

Unterbrechung der transgenerationalen Weitergabe von Gewalt: Primäre Prävention durch „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“

Prevention of Transgenerational Influences of Violence: Primary Prevention with “SAFE® – Safe Attachment Formation for Educators”

Karl Heinz Brisch

Zusammenfassung

Es wird das präventive Modellprogramm „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“ dargestellt, das eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind zum Ziel hat. Dieses Programm zeigt Möglichkeiten auf, wie bereits während der Schwangerschaft sowie bis zum Ende des ersten Lebensjahres langfristig die sichere Bindung gefördert und negative Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung des Säuglings zu seinen Eltern verhindert werden können. Insbesondere wird durch eine präventive traumazentrierte Psychotherapie angestrebt, die Teufelskreise der Weitergabe von Gewalterfahrungen und Deprivation über Generationen zu brechen und auf diese Weise eine primäre Prävention der Traumatisierung von Kindern durch ihre Bindungspersonen zu verhindern.

Abstract

The preventive model program “SAFE® – Safe Attachment Formation for Educators” is presented, the goal of which is to foster secure attachment between parents and children. This program shows how secure long-term attachment may be fostered even during pregnancy and up to the end of the first year of life so that negative influences on the development of attachment between the infant and his/her parents may be prevented. In particular, a preventive trauma-centered psychotherapy is used to break the vicious cycles associated with the transmission of experiences of violence and deprivation from one generation to the next and by doing so may prevent children from being traumatized by their attachment figures.

1. Ziele der primären Prävention

Eine primäre Prävention im psychischen Bereich sollte die Förderung der psychischen Gesundheit von Eltern und Kind zum Ziel haben. Die Entwicklung eines sicheren Bindungsverhaltens ist hierbei eine grundlegende Zielsetzung, die mit erheblichen Vorteilen für die Entwicklung von Kindern verbunden ist. Kinder mit einer sicheren Bindungsentwicklung sind in der Lage, sich in Notsituationen Hilfe

zu holen, sie haben mehr freundschaftliche Beziehungen, ein ausgeprägtes und differenziertes Bewältigungsverhalten, sie können auf verschiedenste Bewältigungsstrategien zurückgreifen, können partnerschaftliche Beziehungen eingehen, die eine gewisse emotionale Verfügbarkeit für den Partner beinhalten und für beide Seiten befriedigend sind. In ihren kognitiven Funktionen sind Kinder mit einer sicheren Bindung kreativer, ausdauernder und differenzierter. Ihre Gedächtnisleistungen und ihr Lernverhalten sind besser. Sie lösen Konflikte konstruktiver und sozialer und zeigen in Konfliktsituationen weniger aggressives Verhalten. Auch die Sprachentwicklung von Kleinkindern ist besser und weist weniger Störungen auf (Dieter et al. 2005; Klann-Delius 2002). Alle diese positiven Effekte sind bei Kindern mit unsicherer Bindungsentwicklung verlangsamt oder weniger ausgeprägt; Kinder mit Bindungsstörungen dagegen zeigen in all diesen Entwicklungsbereichen sogar erhebliche Irritationen und psychopathologische Auffälligkeiten (Brisch 1999, im Druck a, 2003a; Zeanah & Emde 1994).

Das Ziel einer primären Prävention sollte daher darin bestehen, die Eltern möglichst bereits vor der Geburt für die emotionalen Bedürfnisse und Signale ihrer Kinder zu sensibilisieren. Feinfühligere Eltern, die emotional für die Signale ihrer Kinder verfügbar sind, fördern eine sichere Bindungsentwicklung ihrer Kinder. Wenn die Eltern dagegen traumatisierend auf ihre Kinder einwirken, indem sie ihnen gegenüber körperliche, emotionale oder sexuelle Gewalt ausüben, können bei den Kindern aus diesen Erfahrungskontexten Bindungsstörungen mit verschiedensten Mustern entstehen (Brisch 1999). In der Prävention sollten die Eltern daher für die Signale ihrer Kinder mit Videofeedback sensibilisiert und sollte feinfühliges Interaktionsverhalten der Eltern mit ihrem Säugling eingeübt werden. Gerade die Videodemonstration von Interaktionsverhaltensweisen zwischen Eltern und Kind erweist sich als hervorragendes Instrument und Hilfsmittel, um die Eltern für die Signale ihrer Säuglinge zu sensibilisieren und ihnen eine angemessene Interpretation der Signale zu ermöglichen (Bakermans-Kranenburg et al. 1998; Downing & Ziegenhain 2001; Thiel-Bonney 2002; Bodeewes 2002; Beebe 2003; Downing 2003; Papousek 2000; Crossmann et al. 1985; Kindler & Crossmann 1997).

Aus der klinischen Arbeit ist bekannt, dass Eltern mit eigenen unverarbeiteten traumatischen Erfahrungen dazu neigen, diese Erfahrungen mit den Kindern zu inszenieren, und sie so zu Mitakteuren in einem alten Theaterstück ma-

chen. Genau dies sind die klassischen Situationen, in denen die Eltern durch Reaktivierung alter Traumata vielfältige heftige Affekte wie Wut, Scham und Angst wiedererleben und – unbewusst, ungewollt und mit eingeschränkter Fähigkeit zur Handlungssteuerung – ihre Kinder zu Opfern von körperlichen, emotionalen oder sexuellen Gewalttaten machen. Genau diese Verhaltensweisen der Eltern aber führen zur Entwicklung von Bindungsstörungen bei ihren Kindern. Es entsteht auf diese Weise ein Teufelskreis von traumatischen Erfahrungen, die von der Eltern- auf die Kindergeneration übertragen werden, so dass wir aufgrund der Traumatisierung Bindungsstörungen über Generationen diagnostizieren können. Man könnte annehmen, dass solche Weitergaben von Entwicklungsstörungen genetisch bedingt wären: eine Familienanamnese zeigt aber, dass die „Familiengeschichten“ von Gewalt seit Generationen durch unfeinfühlig bis gewalttätige Verhaltensweisen der Eltern gegenüber ihren Kindern weitergegeben werden (Brisch 2003b, 2004a).

2. Zielgruppe für eine Prävention

Die Zielgruppe für eine primäre Prävention zur Förderung einer sicheren Bindungsentwicklung sind insbesondere werdende Eltern – sowohl Erst- wie auch Mehrgebärende – damit diese schon mit Beginn der Schwangerschaft in ihren Kompetenzen und Fähigkeiten geschult und für die Bedürfnisse ihres Kindes emotional und auch kognitiv sensibilisiert werden. Grundsätzlich sollten die Eltern die Motivation mitbringen, sich auf die emotionale Entwicklung ihres Kindes einzulassen und hierfür als unterstützende Maßnahme ein Präventionsprogramm in Anspruch zu nehmen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Eltern gerade während der Schwangerschaft sehr mit ihren eigenen traumatischen Erfahrungen aus ihrer Kindheit beschäftigt sind. Gerade die Beziehung zu den eigenen Eltern – sowohl mit den positiven Bindungserfahrungen wie auch mit traumatischen Erfahrungen – wird wieder aus der Erinnerung wachgerufen und ist den Eltern während der Schwangerschaft, mit allen affektiven Erinnerungen von Freude, Angst, Wut und Enttäuschung, oftmals sehr nahe. Die Eltern überlegen sich, ob sie im Entwurf einer eigenen Mutterschaft oder Vaterschaft so werden möchten wie ihre Eltern oder ob sie auf gar keinen Fall die eigenen Erfahrungen mit ihren Eltern in der neuen eigenen Elternschaft wiederholen möchten.

Gerade während der Schwangerschaft sind die Eltern aufgrund der eigendynamischen Prozesse bei der Beschäftigung mit ihrer Kindheit und Vergangenheit sehr motiviert und bereit, sich mit den selbst erlebten Erfahrungen nochmals auseinanderzusetzen. Ist ein Baby erst einmal geboren, sind die Eltern mit vielen dynamischen Prozessen beschäftigt, die aus den täglichen Anforderungen – wie Füttern, Wickeln und Schlaf des Babys – entstehen. Daher treten nach der Geburt Erfahrungen und Gefühle aus der eigenen Kindheit – positive wie schmerzliche – wieder in den Hintergrund.

In dieser Phase nach der Geburt benötigen die Eltern

während des ersten Lebensjahres zusätzliche Hilfestellungen, da viele Fragen erst in dem Moment auftauchen, wenn sie konkret durch das Baby damit konfrontiert sind. Oft sehen wir Eltern in der psychosomatischen Ambulanz erst dann, wenn viele interaktionelle Schwierigkeiten mit Füttern, Schlafen, Beziehungsaufbau sich bereits chronifiziert haben, ein Baby also etwa bereits über mehrere Wochen täglich für viele Stunden weint und sich nicht beruhigen lässt. Die Eltern suchen unsere Ambulanz oftmals erst zu einem Zeitpunkt auf, wenn sie bereits im Stadium der psychischen Dekompensation sind. Um solche Zustände möglichst frühzeitig abzufangen und den Eltern unmittelbar bei den ersten Irritationen und Schwierigkeiten eine Hilfestellung anzubieten, sollte ein Präventionsprogramm Eltern mit einem Säugling möglichst während des ersten Lebensjahres in der Adaptationsphase nach der Geburt unterstützen.

3. Inhalte des Programms SAFE®

Auf diesem Hintergrund wurde ein primäres Präventionsprogramm mit dem Namen „SAFE^x – Sichere Ausbildung für Eltern“ entwickelt, das spezifisch eine sichere Bindungsentwicklung zwischen Eltern und Kind fördern, die Entwicklung von Bindungsstörungen verhindern und ganz besonders die Weitergabe von traumatischen Erfahrungen über Generationen verhindern soll. Aus diesem Grund wurde auch der Name SAFE^x gewählt, der symbolisch impliziert, dass die Entwicklung sowohl für die Eltern als auch für das Kind sicher sein soll.

Die Eltern werden über die Auslage von Informationsmaterial in Apotheken, Arztpraxen (Gynäkologen, Kinderärzte), Familienbildungsstätten, Schwangerschaftsberatungsstellen sowie durch Presseberichte über das Präventionsprogramm informiert und für neue SAFE^x-Gruppen geworben. Es gibt unterschiedliche Finanzierungsmodelle, die jeweils davon abhängen, wo die SAFE^x-Gruppen stattfinden und wer der Organisator ist. Teilweise werden SAFE^x-Gruppen über Familienbildungsstätten oder Schwangerschaftsberatungsstellen organisiert und angeboten und auch über Zuschüsse finanziert, so dass die Eltern selbst nur einen kleinen Teilnehmerbeitrag zahlen müssen: manchmal werden die Gruppen aber auch etwa von niedergelassenen Hebammen und Psychotherapeuten organisiert, die direkt von den Eltern eine verabredete Honorarvergütung erhalten, die sie zuvor mit diesen vereinbart haben. In der Regel werden die Gruppen gemeinsam von einem Leiter (einer Leiterin) und einer Co-Leitung über den gesamten Zeitraum von der Schwangerschaft bis zum Ende des ersten Lebensjahres geführt.

Das SAFE^x-Programm besteht insgesamt aus vier Modulen. Im pränatalen sowie im postnatalen Modul treffen sich die Eltern in Elterngruppen. Die Gruppe mit den Eltern, die gleichzeitig in ähnlichen Schwangerschaftsphasen sind, stellt dabei für das gesamte Programm einen wesentlichen haltenden Rahmen dar. Es entsteht über die Kursdauer, von der 20. Schwangerschaftswoche bis zum Ende des ersten Lebensjahres, eine große Gruppenkohäsion. Die individuelle

Traumapsychotherapie sowie die Benutzung einer Hotline werden von den Eltern individuell in Anspruch genommen. Somit kombiniert SAFE® gruppentherapeutische Effekte wie auch individualtherapeutische Möglichkeiten in einem einzigen Präventionsprogramm.

4. SAFE® – pränatales Modul

Im pränatalen Modul treffen sich die Elterngruppen an vier Sonntagen während der Schwangerschaft, beginnend ab ca. der 20. Schwangerschaftswoche (SSW) und dann folgend in der 24., 28. und der 32. SSW. Das Programm beginnt bereits sehr frühzeitig zu einem Zeitpunkt, an dem in der Regel die Ultraschall-Fehlbildungsdiagnostik abgeschlossen ist und es somit an der Existenz und der Fortführung der Schwangerschaft keinen großen Zweifel mehr geben sollte. Der Sonntag hat sich als exzellenter Kurstag bewährt, da die Elternpaare an diesen Tagen in der Regel sehr entspannt teilnehmen können und besonders auch die Väter stärker motiviert sind.

Die Inhalte des pränatalen Moduls beinhalten umfassende Informationen und den Austausch in der Gruppe, etwa über Kompetenzen des Säuglings und der Eltern, Erwartungen der Eltern – z. B. an das ideale Baby, die ideale Mutter, den idealen Vater –, über Phantasien und Ängste der Eltern, die pränatale Bindungsentwicklung und Eltern-Säuglings-Interaktionen. Diese Interaktionen werden mit Videobeispielen veranschaulicht, und die Eltern werden dabei gezielt geschult, die Signale eines Babys genau wahrzunehmen und richtig zu interpretieren. Das Video-Interaktionstraining ermöglicht den Eltern, ganz spezifisch an konkreten Videoaufnahmen etwa zum Füttern, Stillen, Wickeln sowie zum Spiel und Zwiegespräch zwischen Eltern und Kind erste Erfahrungen zu sammeln und sich auf die Signale des Säuglings feinfühlig einzustellen. Hierbei werden auf diese intensive Weise anhand von kurzen Videosequenzen auch elterliche Kompetenzen und die Reaktionsbereitschaft des Säuglings geschult.

Weiterhin erlernen die Eltern bereits von Kursbeginn Stabilisierungs- und Entspannungsverfahren, um mit stressvollen Situationen während der Schwangerschaft und nach der Geburt besser umgehen zu können. Es ist aus der Forschung bekannt, dass sich Ängste und Stresserleben während der Schwangerschaft sowohl auf die emotionale Bereitschaft der werdenden Mutter, sich im Sinne der vorgeburtlichen Bindung auf den Säugling einzulassen, als auch auf den Säugling selbst und seine Reizbarkeit und Stresstoleranz negativ auswirken können. Weiterhin können die Eltern die pränatal gelernten Stabilisierungs- und Entspannungstechniken sehr gezielt nach der Geburt einsetzen, wenn stressvolle Phasen mit dem Säugling entstehen, und in der Regel entwickeln sich solche Phasen bei allen Eltern-Kind-Paaren früher oder später. Solange das Baby aber noch im Bauch versorgt ist, haben die Eltern mehr Zeit und innere Bereitschaft, solche Entspannungsverfahren zu erlernen. Ist das Baby erst einmal da, und fordert es die Eltern Tag und Nacht, finden sie weniger bis oft

keine Ruhe mehr, sich auf das Erlernen neuer Entspannungsverfahren einzulassen.

5. SAFE® – postnatales Modul

Nach der Geburt werden die Elterngruppen bei sechs ganztägigen Sonntagsseminaren im 1., 2., 3., 6., 9. und 12. Monat fortgeführt. Die Eltern werden somit während der schwierigsten Zeit der Kindesentwicklung und Adaptation nach der Geburt des Säuglings sowie auch in der Phase der Umstellung in der Partnerschaft und der Neuentwicklung einer Beziehung zu dritt mit dem Säugling unterstützt.

Auch postnatal zeigt sich die Kohäsion in der Gruppe als hilfreicher Faktor, da alle Eltern in einem vergleichbaren Entwicklungsprozess stecken. Einzelne Eltern mit ihren Säuglingen treffen sich auch außerhalb der Gruppensonntage, um sich auszutauschen und gemeinsame Aktivitäten zu unternehmen. Es entwickelt sich somit eine Eltern-Peer-Gruppe, die sich bereits vor der Geburt stabilisierend auf die Eltern ausgewirkt hat. Dieser positive Effekt intensiviert sich noch nach der Geburt. Die postnatalen Inhalte beziehen sich auf die Verarbeitung des Geburtserlebnisses, das nicht immer mit positiven Erfahrungen verbunden ist. Manchmal erfolgt die Geburt als „Notfall“ durch Kaiserschnitt oder auch zu früh (Frühgeburt), so dass in der Gruppe und auch individuell eine intensivere psychotherapeutische Hilfestellung notwendig ist, damit sich die Eltern-Kind-Beziehung nicht mit Angst und Schrecken entwickelt. Unverarbeitete Erlebnisse von der Geburt können sich negativ auf den Aufbau der Eltern-Kind-Interaktion und -Bindung auswirken. Auch die postpartale Depression, an der 12–15% aller Mütter laut Längsschnittstudien erkranken, könnte durch eine frühzeitige psychotherapeutische Gruppenbegleitung vielleicht verhindert werden (Pedrina 2007).

Als weitere Inhalte nach der Geburt stehen die elterlichen Kompetenzen, die Triangulierung zwischen Mutter, Vater und Kind, interaktionelle Schwierigkeiten mit Füttern, Stillen, Schlafen sowie der Aufbau der emotionalen Beziehung im Mittelpunkt. Die Eltern bringen die Babys zu den Terminen mit, so dass das Bindungsverhalten der Eltern und das des Kindes sowie das Explorationsverhalten des Babys in der Gruppe direkt beobachtet und daraus gelernt werden kann.

Während dieser Zeit werden von den Eltern und ihrem Baby auch individuelle Videoaufnahmen angefertigt, mit Interaktionen beim Wickeln, Füttern, Stillen, Spielen. Diese Videoszenen werden sowohl mit der Mutter als auch mit dem Vater in einem individuellen Feedbacktraining besprochen. Ziel ist es, dass die Eltern nun mit den realen aktuellen Erfahrungen mit ihrem Baby lernen sollen, dessen individuelle Signale besser zu erkennen, richtig zu interpretieren und angemessen und prompt hierauf zu reagieren. Irritationen und emotionale Schwierigkeiten der Eltern sowie Fehlinterpretationen und Projektionen aus der eigenen Kindheitsgeschichte können bereits in diesem Stadium, also frühzeitig, erkannt und besprochen sowie korrigiert werden. Wenn die Eltern einverstanden sind, können ihre

individuellen Videoaufnahmen mit ihrem Baby auch in der Gruppe als Feedbacktraining für alle Teilnehmer verwendet werden. Die Eltern sind meist sehr motiviert, die Aufnahmen mit ihren Interaktionsverhaltensweisen auch der Gruppe zur Verfügung zu stellen, damit zum einen alle aus den positiven Interaktionen lernen können, zum anderen andere aus Feinabstimmungsschwierigkeiten oder „Missverständnissen“ in der Interaktion Hinweise darauf bekommen, was sie bei ihrem Baby vielleicht anders sehen oder besser interpretieren könnten. Wegen der Vertrauensbeziehungen, die sich bis dahin innerhalb der Gruppe entwickelt haben, bestehen in der Regel keine größeren Schwierigkeiten, sehr offen über Ängste, Befürchtungen und auch interaktionelle Schwierigkeiten zu sprechen.

6. Individuelle Traumapsychotherapie

Mit allen Eltern wird ein Erwachsenen-Bindungs-Interview (Adult Attachment Interview – AAI) durchgeführt. Der spezifische Zweck dieses Interviews ist es, jeweils bei der werdenden Mutter und dem werdenden Vater festzustellen, welche Bindungsressourcen und welche traumatischen Erfahrungen, die eventuell noch ungelöst sind, von ihnen mit in die Beziehung zu ihren Kindern hineingebracht werden. Nach den bisherigen Erfahrungen gibt es bei ca. 30% der Eltern solche ungelösten traumatischen Erfahrungen, die eine individuelle Traumapsychotherapie benötigen.

Besonders diese ungelösten traumatischen Erfahrungen sind von großer Bedeutung, weil die klinische Erfahrung zeigt, dass Kinder durch ihre Verhaltensweisen ganz ungewollt bei ihren Eltern traumatische Erfahrungen und die dazugehörigen Affekte wieder wachrufen können. Diese sind wie „Geister im Kinderzimmer“ (Fraiberg et al. 1975), die ungerufen kommen. So kann etwa das Weinen eines Kindes, die Suche nach Zärtlichkeit, können Wutanfälle oder auch Forderungen des Kindes nach Nähe und Kontakt ungelöste traumatische Erfahrungen bei der Mutter oder dem Vater in Erinnerung bringen. Wenn dies unkontrolliert und unbewusst geschieht, können sich die Eltern plötzlich auf einer imaginären Bühne „im Kampf“ befinden. Ihr Kind wird im schlimmsten Fall gleichzeitig Akteur und Opfer in einem alten traumatischen Theaterstück, in dem ihm eine Rolle zugeschrieben wird, die es sich selbst nicht ausgesucht hat. Es kann etwa von selbst zur Zielscheibe und Projektionsfläche für gewalttätige Phantasien werden, und im schlimmsten Fall kann es zu einer realen Wiederholung von Gewalterfahrungen kommen, indem das Kind unbeabsichtigt von der Mutter oder dem Vater geschüttelt wird. Solche oft zeitlich kurzen traumatischen Reinszenierungen können fatale Folgen haben, da das Kind etwa durch eine Hirnblutung oder eine Augenblutung nach einem Schütteltrauma zeitlebens behindert oder geschädigt sein kann.

Wenn sich in dem Bindungsinterview zeigt, dass die Eltern solche unverarbeiteten eigenen traumatischen Erfahrungen mitbringen, werden sie von uns darauf hingewiesen, dass diese Erfahrungen wegen der bisherigen Nichtverarbeitung einen gewissen Risikofaktor für die Entwicklung

des Kindes und die Eltern-Kind-Beziehung darstellen. Es könnte sich eine Möglichkeit ergeben, in der die Eltern solche eigenen traumatischen Erfahrungen mit ihrem Kind zu irgendeinem Zeitpunkt wiederholen und sich dadurch der Teufelskreis von etwaiger selbsterlebter Gewalt und der Weitergabe dieser Gewalt in der nächsten Generation wiederholt.

Es ist ein spezielles Ziel von SAFE[®], diese Teufelskreise zu durchbrechen. Wenn die Eltern sich motivieren lassen und bereit sind, können wir mit ihnen bereits während der Schwangerschaft beginnen, ihre psychische Situation durch gezielte Stabilisierungstechniken aus der Traumapsychotherapie zu verbessern. Nach der Geburt besteht die Möglichkeit, den Eltern in individuellen traumazentrierten psychotherapeutischen Sitzungen durch eine Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse mit modernen Methoden der Traumatherapie (z. B. mit der Methode des Eye Movement Desensitization Reprocessing – EMDR [Hofmann 1999]) zu helfen. Gerade dieser Anteil von SAFE[®] zielt auf Prävention durch Vermeidung einer Wiederholung des erlebten Traumas mit den eigenen Kindern.

7. Hotline

Ein weiteres Interventionsmodul besteht in einer Hotline. Gerade nach der Geburt sind Schwierigkeiten mit Adaptationsprozessen – etwa beim Einschlafen – relativ typisch, so dass Eltern hier in der Regel zum ersten Mal in Not geraten, wenn ihr Baby sich nicht ablegen lässt und stundenlang weint, ohne dass sie das Baby beruhigen können oder ohne dass sie für das unstillbare Schreien einen Grund ausmachen können (Brisch, im Druck b). Aus der klinischen Erfahrung ist bekannt, dass die Eltern in diesen sehr stressvollen Situationen oft erst viel zu spät Hilfe suchen. Im schlimmsten Fall kommen sie erst in die Kinderklinik, wenn es bereits zu einer Gewalthandlung gegenüber dem schreienden Baby gekommen ist.

Die Hotline bietet den Eltern die Möglichkeit, die SAFE[®]-Gruppenleiter(innen) anzurufen und sich unmittelbar Rat und Unterstützung zu holen. Hierbei ist es von großem Vorteil, dass die- oder derjenige, die/der an der Hotline erreichbar ist, den Eltern bereits aus den Gruppensitzungen vor der Geburt bekannt ist und hier ein Vertrauensverhältnis entstanden ist (Brisch 2000b). Die Häufigkeit der Inanspruchnahme der Hotline ist sehr unterschiedlich und schwankt sowohl beim einzelnen Elternpaar als auch zwischen den Elternpaaren, je nach individuellen Krisen- und Belastungssituationen, die sich nur schwer voraussagen lassen. Die möglichen Interventionen sind jetzt sehr gezielt einsetzbar, weil die individuelle Geschichte der Eltern und ihre Ressourcen sowie ihre besonderen Risiken und Schwierigkeiten dem/der Gruppenleiter/in durch die vorausgegangenen Seminartage sowie auch durch das Erwachsenen-Bindungsinterview sehr gut bekannt sind. In der Regel konnten die Fähigkeiten der Eltern, Signale eines Babys wahrzunehmen und zu interpretieren, auch schon vor der Geburt anhand des Videotraining erkannt und gefördert

werden. Aufgrund der individuellen Videoaufnahmen, die mit den Eltern selbst und ihrem Baby etwa beim Wickeln und Füttern gemacht wurden, sind die elterlichen Kompetenzen und Ressourcen sehr gut bekannt, so dass bei einem Anruf über die Hotline eine rasche und gezielte Intervention und Beratung ermöglicht werden kann. Falls die Eltern eigene unbewusste Ängste und Erwartungen auf ihr Baby projizieren und diese die Ursache der Interaktionsstörung sind, können solche Probleme im Rahmen einer Eltern-Säuglings-Therapie frühzeitig erkannt und behandelt werden (Brisch 1995a; Bakermans-Kranenburg et al. 1998; Beebe 2000; Bodeewes 2002; Papousek 2000; Zelenko & Benham 2000; Brisch et al. 2005a).

Ziel des gesamten SAFE[®]-Programms ist es, dass nach dem Ablauf des ersten Lebensjahres möglichst viele Kinder von Eltern, die an der SAFE[®]-Gruppe teilgenommen haben, sichere Bindungsmuster aufweisen und sich die Erfahrungen der elterlichen Traumata nicht mit dem Säugling wiederholt haben.

8. SAFE[®]-Mentorenausbildung

Zur Verbreitung des Programms besteht die Möglichkeit, sich als SAFE[®]-Mentor am Dr. von Haunerschen Kinderspital in München ausbilden zu lassen (Info unter http://hauner.klinikum.uni-muenchen.de/dt_psy.htm). In Zukunft sollen auch regionale Ausbildungsgruppen entstehen. Hierzu können sich grundsätzlich alle Berufsgruppen, die mit Schwangeren, Eltern und ihren Säuglingen arbeiten, als potentielle SAFE[®]-Mentoren melden, wie etwa Schwangerschaftsberaterinnen, Hebammen und Stillberaterinnen, Krankenschwestern, Geburtshelfer, Psychologen, Kinderärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Entscheidend für die Arbeit in SAFE[®]-Gruppen ist die Fähigkeit, sich auf Schwangere und Eltern mit Säuglingen einzulassen und aus der alltäglichen beruflichen Praxis bereits konkrete praktische Erfahrungen in der Arbeit mit dieser Zielgruppe mitzubringen.

Die Ausbildung zum SAFE[®]-Mentor umfasst drei ganztägige Seminartage und zusätzliche Praxistage, die je nach praktischer Vorerfahrung unterschiedlich lang und intensiv sein können. Die Mentoren organisieren dann jeweils vor Ort unter ihren spezifischen Arbeitsbedingungen SAFE[®]-Gruppen. Vorzugsweise wird mit Mentorenpaaren, d. h. mit Gruppenleitung und Co-Leitung, gearbeitet. Dieses Leitungsmodell eröffnet die Möglichkeit, dass ein Mentor jeweils Inhalte vermitteln kann, während der andere die gruppendynamischen Prozesse im Auge behält und die Gruppe leitet.

9. Evaluation und Forschung zum Programm SAFE[®]

In der Pilotphase konnten das SAFE[®]-Programm und seine Inhalte sehr gut realisiert werden. Inzwischen wird eine prospektive randomisierte Längsschnittstudie durchgeführt,

die die SAFE[®]-Gruppenintervention im Vergleich zu einer herkömmlichen Schwangerschafts- und Geburtsvorbereitung und Stillbegleitung evaluiert. Die Kontrollgruppe trifft sich für die gleiche Seminardauer und -häufigkeit wie die SAFE[®]-Gruppe, so dass die Effekte der unterschiedlichen Interventionen – SAFE[®]-Gruppe versus konventionelle Schwangerschafts-, Geburts- und Nachgeburtsbegleitung – untersucht werden können. Zur Kontrollgruppe gehören ebenfalls Eltern, die sich im gleichen Zeitfenster – bis zum Ende des ersten Lebensjahres ihres Säuglings – an Sonntagen zu ganztägigen Seminartagen treffen. In der SAFE[®]- und in der Kontrollgruppe werden jeweils zu den gleichen Zeitpunkten mit verschiedenen Videoaufnahmen die Mutter-Kind- und Vater-Kind-Interaktion beim Wickeln, Füttern sowie beim Spielen evaluiert, außerdem wird am Ende des ersten Lebensjahres die Entwicklung der Bindungsqualitäten der Säuglinge untersucht und ausgewertet.

Zusätzlich werden mit Hilfe von Fragebogen prä- und postnatale Daten erhoben, und bei allen Eltern werden Erwachsenen-Bindungsinterviews durchgeführt. Sowohl bei den Müttern als auch bei den Vätern werden vor und nach solchen Interviews – sowie auch bei den Kindern vor und nach der Untersuchung der Bindungsqualität – physiologische Stressparameter anhand von Untersuchungen der Werte des Stresshormons Cortisol im Speichel erhoben.

10. Zusammenfassung und Ausblick

Die Bindungsentwicklung während der Schwangerschaft, der Geburt und während der ersten Lebensmonate ist sehr verletzlich und durch viele Stressoren leicht zu irritieren. Jegliche Form von äußerer und innerer emotionaler Sicherheit für die (werdenden) Eltern während Schwangerschaft, Geburt und in der postnatalen Zeit fördert die sichere Bindungsentwicklung. Durch vielfältige Komplikationen während der Schwangerschaft, der Geburt und danach kann Angst das vorherrschende Gefühl der Mutter bzw. des Vaters sein. Wenn aber die Eltern große Angst erleben, wird ihr eigenes Bindungsbedürfnis aktiviert. Angstliche Eltern können in der Bindungsentwicklung zu ihrem Kind überängstlich, gehemmt oder hilflos reagieren. Oft können sie nur eingeschränkt die Signale ihres Kindes wahrnehmen, richtig interpretieren und angemessen und prompt reagieren. Es besteht die Gefahr, dass eigene ungelöste Affekte, besonders wenn sie durch traumatische ungelöste Situationen wieder wachgerufen werden, von den Eltern auf die Kinder projiziert werden.

Es gibt verschiedene Formen der präventiven Psychotherapie, die pränatal, perinatal oder postnatal beginnen und erfolgreich eingesetzt werden können. In den hochtechnisierten Bereichen einer prä-, peri- und postnatalen Medizin ist die psychologische Betreuung von betroffenen Eltern sowie des Personals eine dringende Notwendigkeit. Eine präventive Psychotherapie in diesem Zeitraum könnte sehr zum Abbau der Angst der Eltern beitragen und die emotionalen, kognitiven und somatischen Entwicklungsprozesse von Kindern fördern. Eine regelmäßige Supervision für das

gesamte Team der Mediziner und des Pflegepersonals könnte sehr zur emotionalen Entlastung und zum Verständnis von Teamprozessen beitragen, so dass diese Erkenntnisse sich erleichternd auf die Arbeitsatmosphäre und die Förderung einer positiven Entwicklung der Patienten auswirken könnten.

Zukünftige Ansätze einer präventiven Psychotherapie in diesem Zeitraum könnten mit einer Konzeptionsprechstunde beginnen und sich mit Fragen der künstlichen Befruchtung, der pränatalen Diagnostik, der pränatalen Behandlung bei vorzeitiger Wehentätigkeit sowie den förderlichen Bondingprozessen im Kreißsaal und der Wochenstation beschäftigen. Hier könnten neben den allgemeinen auch spezifische SAFE[®]-Gruppen angeboten werden, die sich besonders an solche Frauen richten, die frühere Tot- und Fehlgeburten durchgemacht haben, oder auch an solche, die bereits in der Schwangerschaft unter depressiven Erkrankungen gelitten haben. Auf diese Weise könnten alte Teufelskreise der Weitergabe von Ängsten und traumatischen Erfahrungen von einer Generation auf die nächste durchbrochen werden, so dass langfristig Sicherheit für die werdenden Eltern bestünde. Einer Beratung und Begleitung in der Anfangszeit könnten bei Bedarf Intervallbehandlungen zu späteren Zeitpunkten im Laufe des ersten und zweiten Lebensjahres folgen.

Es wäre ein wünschenswertes Ziel, dass solche präventiven psychotherapeutischen Interventionen dazu führten, dass kompetente Eltern für die Bedürfnisse und Signale ihrer Kinder emotional verfügbar sind: Eltern, die über ihre eigenen inneren Befindlichkeiten sowie Affekte und Spannungen selbstreflexiv nachdenken können und die möglichst eigene traumatische Erfahrungen aus der Zeit vor der Schwangerschaft gut verarbeitet haben. Falls dieses Ziel nicht erreicht wird, könnten die Eltern begleitet und könnte durch Beratung sowie Psychotherapie ihre Angst abgebaut werden – mit dem großen Ziel, möglichst viele Kinder trotz Anfangsschwierigkeiten in der prä- und postnatalen Zeit auf den Weg einer sicheren Bindungsentwicklung mit ihren Eltern zu führen. Der größte Gewinn einer solchen Entwicklung bestünde darin, dass sich sicher gebundene Kinder auch empathie- und beziehungsfähiger entwickeln und damit einen großen Vorteil für die befriedigende Gestaltung von späteren Beziehungen haben.

In enger Kooperation mit dem Bildungsinstitut des Interdisziplinären Forums für Entwicklungsförderung (BIFEF) und Familienbegleitung (BIFEF; www.bifef.at) und dem EMDR-Institut Austria und Zentrum für Angewandte Psychotraumatologie Wien (www.emdr-institut.at, www.zap-wien.at) werden von dem Autor bereits SAFE[®]-Mentoren ausgebildet, mit dem Ziel, dass in Zukunft auch in verschiedenen Städten Österreichs SAFE[®]-Gruppen für Eltern angeboten werden können.

Literatur

- BAKERMANS-KRANENBURG, M., F. JUFFER UND M. H. VAN IJZENDOORN (1998): Interventions with video feedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Mental Health Journal*, 19, 202–219.
- BEEBE, B. (2000): Brief mother-infant treatment using psychoanalytically informed video microanalysis: Integrating procedural and declarative processing. *Bulletin of the Association for Psychoanalytic Medicine*, 37, 2000.
- BEEBE, B. (2003): Brief mother-infant treatment: Psychoanalytically informed video feedback. *Infant Mental Health Journal*, 24, 24–52.
- BODEWES, T. (2002): Videogestützte Mikroanalyse des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Säugling als Basis der frühen Sprachbindung. *Pediatrics and Related Topics*, 41, 497–501.
- BRISCH, K. H. (1995A): Feinfühligkeitstraining für werdende Eltern. Kongress Sozialpädiatrie, Universität München, 3. November 1995.
- BRISCH, K. H. (1999): Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart (Klett-Cotta) (7. Aufl. 2006).
- BRISCH, K. H. (2003A): Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch, K. H. und T. Hellbrügge (Hrsg.): *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 105–135.
- BRISCH, K. H. (2003B): Bindungsstörungen und Trauma. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 28, 10–19.
- BRISCH, K. H. (2004A): Kinder nach traumatischer Erfahrung. *Behindertenpädagogik in Bayern*, 47, Jg. 50–51.
- BRISCH, K. H. (IM DRUCK A): Bindung und Trauma. Schutzfaktoren und Risiken für die Entwicklung von Kindern. *Psychotherapie im Dialog*.
- BRISCH, K. H. (IM DRUCK B): Sleep and attachment disorders in children. In: S. R. Pandi-Perumal, M. Kramer und R. R. Ruoti (Hrsg.) *Sleep and psychosomatic medicine*. Abingdon (Taylor & Francis).
- BRISCH, K. H., D. BECHINGER, S. BETZLER, H. HEINEMANN, H. KÄCHELE, F. POHLANDT, G. SCHMÜCKER UND A. BUCHHEIM (2005A): Attachment quality in very low-birthweight premature infants in relation to maternal attachment representations and neurological development. *Parenting: Science and Practice*, 5, 311–331.
- DIETER, S., M. WALTER UND K. H. BRISCH (2005): Sprache und Bindungsentwicklung im frühen Kindesalter. *Logos Interdisziplinär*, 13, 170–179.
- DOWNING, G. (2003): Video-Mikroanalyse-Therapie: Einige Grundlagen und Prinzipien. In: H. Scheuerer-Englisch, J. G. Suess und W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.): *Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention*. Gießen (Psychosozial-Verlag), S. 51–68.
- DOWNING, G. UND U. ZIEGENHAIN (2001): Besonderheiten der Beratung und Therapie bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen – die Bedeutung von Bindungstheorie und videogestützter Intervention. In: G. J. Suess, H. Scheuerer-Englisch und W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.): *Bindungstheorie und Familiendynamik* (Psychosozial-Verlag), S. 271–295.
- FRAIBERG, S., E. ADELSON UND V. SHAPIRO (1975): Ghosts in the nursery. A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationship. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 387–422.
- GROSSMANN, K., K. E. GROSSMANN, G. SPANGLER, G. SUESS UND L. UNZNER (1985): Maternal sensitivity and newborns' orientation responses as related to quality of attachment in Northern Germany. In: I. Bretherton, und E. Waters (Hrsg.): *Growing points of attachment theory and research*. (Serial No 209, vol. 50). Chicago (University of Chicago Press), S. 231–256.
- HOFMANN, A. (1999): EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart (Georg Thieme Verlag).
- KINDLER, H. UND K. GROSSMANN (1997): Longitudinal sequelae of fathers' sensitivity while challenging the child during joint play. Poster presented at the 1997 SRCID Biennial Meeting, Washington, DC. Universität Regensburg, Institut für Psychologie.

- KLANN-DELIUS, C. (2002):** Bindung und Sprache in der Entwicklung. In: Brisch, K. H., K. E. Grossmann, K. Grossmann und L. Köhler (Hrsg.): Bindung und seelische Entwicklungswege – Grundlagen, Prävention und klinische Praxis. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 87–107.
- PAPOUSEK, M. (2000):** Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 49, 611–627.
- PEDRINA, F. (2007):** Verarbeitung postpartaler Krisen in der Gruppenpsychotherapie. In: Brisch, K.H. & Hellbrügge, T. (Hrsg.): Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Klett-Cotta, Stuttgart, S. 228-236
- THIEL-BONNEY, C. (2002):** Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Videogestützte Verhaltensbeobachtung und Videomikroanalyse als Interventionsmöglichkeit. Psychotherapeut, 47, 381–384.
- ZEANAH, C. H. UND R. N. EMDE (1994):** Attachment disorders in infancy and childhood. In: M. Rutter, E. Taylor und L. Hersov (Hrsg.): Child and adolescents psychiatry: Modern approaches. Oxford (Blackwell Scientific Publications) (3. Aufl.), S. 490–504.
- ZELENKO, M. UND A. BENHAM (2000):** Videotaping as a therapeutic tool in psychodynamic infant-parent therapy. Infant Mental Health Journal, 21, 192–203.

Autor

OA PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie
Kinderklinik und Kinderpoliklinik
im Dr. von Haunerschen Kinderspital
Ludwig-Maximilians-Universität München



Dr. med. habil. Karl-Heinz Brisch, Privatdozent, ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotherapeutische Medizin, Nervenheilkunde, Psychoanalytiker für Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Gruppen. Er leitet die Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie an der Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er ist Dozent sowie Lehr- und Kontrollanalytiker am Psychoanalytischen Institut Stuttgart. Sein Forschungsschwerpunkt umfasst den Bereich der frühkindlichen Entwicklung zu Fragestellungen der Entstehung von Bindungsprozessen und ihren Störungen sowie der Prävention. Er publizierte zur Bindungsentwicklung von Risikokindern sowie zur klinischen Bindungsforschung und verfasste eine Monographie zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychotherapeutischen Behandlung von Bindungsstörungen. Der Autor ist Gastprofessor am Psychology Department, University of Auckland, Neuseeland, und deutscher Vorsitzender der Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH e. V. – German-Speaking Association for Infant Mental Health).

Pettenkoferstraße 8 a
D-80336 München
Telefon: +49/89/5160-3954
Fax: +49/89/5160-4730
Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de

Informationen zur SAFE®-Mentoren Ausbildung

In Deutschland

Anke.Laukemper@med.uni-muenchen.de
http://hauner.klinikum.uni-muenchen.de/dt_psy.htm

In Österreich

Bildungsinstitut des Interdisziplinären Forums
für Entwicklungsförderung (BIFEF) und Familienbegleitung
Frau Dr. Andrea Harms
a.harms@utanet.at
<http://www.bifef.at>

EMDR-Institut Austria und Zentrum
für Angewandte Psychotraumatologie Wien
Frau Dr.Sylvia Wintersperger
sylvia.wintersperger@emdr-institut.at
Frau Mag. Eva Munker-Kramer
muenker-kramer@emdr-institut.at
www.emdr-institut.at
www.zap-wien.at