

Deneke, Christiane; Lüders, Bettina

Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52 (2003) 3, S. 172-181

urn:nbn:de:0111-opus-9393

Erstveröffentlichung bei:



www.v-r.de

Nutzungsbedingungen

pedocs gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

peDOCS

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: pedocs@dipf.de

Internet: www.pedocs.de

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,
Psychologie und Familientherapie

52. Jahrgang 2003

Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

Redakteur

Günter Presting, Göttingen

V&R Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern

Christiane Deneke¹ und Bettina Lüders¹

Summary

Particulars of the parent infant interaction in cases of parental mental illness

Disturbed parent infant interactions are frequently seen in cases of parental mental illness. They are indicating possible risks of the infant's development. Regular and illness-specific patterns are not found. Therefore the interaction has to be observed and classified in each individual case to recognize the relevance of the parental illness to the child. Different interaction patterns and their impact on the child's development are described and illustrated by case vignettes. The importance of preventive intervention is highlighted.

Keywords: Parent-child interaction – mentally ill parents – adaptive strategies of the children

Zusammenfassung

Störungen der Eltern-Kind-Interaktion, wie sie unter anderem bei elterlichen psychischen Erkrankungen vorliegen können, weisen auf eine mögliche Gefährdung der psychischen Entwicklung des Kindes hin. Dabei gibt es keine krankheitsspezifischen, regelhaft auftretenden Muster, was bedeutet, dass die Interaktion in jedem Einzelfall beobachtet werden muss, will man ihre Relevanz für die kindliche Entwicklung einschätzen. Verschiedene Interaktionsmuster und ihre möglichen Folgen beim Kind werden beschrieben und anhand klinischer Beispiele illustriert. Auf die Notwendigkeit präventiver Intervention wird hingewiesen.

Schlagwörter: Eltern-Kind-Interaktion – psychisch kranke Eltern – kindliche Anpassungsstrategien

¹ Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters des Universitätsklinikums Hamburg (Leitung: Prof. Dr. P. Riedesser).

1 Einführung

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, bei Kindern im präverbalen Alter zur Beantwortung verschiedener Fragestellungen die Eltern-Kind-Interaktion zu beobachten und einzuschätzen. Die Qualität der Interaktion gibt Aufschluss über die affektive Beziehung, über die kommunikativen Stärken und Schwierigkeiten der Interaktionspartner. Die frühe Interaktion ist prädiktiv für die spätere Bindungsqualität und die kognitiven Fähigkeiten der Kinder mit einem Jahr. Eine Beeinträchtigung der Interaktion weist auf eine vorübergehende oder anhaltende Störung der Eltern-Kind-Beziehung und damit eine Gefährdung der kindlichen psychischen Entwicklung sowie auch auf aktuelle Gefährdung durch Vernachlässigung oder Misshandlung hin. Psychische Krankheiten der Eltern können – wie andere Faktoren auch – die Interaktion beeinträchtigen, müssen dies aber nicht. Folgerichtig weisen verschiedene Autoren darauf hin, dass die Interaktion beobachtet werden muss, um die jeweiligen spezifischen Auswirkungen einer mütterlichen oder väterlichen psychischen Erkrankung auf die Entwicklung des Kindes einschätzen zu können (Hipwell u. Kumar 1996; Cohn u. Tronick 1989). Dies ist vor allem deshalb wichtig, weil Veränderungen der Interaktion die Genesung überdauern und chronifizieren können (Hipwell et al. 2000).

Im Folgenden wollen wir kurz auf die empirischen Befunde zur Interaktion von psychisch kranken Eltern und ihren Kindern, aber auch auf eigene Beobachtungen in unserer Tagesklinik und Ambulanz für psychisch kranke Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern Bezug nehmen (Lüders u. Deneke 2001). Dabei haben wir es – in der Literatur wie in der praktischen Arbeit – fast ausschließlich mit Müttern zu tun, da sie in der frühen Zeit meist die Hauptbezugspersonen sind. In der Beobachtung zeigt sich, dass nicht so sehr spezifische Auswirkungen der jeweiligen Krankheitsbilder festzustellen sind, sondern dass bei verschiedenen Erkrankungen einige wenige Störungsmuster des elterlichen Beitrags zur Interaktion auftreten können, und dass die Kinder diesen entsprechende Anpassungsstrategien entwickeln.

2 Kurzer Literaturüberblick

Vor allem auf dem Gebiet mütterlicher postpartaler Depression sind in den letzten Jahren viele Arbeiten erschienen, in denen Beobachtungen und Beschreibungen der Interaktion einen wichtigen Stellenwert haben (z. B. Murray u. Cooper 1997). Cohn et al. (1990) beschreiben bei depressiven Müttern unterschiedliches Verhalten dem Baby gegenüber, von Rückzug und Apathie bis zu offener Feindseligkeit und intrusiv-kontrollierendem Verhalten, aber auch nicht beeinträchtigte Interaktionen. Wenn die Qualität der Interaktion beeinträchtigt ist, scheinen zusätzliche belastende Faktoren wie emotional defizitäre Kindheitserfahrungen der Mutter oder eine schlechte Partnerbeziehung eine Rolle zu spielen (Murray 1992).

Über die Auswirkungen postpartaler Psychosen auf die Interaktion gibt es nur wenige Studien (Übersicht bei Hipwell u. Kumar 1997). Gochman (1985) beschreibt das Pflegeverhalten postpartal bipolar affektiv psychotischer Mütter als

desorganisiert, unsensitiv und/oder unberechenbar. Besonders bei psychotischen Müttern wird die mögliche Gefährdung des Kindes durch Infantizid gefürchtet (Rohde 1998). Hipwell und Kumar (1996) sehen die Kinder in diesen Fällen eher durch unabsichtliche Nachlässigkeit, vor allem bei denkgestörten Müttern, gefährdet. Margison (1986) nimmt an, dass ein Wahn, sofern die Beziehung von affektiver Wärme geprägt ist, diese nicht negativ beeinflusst.

Beim Vergleich der Mutter-Kind-Interaktion bei verschiedenen psychiatrischen Störungen fanden Hipwell und Kumar (1996) schizophrene Mütter stärker in ihrem Interaktionsverhalten beeinträchtigt als Mütter mit bipolaren affektiven Störungen und diese wiederum stärker als solche mit unipolar depressiver Erkrankung. Person-Blennow et al. (1986) verglichen schizophrene Mütter mit gesunden und fanden das Interaktionsverhalten der kranken Mütter deutlich beeinträchtigt im Sinne von Mangel an Sensitivität, positiver Emotionalität und spielerischem Kontakt, von Unsicherheit in Bezug auf die Bedürfnisse der Kinder und größerer Anspannung. Riordan et al. (1999) sahen nach Abklingen der akuten Phase bei schizophrenen Frauen stärkere überdauernde Störungen der Interaktion als bei affektiv erkrankten in Form von Zurückgezogenheit, mangelnder Sensitivität, größerer Selbstbezogenheit und Intrusivität. Snellen et al. (1999) betrachteten die Charakteristika der Interaktion von Müttern mit unterschiedlicher schizophrener Symptomatik und sahen die stärksten Beeinträchtigungen bei florider Plus- und bei ausgeprägter Minus-Symptomatik.

3 Beobachtung der Interaktion

Als Methode der Interaktionsbeobachtung halten wir den CARE-Index (Crittenden 1999) für ein besonders geeignetes, da klinisch unmittelbar aussagekräftiges Instrument. Mit seiner Hilfe können Konstellationen aufeinander bezogener elterlicher und kindlicher Verhaltensweisen beschrieben werden. Es werden Videoaufnahmen von etwa dreiminütigen Spielsequenzen eingeschätzt nach verschiedenen Merkmalen der beiden beteiligten Personen wie Haltung, Blick- und Stimmkontakt, nach Qualitäten des Spiels wie Altersangemessenheit, nach interaktiven Merkmalen wie Gegenseitigkeit, Kontingenz und schließlich nach affektiver Qualität. Eingeordnet wird das Interaktionsverhalten in drei Kategorien, in denen jeder elterlichen Qualität eine spezifische Anpassungsstrategie des Kindes entspricht:

- *Sensitivität* der Eltern entspricht aufseiten des Kindes *Kooperation*,
- *mangelnder Responsivität* der Eltern entspricht *Passivität* des Kindes,
- *Kontrolle* der Eltern, unterschieden in verdeckte und offen feindselige Kontrolle, entsprechen aufseiten des Kindes je nach Altersstufe unterschiedliche Reaktionsformen.

Säuglinge reagieren auf *verdeckt feindselige Kontrolle* mit *zwanghaftem Gehorsam* („compulsive compliance“), der kooperativem Verhalten ähnelt, sich aber durch den Mangel an positivem Affekt, Lebendigkeit und Spontaneität unterscheidet. Auf *offene Feindseligkeit* reagieren Säuglinge je nach Ausmaß der elterlichen Aggression

mit *Ablehnung*, in wirklich bedrohlichen Fällen aber mit *angstvoller Erstarrung* („frozen fearfulness“). Kinder kontrollierender, d. h. über sie bestimmender, unempathischer Eltern streben danach, aus der hilflos ausgelieferten Position heraus so bald wie möglich die Kontrolle selbst zu übernehmen. So entwickelt sich aus zwanghaftem Gehorsam beim Kleinkind *zwanghafte Fürsorglichkeit*, aus Ablehnung offener *Machtkampf*. Bedrohliche Lebenssituationen, in denen ein Säugling sein Überleben durch angstvolles Erstarren zu sichern sucht, müssen möglichst rasch von außen, beispielsweise durch Herausnahme des Kindes aus der Familie, beendet werden, bevor gewalttätige Eskalationen stattfinden. Bleiben solche Familienkonstellationen ohne Schutz für die Kinder bestehen, so sind bei den Kindern schwere reaktive Bindungsstörungen und dissoziale Entwicklungen zu erwarten.

4 Charakteristika verschiedener Interaktionsmuster

4.1 Ungestörte Interaktion

Ausreichende Sensitivität und Responsivität (Feinfühligkeit), also unbeeinträchtigte intuitive elterliche Kompetenz (Papoušek u. Papoušek 1987), können bei allen psychiatrischen Störungen zeitweise oder – selten – auch durchgehend vorliegen. Bei genauer Beobachtung der Interaktion sehen wir Folgendes:

Der Elternteil erkennt die Signale des Kindes, schätzt sie – unabhängig von der eigenen Verfassung – richtig, das heißt den Absichten und der emotionalen Lage des Kindes entsprechend ein und vermag angemessen darauf zu reagieren. Der Elternteil ist dem Kind affektiv zugewandt und kann sich adäquat mit ihm beschäftigen. Dies impliziert, dass er seine Haltung, Mimik und vokale Äußerungen optimal den altersgemäßen Wahrnehmungsmöglichkeiten des Kindes anpasst, zum Beispiel die so genannte Ammensprache benutzt. Der Elternteil gibt dem Kind die Regulationshilfen, die es braucht, um sich so gut wie möglich auf das Spiel einstellen zu können. Er kann die Eigenaktivität des Kindes zulassen und sich dem kindlichen Spiel anschließen, aber auch Interaktionen beginnen und das Kind mit einbeziehen.

Elterliche Feinfühligkeit wird als Voraussetzung für eine sichere Bindung angesehen (Ainsworth et al. 1978). Sie ist auch bei gesunden und emotional zugewandten Eltern nicht andauernd in vollem Maße vorhanden, wie auch deren Kinder nicht immer uneingeschränkt kooperativ sind. So fanden Tronick und Weinberg (1997), dass auch in der Interaktion gesunder Dyaden große Anteile von nicht aufeinander bezogenen Aktivitäten vorhanden sind, dass die ausreichend feinfühligsten Eltern aber in der Lage sind, Interaktionsirrtümer rasch zu korrigieren. Diese Wiedergutmachung (repair) ist wahrscheinlich ein entscheidend wichtiges zwischenmenschliches Erlebnis, das das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen wie auch in die des jeweils anderen stärkt. Dieser Prozess erfordert sowohl Anstrengung vonseiten des Kindes – signalisieren von Befremden, Unmut, Langeweile beispielsweise – als auch vonseiten des Elternteils – Bemühen um Verstehen der kindlichen Reaktion und ein diesem Verständnis entsprechendes Variieren der eigenen Äußerung –, bis der glückliche Moment der emotionalen Übereinstimmung, des „matching“ erreicht

ist. Es leuchtet ein, dass nicht ein „Schlaraffenland“ lückenlos erahnter und erfüllter Bedürfnisse, sondern gerade diese immer wieder von neuem notwendige beiderseitige Bemühung um Verständigung emotionale Bewegung und Entwicklungsanreize bietet. Nach Tronick und Weinberg (1997) legt folglich die „mittlere“ Sensitivität eines Elternteils die Basis für eine sichere Bindung.

Wie reagiert das (in der Begrifflichkeit von Crittenden) kooperative Kind auf elterliche Sensitivität? Es wendet sich dem Elternteil zu, nimmt seine Spielvorschläge mit deutlichem Vergnügen auf und setzt sie fort bzw. beteiligt das Elternteil gern an seinem Spiel. Diese Dyaden zeigen Engagement und liebevollen Affekt, sie sind in Blick, vokalem Ausdruck und Haltung, in Aktion und Reaktion positiv aufeinander bezogen, sie lassen einander genügend, aber nicht zu viel Raum und Zeit zur Gestaltung und Variation der Interaktion, sie sind bereit zu Abwandlungen des Spiels. Im Idealfall gleicht die Interaktion einem Tanz mit lustvollem Crescendo und Decrescendo in Affekt, Lautstärke und Tempo, wobei die Partner sich in der Feineinstellung laufend aufeinander einstimmen (Stern 1985). Kinder genügend sensibler Eltern können auch später eine gute Balance zwischen Autonomie und Bezogenheit herstellen, sie sind sich der Verfügbarkeit ihrer Eltern sicher genug mit der Folge, dass sie sich gefühlsmäßig offen an die Eltern wenden können, um sich dann auch wieder intensiv ihren eigenen Interessen zuzuwenden.

Ursachen für Schwierigkeiten des Eltern-Kind-Dialogs, die über das jeweils „reparierbare“ Maß hinausgehen, die also persistierend oder in größerer Stärke intermittierend auftreten, sind nicht nur psychische Erkrankungen der Eltern, auch schwere psychosoziale oder körperliche Belastungen der Eltern können ähnliche Effekte haben. Ebenso kann ein durch Krankheit, Behinderung, schwieriges Temperament oder Frühgeburt veränderter Beitrag des Babys zur Interaktion diese so erschweren, dass die elterlichen Regulationsmöglichkeiten überfordert sind. Dies ist, um ein extremes Beispiel zu nennen, beim frühkindlichen Autismus der Fall (Übersicht bei v. Hofacker u. Papoušek 1998). Schließlich finden wir Störungen der Interaktion auch bei neurotischen Einstellungen der Eltern bestimmten Merkmalen oder Verhaltensweisen ihrer Kinder gegenüber. Obwohl das Verhalten des Kindes an sich nicht pathologisch ist, wird es von den Eltern aufgrund eigener unbewältigter konflikthafter Erfahrungen in ihrer Vergangenheit (den „Gespenstern im Kinderzimmer“, Fraiberg 1980) als Fehlverhalten angesehen und entsprechend beantwortet.

4.2 Störungen der Interaktion

Pathologische Interaktionsbeiträge der Eltern liegen außerhalb des hier beschriebenen Gleichgewichts von Harmonie und Disharmonie, von Missverständnis und Wiederherstellung der emotionalen Einheit, von Stimulation und Beruhigung, von sich wiederholenden und neuen Interaktionsformen. Vereinfacht könnte man sie als ein „Zuviel“ oder ein „Zuwenig“ charakterisieren. Feindselige, ängstliche, falsch positive Affekte können sie färben, sie können von affektivem Rückzug geprägt sein oder in impulshaft übergreifende Handlungen münden. Nach klinisch-pragmatischen Gesichtspunkten teilen wir sie in zwei Kategorien – emotionale Unerreichbarkeit und Überstimulation – ein.

Emotionale Unerreichbarkeit (bei Depressionen, Schizophrenien vor allem mit Negativsymptomatik, Suchterkrankungen, geistiger Behinderung, aber auch schweren körperlichen und psychischen Erschöpfungszuständen aus anderen Gründen): Die Interaktion ist geprägt von mangelnder Responsivität (nach Crittenden) aufseiten der Elternperson, die die kindlichen Signale nicht oder nur verzögert wahrnehmen kann, darauf nicht oder so verzögert reagiert, dass die Reaktion vom Säugling nicht mehr als Antwort auf die eigene Aktion erlebt wird (Papoušek u. Papoušek 1987).

In ihrem bekannten still-face-Experiment haben Tronick et al. (1978) modellhaft eine mütterliche Depression dargestellt. Das Kind reagiert in dieser Situation der Unterbrechung einer Interaktion, indem es sich verstärkt um die Aufmerksamkeit der Mutter bemüht. Gelingt dies nicht, so wendet sich das Kind irritiert und weinerlich ab, aber auch immer wieder zur Mutter hin. Bleibt die Mutter unerreichbar, so sinkt das Kind in sich zusammen, wendet sich ab, versucht, sich selbst zu trösten. Bei über längere Zeit emotional unerreichbaren, zurückgezogenen Eltern sehen wir Babys, die sich nicht mehr in positiv zugewandter Weise um Aufmerksamkeit bemühen, sondern unzufrieden sind und viel weinen. Hält dieser Zustand länger an, so zieht das Kind sich in der beschriebenen Weise in sich selbst zurück, es wirkt seinerseits depressiv. Ob das Kind mehr in seiner unruhigen, dysregulierten Reaktionsweise verharrt oder sich in die passiv-defensive Haltung zurückzieht, hängt von verschiedenen Gegebenheiten ab: so dem Temperament und der Selbstregulationsfähigkeit des Babys (Jungen neigen eher zu Unruhe und Protest, Mädchen mehr zum Rückzug) und der noch verbliebenen Möglichkeit der Mutter oder anderer Personen in der Umgebung des Kindes, sich dem Kind zwischenzeitlich empathisch zuzuwenden. So sehen wir häufig bei der Aufnahme depressiver Mütter in der Tagesklinik anfangs ein passives, depressiv zurückgezogenes, „pflegeleichtes“, dabei überwiegend von der Mutter abgewandtes Baby, das mit wachsender Möglichkeit der Mutter, sich mit ihm adäquat zu beschäftigen, anfängt, „schwieriger“, quengelig, anspruchsvoller zu werden und mehr Hilfen zur Regulation braucht, sich dabei aber ohne Zweifel der Mutter zuwendet.

Die Kinder emotional unerreichbarer Eltern sind psychisch depriviert, von Ge-
deihstörungen und Verzögerung der sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklung bedroht, da sie von den Eltern nicht genügend Entwicklungsanreize bekommen. In dysreguliertem Zustand sind sie außerstande, ihre Aufmerksamkeit zu fokussieren und stimulierende Umweltreize aufzunehmen, im zurückgezogenen Zustand sind sie dagegen so mit der Selbstregulation beschäftigt, dass die Aufmerksamkeit mehr nach innen als nach außen gerichtet ist. Ein besonders kritischer Zeitpunkt für ihre Entwicklung scheint das Ende des ersten Lebensjahres zu sein: in dieser Zeit suchen die Kinder verstärkt emotionales Engagement. Damit mag zusammenhängen, dass sich bei emotional nicht verfügbaren Eltern die Bindungsqualität zwischen dem 12. und dem 18. Lebensmonat dramatisch verschlechtert (Cicchetti et al. 1999).

Zur Veranschaulichung ein Beispiel: Eine chronisch schizophrene Patientin mit ausgeprägter Minussymptomatik besucht ihre vier Monate alte Tochter im Säuglingsheim. Während sie das Baby in unbequemer Stellung quer auf ihren Schoß legt und dabei nicht dafür sorgt, dass es sicher und geborgen liegen kann, schaut sie das Kind nicht an, sondern blickt angespannt, aber in neutralem

Affekt im Raum umher und spricht mit der Untersucherin darüber, dass alle Babys gleich aussähen. Dem Vorschlag, das zu überprüfen und ihre Tochter anzuschauen, kann sie nur für kurze Momente nachkommen, auf die Frage nach ihrem Eindruck geht sie nicht ein. Währenddessen ist das im Kontakt mit den Betreuerinnen sonst lebhaft und kontaktbereite Mädchen in seiner unsicheren Position auf dem Schoß der Mutter eingeschlafen: Ein ebenso radikaler Rückzug aus der Beziehung wie der der Mutter.

Überstimulation (bei agitiertem Depression, Manie, bei Angststörungen, teilweise bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen und schizophrenen Erkrankungen): Das Kind wird – unabhängig von seinen eigenen Tendenzen – übermäßig stark oder anhaltend angeregt und damit dauernd zu Reaktionen herausgefordert. Dies entspricht der Kategorie „Kontrolle“ im CARE-Index. Säuglinge beantworten nicht aggressiv getönte Überstimulation mit Abwendung und Passivität, was von der Mutter meist als Ablehnung ihrer Bemühungen aufgefasst und mit stärkerer Stimulation beantwortet wird. Ist aggressiver Affekt vorhanden, so reagieren die Kinder je nach Intensität mit „schwierigem“ Verhalten, also Protest und körperlicher Abwehr bzw. mit Erstarrung.

Klinische Beispiele: Eine agitierte Patientin mit einer Angststörung stellt ihre zehn Monate alte Tochter wegen einer Fütterstörung vor. Begleitet von einem unerschöpflichen Redestrom hält sie das Kind auf dem Schoß, nimmt es hoch, legt es in eine Babywippe, wickelt es, dreht es mehrmals herum, um der Ärztin zu zeigen, wie mager es ist und versucht schließlich, es zu füttern. Die Kleine bleibt bei all diesen Prozeduren ruhig wie eine Puppe, wendet sich lediglich ab, auch, als die Mutter mehrmals vergeblich versucht, ihr die Flasche zu geben (ohne dass von der Tochter ein Hungersignal gekommen wäre). Sie schaut die Mutter gelegentlich von der Seite an, wenn diese gerade nicht zu ihr hinsieht, sucht manchmal den Blickkontakt der Untersucherin. Das Kind ist motorisch und in seiner präverbalen Entwicklung retardiert.

Eine andere Mutter kommt mit einer ängstlich getönten Depression in die Ambulanz und spricht von ihrer Erschöpfung und Überforderung. Die drei Monate alte Tochter wird unruhig und fängt an zu schreien. Hektisch versucht die Mutter, sie auf verschiedene Arten zu beruhigen, was die Kleine mit größerer Unruhe beantwortet. Vorwurfsvoll sagt die Mutter: „Sehen Sie, so ist sie immer, sie mag mich nicht, ich kann tun, was ich will.“ Als das Schreien noch weitergeht, wird die Mutter plötzlich ungeduldig und wütend, packt das Kind und schaut es drohend an. Urplötzlich verstummt das Baby, erstarrt in seiner Haltung und blickt knapp an der Mutter vorbei mit ausdruckslosem Blick ins Leere.

Kleinkinder und ältere Kinder reagieren auf Überstimulation grundsätzlich in ähnlicher, aber differenzierterer Weise: mit erzwungener Unterordnung bzw. erzwungener Fürsorge auf der einen, offener Aggression bzw. andauernden Machtkämpfen auf der anderen Seite.

Beispiele: Eine Frau mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung kommt mit ihrem zweijährigen Sohn zu einem konsiliarischen Gespräch, das sie benutzt, um zu zeigen, was ihr Kind schon alles kann, d. h. wie gut sie als Mutter ist. Sie will, dass der Kleine, der wie erstarrt mit traurigem Gesichtsausdruck alles über sich ergehen lässt, zählt, die Farben nennt und ähnliche Dinge mehr, die ihn völlig überfordern. Als wir sie vier Jahre später wieder sehen, hat sich das Verhältnis umgekehrt: der Sohn bestimmt Anfang, Ende und Inhalt des Gesprächs, seine Mutter versucht devot, ihn mit Versprechungen dazu zu bewegen, mitzumachen.

Die neun Monate alte Tochter einer Frau mit einer schweren Depression, nach deren Abklingen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung als zugrunde liegende Diagnose deutlich wird, versucht häufig, ihr Weinen zu unterdrücken, da die Mutter jedes Mal in Panik und Wut gerät, wenn das

Kind schreit. Kommt die Mutter in der gemeinsamen Behandlung aber an schwierige Themen und damit nah an die Tränen, so unterbricht die Kleine ihr Spiel, krabbelt zur Mutter hin, zieht sich an ihr hoch und versucht, sie zu streicheln und zu trösten.

Der 14 Monate alte Sohn einer Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, die in hoch ambivalenter Weise mit ihm umgeht, reagiert zunehmend mit Aggressionen gegen die anderen Kleinkinder der Tagesklinik, gleichzeitig aber auch mit Hyperaktivität und Selbstverletzungen durch kleinere und größere Unfälle und Missgeschicke.

Mit Hilfe der beschriebenen Kategorien von Interaktionen und der Muster, in denen sie altersabhängig variieren und zugleich noch verschiedene Kombinationen bilden, können wesentliche Aspekte des beobachtbaren Interaktionsgeschehens beschrieben werden. Natürlich ist ein Muster selten „rein“ vorhanden. Für die Einschätzung – und damit die Intervention – ist es notwendig, den vorherrschenden Modus herauszufinden.

Dies kann schwer fallen bei Krankheiten, die durch wechselnde Zustände charakterisiert sind. Dies trifft auf manche postpartalen Depressionen oder Psychosen, vor allem aber auf Borderline-Persönlichkeitsstörungen zu. Die unterschiedlichen Interaktionskonstellationen können hier gemischt und getrennt voneinander in unterschiedlicher Reihenfolge und Intensität vorkommen. Es erfordert wiederholte und längere Beobachtungen, um die jeweilige Charakteristik einer Dyade zu erkennen. So wird insbesondere aggressives Verhalten der Eltern oft lange nicht direkt sichtbar. Die Anpassungsleistung der Kinder an solche stark wechselnden Bedingungen ist enorm.

Eine Mutter berichtete, ihre kleine Tochter beobachte sie scharf, bevor sie auf sie reagiere. Sie habe manchmal das Gefühl, die Kleine könne schon gut die wirklich explosiven Situationen erkennen und reagieren, indem sie sich quasi „unsichtbar“ mache, während sie in anderen Situationen durchaus frech und aufmüpfig sein könne.

Hier wird die hoch ambivalente Beziehungskonstellation deutlich, die wiederum den Boden für die spätere Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung beim Kind bilden kann.

Eine Besonderheit bei elterlicher psychischer Erkrankung stellt das *Einbeziehen des Kindes in ein Krankheitssystem* dar (bei Wahn, Angst- und Zwangsstörungen): Das Kind wird hierbei in seinen entwicklungsgemäßen Bedürfnissen, z. B. nach Bewegung, freiem Spielen, Kontakten zu anderen, nicht gesehen, sondern wird gezwungen, diese der ihm fremden, es einengenden Logik der elterlichen Störung unterzuordnen. Auch akute Gefährdungen kommen vor, wenn beispielsweise die Mutter aus Angst vor Gift in der Nahrung dem Kind nichts zu essen gibt.

Babys reagieren in solchen Konstellationen nicht auf die Inhalte, aber auf die nonverbal mitgeteilten, meist beunruhigenden Affekte. Jüngere Kinder übernehmen die Inhalte, wenn sie keine Möglichkeit der Realitätsprüfung durch einen gesunden Erwachsenen in ihrer nahen Umgebung haben, sie lassen sich in Ängste, Zwänge und psychotische Vorstellungen einbinden (*folie à deux*).²

² So ist der fünfjährige Sohn eines unter Verfolgungsideen leidenden Vaters vollkommen von der Richtigkeit dieser Gedanken überzeugt und geht mit einem Messer bewaffnet in den Kindergarten.

Ältere Kinder können – je nach dem Grad ihrer Abhängigkeit und der Ausschließlichkeit der Beziehung – die Inhalte übernehmen oder sich davon distanzieren, viele in der Art einer „doppelten Buchführung“, die ihnen erlaubt, einerseits ihre eigene Sicht zu haben, andererseits die Beziehung nicht zu gefährden.

5 Schlussfolgerungen

Wir haben beschrieben, wie Charakteristika der elterlichen Kommunikation und die ihnen entsprechenden Anpassungsstrategien der Kinder sich schon früh zu dysfunktionalen Interaktionsmustern verfestigen können, die als Vorläufer späterer Psychopathologie eingeschätzt werden müssen. Zum Beispiel lässt sich bei Kindern emotional schwer erreichbarer Mütter schon früh hyperaktives Verhalten beobachten. Umgekehrt erfahren wir aus der Vorgeschichte unserer hyperaktiven Kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten häufig, dass die Mütter in den ersten Lebensjahren der Kinder depressiv waren. Es ist ein lohnender Forschungsansatz, solche Entwicklungslinien von Psychopathologie in Longitudinalstudien von der Geburt bis ins Erwachsenenalter zu verfolgen (wie die Mannheimer Risikokinderstudie). Die Ergebnisse solcher Studien legen nahe (Laucht et al. 1992), beim Vorliegen früher dysfunktionaler Interaktionen therapeutisch zu intervenieren, um der Entwicklung späterer Psychopathologie vorzubeugen. Dies schlägt auch die Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit vor (GAIMH 1997). Ein geeigneter therapeutischer Ansatz für psychisch kranke Eltern und ihre kleinen Kinder ist die gemeinsame stationäre, teilstationäre oder ambulante Behandlung (z. B. Lüders u. Deneke 2001).

Literatur

- Ainsworth, M. D. S.; Blehar, M. C.; Waters, E.; Wall, S. (1978): Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cicchetti, D.; Toth, S. L.; Rogosh, F. A. (1999): The efficacy of toddler – parent psychotherapy to increase attachment security in offspring of depressed mothers. *Attachment and Human Development* 1(1): 34-66.
- Cohn, J. F.; Tronick, E. Z. (1989): Specificity of infant's response to mothers' affective behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 28: 242-248.
- Cohn, J. E.; Campbell, S. B.; Matias, R.; Hopkins, J. (1990): Face-to-face interactions of postpartum depressed and non-depressed mother-infant pairs at two months. *Developmental Psychology* 26: 15-23.
- Crittenden, P. M. (1999): The CARE- Index Manual. Unveröffentlichtes Manuskript. Miami/FL: Family Relations Institute.
- Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. (1980): Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 14: 387-422.
- GAIMH, German Speaking Association for Infant Mental Health (1997): Chancen und Notwendigkeiten früher Prävention. Zur kritischen Lebenssituation von Säuglingen und Kleinkindern in psychosozial belasteten Familien. Stellungnahme der Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der frühen Kindheit.
- Gochman, E. R. (1985): Bi-polar mothering: Case description, mother-infant-interaction, and theoretical implications. *Child Psychiatry and Human Development* 16(2): 120-125.

- Hipwell, A.E.; Kumar, R.C. (1996): Maternal psychopathology and prediction of outcome based on mother-infant interaction ratings (BMIS). *British Journal of Psychiatry* 169: 655-661.
- Hipwell, A.E.; Kumar, R.C. (1997): The impact of postpartum affective psychosis on the child. In: Murray, L.; Cooper, P. (Hg.) (1997): *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press.
- Hipwell, A.E.; Goossens, F.A.; Melhuish, E.C.; Kumar, R.C. (2000): Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment. *Development and Psychopathology* 12(2): 157-175.
- v. Hofacker, N.; Papoušek, M. (1998): Disorders of excessive crying, feeding and sleeping: The Munich interdisciplinary research and intervention program. *Infant Mental Health Journal* 19 (2): 180-201.
- Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M. (1992): Psychisch auffällige Eltern – Risiken für die kindliche Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter? *Zeitschrift f. Familienforschung* 4: 22-48.
- Lüders, B.; Deneke, C. (2001): Präventive Arbeit mit Müttern und Babys im tagesklinischen Setting. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 50: 552-559.
- Margison, F.R. (1986): Assessment of mother-infant interaction and attachment – an overview. *Zit. nach: Hipwell, A.E.; Kumar, R.C. (1997)*.
- Murray, L. (1992): The impact of postnatal depression of infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 33: 543-561.
- Murray, L.; Cooper, P. (Hg.) (1997): *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford.
- Papoušek, H.; Papoušek, M. (1987): Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: Osofsky, J.D. (Hg.): *Handbook of infant development*, 2. Aufl. New York: Wiley, S. 669-720.
- Persson-Blennow, I.; Näslund, B.; McNeil, T.F.; Kaij, L. (1986): Offspring of women with nonorganic psychosis: Mother-infant interaction at one year of age. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 73: 207-213.
- Rhode, A. (1998): Suizid und Infantizid bei Postpartalen Psychischen Störungen. *Psycho* 24: 604-612.
- Riordan, D.; Appleby, L.; Faragher, B. (1999): Mother-infant interaction following recovery from severe post partum mental disorder, females with schizophrenia. *Psychological Medicine* 29(4): 991-995.
- Snellen, M.; Mack, K.; Trauer, T. (1999): Schizophrenia, mental state, and mother-infant interaction: examining the relationship. *Austr.N.Z. Journal of Psychiatry* 33(6): 902-911.
- Stern, D.N. (1985): *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Tronick, E.Z.; Weinberg, M.K. (1997): Depressed mothers and infants: failure to form dyadic states of consciousness. In: Murray, L.; Cooper, P. (Hg.) (1997): *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford, S. 54-81.
- Tronick, E.Z.; Als, H.; Adamson, L.; Wise, S.; Brazelton, T.B. (1978): The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 17: 1-13.

Korrespondenzadresse: Dr. Christiane Deneke, UKE – Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Martinistr. 52, 20246 Hamburg.