die Eltern beeinflusst.

So erhöht eine sichere Bindung an eine psychisch erkrankte Bezugsperson die Wahrscheinlichkeit für eigene psychologische Probleme im späteren Leben, während eine unsichere Bindung in solchen Konstellationen als Schutzfaktor für Psychopathologie fungiert (Steele 2005, S. 137).

Auch die Entstehung einer Psychopathologie aufgrund eines genetischen Risikos hängt vom familiären Umfeld ab. So erleben Kinder schizophrener biologischer Eltern nur dann häufiger psychiatrische Auffälligkeiten, wenn sie in dysfunktionalen Adoptionsfamilien aufwachsen, nicht aber in funktionalen (Fonagy 2005, S. 149).

Des Weiteren sorgen durch hohen Stress gekennzeichnete Lebensabschnitte der Eltern, für Einschränkungen des elterlichen Erziehungs- und Beziehungsverhaltens,

sodass sie weniger empathisch ihren Kindern gegenüber sind und dafür irritierbarer, negativer und bestrafender im Umgang mit ihnen sind. Es kommt zu einer kälteren, rigideren und insgesamt niedrigeren Interaktionsqualität zwischen primären Bezugspersonen und Kindern (Rass 2012, S. 160).

3 Kompensatorische Affektregulation im therapeutischen Setting

Die psychotherapeutische Behandlung richtet sich nach der individuellen Ausgangslage und dem jeweiligen Entwicklungsstand eines Klienten. Im Falle von schweren Bindungspathologien aus dem frühen Kindesalter übernimmt der Psychotherapeut die Funktion eines externen Affektregulators, um die stagnierte affektive Entwicklung (siehe Kap. 2) fortzusetzen. Auch wenn die frühe Kindheit, zu der die bedeutenden zerebralen Wachstumsphasen stattfinden, den idealen Zeitpunkt für den Beginn einer Behandlung darstellen, können Störungen der frühen Entwicklung und ihre Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung auch bei Erwachsenen behandelt und durchgearbeitet werden, also die beschriebene Entwicklungsstagnation beendet und bedeutsame affektive Fortschritte erzielt werden (Woods 2005, S. 309).

Im Mittelpunkt der Therapie steht die Beendigung der Dysregulation des Patienten und die Schaffung eines entwicklungsfördernden Rahmen, in dem die affektiven Regulationsstrukturen in der Beziehung mit dem Therapeuten ihre Reifung fortsetzen und vervollkommen können. Die defizitären rechtshemisphärischen Operationen der im vorigen Kapitel beschriebenen Entwicklungsstagnation, die aufgrund eines Mangels an emotionaler Bezogenheit in der Kindheit des Klienten verursacht wurden, werden mithilfe der emotionalen Beziehung in der Therapie reaktiviert und überarbeitet (Schore 2007, S. 47 ff.; Rotenberg 1995, S. 59; Knapp 1992, S. 247).

Die positiven Beziehungserfahrungen mit dem Therapeuten in der Behandlung ermöglichen eine Bewältigung der kindlichen Angst und seines Traumas. Darüber hinaus senkt die Erfahrung des Therapeuten als Sicherheit und Halt spendende Anlaufstelle die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient seine Kinder selbst traumatisiert. Auf diese Weise ist es möglich, die transgenerationale Weitergabe von Bindungsstörungen und den damit verbundenen Traumatisierungen zu beenden (Heuves 2005, S. 262; Steele 2005, S. 136).

3.1 Die lebenslange Entwicklungsplastizität des menschlichen Gehirns

Die Veränderungen der Affektregulationsfähigkeit sind möglich, da das menschliche Gehirn, insbesondere der präfrontale limbische Kortex lebenslang zu erfahrungsabhängigen plastischen Veränderungen fähig ist. Während die erfahrungsabhängige Reifung im Kindesalter schneller und umfangreicher erfolgt, sind solche plastischen Veränderungen auch im späteren Leben weiterhin möglich (Schore 2007, S. 55). Die rechte Hirnhälfte erfährt im Laufe des Lebens mehrfach Wachstumsphasen, die eine fortwährende Reifung der rechtshemisphärischen Regulationsstrukturen in Abhängigkeit von Einflüssen insbesondere der sozialen Umwelt erlaubt. Dabei kann es in einer wachstumsfördernden Atmosphäre zu einer Weiterentwicklung der affektiven Regulationsmöglichkeiten kommen. So können affektregulierende Interaktionen in therapeutischen Beziehungen zu effizienteren und flexibleren Regulationsfähigkeiten des Patienten führen. Diese Plastizität bildet allerdings auch die Grundlage psychischer Vulnerabilität, indem widrige Umwelteinflüsse zu Beeinträchtigungen rechtshemisphärischer Regulationsfunktion führen können, die sich in psychiatrischen Störungen äußern (Schore 2007, S. 47 ff.)

Die Pubertät ist beispielsweise ein solcher Zeitraum in dem es zu einer zerebralen Wachstumsphase kommt, die eine Umstrukturierung des Gehirns und damit eine Überarbeitung der Affektregulation durch entsprechende Umgebungserfahrungen zulässt (Rass 2012, S. 34). Das Ausmaß der erreichbaren Veränderungen und Entwicklungsfortschritte in der Therapie hängt neben anderen Faktoren von der Dauer der Behandlung ab. Kurzzeitige Interventionen ermöglichen gewisse Verbesserungen der Gehirnentwicklung und vermögen eine Rückkehr des Patienten zu einem gemäßigtem nicht pathologischen Zustand. Langzeitbehandlungen erlauben darüber hinaus eine Weiterentwicklung des rechtsseitigen Gehirnsystems, eine Erweiterung der Regulationsfähigkeiten und eine Umwandlung der vorherigen unsicheren in eine in der Therapie herbeigeführte sichere Bindung. Neil beschreibt in diesem Kontext Therapiefortschritte eines Jungen:

„Als die neuropsychologische Untersuchung nach achtzehnmonatiger Behandlung wiederholt wurde, traten interessanterweise signifikante Veränderungen zutage. Insgesamt gesehen hatte sich sein verbaler IQ erheblich verbessert – er lag nicht mehr im ‚beeinträchtigten‘ Bereich, sondern entsprach dem Durchschnitt. Insbesondere waren eine Verbesserung des abstrakten verbalen Argumentierens zu verzeichnen sowie eine markante Verbesserung des Kurzzeit- und Sprachgedächtnisses. Trotz seiner langsamen Informationsverarbeitung zeigen aktuelle Follow-up-Untersuchungen, dass er sowohl im sprachlichen Bereich als auch bei Aufgabenlösungen stetige Fortschritte macht“ (2005, S. 209).

3.2 TherapeutInnen als externe Affektregulatoren

Die externe Regulationsfunktion des Therapeuten wird in der Therapie durch den Klienten verinnerlicht, ähnlich wie sie von den primären Bezugspersonen durch ihre Kleinkinder verinnerlicht wird (Kap. 1.2.). Zusätzlich wird die Fähigkeit, über verschiedene Affekte zu reflektieren, verbessert, die eine Bewertung des eigenen Affektzustandes erlaubt. Auch Affekte die bisher unbewusst blieben und mit primitiven Regulationsstrategien wie der Dissoziation moduliert wurden, können mithilfe der externen Regulation durch den Psychotherapeuten einer Bearbeitung zugänglich gemacht werden und erlauben eine Weiterentwicklung der Bewältigungsmöglichkeiten des Patienten (Schore 2007, S. 54 ff.; Phelps, Belsky & Crnic 1998, S. 21 ff.).

Bei erfolgreicher therapeutischer Behandlung lassen sich diese Entwicklungsfortschritte anhand von Veränderungen der Gehirnaktivität in den für die Affektregulation bekannten orbitofrontalen und subkortikalen limbischen Hirnbereichen feststellen (Schore 2007, S. 55 ff.; Schwarz, Stoessel, Baxter, Martin & Phelps 1996, S. 109 ff.)

Für diese Veränderungen sind die emotionalen Erfahrungen zwischen Patient und Therapeut von besonderer Bedeutung. Die mit diesen Erfahrungen verbundenen körperlichen Empfindungen wirken intensiver auf den Klienten als rein reflexive Erfahrungen (Rass 2012, S. 32). Innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung übernimmt der Therapeut in Fällen von frühen Bindungsstörungen Bindungsfunktionen, um Selbstregulationsstörungen zunächst extern auszugleichen (Schore 2007, S. 75). Der Therapeut fungiert dabei als Entwicklungsobjekt in einer ähnlichen Weise wie primäre Bezugspersonen für ihre Säuglinge. Als Entwicklungsobjekt ergänzt er die unreifen rechtshemisphärischen Regulationsfunktionen des Klienten und initiiert entwicklungsfördernde Interaktionen, die zu intersubjektiven Zuständen führen. Die verbale Kommunikation wird als Mittel zur Affektregulation etabliert und darüber die Reflexion über primitive Abwehrstrategien, beispielsweise der Dissoziation (Kap. 2.2), angeregt. Im therapeutischen Setting dient das reifere mentale System des Analytikers als Prägungsvorlage für die sich weiterentwickelnden Hirnstrukturen des Klienten (Heuves 2005, S. 276). Im intersubjektiven Rahmen der Dyade von Therapeut und Klient kommt es zu Affekttransaktionen, die eine Fortsetzung der Entwicklung und Verknüpfung subkortikaler limbischer sowie kortikaler orbitofrontaler Strukturen unterstützen (Schore 2007, S. 298).

3.3 Der Projektive-Identifikations-Mechanismus in der Psychotherapie

Diese Affektkommunikation erfolgt über den bereits im ersten Kapitel beschriebenen Mechanismus der projektiven Identifikation. In der Therapie kommt es vorwiegend zur Verwendung der defensiven Form projektiver Identifikationen. Unbewusst werden unangenehme Selbstanteile über Gestik, Mimik, Tonfall und andere nonverbale Kanäle übertragen, so dass beispielsweise der Atemrhythmus eines Angstpatienten ähnliche Empfindungen im Therapeuten erzeugt oder ein Klient, der unter dem Gefühl der Verachtung leidet, über den Gesichtsausdruck diese Haltung im Gegenüber hervorruft. Dabei intendiert der Behandelte jedoch nicht die Mitteilung und verbale Auseinandersetzung mit diesem Anliegen, sondern drängt lediglich auf Veränderung. Dieser Drang belastet den Analytiker und erschwert es ihm, den Patienten zu verstehen. Zwischen den Teilnehmern der therapeutischen Dyade existiert ein Dilemma, da der Therapeut die individuelle Logik des Patientenverhaltens zu entschlüsseln beabsichtigt, während dieser seine unangenehmen Affekte durch den Therapeuten verdauen, d. h. regulieren und sich diese in abgeschwächter und erträglicherer Form zurückgeben lassen möchte (Dornes 2009, S. 69 ff.).

Es kommt zunächst zur Projektion von Affekten, die mit Beziehungstraumata in der Vergangenheit des Klienten zusammenhängen. Diese Projektion wird durch den Therapeuten körperlich gespürt und bildet den Auslöser für das Erleben des Affektes durch den Therapeuten, wie im ersten Kapitel dieser Arbeit beschrieben (Schore 2007, S. 109 ff.).

Therapeutische Reaktionen auf diese als projektive Identifikation erkannten körperlichen Veränderungen folgen zwei Richtungen. Einerseits gibt es die Tendenz die Intentionen des Patienten zu deuten und auf diese Weise unbewusst für eine Fortsetzung wechselseitiger Projektionen zu sorgen. Andererseits kann eine empathische Haltung des Therapeuten, die auf die affektive Weiterentwicklung des Klienten ausgerichtet ist, über das Durchstehen und Ertragen dieser somatischen Erfahrung auf therapeutischer Seite, als Vorbild für seine Selbstregulationsfähigkeit fungieren. Empathie bedeutet in diesem Zusammenhang den Affekt des Klienten in sich nachzuempfinden und resonant darauf zu reagieren. Diese Resonanz entsteht durch die Anpassung des Rhythmus der eigenen psychischen und körperlichen Zustände an diejenigen des Klienten, die mithilfe impliziter unbewusster Signale kommuniziert werden und sorgt so psychobiologisch für einen an den anderen abgestimmten Affektzustand. (Schore 2007, S. 115 ff.).

Das resonante Verhalten des Therapeuten auf den Klienten basiert auf einer affektiven Synchronisierung, die der zwischen Mutter und Säugling ähnelt. (siehe Kap. 1.3) Innerhalb der dyadischen Beziehung kommt es zu einer ähnlichen interaktiven Regulierung und einem Wechsel von resonanten/synchronen und abweichenden Momenten und anschließender interaktiver Resynchronisierung. Diese Resynchronisierung zeigt dem Patienten im therapeutischen Setting, dass und wie dysregulierte und desorganisierte Zustände moderiert und beendet werden können, statt wie bisher langanhaltend fortzubestehen. Die Wahrnehmung des durch den projektiven Austausch betroffenen Therapeuten, der mit dem Aushalten des negativen Affektes ringt und ihn schließlich ohne sonderliches Ausagieren bewältigt, stellt somit eine wertvolle Erfahrung für den Klienten dar (Schoore 2007, S. 54 ff.).

„Es war wichtig, dass ich ihr Spiel nicht unterbrach, fast so, als stürmten plötzlich Erinnerungen auf sie ein, die durch meine Bemerkungen hätten ‚ausgelöscht‘ werden können. Meine Aufgabe bestand darin, zuzuhören und den Schmerz und die Trauer, die in Floras Geschichten enthalten waren, zu überleben.“ (Ralph 2005, S. 225)

Für den erfolgreichen Abschluss einer Therapie ist es wichtig, dass es beim Therapeuten im Verlauf der Behandlung zu einer unbeabsichtigten emotionalen Ergriffenheit aufgrund des Klienten kommt. Auf diese Weise erhält der Patient die Möglichkeit zu erfahren, dass der Behandler die eigenen unangenehmen Affekte selbst in sich erlebt und es eine Herausforderung für ihn darstellt, diese auszuhalten ohne sie sonderlich auszuagieren. Bei einer gelungenen Behandlung wird es dem Klienten so allmählich ermöglicht seine unvereinbaren Affekte zu verkraften, in dem schrittweise diese Funktion vom Therapeuten verinnerlicht wird (Ralph 2005, S. 232).

3.4 Die Verbalisierung unbewusster Affekte

Das ANS sorgt, wie im ersten Kapitel beschrieben, für das körperliche Erleben eines Affekts. Die psychobiologische Resonanz des Therapeuten in der therapeutischen Dyade verstärkt das körperliche Feedback des ANS des Patienten, sodass ein stärkerer und längerer Zustand eines unbewussten dissoziierten Affekts erreicht werden kann. Dies ermöglicht einen Übergang der unterdrückten stresserfüllten Zustände in das Bewusstsein des Klienten, in dem eine verbale Durcharbeitung bisheriger nonverbaler Affekte stattfinden kann. Auf diese Weise erhält der Patient allmählich Zugang zu seinen durch die Dissoziation unzugänglich gewordenen Empfindungen. Der Therapeut erlangt durch seine empathische Haltung eine Erweiterung seines Verständnisses für den Klienten, indem nonverbale Signale aus Mimik, Gestik und Prosodie die verbal

artikulierten Informationen ergänzen und so das Maß in dem dessen Ansichten und Verhalten verstanden werden, über das gesprochene Wort und die spezifische Situation hinaus erhöht wird. Die therapeutische Fähigkeit kurzzeitig auftretende positive Affekte des Patienten wahrzunehmen, empathisch in Resonanz mit ihnen zu stehen und sie so zu verstärken, sorgt für höhere und längere Affektzustände positiver Valenz.

Sie übersteigen und erweitern so die positiven Gemütslagen, zu denen der Klient selbst in der Lage ist und so ermöglicht die empathische Affektintensivierung die Bewusstwerdung dissoziierter Affekte, in dem sie von ausreichender Dauer im Kurzzeitgedächtnis behalten werden (Schore 2007, S. 112 ff.).

Das körperliche Ertragen der unangenehmen abgewehrten Affekte des Klienten, was als Vorbild für die Affektregulation des Klienten dient und die beschriebene Affektintensivierung, bilden die Grundlage dafür, dass insbesondere dissoziierte affektive Erfahrungen in das Bewusstsein gelangen können. Die bewusste Verarbeitung dieser Affekte bildet dann die Grundlage dafür, dass sie in die linke Hirnhälfte kommuniziert werden und eine verbale Auseinandersetzung mit ihnen stattfinden kann. (Schore 2007, S. 139 ff.). Die Verbalisierung extremer emotionaler Erregungszustände stellt einen bedeutenden Entwicklungsfortschritt der Selbstregulationsfähigkeit dar (Dawson 1994, S. 358).

Menschen mit Selbstregulationsdefiziten empfinden in stressvollen Lebenslagen lediglich diffuse und unruhige Körperzustände, ohne diese als spezifische Affekte zu erkennen oder benennen zu können (Schore 2007, S. 74).

Neil beschreibt einen jungen Patienten, der in seiner Therapie in der Lage ist, äußere Merkmale von Affekten in seinem Spiel darzustellen, aber nur vereinzelt in der Lage ist, die von ihm nachgespielten Affekte zu benennen: „So konnte er mir zum Beispiel zwar erzählen, dass die Schlange ‚rote Backen‘ hatte, war aber nicht imstande, die Affekte der Scham oder Verlegenheit zu artikulieren. Ebenso konnte er zwar erläutern, dass der Mund des Delphinprinzen ‚weit offen‘ stand und er die ‚Augen fest geschlossen‘ hielt – dass der Prinz Angst hatte, war aber unaussprechbar“ (Neil 2005, S. 211). Der Therapeut übernimmt die Aufgabe der Verbalisierung von Affekten und sorgt auf diese Weise für den wechselseitigen interhemisphärischen Austausch zwischen rechter und linker Hirnhälfte (siehe Kap. 1.5) und damit für die bewusste Auseinandersetzung mit den Affekten, bis diese Funktion vom Patienten verinnerlicht wurde. (Schore 2007, S. 148; Basch 1985, S 11) Es kommt durch die Verbalisierung und die Verbindung äußerer und innerer Reize durch den Therapeuten zu einer

Weiterentwicklung der undifferenziert wahrgenommenen Körperempfindungen zu konkreten Affekten, die verbalisiert werden können. Dadurch werden körperliche Symptome von psychosomatischer Störungen reduziert und die selbstständige Affektregulation verbessert (Schore 2007, S. 141; Neil 2005, S. 211; Woods 2005, S. 309).

Die Fähigkeit des Patienten zur eigenständigen wechselseitigen Übertragung unbewusster impliziter Selbstinformationen der rechten Hirnhälfte und bewusster expliziter Selbstinformationen der linken Hirnhälfte stellt einen Entwicklungsfortschritt der Anpassungsfähigkeiten dar, der die nachträgliche Reifung des orbitofrontalen Systems, das die höchste Ebene der Affektregulation darstellt (Kap. 1.5), erkennen lässt (Schore 2007, S. 140 ff.)

3.5 Grenzen der Affektregulationsentwicklung im therapeutischen Rahmen

Trotz der lebenslangen Entwicklungsplastizität der rechten Hemisphäre ist der Umfang, in dem affektive Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit im therapeutischen Setting überformt werden können, durch verschiedene Faktoren begrenzt. Ein bereits erwähnter Faktor ist die Behandlungsdauer, die das Veränderungspotenzial und die Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb der Therapie beeinflusst (siehe 3.1; Schore 2007, S. 85).

Neben der Dauer der Behandlung ist auch der Zeitpunkt, also das Alter, zu dem eine Behandlung begonnen wird, ein Faktor, der das Verbesserungspotenzial beeinflusst. Früh kodierte und durch häufige Aktivierung in der Kindheit stark gefestigte Erinnerungen sind widerstandsfähiger als neue, sodass länger existierende Erinnerungen stabiler erhalten bleiben als neu entwickelte, weshalb auch unbewusste implizite prozedurale Erinnerungen, die das Verhalten leiten mit steigendem Alter schwieriger zu überarbeiten sind (Turnbull & Solms 2005, S. 78). Dies steht im Zusammenhang mit der Tatsache, dass häufig aktivierte neuronale Verbindungen zu dichteren und stärkeren Nervenverbindungen führen und selten oder nicht benutzte im Laufe der Zeit atrophieren, sich also zurückentwickeln und schließlich verloren gehen. In Fällen früher Traumatisierungen und Bindungsstörungen werden so die maladaptiven Bewältigungsmechanismen und Beziehungserfahrungen, die das Verhalten leiten, verstärkt. Das neuronale Wachstum ist folglich abhängig von Ausmaß und Umfang der Aktivierungen und dieser Mechanismus bleibt lebenslang erhalten, obwohl er in der Kindheit ausgeprägter und schneller abläuft.

Neue Beziehungserfahrungen in der Therapie stehen aus Perspektive der neuronalen Nutzung zunächst in Konkurrenz mit den verfestigten neuronalen Handlungsmustern der belasteten Vergangenheit. Das beschriebene Wachstumsprinzip erlaubt aber bei anhaltender Behandlung mit entsprechend häufig wiederholten positiven Beziehungserfahrungen in der therapeutischen Dyade eine Überarbeitung und somit eine Verlagerung von den frühen und stark ausgebildeten neuronalen Verbindungen der Kindheitsbelastungen zu den neuen in der Therapie gebildeten, so dass die früheren allmählich atrophieren, da sie obsolet geworden sind (Turnbull & Solms 2005, S. 75).

Neben diesen zeitlichen Einflussfaktoren, hat auch die therapeutische Kompetenz einen entscheidenden Einfluss auf Entwicklungsmöglichkeiten in der Therapie. Die Wahrnehmung und insbesondere das Aushalten und Regulieren der negativen Anteile des Klienten stellt die schwierigste Herausforderung für Therapeuten in der Behandlung dar (Schore 2007, S. 121). Wie bereits erwähnt (siehe 3.2) ist diese Ansteckung des Analytikers von signifikanter Bedeutung für den Erfolg der Behandlung und seine Fähigkeit, den negativen abgewehrten Affekt aus der defensiven projektiven Identifikation des Klienten zu ertragen und zu modulieren, bestimmt den Umfang der Synchronisationsprozesse in den dyadischen Interaktionen der Therapie und somit das Potential für die affektive Weiterentwicklung, die in diesen Prozessen stattfindet. Das therapeutische Anpassungsvermögen wird in der externen Regulation des stressvoll projizierten Affektes erkennbar. Gelingt es ihm diesen zu ertragen, ohne ihn auszuagieren, auf diese Weise in Resonanz mit dem dysregulierten Zustand des Klienten zu geraten, diesen Affekt dann zu regulieren und sein Erleben dieses Zustandes verbal mit dem Patienten zu teilen, so ist er in der Lage die affektive Weiterentwicklung zu fördern (Schore 2007, S. 53 ff.).

Auf der anderen Seite kann es vorkommen, dass das Bewusstwerden projizierter Affekte aufgrund ihrer hohen Intensität durch den Therapeuten verhindert wird, was wiederum die Verbalisierung und damit Bewusstwerdung dieser Zustände auf Seiten des Klienten verhindert (Ralph 2005, S. 233). Die therapeutische Kompetenz des Behandlers nimmt insbesondere dann ab, wenn dieser durch den Klienten eine negative Rollenzuschreibung erfährt (Schore 2007, S. 120 f.).

Ein letzter wichtiger Einflussfaktor auf den Umfang und die Reichweite der therapeutischen Veränderungen ist die Person, durch die der Patient traumatische Erfahrungen erlebt hat (Kap. 2.3). So schränken beispielsweise Missbrauchserfahrungen

innerhalb der Familie stark die Fähigkeit ein, Beziehungserfahrungen zu nutzen, um Affekte zu regulieren oder in anderer Form deren Potential für weitere Entwicklungen auszuschöpfen (Ralph 2005, S. 236).

4 Unterstützungsmöglichkeiten der Affektregulation in Kindertagesstätten

Im vorigen Kapitel wurde deutlich, dass eine affektive Entwicklung auch durch Interaktionen mit anderen als den primären Bezugspersonen erfolgen kann. Der entscheidende Faktor für die Entwicklung der Affektregulationsfähigkeit ist eine verlässliche Beziehung in der es zu affektregulierenden Interaktionen kommt, in denen die reiferen Strukturen eines Beziehungspartners als Modell für die sich entwickelnden des anderen, in diesem Falle eines Kindes, dienen. In Kindertagesstätten ist dies, unter entsprechenden Bedingungen, auf die im Folgenden eingegangen wird, das pädagogische Fachpersonal.

Wie bereits im ersten Kapitel beschrieben, erfolgt der Großteil der affektiven Entwicklung in den ersten Lebensjahren, auf Grundlage des starken Wachstums der rechtshemisphärischen Gehirnstrukturen, das zu dieser Zeit bei entsprechenden Beziehungserfahrungen des Kindes stattfindet. Im Kontext der außerfamiliären Betreuung in Kindertageseinrichtungen fällt diese Zeit vorwiegend mit dem Aufenthalt in Krippen- und Kindertagespflegeeinrichtungen zusammen.

4.1 Der Beginn der Affektregulation in der außerfamiliären Betreuung

Der Beginn der außerfamiliären Unterstützung der Affektregulationsentwicklung erfolgt mit der idealerweise stattfindenden Eingewöhnung beim Eintritt eines Kindes in eine Kindertagesstätte. Unter dem Begriff Eingewöhnung ist der Prozess gemeint, mit dem in das Kind in Begleitung seiner Eltern langsam mit der Trennung von den Eltern während des außerfamiliären Aufenthalts und den spezifischen Eigenheiten einer Kindertagesstätte vertraut wird. Auch die Kindertagesstätte mit ihrem Personal lernt die neue Familie kennen und es kommt zu einer wechselseitigen Anpassung zwischen beiden Parteien, insbesondere zwischen zukünftiger pädagogischer Fachkraft und dem eingewöhnenden Kind. In erster Linie stellt diese Anpassung eine Herausforderung und damit ein gewisses Maß an Stress für das Kind dar (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S. 51; Lazarus & Launier 1981, S. 226)

Das Ziel der Eingewöhnung ist neben der Minimierung des individuellen Übergangsstresses eines Kindes, eine neue Beziehung zwischen ihm und einer neuen sekundären Bezugsperson in der Kita zu etablieren. In diesem Zusammenhang geht es darum, dem Kind eine Anbindung an eine Bezugsperson außerhalb der Familie in der Kindertagesstätte zu ermöglichen. Die neue Bezugsperson lernt während dieses Akklimatisierungsprozesses die individuellen Abläufe und Rituale zwischen primärer Bezugsperson und Kind kennen, was die Basis dafür bildet, dass sie im Laufe der Eingewöhnung das Kind zunehmend zu trösten und zu beruhigen vermag, wenn es zu Trennungen zwischen Mutter und Kind kommt. Auf diese Weise beginnt die Bezugsperson in der Kita eine Affekt regulierende Funktion in der Beziehung zum Kind zu übernehmen (Laewen, Andres & Hédervári 2003, S. 16 ff.).

Die Eingewöhnung stellt den Beginn der Beziehungsgestaltung zwischen pädagogischer Fachkraft zu einem Kind dar. Erst durch einen regelmäßigen, beständigen und zuverlässigen Umgang kann diese Beziehung gefestigt werden und darüber hinaus allmählich die Qualität einer Bindung erreichen, was sich durch eine Orientierung des kindlichen Verhaltens auf die pädagogische Bezugsperson während des Aufenthalts in einer Kindertagesstätte manifestiert (Laewen et al. 2003, S. 26 f.). Eine kontinuierliche und persönliche Betreuung durch eine über den Aufenthalt in einer Kita konstante Bezugsperson, die sich zudem emotional auf das individuelle Kind einstellt, ermöglicht die Entstehung einer sekundären Bindungsbeziehung zu dieser pädagogischen Bezugsperson (Bowlby 2009, S. 220). In dieser Beziehung dient die pädagogische Fachkraft als Regulator der kindlichen Affekte und unterstützt es dabei, sein inneres emotionales und physiologisches Gleichgewicht während des Aufenthalts in der Kindertagesstätte zu halten, wozu das Kind allein noch nicht in der Lage ist. Die Voraussetzung dafür ist, dass die jeweilige pädagogische Fachkraft selbst in der Lage ist, ihre eigenen Affekte zu regulieren und in Fällen, in denen ihre autonomen Regulationsmöglichkeiten überfordert werden auch selbst Unterstützung in stressvollen Situationen beispielsweise im pädagogischen Team zu erhalten. Durch Annäherung und Entfernung hat das Kind die Möglichkeit auf diese externe Regulation Einfluss zu nehmen, indem es sich in unsicheren Situationen nähert und bei Sicherheit explorierend die Distanz zur Bezugsperson erhöht (Laewen et al. 2003, S. 18 f.).

Bei fehlender oder unzureichender Eingewöhnung, also einem Fehlen einer primären Bezugsperson während der ersten Tage in einer für das Kind neuen Einrichtung, herrscht ein hohes Risiko, dass es für das Kind zu anhaltenden

dysregulierten Zuständen kommt, weil keine bekannte Bezugsperson vorhanden ist und noch keine entsprechende Beziehung zu einer pädagogischen Fachkraft aufgebaut wurde. Wenn das Kind in Situationen von Unsicherheit und Irritation üblicherweise die Nähe der primären Bezugsperson sucht, bleibt solches Bindungsverhalten bei fehlender Gewöhnung an eine pädagogische Fachkraft unzureichend beantwortet, da sie keine Möglichkeit hat das Kind zu beruhigen, zu trösten und als Sicherheit spendende Anlaufstelle zu fungieren. Das pädagogische Personal ist erst nach mehreren Tagen in der Lage das Kind zu beruhigen und diese durch Weinen und Schreien gekennzeichneten Zustände des Kindes zu beenden (Laewen et al. 2003, S. 30 ff.). „Ein solcher Beginn von Tagesbetreuung belastet das Kind und kann zu erheblichen Beeinträchtigungen seiner Gesundheit, Entwicklung und seiner Bindungsbeziehungen zur Mutter führen“ (Laewen et al. 2003, S. 37).

In Familien mit adäquater familiärer Unterstützung der Affektentwicklung übernehmen die pädagogischen Bezugspersonen diese Funktion für die Zeit, die das Kind in der Einrichtung verweilt. Bei Kindern mit Bindungsdefiziten an ihre primären Bezugspersonen und eingeschränkter Entwicklung der affektiven Regulationsfähigkeit dienen die Erfahrungen in der Beziehung zur pädagogischen Fachkraft als Erweiterung des affektiven Erfahrungshorizonts und unterstützen ihre Affektregulationsentwicklung (Rass 2012, S. 167; Schore 2007, S. 168).

4.2 Bindungsfördernde Eigenschaften pädagogischer Fachkräfte

Die affektive Unterstützung durch das pädagogische Fachpersonal erfolgt durch ihr Betreuungs- und Beziehungsverhalten, das durch folgende fünf Eigenschaften der alltäglichen Beziehungserfahrungen der Kinder gekennzeichnet ist.

Die Grundlage bildet die Kommunikation mit der sich eine pädagogische Fachkraft einem Kind zuwendet. Diese Kommunikation sollte durch emotionale Wärme und eine insgesamt liebevolle Qualität gekennzeichnet sein, so dass es zu beiderseitigen positiven Affekten, insbesondere Freude, während der Interaktionen zwischen ihnen kommt. Auf Basis dieser einfühlsamen Zuwendung kommt es als nächstes auf die Eigenschaft der Pädagogen an für Sicherheit des Kindes zu sorgen und dass das Kind diese auch spürt. Dieses Sicherheitsgefühl stellt den essenziellen Effekt einer Bindungsbeziehung dar und ist deshalb von großer Bedeutung. Die sichere Verfügbarkeit einer pädagogischen Bezugsperson ermöglicht den Kindern intensivere Spiele und sorgt für eine engagiertere und offenere Exploration ihrer Umgebung. Eine zuverlässige Betreuung durch

pädagogische Fachkräfte ermöglicht durch ihre sicherheitsgebende Wirkung die Entwicklung von Bindungsbeziehungen und die regulierende Umgebung, die an sie gebundene Kinder in ihrer Nähe erfahren, wird von diesen Kindern aktiv gesucht. Im Gegensatz zu Pädagogen, die nur gelegentlich die Betreuung einer Kindergruppe übernahmen, zeigten diese Kinder weniger negative Affekte während Trennungssituationen beim Betreten der Kindertagesstätte am Morgen und hielten sich eher in der Nähe der Pädagogen auf, die sie zuverlässig betreuten. Auch weinten sie in geringerem Umfang und konnten mithilfe einer pädagogischen Bindungsperson schneller zu einem regulierten Affektzustand zurückkehren (Ahnert 2007, S. 32).

Die dritte Eigenschaft einer pädagogischen Fachkraft, die die Entstehung einer Bindungsbeziehung des Kindes an sie ermöglicht, ist die Fähigkeit interaktiv das Stressniveau eines Kindes zu senken. In unangenehmen und belastenden Situationen, in denen ein Kind die Nähe einer Bezugsperson für Trost und Beistand aufsucht, ist diese in der Lage negative Affekte zu regulieren, die entsprechenden Auslöser dieser Affekte in Form von Irritationen zu bewältigen und somit schließlich die Rückkehr zu einem positiven Affektzustand zu ermöglichen.

Neben der Erleichterung des eigenständigen Explorierens des Kindes durch die sicherheitsgebende Eigenschaft einer pädagogischen Fachkraft, die dem Kind bei Unsicherheiten als beruhigender Anlaufpunkt dient, ist ihre Anregung eines Kindes zu weiterer Exploration ein weiteres Merkmal dieser Fachkraft, die die Entwicklung einer Bindungsbeziehung und damit die Unterstützung der affektiven Entwicklung ermöglicht.

Die fünfte Eigenschaft in diesem Zusammenhang ist die Assistenz in Situationen, in denen ein Kind Herausforderungen begegnet, die seine autonome Handlungsmöglichkeiten an ihre Grenzen bringt oder übersteigt. Unter solchen Umständen sucht ein sicher angebundenes Kind die Nähe zur pädagogischen Bezugsperson, um Hilfe und Unterstützung zu erhalten und kann diese von ihr auch annehmen.

Die Ausprägung der fünf beschriebenen Eigenschaften; die aufmerksame Zuwendung mit einfühlsamer Kommunikation, die Sicherheitsfunktion, die Verringerung des kindlichen Stresses, die Ermutigung zum Explorieren sowie die Unterstützung eines Kindes während Erfahrungen, die seine Handlungsfähigkeit übersteigen, unterscheidet sich in jeder Bindung zwischen pädagogischen Fachkräften und einzelnen Kindern. Diese individuelle Charakteristik der Eigenschaften bestimmt

das Ausmaß der Bindungssicherheit zwischen einzelnen pädagogischen Fachkräften und Kindern (Ahnert 2007, S. 33 f.).

Auch der pädagogische Tätigkeitsbereich von Beobachtung und Dokumentation innerhalb von Kindertagesstätten trägt zur Unterstützung der Affekt regulierenden Kapazität von Fachkräften bei. Die Wahrnehmung der Interessen, Affekte, Bedürfnisse, Themen und weiterer individueller Merkmale eines einzelnen Kindes ermöglicht eine präzisere und an das individuelle Kind angemessenere Einfühlung und führt somit zu empathischerem Verhalten der pädagogischen Reaktionen (Leu et al. 2015, S. 27).

Die Muster der kindlichen Bindung an eine pädagogische Bezugsperson hängen somit ausschlaggebend vom pädagogischen Verhalten einer Fachkraft, insbesondere in Interaktionen mit den ihr anvertrauten Kindern, ab (Ahnert 2008, S. 267). Gelingt es, Vertrauen in der Beziehung zwischen einer Bezugsperson und einem Kind in einer Kindertagesstätte zu etablieren, kann es auf dieser Grundlage zu einer sicheren Bindung zwischen beiden kommen, die dem Kind erlaubt mithilfe des Erwachsenen seine eigene Handlungsfähigkeit im Allgemeinen und im Speziellen in unbekanntem und belastenden Situationen zu erweitern und diese so zu bewältigen (Ahnert 2007, S. 33).

4.3 Strukturelle Einflussfaktoren auf die Beziehungsqualität in Kindertagesstätten

Neben diesen persönlichen Eigenschaften von pädagogischen Fachkräften, die die Beziehungsqualität zu den ihnen in einer Tagesstätte anvertrauten Kindern beeinflussen, gibt es noch weitere Einflussfaktoren, die das Ausmaß dieser Anbindung bedingen.

Zunächst sind dies konzeptionelle Aspekte, die die Bindungsqualität der Kinder an ihre Bezugspersonen in jener Einrichtung beeinflussen. Ist der Betreuungsauftrag einer Kindertagesstätte lediglich auf die Beaufsichtigung der Kinder für einige Stunden täglich orientiert, für ein geringeres Niveau an sicheren Bindungen zwischen ihrem pädagogischen Personal und den Kindern (Ahnert 2008, S. 265). Ein weiterer Aspekt ist die Fokussierung der pädagogischen Handlungen auf die Etablierung von Peer-Beziehungen, ohne sich als Pädagoge selbst als enger Beziehungspartner zu verstehen, was sich in einem geringeren Ausmaß von sicheren Bindungen in einer Kita auswirkt. Eine Veränderung dieser konzeptionellen Ausrichtung hin zu einem Verständnis der pädagogischen Fachkräfte als Beziehungs- und Bindungspartner ermöglicht einen einfühlsameren Umgang und eine angemessenere Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse einzelner Kinder und damit sicherer Bindung, aber auch die Vereinbarkeit

dieser individuellen Besonderheiten mit den Anforderungen der betreuten Kindergruppe. (Ahnert 2007, S. 36 f.).

Ein weiterer Einflussbereich auf die Bindung zu pädagogischen Fachkräften ist die Kindergruppe in Tagesstätten. Dabei geht es zum einen um die Geschlechtszusammensetzung einzelner Gruppen sowie um die Gruppengröße im Verhältnis zum Alter der Kinder.

In Verbindung mit der kindlichen Auseinandersetzung mit dem Thema der eigenen Geschlechtsidentität kommt es zu einer Bildung gleichgeschlechtlicher Subgruppen, mit unterschiedlichen sozialen Eigenschaften, innerhalb einer KiTa-Gruppe. Die Gruppen der Jungen sind dabei vorwiegend durch höhere Aktivitätsniveaus sowie der Ausbildung von Hierarchien und Dominanzverhalten gekennzeichnet. Dazu gegensätzlich zeichnet sich die Subgruppe der Mädchen durch eine eher egalitäre soziale Struktur und insgesamt prosozialeres Verhalten in Verbindung mit regulierteren Aktivitätsniveaus aus, was die Beziehungsgestaltung insbesondere für weibliche pädagogische Fachkräfte erleichtert. Die da öffentliche Kinderbetreuung seither typischerweise durch weibliches Fachpersonal geprägt ist, treten sichere Bindungen häufiger zu Mädchen als zu Jungen auf (Ahnert 2007, S. 38). Die Gestaltung pädagogischer Angebote, die oftmals durch eigene geschlechtsspezifische Maßstäbe der pädagogischen Fachkräfte strukturiert sind, wird den Themen der Jungen-Subgruppe unzureichend gerecht, was zu einer geringeren Beteiligung an diesen Angeboten und einem Rückzug in ihre Peer-Group führt. Dadurch entgehen ihnen Interaktionsmöglichkeiten mit dem pädagogischen Personal, die zu Bindungen führen könnten und ihre Betreuung wird aufgrund des Rückzuges erschwert (Ahnert 2008, S. 272 f.).

Ein weiterer gruppenbezogener Einflussfaktor auf die Bindungssicherheit von Kindern in Kindertagesstätten ist die Gruppengröße. So wirken sich kleine Gruppen in denen die Fachkräfte individuell auf die einzelnen Kinder eingehen, positiv auf die Bindungssicherheit, insbesondere in Kleinkindgruppen, wie sie in Krippen oder Tagespflege vorzufinden sind, aus (Ahnert 2007, S. 37; 2008, S. 273 f.).

4.4 Unterstützung der Affektregulationsentwicklung im Kita-Alltag

Nach der Etablierung und Festigung einer Bezugsbeziehung zu einer pädagogischen Fachkraft in einer Kindertageseinrichtung lässt sich die Entwicklung der Affektregulationsfähigkeit in alltäglichen Interaktionen weiter unterstützen. Dazu geht

es zunächst um das Kennenlernen der verschiedenen Affekte und woran sie emotional und körperlich wahrzunehmen sind und das bei sich selbst und anderen. Hierbei dient die pädagogische Bezugsperson als Vorbild für die Kinder, indem sie über ihre eigenen Gefühle spricht und authentisch ihre Affekte in Mimik und Gestik zeigt, sowie bei der Verbalisierung der kindlichen Affekte hilft, indem sie dessen Affekte benennt und mit dem Kind darüber spricht.

Auch Bücher, die Emotionen thematisieren, können dazu dienen, das Bewusstsein für Affekte zu erhöhen. Bilderbücher, die in bildhaften Darstellungen die äußerlichen Merkmale, also Mimik und Gestik, von Affekten zeigen, dienen den Kindern als Spiegel um ihre eigene Affektwahrnehmung zu stärken. Auch das buchstäbliche Betrachten des eigenen Affektausdrucks von Gesicht und Körperhaltung vor einem Spiegel dient der Verknüpfung emotionaler Zustände mit ihren körperlichen Auswirkungen. Das Vorlesen von Texten mit emotionalem Inhalt bietet sich als Gesprächsanlass an, um über Affekte zu sprechen und die eigenen und die in einer Geschichte vorkommenden, zu reflektieren (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S 45).

Ein weiterer Aspekt der Unterstützung ist die eigentliche Regulation der unterschiedlichen Affekte. Dabei erfüllt die pädagogische Fachkraft ebenfalls eine Modellfunktion, indem sie effektive und angemessene Regulationsstrategien vorlebt und in Interaktionen mit Kindern weitergibt und festigt. Die Kinder erfahren Strategien zur autonomen Selbstregulation und unter welchen Umständen sie Hilfe benötigen. In Situationen deren Anforderungen die autonomen Regulationsfähigkeiten der Kinder übersteigen, holen sie sich dafür Unterstützung bei ihnen vertrauten Erwachsenen, im Rahmen der Kita bei ihren Bezugspersonen. Die Bezugspersonen leisten Hilfe und wirken als externe Regulatoren, wo entsprechende Regulationsmechanismen noch nicht verinnerlicht wurden und geben den Kindern Feedback zu ihrem individuellen Handeln.

Darüber hinaus sorgen strukturierte und klare Abläufe für Sicherheit bei den Kindern, die zudem das Explorationsverhalten und damit zusammenhängend die intrinsisch motivierte Bildung fördern. Diese Struktur entsteht durch regelmäßige Abläufe, insbesondere Rituale im Tagesablauf, wie beispielsweise Morgenkreise, gemeinsames Essen, und gleichmäßige Tageszeiten, an denen die Kinder jeweils in die Tagesstätte gebracht und abgeholt werden. Auch im Spiel, vor allem bei Regelspielen bietet sich die Möglichkeit zur Übung der Selbststeuerung und –regulation, da in ihrem

Rahmen die Modulation der eigenen Erregung erprobt werden kann (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S 46).

Auch der Umgang mit Stress ist ein Aspekt, der im Zusammenhang mit der Affektregulationsförderung in Kindertagesstätten erlernt und unterstützt werden kann. Dafür bedarf es zunächst eines Verständnisses von Stress allgemein, welche Faktoren dazu beitragen und welche körperlichen Veränderungen damit verbundenen sind, wie beispielsweise eine erhöhte Herzfrequenz, Kopfschmerzen oder Schlafprobleme. Das Ziel der Unterstützung im Umgang mit Stress ist es den Kindern zu ermöglichen, stressvolle Situationen und ihre Grenzen im Umgang mit ihnen einschätzen zu können, um gegebenenfalls Hilfe bei der Bewältigung bei ihren Bezugspersonen zu finden. Stressbewältigungsfähigkeit wird im Kita-Alltag wiederum durch die pädagogische Fachkraft unterstützt, die angemessene adaptive Bewältigungsstrategien vorbildhaft anwendet und mit Kindern stressige Situationen rekapituliert und reflektiert. Darüber hinaus schafft sie Möglichkeiten für die Kinder eigenständig Bewältigungsstrategien zu erleben und zu erproben, indem sie zum einen Rückzugsräume in der Kita schafft und Entspannungsübungen, wie beispielsweise Fantasiereisen anbietet. Zum anderen dienen Bewegungsspiele oder andere Formen der Bewegung, auch im Freien, eine Chance aktive Bewältigungsstrategien kennenzulernen (Fröhlich-Gildhoff & Rönnau-Böse 2014, S 52).

Diese Aspekte der Affektregulationsunterstützung in Kitas tragen somit auch zur Förderung der individuellen Resilienz der Kinder bei (Wustmann 2004, S: 134). „Frühe Fähigkeiten zur Emotionsregulation erweisen sich bei vier- bis sechsjährigen Kindern zwei Jahre später als Prädiktor für die Resilienz dieser Kinder“ (Petermann & Wiedebusch 2008).

4.5 Grenzen der affektiven Unterstützung in Kindertagesstätten

Die Bildung einer sicheren Bindung an eine pädagogische Bezugsperson kann selbst im Idealfall nicht die Bindung eines Kindes zu seiner primären Bezugsperson ersetzen, dennoch kann sie als eine weitere Bezugsperson fungieren. Auch mögliche Bindungsdefizite an die primäre Bezugsperson können nicht vollständig überarbeitet und aufgehoben werden, trotzdem sorgen neue und positive Beziehungserfahrungen mit pädagogischen Bezugspersonen für Verbesserungen der Affektregulationsfähigkeit (Rass 2012, S. 167; Ahnert 2008, S. 263 f.).

Hinzu kommen strukturelle Einschränkungen, die das Verbesserungspotenzial der Affektregulation von Kindern in Kitas senken. So sind Personalflektuationen und Betreuerwechsel unter den pädagogischen Bezugspersonen vor allem im Kleinkindalter ein negativer Einfluss auf die affektive Entwicklung, da es dadurch zu Beziehungsunterbrechungen und somit zum Bindungszerfall kommt, der dem Kind seine externen Möglichkeiten zur Affektregulation nimmt und gleichzeitig für neue emotionale Belastungen sorgen, da sie sich ohne Bezugsperson an eine irritierende Situation anpassen müssen, die ihre geringen autonomen Regulationsfähigkeiten übersteigen.

Außerdem sorgen zu große Kindergruppen in Verbindung mit zu hohen Betreuungsschlüsseln des Personals dafür, dass gerade im Kleinkindalter verhindert wird, dass eine pädagogische Fachkraft individuell auf ein Kind eingehen kann. Dadurch wird der Aufbau einer Bindung, und die damit zusammenhängende Unterstützung der affektiven Entwicklung, gerade im Kleinkindalter unmöglich. Denn wie im ersten Kapitel verdeutlicht wurde, sind die Interaktionen, in denen es zum Affektaustausch kommt, entscheidend für die Entwicklung der Affektregulationsfähigkeit von Kindern.

„Ein zahlenmäßig ungünstiges Verhältnis von Kleinkind und Erzieher vergrößert die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder eine unsichere Bindung entwickeln“ (Schore 2007, S. 312).

Auch die individuelle Kompetenz und Einfühlungsvermögen der pädagogischen Fachkräfte hat Einfluss auf das Unterstützungsausmaß bei der Entwicklung der Affektregulation, ebenso wie die individuelle Kompetenz von Therapeuten Einfluss auf die Entwicklungsmöglichkeiten innerhalb einer Therapie hat (Kap. 3.5). Wie im ersten und dritten Kapitel deutlich wurde, hat die Abstimmung und Synchronisierung der Affekte zwischen Bezugspersonen und Kind große Bedeutung für die interaktive Affektregulation. Dabei schränken verschiedene Faktoren diese Fähigkeit bei pädagogischen Fachkräften ein. Im Gegensatz zur interaktiven Affektregulation innerhalb der Familie mit der primären Bezugsperson oder im Rahmen einer Psychotherapie mit einem Therapeuten, gilt die Aufmerksamkeit einer pädagogischen Fachkraft nicht ungeteilt einem einzelnen Kind, sondern einer ganzen Gruppe. Zudem erfahren Psychotherapeuten in ihrer Ausbildung sowie während ihrer Praxis mehr Unterstützung bei der Selbstreflexion, was ihr Einfühlungsvermögen erhöht. In diesem Zusammenhang spielen auch unbewusste belastende Erfahrungen oder Traumata der

pädagogischen Fachkräfte eine Rolle. Auch pädagogisches Fachpersonal kann in Interaktionen eigene Traumata und Bindungsstörungen auf die zugetrauten Kinder übertragen (vgl. transgenerationale Weitergabe in Kap. 2.3). Die individuelle Reflexionsfähigkeit über das eigene pädagogische Handeln stellt somit eine Grenze der affektiven Unterstützung dar. In diesem Zusammenhang sind auch gegenwärtige Belastungen von Bedeutung. Akuter Stress reduziert die Feinfühligkeit für individuelle Gefühle und Bedürfnisse der einzelnen Kinder, indem die dauerhafte Anspannung des Körpers die Wahrnehmung der Signale und Hinweise der Kinder verhindert. Durch Stress wird somit die Bindungsbereitschaft reduziert (Harms 2008, S. 28).

Reichen die internen Unterstützungsmöglichkeiten eine Kindertageseinrichtung nicht aus, um ein Kind adäquat zu helfen, beispielsweise bei gravierenden Bindungsstörungen und damit einhergehenden affektiven Auffälligkeiten, dient die Einrichtung als Vermittlungsinstanz im institutionellen Netzwerk des jeweiligen Sozialraums. Dazu gehört die Bereitstellung und Vermittlung von Angeboten der Elternaufklärung, der Familien- und Elternberatung sowie psychologischer und psychotherapeutischer Behandlung.

Zusammenfassung

Die Affektregulationsfähigkeit eines Kindes entwickelt sich in erster Linie innerhalb der Bindungsbeziehung zur primären Bezugsperson während der ersten zwei Lebensjahre. Die primäre Bezugsperson übernimmt in den ersten Lebensmonaten die Funktion der Affektregulation für den Säugling. Durch diese interaktive Affektregulation in der Bindungsbeziehung bilden sich im kindlichen Gehirn die für die Affektregulation nötigen Systeme und so verinnerlicht der Säugling die Fähigkeit zur Affektregulation anhand der Beziehungserfahrungen zur primären Bezugsperson.

Bleibt die interaktive Affektregulation innerhalb der primären Bindungsbeziehung aus, so kann es nicht zur Bildung der entsprechenden Gehirnstrukturen beim Säugling kommen und es kommt zu einer affektiven Entwicklungsstagnation. Die daraus resultierenden dysregulierten Zustände der Kinder erhöhen ihr Risiko für zahlreiche psychische Störungen. Dadurch, dass die eigenen Affektregulationsstrukturen nicht vollständig ausgebildet wurden, können diese Menschen auch nicht für die interaktive Affektregulation bei ihrem Nachwuchs sorgen.

Wenn die affektive Entwicklung aufgrund fehlender Bindungserfahrungen beeinträchtigt wurde, können aufgrund der lebenslangen Kapazität des menschlichen Gehirns zur erfahrungsabhängigen Reifung auch innerhalb anderer Beziehungen und/oder im späteren Leben Weiterentwicklungen der Affektregulationsfähigkeit stattfinden. So können neue Erfahrungen eines Menschen in denen es zur interaktiven Regulation seiner Affekte kommt, die eigene Fähigkeit zur Affektregulation erweitern.

Im therapeutischen Setting findet diese interaktive Regulation in der Beziehung zwischen Patient und Therapeuten statt. In Kindertagesstätten dient die Beziehung eines Kindes zur pädagogischen Bezugsperson als sekundäre Bindungsperson der Unterstützung der affektiven Entwicklung. Dafür benötigen pädagogische Fachkräfte eine Kita-Struktur, die ihnen die individuelle Beziehungsgestaltung zu den Kindern ermöglicht. Außerdem bedarf es auf Seiten der Pädagogen selbst über eine ausgereifte Affektregulationsfähigkeit, um als Vorbild für die Entwicklung der Affektregulation der Kinder zu wirken.

Da die Entwicklung der Affektregulation am umfangreichsten in den ersten Lebensjahren stattfindet, sind gerade die Krippeneinrichtungen und Tagespflegepersonen für die Unterstützung der Affektregulation besonders relevant, da sie die primäre affektive Entwicklung, die in der Familie stattfindet, ergänzen können

und so frühzeitig intervenieren können, wenn Unzulänglichkeiten in der primären Bindungsbeziehung die Entwicklung der Affektregulation zu beeinträchtigen drohen. Zukünftige empirische Erhebungen sollten dazu dienen, zu bestimmen, wie sehr die sekundäre Bindung an eine pädagogische Fachkraft eventuelle Defizite der Affektregulation verhindern können. In dieser Arbeit wurden dazu bereits einige Einflussfaktoren beschrieben, die zum einen den Prozess der Anbindung an eine pädagogische Fachkraft als sekundäre Bindungsperson beeinflussen sowie Faktoren, die die Entwicklung der Affektregulationsfähigkeit in der primären Bindungsbeziehung negativ beeinflussen.

Ein Faktor, der die Bindungssicherheit der Kinder an ihre pädagogischen Bezugspersonen beeinflusst, ist das Geschlecht der Pädagogen. Mehr Männer sind in der frühen Kindertagesbetreuung nötig, um subjektive Geschlechtseinflüsse auszugleichen, die pädagogische Angebote prägen und auf diese Weise bisher eine höhere Bindungssicherheit von Mädchen an weibliche Pädagogen zur Folge haben.

Auch die Selbstreflexion pädagogischer Fachkräfte sollte mehr gefördert werden, um die Entwicklung der Affektregulation zu unterstützen und die transgenerationale Weitergabe von Bindungsproblemen pädagogischer Fachkräfte zu verhindern. Dazu sollte die Arbeit mit der eigenen Biografie und dem eigenen pädagogischen Handeln Teil pädagogischer Ausbildungen sein. Auch während des praktischen pädagogischen Alltags sollte es zu einer regelmäßigen Reflexion kommen, um die Grenzen der eigenen Affektregulation im Umgang mit Kindern zu erkennen und die Fachkräfte dann die Möglichkeit haben selbst Unterstützung, beispielsweise im Team, zu erhalten.

Während die Bedürfnisse der Kinder und die Anforderungen an das pädagogische Personal in dieser Arbeit dargestellt wurden, blieben die Bedürfnisse der pädagogischen Fachkräfte, um die affektive Entwicklung zu unterstützen nur angedeutet. Auch die Theorien der Psychoanalyse wurden nicht ergründend dargestellt und therapeutische Interventionen wurden lediglich aus psychoanalytischer Perspektive dargestellt. Des Weiteren beschränkt sich diese Arbeit vorwiegend auf die ersten Lebensjahre, obwohl die Affektregulationsentwicklung in der weiteren Kindheit und auch im weiteren Leben erneute Umstrukturierungs- und Wachstumsphasen erfährt.

Die Affektregulation kann sich nur in Beziehung entwickeln und deshalb ist eine kontinuierliche Beziehungsgestaltung zu Kindern nötig, um die Entwicklung ihrer Affektregulationsfähigkeit zu unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Ahnert, L. (2007). Von der Mutter-Kind- zur Erzieherinnen-Kind-Bindung? In: Becker-Stoll, F. & Textor, M.-R. (Hrsg.). *Die Erzieherin-Kind-Bindung* (S. 31-41). Berlin, Düsseldorf, Mannheim: Cornelsen Scriptor.
- Ahnert, L. (2008). *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung* (2. Aufl.). München: Reinhardt.
- Andreason, P. J., Zametkin, A. J., Guo, A. C., Baldwin, P. & Cohen, R. M. (1994). Gender-related differences in regional cerebral glucose metabolism in normal volunteers. *Psychiatry Research*, 51, 175-183.
- Baradon, T. (2005). Psychotherapeutische Arbeit mit Müttern und Säuglingen. In: V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 165-186). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Basch, M. F. (1985). New directions in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 2, 1-19.
- Bowlby, R. (2009). Das Londoner Modell der bindungsorientierten Tagesbetreuung. In: K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Wege zu sicheren Bindungen in Familie und Gesellschaft: Prävention, Begleitung, Beratung und Psychotherapie* (S. 213-224). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Dawson, G. (1994). Development of emotional expression and emotion regulation in infancy. In: G. Dawson & K. W. Fischer (Hrsg.), *Human behavior and the developing brain* (S. 346-379). New York: Guilford Press.
- Dornes, M. (2001). *Der kompetente Säugling: Die präverbale Entwicklung des Menschen* (10. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.
- Dornes, M. (2009). *Die frühe Kindheit: Entwicklungspsychologie der ersten Jahre*. Frankfurt am Main: Fischer.

- Engfer, A. (1995). Kindesmißhandlung und Vernachlässigung. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie: Ein Lehrbuch* (3. Auflage, S. 960-966. Weinheim: Beltz.
- Fonagy, P. (2005). Der Interpersonale Interpretationsmechanismus (IMM). In: V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 141-163). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Fröhlich-Gildhoff, K. & Rönnau-Böse, M. (2014). *Resilienz* (3. Aufl.). München: Reinhardt.
- Green, V. (2005). Leo: Die analytische Behandlung eines Jungen, der er vorzog zu verstummen. In: V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 237-255). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Harms, T. (2008). *Emotionelle Erste Hilfe*. Berlin: Leutner.
- Heuves, W. (2005). Junge Adoleszente: Entwicklung und Behandlung. In: V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 257-283). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Knapp, P. H. (1992). Emotion and the psychoanalytic encounter. In: T. Shapiro & R. N. Emde (Hrsg.), *Affect: Psychoanalytic perspectives* (S. 239-264). Madison, CT: International Universities Press.
- Laewen, H.-J., Andres, B. & Hédervári, É. (2003). *Die ersten Tage – ein Modell zur Eingewöhnung in Krippe und Tagespflege* (4. Aufl.). Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.
- Lazarus, R. S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R. (Hrsg.), *Stress: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-259). Bern: Huber.
- Leu, H. R., Fläming, K., Frankenstein, Y., Koch, S., Pack, I., Schneider & Schweiger, M. (2015). *Bildungs- und Lerngeschichten: Bildungsprozesse in früher Kindheit beobachten, dokumentieren und unterstützen* (6. Aufl.). Weimar: das netz
- Mahler, M.-S. (1999). *Die psychische Geburt des Menschen: Symbiose und Individuation* (16. Aufl.). Frankfurt am Main: Fischer.

- Neil, M. (2005). Die Phantasie als psychischer Organisator einer traumatischen Erfahrung. In: V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 187-212). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Pardo, J. V., Pardo, P. J. & Raichle, M. E. (1993). Neural correlates of self-induced dysphoria, *American Journal of Psychiatry*, 150, 713-718.
- Petermann, F. & Wiedebusch, S. (2008). *Emotionale Kompetenz bei Kindern* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Phelps, J. L., Belsky, J. & Crnic, K. (1998). Earned security, daily stress, and parenting: A comparison of five alternative models. *Development and Psychopathology*, 10, 21-38.
- Ralph, I. (2005). Gegenübertragung, sexueller Missbrauch und die Therapeutin als Entwicklungsobjekt. In: V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 213-235). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Rass, E. (2012). Allan Schore: Schaltstellen der Entwicklung: Eine Einführung in die Theorie der Affektregulation mit seinen zentralen Texten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reite, M. & Capitanio, J. P. (1985). On the nature of social separation and attachment. In: M. Reite & T. Field (Hrsg.), *The psychobiology of attachment and separation* (S. 223-255). Orlando, FL: Academic Press.
- Rotenberg, V. S. (1995). Right hemisphere insufficiency and illness in the context of search activity concept. *Dynamic Psychiatry*, 150/151, 54-63.
- Schore, A.-N. (2005). Das menschliche Unbewusste: die Entwicklung des rechten Gehirns und seine Bedeutung für das frühe Gefühlsleben. In: V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 35-68). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.
- Schore, A.-N. (2007). *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schore, A.-N. (2012a). Die frühe Überich-Entwicklung: Das Auftauchen von Scham und die narzisstische Affektregulierung in der Übungsphase. In: E. Rass (Hrsg.).

Allan Schore: Schaltstellen der Entwicklung - Eine Einführung in die Theorie der Affektregulation mit seinen zentralen Texten (S. 37-86). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schore, A.-N. (2012b). Bindung und die rechtshemisphärische Regulation. In: E. Rass (Hrsg.). *Allan Schore: Schaltstellen der Entwicklung - Eine Einführung in die Theorie der Affektregulation mit seinen zentralen Texten* (S. 87-109). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schore, A.-N. (2012c). Die Dysregulation des rechten Gehirns: Grundlegende Mechanismen einer traumatischen Bindung und die Psychopathogenese der posttraumatischen Belastungsstörungen. In: E. Rass (Hrsg.). *Allan Schore: Schaltstellen der Entwicklung - Eine Einführung in die Theorie der Affektregulation mit seinen zentralen Texten* (S. 111-151). Stuttgart: Klett-Cotta.

Schwarz, J. M., Stoessel, P. W., Baxter, L. R., Martin, K. M. & Phelps, M. E. (1996). Systematic cerebral glucose metabolic rate changes after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 109-113.

Steele, M. (2005). Bindung, reale Erfahrung und mentale Repräsentation. In: V. Green (Hrsg.). *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 115-140). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

Turnbull, O. & Solms, M. (2005). Gedächtnis und Phantasie. In: V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 69-114). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

Wolock, I. & Horowitz, B. (1984). Child maltreatment as a social problem: The neglect of neglect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 54, 530-543.

Woods, M.-Z. (2005). Entwicklungspsychologische Überlegungen in der Erwachsenenanalyse. In: V. Green (Hrsg.), *Emotionale Entwicklung in Psychoanalyse, Bindungstheorie und Neurowissenschaften* (S. 285-310). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Neubrandenburg, den 06.01.2020