

Entwicklungspsychologische Interventionen in Familien: Ambivalente und vermeidende Strategien der Kinder als Basis der Intervention

Claudine Calvet¹

Die Qualität der Interaktion von Kleinkind und Eltern in der frühen Kindheit gibt Hinweise auf die Art der Bindungsbeziehung. Wenn ab dem zweiten Halbjahr Schwierigkeiten auftreten, wie z. B. frühe Essstörungen oder massive Wutanfälle, werden Eltern oft so verunsichert, dass eine Spirale von Interaktionsstörungen die Folge sein kann. Auf der Basis eines entwicklungspsychologischen Konzeptes (EPB - Entwicklungspsychologische Beratung) habe ich 2000 in Zusammenarbeit mit Berliner Kinderärzten in einigen Familien interveniert, in denen sich solche Störungen zeigten. Während der Intervention verändern sowohl die Kleinkinder als auch die Bezugspersonen ihre Verhaltensstrategien. Dies führte in den meisten Fällen zu einer dauerhaften Besserung der Symptomatik und einer Verbesserung der Interaktionsqualität.

¹ Ich danke Herrn Prof. Dr. Henri Julius, Rostock, für hilfreiche Anmerkungen zu einer früheren Version dieses Artikels.

1. Das Interventionsmodell

Anfang der 90er Jahre wurde im Arbeitsbereich Entwicklungspsychologie an der Freien Universität Berlin ein Interventionsmodell entwickelt, das von der Arbeitsgruppe um Ute Ziegenhain erprobt wurde (Ziegenhain et al., 1998). Das Ziel des Modells ist die präventive Förderung der Eltern-Kind-Beziehung. Videographierte Alltagssituationen oder Spielsequenzen, die zunächst positive Momente zeigen, werden gemeinsam mit den Bezugspersonen besprochen. In diesem Modell wird die Bindungstheorie mit entwicklungspsychologischem Wissen über Bedürfnisse, Kompetenzen und Verhaltensweisen von kleinen Kindern verknüpft. Zuerst wurde das weiter unten ausgeführte Modell in Forschungsprojekten mit jugendlichen Müttern und ihren Neugeborenen (Ziegenhain et al., 1999) angewandt. Zeitlich parallel begann ich in Familien mit behinderten Kindern (Calvet-Kruppa et al., 1999) mit demselben Modell zu arbeiten. Es ging nun nicht mehr darum, präventiv zu intervenieren, sondern darum, früh entstandene, massive Interaktionsdefizite aufzuarbeiten.

Gemäß dem ursprünglichen Interventionskonzept von Lieberman (1991) werden den Eltern Videosequenzen gezeigt, die positiv von der Seite der Eltern aufzunehmen sind. Eine Korrektur der eigenen frühen Bindungserfahrungen kann jedoch nur eintreten, wenn es durch die Videoanalyse nicht zu einem Wiederbeleben von eigenen Erfahrungen wie Zurückweisung, Bestrafung, Kritik oder Lächerlich-Gemacht-Werden (Crittenden, 2000) kommt. Es werden also erst

positive Sequenzen - es kann am Anfang auch nur ein Bild sein - gezeigt. Positive Aspekte der Interaktion werden damit hervorgehoben. Die positive Interaktion wird wiederholt wahrgenommen und verwandelt im Bewusstsein der Eltern negative Gefühle (wie Traurigkeit, Angst, Wut, Scham, Schuld) in Gefühle von Freude und Stolz; Aufmerksamkeit und Interessiertheit kommen hinzu. Die Kinder reagieren sofort auf diese Veränderung (Calvet, 2001). Ein Gefühl der Wirksamkeit kann sich beim Kind wie auch bei der Bezugsperson etablieren. Dieses Ziel der Intervention ist gemäß der Bindungstheorie mit dem „Erwerb des Gefühls der Sicherheit“ beim Kind und seinen Bezugspersonen verbunden. Solch ein Gefühl wird hervorgerufen, wenn „Zugänglichkeit“, „Feinfühligkeit“, „Akzeptanz“, und „Kooperation“ in der Interaktion erreicht werden. Ziegenhain (2001) definiert diese Begriffe wie folgt: „Zugänglichkeit meint, dass das Kind weiß, dass es den Erwachsenen körperlich und psychisch erreichen kann, Feinfühligkeit unterstützt Interaktionserfahrungen durch prompte und angemessene Reaktionen auf die Signale des Kindes, Akzeptanz meint das Annehmen von negativen und positiven Gefühlen, und Kooperation, die angemessene Initiative der Mutter beim Zustandekommen von Interaktion“. Durch diese Erfahrung von positivem Miteinandersein (Stern, 1977) wird das Kind die Erfahrungen mit seiner Bezugsperson als emotional warm und verfügbar internalisieren. Die Folge dieser Internalisierung positiver Interaktionserfahrungen sind erfahrungsgemäß „synchrone Momente“ (Schumacher & Calvet, 2005, 2007). Darunter wird die gleichzeitige Bewegung zweier

Menschen verstanden, die durch eine emotionale Übereinstimmung verknüpft ist (Stern, 1992). Sie ereignet sich bei sicher gebundenen Kindern mit großer Häufigkeit schon im Alter von drei Monaten (Isabella et al., 1991). Trevarthen (2001) sieht in solcher Fähigkeit der Synchronisation die erste Erfahrung von Gemeinsamkeit, womit die Basis von Subjektivität und Intersubjektivität geschaffen wird.

2. Ziele und Art der Intervention

Ziel der Intervention ist die Verbesserung der Beziehungsqualität zwischen Eltern und Kindern. Dies ist unbedingt nötig, um den Weg für sichere Bindungserfahrungen als Schutzfaktor der Entwicklung frei zu machen. Tritt eine solche positive Beziehungserfahrung nicht ein, ist mit einer Anzahl von Symptomen zu rechnen (wie z. B. Schlaf- und Essstörungen), die sich nicht selbsttätig auflösen werden.

Die Intervention findet dort statt, wo das Kind lebt, meistens in seiner Familie. Wenn andere Erwachsene oder Geschwister anwesend sind, die enge Kontakte mit dem Kind haben (Großeltern, Einzelfallhelfer) werden sie in die Arbeit integriert. Grundlegend ist die "positive Hypothese" des Therapeuten, d. h. sein positives Arbeitsmodell, das als Gefäß für die Änderungsprozesse zur Verfügung steht. Die Positionen der Bezugsperson werden akzeptiert, die negativen Gefühlsäußerungen angehört, aber nicht kritisiert oder verurteilt. So wird ein sicherer emotionaler Kontext geschaffen.

2. 1 Intervention bei Verhaltensauffälligkeiten ab dem zweiten Lebensjahr

In diesem Artikel werden zwei Fälle von frühen Interaktionsstörungen beispielhaft dargestellt. Obwohl die Eltern ihre Babys in den ersten Monaten als unauffällig empfunden hatten, sie demnach keine Schreibabys oder Babys mit Schlafschwierigkeiten waren, bedeutete dies nicht, dass die Kinder mit zwölf Monaten eine sichere Beziehung zu ihren Eltern entwickelt hatten. Die Schwierigkeiten der Babys stellten sich nur allmählich als problematisch heraus. Der entscheidende Moment, der beim Kind in der Fallvorstellung 1 auffiel, war die Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Das Kind in der Fallvorstellung 2 wurde aus der Sicht der Eltern auffällig, als es motorisch aktiver wurde.

In beiden Fällen ging es um Interaktionsstörungen, in denen Ängste und Unsicherheit die Intuition und Feinfühligkeit der Eltern beeinflussten, so dass sie der Fähigkeit, adäquat auf die kindlichen Entwicklungsschritte zu antworten, beraubt waren.

2. 2 Die Interventionsschritte

Am Anfang dieser beiden Interventionen habe ich, zusätzlich zur EPB, die Entwicklungstabelle von Kuno Beller (2000) angewandt. Dieses Instrument hat den Vorteil, mit Hilfe der Befragung der Bezugsperson die aktuelle Entwicklung des Kindes zu eruieren. Bellers Entwicklungstabelle umfasst die Entwicklung von 0 bis 6 Jahren und betrifft die folgenden Bereiche: Körperpflege, Umgebungsbewusstsein, Sozio-Emotionale Entwicklung,

Spieltätigkeit, Sprache, Kognition, Grobmotorik, Feinmotorik. Die Bezugsperson beantwortet einen Fragebogen, der sich über diese acht Bereiche der Entwicklung erstreckt. Am Ende ergibt sich ein Profil des Entwicklungsniveaus des Kindes. So erfahren die Eltern die Stärken, aber auch Schwächen des Kindes. Mit diesen Tatsachen werden sie jedoch nicht allein gelassen, sondern vom intervenierenden Therapeuten mit seinem Wissen unterstützt. Die Auswertung zeigt eindrucksvoll, wie sich das Kind bis dahin entwickelt hat und bietet eine erste Möglichkeit, mit den Eltern über die Entwicklung des Kindes zu sprechen. Um das Interesse der Eltern zu verstärken, gibt der Therapeut einerseits Informationen zur allgemeinen Entwicklung des Kindes, regt aber auch vorsichtig neue Formen des Denkens an. In dieser Phase soll sich eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Eltern und Therapeuten aufbauen, die die Grundlage für ihre spätere Kooperationsbereitschaft bildet.

Um die Bezugsperson zu einem kompetenten Beobachter zu machen, der lernen soll, feinfühlig auf die Signale des Kindes zu reagieren, habe ich in einem zweiten Schritt regelmäßige Videoaufnahmen des kindlichen Verhaltens durchgeführt. Sie sind gemäß der EPB eine Bedingung für das Stattfinden der Intervention. Die Bezugsperson weiß im Voraus, dass das Kind, das im Zentrum der Aufmerksamkeit steht, mit ihr gefilmt wird. Sie weiß auch, dass ausgewählte kurze Videosequenzen mit dem Therapeuten besprochen werden. Die Sequenzen dienen zuerst als Material, anhand dessen sich die aktuellen entwicklungspsychologischen

Themen diskutieren lassen, die das Entwicklungsniveau, die Entwicklungslinien und die Perspektive des Kindes hervorheben. Erfahrungsgemäß besteht der Vorteil der Videographie darin, dass ein Material entsteht, das von Therapeuten und Eltern gemeinsam (auch mehrmals) betrachtet werden kann. Die genaue Wahrnehmungsfähigkeit, die für eine gute Interaktion nötig ist, wird auf diese Weise geschult.

3. Beispiele der Intervention

Zwei Beispiele von Kindern mit Interaktionsstörungen zeigen, wie neue positive Interaktionserfahrungen die Qualität der Interaktion ändern können. Die oben genannten Merkmale: Zugänglichkeit, Feinfühligkeit, Akzeptanz und Kooperation treten allmählich in Erscheinung. Die Ursachen, die zu einer dauerhaften Änderung der Interaktion führen, werden anschließend diskutiert.

Fallbeispiel 1

Fütterstörung: die ambivalenten Strategien des Kindes

Das Kind, A., ist ein Jahr alt. Sie besucht seit ihrem dritten Lebensmonat regelmäßig eine Kinderarztpraxis. Ohne organisch nachweisbare Gründe verweigert A. die von der Mutter gereichte Nahrung. Ein deutlicher Gewichtsverlust tritt auf. A. akzeptiert jedoch etwas Nahrung von einer Praxisangestellten in der

kinderärztlichen Praxis, nimmt aber nicht zu. Da ihr Zustand sich nicht stabilisiert, soll A. in ein Krankenhaus eingewiesen werden. Doch bevor diese Entscheidung getroffen wird, schlägt die Kinderärztin der Mutter vor, von mir eine entwicklungspsychologische Beratung (EPB) durchführen zu lassen. Die Mutter akzeptiert und geht auf die Bedingungen der Intervention ein: Es wird ein Entwicklungsprofil (Beller, 2000) erstellt, und es werden Videoaufnahmen der Esssituationen angefertigt.

Die Mutter ist eine dreißig Jahre alte Verwaltungsangestellte. Sie ist alleinerziehend, hat aber Kontakt zum Vater des Mädchens, der sie am Wochenende regelmäßig besucht. Sie hat sich zwei Jahre Mutterschaftsurlaub genommen, um A. gut betreuen zu können. Die Geburt wird als belastend beschrieben. A. hatte keinen Schluckreflex und hat die Brust wochenlang nicht angenommen. Die Mutter entschloss sich deswegen, ihr die Flasche zu geben. A. hat aber wenig getrunken und selbst die Aufnahme der sehr geringen Menge zog sich über Stunden. Die Mutter geriet in Panik. Auch als feste Nahrung im Glas für sechs Monate alte Babys eingesetzt werden konnte, blieb A. bei ihrer sehr verzögerten Nahrungsaufnahme. Da die Mutter A. nicht zwingen wollte, versuchte sie es immer wieder: „Es war immer schwierig, diese ganzen Mahlzeiten in den Tag zu packen“. Sie hatte folgerichtig keine Zeit für andere Aktivitäten; das Leben spielte sich ausschließlich in der kleinen Zweizimmerwohnung ab, ohne z. B. Freundschaften zu anderen Müttern gleichaltriger Kinder zu pflegen.

A.s Mutter beschrieb, dass A. ansonsten ruhig sei. Sie würde sich selbst ihren Schnuller nehmen, wenig weinen, und abends vor dem Einschlafen ein Glas Milch trinken. Gut geschlafen habe sie immer.

Interventionen:

Erster Hausbesuch (A. ist 13 Monate alt): Nach einer kurzen Anamnese wurde mit der Mutter die o.g. Entwicklungstabelle nach Beller erhoben. A. war emotional, sprachlich und kognitiv altersgemäß entwickelt. Zwei Bereiche lagen jedoch deutlich unter dem einjährigen Niveau: die Bereiche des Spielens und der Feinmotorik.

Es folgte eine erste Videoaufnahme der Esssituation: A. saß in einem Hochstuhl im Wohnzimmer. Die Mutter saß neben dem Kind, so dass kein Blickkontakt möglich war. Ihre Mimik war angespannt. Sie band A. ein Lätzchen um und sagte: „Jetzt wird ein Lätzchen umgemacht“. Die Aufmerksamkeit der Mutter richtete sich dann auf das Glas, das auf dem Tisch stand. Die Atmosphäre war ernst. Kein Wort wurde mehr gesprochen, so dass man den Eindruck hatte, einen Stummfilm anzusehen. Währenddessen starrte A. in Richtung Wand. Der Oberkörper war leicht weggedreht und ihr Mund zusammengekniffen. Als der Löffel in die Nähe ihres Mundes kam, drehte A. schlagartig den Kopf weg, während sich ihr Oberkörper zur Seite beugte. Die Mutter versuchte, die Mundöffnung zu treffen und den Brei hinein zu schieben. Aber es gelang ihr nicht. Alles fiel auf den Boden, der mit Plastikfolien bedeckt war. Die Mutter sah verstört aus. Der Versuch war fehlgeschlagen. A. wurde aus dem

Stuhl genommen und warf ihrer Mutter einen kurzen zufriedenen Blick zu. Diese Art von Esssituation wurde mehrmals am Tag wiederholt. Nur selten gelang es der Mutter, A. einen Löffel zu verabreichen.

A.s Mutter entspricht in jeder Hinsicht den Beschreibungen, die in der Literatur über Mütter von Kindern mit Essstörung nachzulesen sind (Benoit, 1993). Als typische Kennzeichen in diesem Zusammenhang werden für die Mütter genannt: Das Fehlen von Selbstsicherheit, latente Depressivität und Ängstlichkeit, darüber hinaus die eigene Erfahrung, als Kind selbst wenig gegessen zu haben. Bei A. tritt dieses Problem sogar schon in dritter Generation auf, da bereits die Mutter ihrer Mutter unter einer Essstörung litt.

Bei A.s Mutter konnte man beobachten, dass sie am Kochen oder Essen kaum Interesse oder Freude hatte. Sie aß wenig und bevorzugte Fertiggerichte, die sie spät am Abend, wenn ihr Kind eingeschlafen war, schnell zu sich nahm. In der Interaktion mit A. passte sie sich dem Esstempo des Kindes nicht an. Synchrone Momente konnten daher nicht entstehen. Sie sprach kaum mit A. oder zu leise und reagierte ungehalten, wenn der Brei auf dem Boden landete. Sie konzentrierte ihre ganze Energie und Aufmerksamkeit auf das Essen.

Während des letzten Jahres hat A. in der Interaktion mit der Mutter viele ähnliche Erfahrungen im Umgang mit ihrer Mutter gesammelt. Wenn man annimmt, dass jede Form von Interaktion ihren Wunsch

nach Bindung befriedigt, dann verhält sich A. funktional und kompetent. Genau wie andere Kinder hat sie gelernt, dass sie die Umwelt beeinflussen und voraussagen kann, - zum Beispiel kann sie ihre Mutter dazu zwingen, sich mit ihr zu beschäftigen. So hat A. auch gelernt, dass sie mit ihrem Wegdrehen als Ausdruck von „Ich mag das nicht“ oder „Ich will nicht mehr“ die Gefühle und Handlungen ihrer Mutter kontrollieren kann. Die Fähigkeit, Stimuli aktiv selbst zu beenden, ist als Basis der ersten Selbst-Regulation, Selbst-Kontrolle und Autonomie zu sehen. Auf Kosten der eigenen Autonomie zielt diese Strategie darauf ab, die knappe Aufmerksamkeit der Mutter dauerhaft sicherzustellen. Diese Strategie gehört überwiegend zur Kategorie „ambivalent unsicher“ (Ainsworth, 1978).

Noch ist A. ein einjähriges Kleinkind, das nicht sprechen kann. Noch übt es keinen Druck durch laute, starke Emotionen aus, sondern bleibt bei seinem beharrlichen Verhalten des sich Abwendens mit entsprechender Mimik. A.s Mutter reagiert mit Angst, angespannter Mimik und Anstarren des Kindes. Dies entgeht dem Kind eindeutig nicht, da es von Zeit zu Zeit schnell in Richtung seiner Mutter schaut und am Ende der Szene in sich hineinlächelt.

Diese erste Videoaufnahme bot genügend Material, um der Mutter eine entwicklungspsychologische Erstberatung vorzuschlagen, die die Interaktion aus der Sicht des Kindes verdeutlichen konnte. Ziel dieses ersten Gespräches war, die Ängste der Mutter zu verringern und dadurch A. mehr Autonomie zu gewähren.

Das hier erst aufgegriffene Thema, das zur Aufklärung der Eltern beiträgt, ist die Funktion von „Pausen“ in der Entwicklung. A.s Mutter ist z. B. immer zu schnell und dadurch wenig einfühlsam. Die Auswahl der ersten Videosequenz lenkt die Aufmerksamkeit der Mutter auf das verständliche Verhalten des Kindes: A. macht eine Pause. Im Gespräch mit mir entdeckt die Mutter, welches Mittel es gibt, um A.s Aufmerksamkeit in eine Richtung zu lenken, die die Annahme von Nahrung begünstigt. Die Mutter möchte einen Stapel Plastiklöffel zur Verfügung stellen. Das Ziel ist, die Aufmerksamkeit des Kindes auf ein altersentsprechendes Material zu lenken, so dass sich Kind und Mutter dieser Aktivität, wie z. B. einen Löffel in der Hand zu halten, damit zu klopfen etc., konstruktiv zuwenden können. Hier entsteht eine entspannte geteilte Aufmerksamkeit als Basis jeglicher Entwicklung. Die Mutter kann besser abwarten, ihr Kind kann selbst den Rhythmus der Nahrungsaufnahme beeinflussen.

Die zweite Esssituation wird gefilmt:

Vor A. steht das Glas mit einem Brei. Den Deckel hat die Mutter neben das Glas gelegt. A. nimmt den Deckel in die Hand, und fängt an, damit gegen den Glasrand zu klopfen. Wenn die Mutter mit dem Löffel ihrem Mund näher kommt, öffnet sie den Mund und schluckt bereitwillig den Brei herunter. Noch verläuft die Szene lautlos. Nach mehreren Wiederholungen dieser Art schaut A. in Richtung des Glases und klopft mit dem Deckel, öffnet nach wie vor regelmäßig den Mund. Die Mutter wartet nun, bis sich der Mund öffnet, bietet

also im Rhythmus des Kindes den Brei an. Es findet ein erster Blickkontakt statt. Er ist zwar noch kurz, dauert ungefähr eine Sekunde, beinhaltet jedoch einen eindeutig positiven Affekt. Da die Mutter sich Mühe gibt, das Tempo A.s zu respektieren, wiederholt sich der Blickaustausch. A.s Mutter reagiert sofort darauf. Erst lächelt sie, sagt: „Du machst den Deckel auf?“, „Prima“, „Schön, dass Du so isst“, „Oh“. Ihre Stimme klingt erleichtert. Bei „Oh“ gibt es die erste körperliche Synchronisation zwischen Mutter und Kind. Beide Oberkörper bewegen sich in der selben Art und Weise. Bald fängt auch A. an zu vokalisieren, aber eher in Richtung Kamera. Als die Mutter erneut schneller wird und A. den Kopf leicht zu Seite dreht, droht das alte Schema sich zu wiederholen. Das Essen ist fast beendet, und es bleibt ein wenig Brei auf dem Teller. Jetzt nimmt die Mutter einen kleinen Löffel, der auf dem Tisch liegt, und bietet ihrer Tochter etwas von diesem Brei an. Erst greift A. in den Teller, und die Mutter lenkt ihre Hand in Richtung Löffel. A. fasst ihn zum ersten Mal mit voller Hand an, hebt ihn hoch und versucht, ihn zu schütteln. Ihre Mutter lenkt ihre Hand in Richtung des Mundes. Der Löffel verfehlt sein Ziel und landet auf ihre Wange. A. ist erstaunt, schaut abwechselnd fragend auf ihre Mutter und auf den Löffel in ihrer Hand. Die Mutter zeigt auf den Mund und sagt: „Da rein“, greift Hand und Löffel und bringt ihn in A.s Mund mit einem bestätigenden Ausdruck: „Na, toll!“. Während A. den Mund breit aufmacht, schaut sie ihre Mutter lange an. Der Löffel bleibt im Mund stecken, sie vokalisiert freudevoll und schaut mit breitem Lächeln in die Kamera. Die Freude der Mutter lässt nicht auf sich warten:

„Mannomann! Na, toll, prima, super!“. Als es dem Kind gelingt, den Löffel mit beiden Händen zu halten und sich so etwas Brei aus dem Teller zu holen, setzt die Mutter ihre verbale Hilfe fort: „Jetzt in den Mund“, „Toll machst du das“. Als A. einen Löffel auf den Boden wirft, gibt ihr die Mutter einen anderen. A. aber wendet sich nun ab und zeigt deutlich, dass sie kein Interesse mehr hat. Neu ist, dass die Mutter inzwischen versteht, dass ihr Kind nicht mehr essen will und die Reaktion ihres Kindes akzeptiert.

Die Feinfühligkeit der Mutter (Ainsworth, 1977), d. h. das Wahrnehmen der Signale des Kindes, deren richtige Interpretation und die prompte und angemessene Reaktion darauf, hatte sich nach dem ersten Besuch und den schon beschriebenen Interventionen gebessert. Das für die frühe Kindheit entwickelte Einschätzungsinstrument der Interaktionsfähigkeit CARE-Index (Crittenden, 1998) zeigte, dass die Mutter 6 von 14 Punkten erreicht hatte. Da sich die Feinfühligkeit bei dieser Mutter relativ schnell mobilisieren ließ, entschied ich, die Intervention nur einmal im Monat weiterzuführen. Die Intensität der Intervention richtet sich zunächst sowohl nach dieser Fähigkeit zur Feinfühligkeit der Mutter als auch nach der akuten Symptomatik des Kindes. Das Ziel der Arbeit ist aber letztlich nicht nur eine Symptombehandlung, sondern eine Verbesserung der Qualität der Interaktion. Hier soll nicht nur beim Essen, sondern auch im täglichen Umgang und im gemeinsamen Spiel die Qualität der sicher gebundenen Interaktion, d. h. eine

feinfühlig, aufmerksame und fröhliche Tönung des Miteinanderseins, erreicht werden.

Der dritte Hausbesuch fand einen Monat später statt. Das Kind war nun 14 Monate alt. Überraschenderweise fand das Mittagessen im Wohnzimmer und nicht wie sonst in der Küche statt. A. und ihre Mutter saßen auf dem Sofa. Zehn Minuten lang wirkte die Szene chaotisch. A. kletterte zwischen jedem Häppchen, das ihr löffelweise von der Mutter gegeben wurde, auf die Lehne des Sofas. A. holte sich Spielzeug, kam damit zur Mutter zurück, setzte sich, öffnete den Mund und schluckte ein weiteres von der Mutter angebotenes Häppchen herunter. Nach einer Weile verließ A. das Sofa und setzte sich auf einen kleinen Stuhl der Mutter gegenüber. In dieser Position wurde sie von ihrer Mutter weiter gefüttert. Wenn sie mit den Fingern nach dem Essen greifen wollte, bekam sie einen Löffel, der mit Hilfe der Mutter das Essen in ihren Mund beförderte.

Die Atmosphäre war zwar entspannter, aber die Mutter konnte sich A. noch nicht ganz zuwenden. Sie wirkte etwas distanziert, obwohl sie sich bemühte, fröhlich zu erscheinen. Spielzeuge, die sich wie kleine Schätze vor Kind und Mutter türmten, wurden von der Mutter in kleine Geschichten integriert. So zeigte A. mit dem Finger auf ein Bild, während sie vokalisierte. Ihre Mutter sagte: „Ein neues Wort, das habe ich heute zum ersten Mal gehört“. Dabei wirkte sie stolz und lächelte. A. handelte ohne erkennbare Scheu und erforschte ihre Umwelt, als wäre die Esssituation speziell dafür geschaffen. Sie hantierte mit dem Spielzeug voll Freude, ihr Interesse aber

wechselte häufig. Sie unterhielt auch keinen Blickkontakt mit ihrer Mutter, die Kommunikation lief über das Spielzeug. Sie zeigte sogar der Mutter ein Spielzeug, das auf einem entfernten Regal stand. Die Mutter stand sofort auf und holte es, wobei sie eine Grimasse schnitt.

Welche Strategien lassen sich aus dieser Szene erkennen? Obwohl Mutter und Kind sichtlich besser zueinander im Kontakt stehen, zeigt die Analyse der Interaktion, dass es zwischen beiden noch Spannungen gibt. Der mütterliche Gesichtsausdruck ist zeitweise fröhlich, obwohl solche Gemütsverfassung nicht mit der Stimmungslage A.s übereinstimmt. Wenn A. ihr den Rücken zuwendet, um ein Spielzeug zu holen, wird ihre Mimik ernst und verärgert. Dieser mimische Ausdruck verschwindet sofort, wenn A. sich der Mutter mit ihrem Spielzeug zuwendet. Auf dem Sofa lässt die Position von Mutter und Kind keinen Blickkontakt zu. Die verbalen Äußerungen der Mutter sind aber warm und haben eine angemessene freundliche Qualität. A. dagegen scheint in ihrem „eigenen Element“ zu sein. Wenn sie in der Nähe ihrer Mutter ist, nimmt sie eine distanzierte Sitzhaltung ein und beschäftigt sich mit ihren neuen „Schätzen“. Sie vermeidet aktiv den Blickkontakt. Nur aus einer gebührenden Entfernung wirft sie ihrer Mutter einen langen wachsamem Blick zu. Ihre Vokalisationen aber, die beim Austausch über die Spielzeuge stattfinden, verraten eine fröhliche Aufregung. A. entfaltet ungehindert ihre „ambivalente“ Strategie, um ihre Mutter zu kontrollieren.

Darunter verstehen wir Strategien, die alle Kinder im Alter, in dem sie die Sprache entwickeln, zeigen. Mit diesen ambivalenten/coerciven Strategien (Crittenden, 1996) setzen unzufriedene Kinder bis ins Vorschulalter hinein Eltern unter Druck, die nicht aufmerksam und feinfühlig genug sind.

Bei A. zeigt sich eine milde Form dieser Strategie: Sie vermeidet offen den Blickkontakt, bricht die Beziehung durch übertriebene Mobilität ab, verfolgt im Widerspruch zu den Absichten ihrer Mutter (ihr zu essen zu geben) ihre eigenen Ziele (Spielzeug holen), sie kontrolliert die Mutter und zwingt sie, etwas für sie zu tun (Spielzeug holen). Die Mutter funktioniert, folgt ohne Anzeichen von Freude dem Willen ihrer Tochter, aber ohne offen ärgerlich zu werden. Nur ihr Gesichtsausdruck und ihre Körperhaltung verraten ihre Anspannung.

Diese ambivalente Strategie des Kindes kontrolliert das Verhalten des Erwachsenen, das dadurch vorhersagbarer wird. Alle Kinder, auch die sicher gebundenen, versuchen beim Spracherwerb diese Strategie zu erproben. Sicher gebundene Kinder machen aber die Erfahrung, dass die Beziehung besser funktioniert, wenn sie sich offen mit ihrer Bezugsperson verhalten. Die Erwachsenen reagieren bei sicher gebundenen Kindern auch anders. Sie reden, setzen klare Grenzen, ohne sich bedroht zu fühlen oder die Beziehung zum Kind zu bedrohen. A.s Mutter tat das nicht, obwohl es ihr dabei offensichtlich nicht gut ging.

Nach dem Essen schauten wir uns mit der Mutter zwei kurze, von mir ausgewählte Videosequenzen an. Die erste Sequenz zeigte den Erfolg der neuen Strategie: Warten und Respektieren der Pausen des Kindes, d. h. die Zeit, die das Kind braucht, um Erlebtes zu verarbeiten. In der ersten Sequenz sehen wir A., wie sie von allein in die Interaktion zurückkommt und ihre Mutter anlächelt; wir sehen ihre positive Mimik, kurz bevor ein Blickkontakt wieder abbricht. Inhalt der zweiten Sequenz ist ein verbaler Austausch, bei dem der fröhliche Klang der Stimme der Mutter auffällt. Ich spreche mit der Mutter über die Perspektive des Kindes und fokussiere folgende Themen: das eigene Tempo des Kindes, die Frage, wann es selbstständig in die Interaktion zurückkommt, die erhöhte Aufmerksamkeit auf die verbalen Äußerungen seiner Mutter, und seine Art und Weise zu vokalisieren.

Die Mutter wirkt im Gespräch über diese Videosequenzen erleichtert und hat nun viele Fragen an mich. Sie wisse auch nicht, wie man Grenzen setzt, ob das gut sei für die Entwicklung ihres Kindes. Wir unterhielten uns darauf über die verschiedenen Arten, Grenzen zu setzen. Nach Rauh und Ziegenhain werden sieben Formen, Grenzen zu setzen, unterschieden. Dieser Spektrum reicht von fehlender oder diffuser bis hin zu spielerischer Grenzsetzung (Rauh & Ziegenhain, 1994).

Ich sprach mit der Mutter über die Notwendigkeit, den Kontakt zu sich selbst nicht zu verlieren, eigene Überzeugungen glaubwürdig, ohne ärgerlich zu werden, dem Kind gegenüber vertreten zu

können. Aus der Perspektive der Entwicklungspsychologie mache ich die Mutter auf das Entwicklungsalter von A. aufmerksam. Bald würden sich das „Nein“ und der Trotz entwickeln, und damit wäre die Vorgabe klarer Strukturen notwendig, um Wutanfälle und Provokationen nicht dominieren zu lassen.

Diese Informationen werden in Form eines gegenseitigen Austausches gegeben, stellen kein Programm oder Training, das der Therapeut anbietet, dar. Die Mutter soll immer das Gefühl behalten, dass es um ihre eigenen Interessen in der jeweiligen Situation geht. Ziel des Gespräches ist es, vor allem ihre Ängste und Unsicherheiten bezüglich ihres Kindes zu reduzieren.

Beim vierten Hausbesuch, A. ist nun 15 Monate alt, führe ich mit der Mutter vor dem Essen ein Gespräch. Währenddessen spielt A. mit Stift und Blatt und malt Striche. Sie lächelt von Zeit zu Zeit, schaut länger ihre Mutter an und bringt ihr mit einem schüchternen Lächeln das bemalte Blatt. Sobald sie auf sich aufmerksam macht, - der Puppenbuggy war umgekippt -, reagiert die Mutter sofort auf ihre Vokalisationen und schlägt eine Lösung vor. Die Mutter berichtet, das Zusammenleben mit ihrem Kind sei für sie nicht mehr so anstrengend. Sie habe das Essen jetzt so organisiert, dass beide zusammen essen können. A. habe sogar Interesse am Essen entwickelt. Sie spucke nicht mehr alles aus, sogar halbierte Weintrauben esse sie. A. verlange auch von sich aus nach dem Essen, ginge in die Küche, und zeige, was sie essen wolle. Es gäbe

jetzt auch Gemüsesuppe. A. trinke allein aus einem Glas, ohne den Inhalt zu verschütten.

Nach diesem Gespräch fragt die Mutter A., ob sie jetzt mit ihr essen wolle: „Geh mal zu deinem Stuhl, wenn Du was essen möchtest.“ Die Mutter verfolgt A. aufmerksam, die sich zu ihrem Stuhl begibt. In ihrer Mimik zeichnet sich Zufriedenheit ab.

Diese Esssituation wird nun gefilmt. A. sitzt nicht auf ihrem Stuhl, sondern auf dem Schoß der Mutter. Zwei Teller stehen vor Mutter und Kind auf dem Tisch. A. hat einen Löffel in der Hand. Die Mutter gibt ein Zeichen: „Wollen wir?“. Die Mutter hilft ihr noch, den Löffel zum Mund zu führen. Dies scheint aber ohne Zwang zu geschehen. Als A. allein den Löffel bis zum Mund bringt, sagt die Mutter begeistert: „Toll, hast du gut gemacht“ oder „Gut machst du das“. Als etwas Suppe auf den Schoß der Mutter tropft, reagiert die Mutter mit Humor: „Es regnet Suppe heute“. Eine Puppe auf dem Tisch schaut zu. „Die hatte Mama als Kind, die Puppe“, sagt die Mutter, als A. zur Puppe schaut. Das Mittagessen wird beendet, als A. vom Schoß der Mutter herunterklettert. A. holt dann ein Buch, legt es auf den Tisch und klettert in den eigenen Stuhl, um es zusammen mit ihrer Mutter anzuschauen.

Nach diesem Essen wird gemeinsam mit der Mutter eine Videosequenz der letzten Sitzung angeschaut und besprochen. Sie zeigt die Szene, in der die Mutter stolz auf das erste gut zu verstehende Wort von A. reagiert. Ich erkläre der Mutter

entwicklungspsychologische Erkenntnisse zur Sprachentwicklung und spreche über die altersgemäßen Bedürfnisse nach Autonomie. Daraufhin spricht die Mutter weitere Themen an. A. sei motorisch sehr aktiv, sie habe sie vor ein paar Tagen „erwischt“, wie sie von ihrem Bett auf den Wickeltisch kroch. Sie habe noch Angst davor, dass A. sich verletzen könne, aber sie wolle sie nicht einschränken. Sobald sich ihre Mutter erschreckt, lässt sich A. vom Wickeltisch auf's Bett fallen und lacht laut. Es sei sogar ein Spiel daraus entstanden.

Der Mutter fällt es nun aber leichter, dem Kind Grenzen zu setzen. Sie beobachte z. B., wie A. alle Videokassetten von einem Regal herunterwerfen will, kann jedoch diese Provokation durch ein Ablenken des Kindes vermeiden. A. verliere dadurch schnell das Interesse am Verbotenen. A. habe einen starken Willen, sagt die Mutter, ein Argument, das häufig von Eltern als Grund angegeben wird, sich nicht entsprechend durchsetzen zu können.

Ein weiteres Beispiel für eine nicht adäquate Grenzziehung zeigt folgende Szene: Während einer Wickelsituation versucht A., ein kleines Musikinstrument, das an der Wand befestigt ist, abzureißen. Die Mutter untersagt dies zunächst: „Es geht jetzt nicht ab. Wenn ich es abmache, dann willst du wieder, dass ich es dran mache“. Einen Moment später jedoch gibt sie dem Kind das Instrument.

Ein Gespräch über 'konsequent sein' und 'Grenzen setzen' sowie Erklärungen zur Gedächtnisentwicklung, zur Verstärkung von

unerwünschtem Verhalten und zur Rolle von Provokationen und deren Bedeutung für die Trotzphase ist nun hilfreich.

Beim fünften Hausbesuch, A. ist 16 Monate alt, wird wieder eine Esssituation gefilmt. Die Mutter fragt A., ob sie mit ihr in die Küche gehen und beim Kochen helfen wolle. In der Küche gibt es jetzt einen Hamster, den A. füttert, während die Mutter das Essen kocht. A. nimmt, den Vorschlag ihrer Mutter entsprechend, ihre Puppe mit zum Tisch und geht zum Wohnzimmertisch. Sie klettert auf ihren Stuhl und setzt die Puppe vor sich hin. Auf dem kleinen, hübsch gedeckten Tisch sind zwei Teller einander gegenüber gestellt worden. Vor A.s Stuhl gibt es ein Plastikglas, Löffel und Gabel. „Willst du mal trinken? Probier mal!“. „Ja“, antwortet A, nimmt mit zwei Händen das Glas und trinkt. Weil das Essen noch nicht kommt, stellt sich A. auf ihren Stuhl, und beobachtet stehend ihre Mutter beim Kochen. „Vorsichtig, A., ja?“, und noch: „Setz' dich bitte hin“. Nach kurzer Zeit setzt sich A. ohne weitere Ermahnungen ihrer Mutter wieder auf ihren Stuhl. Als das Essen endlich fertig ist, sagt ihre Mutter: „Es ist noch heiß, du kannst pusten“. A. schaut sie erwartungsvoll an, gibt vor zu pusten und vokalisiert. „Ja, Hunger“, sagt die Mutter, während sie das Fleisch schneidet und dann selbst pustet: „Jetzt geht es los“. A. nimmt ihre Gabel, und die Mutter hilft ihr beim Aufspießen eines Fleischstückes. A. führt die Gabel zum Mund, zeigt auf ihren Teller und vokalisiert: „da, da“. Sie will weiter unterstützt werden. Als A. auf die Muster (eine Katze) in ihrem Teller zeigt, reagiert die Mutter darauf und erzählt eine Geschichte über

Katzen, die auf dem Teller zu sehen seien. A. antwortet mit Vokalisationen und schaut ihre Mutter dabei direkt an. Es folgt ein kurzer verbaler Austausch und auch „Als-ob-Spiele“ mit der Puppe, die von A. nun auch gefüttert wird. Die Mutter gestaltet die Situation so entspannt, dass A. ihre Mahlzeit ohne Hast aufisst.

Die Videoaufnahme zeigt, dass A.s Mutter angemessen reagierte. Ihr Gesichtsausdruck war aufmerksam und zugewandt, ihre verbalen Äußerungen liebenswürdig und spielerisch, der Emotionsausdruck insgesamt liebevoll. Die Wechselbeziehung war an A.s Tempo angepasst, Mutter und Kind waren beide an der Steuerung der Interaktion beteiligt. Nach dem Essen spielten beide miteinander und teilten ihre Freude. Als Mutter und Kind sich noch einmal zusammen Bücher anschauten, zeigte A. mit Begeisterung auf Bilder, die von ihrer Mutter kommentiert wurden. Dabei vokalisierte sie angeregt und schaute mit langen Blicken lächelnd auf ihre Mutter. Sie war ein kooperatives Kind geworden, das gut mit der Mutter arbeitete, das sich gern an der gemeinsamen Aktivität beteiligte und den Blickkontakt nicht mehr vermied. A. litt nicht mehr unter Gewichtsverlust, so dass Mutter und Ärztin diesbezüglich sehr zufrieden sein konnten.

Wie immer schauen wir uns am Ende der Sitzung ausgewählte Videosequenzen der vorhergehenden Sitzung an. Die Mutter berichtet, dass sie sich wesentlich sicherer fühle, dem Kind gegenüber Grenzen zu setzen. Natürlich habe sie immer noch

aufkommende Zweifel, ob sie der Erziehung des Kindes gewachsen sei. Beispiele einer weiteren Schwierigkeit sei das „Ins Bett bringen“ des Kindes. Der Vater besuche A. jetzt regelmäßiger an Wochenenden und spiele bis tief in die Nacht mit ihr. An den anderen Abenden wolle A. nun auch spielen. Entsprechend der bisher beschriebenen Interventionstechniken wird dieses nun aufkommende Thema der Mutter mit ihr gemeinsam bearbeitet. Wie diskutieren anschließend über Erwartungen, Enttäuschungen, unterschiedliche Erziehungsstile.

Da die Mutter nun der Meinung ist, dass immerhin die Essproblematik gelöst sei, vereinbaren wir zunächst keine weitere Sitzung. Beim Auftauchen weiterer Schwierigkeiten könne sie sich gerne wieder melden.

Nach einem Jahr fand ein telephonisches Gespräch statt. A. hatte sich in eine kleine Gruppe von Kindern integriert. Sie hätte zwar noch ihren „eigenen Kopf“, würde aber den Besuch des Kindergartens sehr genießen. Sie habe keine Probleme beim Essen. Die Beziehung zum Vater hätte sich intensiviert, Vater und Mutter dächten darüber nach, eventuell sogar zusammen zu leben.

Fallbeispiel 2

Vermeidungsstrategie des Kindes

R. ist anderthalb Jahre alt. Seine Eltern waren besorgt, weil R. sich während seiner Wutanfälle gegen Wand und Glasscheiben warf. Jede Art von äußeren Aktivitäten war dadurch unterbunden. Verwandtenbesuche oder Einkaufen kamen längst nicht mehr infrage. R.s Eltern arbeiteten in einer Fabrik. Seine Mutter hatte sich für drei Jahre frei genommen, um die frühe Zeit mit ihrem Sohn unbesorgt zu verbringen. Als Baby war R. ein ruhiges Kind. Er schlief schon nach wenigen Wochen durch. Die ersten Schwierigkeiten begannen, als er anfang, sich fortzubewegen. Die Eltern wurden von den Wutanfällen ihres Kindes überrascht. Sie wussten nicht, was zu tun war, und suchten nach Hilfe. Der Kinderarzt der Familie stellte den Kontakt zu mir her.

Erster Besuch (R. ist 17 Monate alt): Als ich am späten Nachmittag von Frau S. in ihre Wohnung geführt wurde, kam der Sohn R. mir entgegen, die Hand erhoben, die er mir geben wollte. Er war ein großes, blasses Kind mit großen blauen Augen, mit denen er seine Mutter fixierte. Während der Anamnese und der Befragung der Entwicklungstabelle blieb R. auf dem Schoß seines Vaters, schaute aufmerksam zu, vokalisierte nicht und bewegte sich kaum im Raum. Es waren keine Spielzeuge zu sehen. Seine Mutter beantwortete die meisten Fragen. Der Vater blieb im Hintergrund. Als wir damit fertig waren, kletterte R. entspannt auf den Rücken seines Vaters und lächelte die Mutter kurz von der Seite an. Als ich ihn fragte: „Kriege ich auch ein Lächeln?“, sagte seine Mutter: „Lächle“. R. lächelte

mich sofort an. Es war ein kurzes Lächeln, das schnell verschwand. Die Augen nahmen daran nicht teil.

Dieses Verhalten, zusammen mit der Analyse einer später gefilmten Spielsituation mit Mutter, Vater und Kind, gab weiteren Aufschluss über den Gefühlsaustausch in der Familie. Mit R. zeigte seine Mutter anfänglich ein kontrollierendes Verhalten (Crittenden, 1998): manchmal wirkte die Mutter fröhlich, sprach aber mit übertrieben hoher Stimme, manchmal kontrollierte sie direkt sein Verhalten („Lächle“). Der Mutter gegenüber reagierte R. eher „bemüht-angepasst“ oder überangepasst: Die dazugehörige Strategie war „prompt lächeln“, wenn er von der Mutter dazu aufgefordert wurde, ohne selbst das Bedürfnis zu haben („zwanghaft gehorsam“ nach Crittenden). Die Gefühle wurden verborgen, um die Mutter nicht zu verärgern. Die Verunsicherung der Mutter drückte sich in ihrem Verlangen nach sofortigem Gehorsam aus. Damit gab es einen ersten Hinweis darauf, um welche Themen es ihr ging. Es waren Themen aus dem vermeidenden Bereich, wie Kummer, Wut und Angst (die negativen emotionalen Verletzungen wurden abgewehrt nicht zugelassen), sowie das Thema Respekt, das in den Vordergrund gestellt wurde. Es war, als sage diese Mutter: „Wenn ich in meiner Kindheit nicht respektiert wurde, dann kann ich das jetzt auf keinen Fall dulden, von niemandem“. Jede Regung des Kindes in dieser Richtung wird entsprechend hart zensiert und blinder Gehorsam verlangt. Mit dem Vater war die Beziehung entspannter. Der Körperkontakt war zugewandt und der

Emotionsausdruck herzlicher. R. initiierte eher Kontakt zu seinem Vater, der ihn auch nicht unterbrach, so dass die Interaktionen mit dem Vater länger dauerten. Diese Beziehungsqualität gehörte in den Bereich der sicheren Bindung.

Aufgrund der Interaktionsanalyse, nach der sich auf der Feinfühligkeitskala von Ainsworth (deutsche Version Grossmann 1977) die Mutter bei 5 und der Vater bei 8 befand, beschloss ich, vierzehntägig zu intervenieren. Ich beabsichtigte, Videoaufnahmen von kurzen Interaktionen zwischen Kind und Mutter zu machen, die jeweils eine bestimmte Qualität von Beziehung hervorheben sollten. Da der Vater als Schichtarbeiter beschäftigt war, wurden die zwei nächsten Interventionen ohne ihn durchgeführt.

Zweiter Hausbesuch (R. ist 17,5 Monate alt): Vom ersten Besuch wurde eine Videosequenz mitgebracht. Sie zeigte R. auf dem Rücken des Vaters, während er seine Mutter kurz anlächelte. Auch hier wurden der Blick und das Lächeln hervorgehoben, die schnelle Blickabwendung war nicht zu sehen. Anschließend kam die Mutter auf das Spielverhalten des Kindes zu sprechen, das mit der gezeigten positiven Stimmung des Kindes verwandt war. Sie zeigte mir sein Zimmer, in dem die Bücher ordentlich auf den Regalen standen. So kamen wir ins Gespräch über den Tagesablauf und die Wünsche R.s, was Lesen und Spielen anging. Die Mutter fragte, was in seinem Alter angebracht sei, was sie tun könne, um R.s Freude am Entdecken zu unterstützen. Wir beschlossen

gemeinsam, dass sie bis zu meinem nächsten Besuch beobachten sollte, was R. macht, wenn er allein spielt, aber auch welche Spiele er mit der Familie bevorzugt und welche eher nur mit ihr. Die Mutter machte den Vorschlag, die Situation vor dem Zubettgehen aufzunehmen.

Der Entwicklungstabelle zufolge hatte sich R. bis dahin gut entwickelt. Alle Bereiche der Entwicklung lagen etwas über seinem chronologischen Alter. Zwei Bereiche, Sprache und Kognition, waren sehr gut entwickelt. Als diese Ergebnisse mit der Mutter besprochen wurden und sie das Entwicklungsprofil betrachtete, war sie sehr erstaunt und erklärte, dass sie Derartiges nicht erwartet hätte. Die Wutanfälle von R. seien ihr als Wutanfälle eines entwicklungsgestörten Kindes erschienen. Ihre Erwartungen an die Entwicklung R.s, ihre Enttäuschungen und ihre Besorgnis darüber, dass er sich vielleicht nicht gut entwickelte und später Schwierigkeiten in der Schule hätte, waren die Themen, die sie besprechen wollte. Besonders interessiert war sie an den Ausführungen über die Entwicklungsstufen der Wut und über die Gründe, aus denen bei kleinen Kinder Ärger entsteht, sowie die Funktion der Erwachsenen bei der Regulation dieses Gefühls.

Dritter Besuch (R. ist 18 Monate alt): Die Mutter hatte die weitere Familie und viele Bekannte angerufen, um die Nachricht über das gute Entwicklungsniveau R.s weiterzugeben. Sie berichtete, dass R. mit ihr und seinem Vater einkaufen gegangen war. Dabei sei es ihr

möglich gewesen, mit Überzeugung „nein“ zu sagen, ohne sich zu schämen, wenn R. schrie und fremde Personen dabei zusahen. Sein Weinen sei ihr nicht so schlimm wie früher vorgekommen. Nach diesem Gespräch schauten wir uns eine Videoaufnahme an, die der Vater aufgenommen hatte. Die Mutter berichtete, dass sie mit R. nach dem Abendessen Bücher anschaut. R. habe ein sehr gutes Gedächtnis und könnte sich gut merken, was sie ihm erzähle. Als sie vom gemeinsamen Lesen erzählte, waren ihre Mimik lebendig und ihre Stimme weich. In dem Videofilm des Vaters war R. auf dem Schoß seiner Mutter zu sehen (gemeinsame Aufmerksamkeit). Er schaute konzentriert ein Buch an, zeigte auf Bilder und schaute von Zeit zu Zeit hoch zum Gesicht seiner Mutter oder seines Vaters (Rückversicherungen). Offensichtlich genoss er es, dass seine Mutter ihm geduldig Antworten gab. Auch der Vater wirkte entspannt und mischte sich humorvoll in die Erzählung ein. Es schien so, als wären die Anpassungsschwierigkeiten R.s durch die verschiedenen Arbeitsmodelle seiner Eltern vor der Intervention begünstigt gewesen (Fonagy, 1998). Die Verunsicherung der Mutter konnte wahrscheinlich durch die Annäherung an die sicheren Arbeitsmodelle des Vaters gemildert werden. Weil das Video gezeigt hatte, dass sich die Qualität der Interaktion zwischen Mutter und Kind gebessert hatte, wurde ein weiterer Termin mit den Eltern vereinbart, um ein Abschlussgespräch zu führen. Ein halbes Jahr später nahm die Mutter telefonisch noch einmal Kontakt auf. Sie berichtete, dass R. in einer kleinen vormittäglichen Kindergruppe gut

integriert sei. Sie wolle das letzte freie Jahr für sich und R. besser gestalten. Sie hatte sich und R. bei einer Tanzgruppe angemeldet.

4. Diskussion

Die Auswahl von Videosequenzen, die positiv synchrone Momente zeigen, wirkt überraschend schnell als Motor der gemeinsamen Regulation des Verhaltens von Bezugsperson und Kind. Hier wird auf das Teilen von positiven Gefühlen aufmerksam gemacht (Intersubjektivität). Das war oft bis zu Beginn der Intervention nicht möglich gewesen; im Gegenteil, vielmehr wurden Unzufriedenheit, Ärger oder Angst dauerhaft von beiden Seiten ausgedrückt, was die unsicheren Arbeitsmodelle der frühen Kindheit der Bezugsperson aktivierte. Das Vorführen von positiven Videosequenzen kann wie ein visuelles Gegenbild, ein situatives bildhaftes Beispiel, ein "now moment" (Stern, 1995) wirken, das in Stresssituationen aktiviert werden kann. Möglicherweise wirken die positiven Bilder im episodischen Gedächtnis (Tulving, 1985). Hier ist die Erinnerung mit dem Visuellen und dem Temporalen organisiert. Die angenehmen Videoepisoden werden darüber hinaus mit dem semantischen Gedächtnis verbunden, weil gleichzeitig an Hand von „noch nicht gelungenen Sequenzen“ Gespräche über die Perspektive des Kindes stattfinden. Sie zielen darauf, die Restkompetenz der Erwachsenen zu wecken. In Situationen, in denen Erwachsene vor der Intervention das Gefühl hatten, sie wären vom Kind „funktionalisiert“ (Schumacher & Calvet, 1999), erleben sie durch

ihre neu geübte Aufmerksamkeit plötzlich das Interesse des Kindes an ihrer Beziehung. Diese neue Aufmerksamkeit scheint die Basis für die weitere Entwicklung der von Daniel Stern beschriebenen Phasen der Intersubjektivität (Bezogenheit mit Joint-Attention oder Gemeinsame Aufmerksamkeit) im ersten Lebensjahr zu sein. Dementsprechend können Interaktivität (Beziehung zum Anderen mit innerer Motivation zum Dialog) und Interaffektivität (Teilen von Gefühlen mit dem Anderen) folgen. Hier ist der Ausgangspunkt zu weiteren positiven Erfahrungen, die Schutzfaktor der Entwicklung sein können. Somit scheint es möglich, dass sich diese angeborene Fähigkeit, auch wenn sie sich im ersten Lebensjahr nicht entwickeln konnte, durch therapeutische Unterstützung der Bezugspersonen aktivieren lässt.

5. Zusammenfassung

Die Strategien, die in der Interaktion zwischen Eltern und Kind verwendet werden, sind oft ein Indikator für die Befindlichkeit der Kinder. Ihre Beobachtung ermöglicht es, die Emotionen zu verstehen, die sich hinter ihren Verhaltensweisen verbergen. Es bildet sich ein Verständnis der momentanen emotionalen Lage. Die Benutzung von positiven Videosequenzen unterstützt die Vermittlung von entwicklungspsychologischem Wissen, das ad hoc, je nach Entwicklungsniveau und Problematik des Kindes, im Gespräch mit den Bezugspersonen lebendig gemacht wird. Somit können bei den Bezugspersonen relativ rasch sichere

Arbeitsmodelle eingeführt werden, die helfen, die Verhaltensstörungen des Kindes zu beheben. Schon Ijzendoorn et al. (1995) hatten gezeigt, wie eine kurze Psychotherapie auf der Basis der Bindungstheorie eine etablierte unsichere Bindung beheben konnte. Bei einem unverarbeiteten Trauma der Bezugsperson stößt eine solche Therapie an ihre Grenzen, so dass andere Therapien vorgezogen werden sollten. Hier kann eine parallele entwicklungspsychologische Intervention höchstens unterstützend wirken.

(Berlin, 2004)

Literatur:

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978):
Patterns of attachment: A psychological study of the
Strange Situation. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Ainsworth, M.D.S., Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens.
In: K.E. Grossmann (ed.) (1977). Entwicklung der
Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt, S. 96 – 107.
München: Kindler
- Beller, E. K. & Beller, S. (2000). Entwicklungstabelle. Freie
Universität Berlin.
- Benoit, D. (1993). Failure to Thrive and Feeding Disorders. In: C. H.
Zeanah, Jr. (Ed.), Handbook of Infant Mental Health
(S. 317-331). New-York: Guilford.
- Bowlby, J. (1969). Attachment and Loss. Vol. 2: Separation. New
York: Basic Books. (deutsch: Bindung. München:
Kindler.1975).
- Calvet-Kruppa, C., Ziegenhain, U., & Derksen, B. (1999). Kinder mit
Down-Syndrom: Entwicklungspsychologische
Elternberatung. In: J. Köhl (Hrsg.). Autonomie und
Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung (S. 80-86).
München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Calvet-Kruppa, C. (2001). Feinfühligkeit als Interaktionsqualität: Ein
Leitfaden entwicklungspsychologischer Intervention.
Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung.

Psychoanalyse und Bindungstheorie (153-168).

Lengerich: Pabst.

Crittenden, P. M. (1992). The Preschool Assessment of Attachment. PAA Manual. Miami FL: unpublished.

Crittenden, P. C. (1996). Entwicklung, Erfahrung und Beziehungsmuster: Psychische Gesundheit aus bindungstheoretischer Sicht. Praxis Kinderpsycholog. Kinderpsychiatr., 45, 147-155.

Crittenden, P. M. (1998). CARE-Index: Revised Coding Manual. Unpublished manuscript.

Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational approach to continuity and change in pattern of attachment. In: P. M. Crittenden and A. H. Claussen (eds). The organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context (pp. 343-357). New York: Cambridge University Press.

Fonagy, P. (1998). Die Bedeutung der Entwicklung metakognitiver Kontrolle der mentalen Repräsentanzen für die Betreuung und das Wachstum des Kindes. Psyche, 4, 348-368.

Gomille, B. (2001). Unsicher-präokkupierte mentale Bindungsmodelle. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), Bindung im Erwachsenenalter (S. 201-225). Bern: Hans Huber.

- Grossmann, K. E. (1977). Skalen zur Erfassung mütterlicher Verhaltens von Mary D. S. Ainsworth (Ainsworth's scales for assessing maternal behavior). In: K. E. Grossmann (ed.), *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt* (S. 96-101). München: Kindler.
- Isabella, R. A. & Belsky, J. (1991). Interactional Synchrony and the Origins of Infant-Mother Attachment: A Replication Study. *Child Development*, 62, 373-384.
- Lieberman, A. F., Weston, D. R. & Pawl, J. H. (1991). Preventive Intervention and Outcome with Anxiously Attached Dyads. *Child Development*, 62, 199-209.
- Rauh, H. & Ziegenhain, U. (1994). Nonverbale Kommunikation von Befindlichkeit bei Kleinkindern. In: K. F. Kessel & F. Naumann (Hrsg.), *Kommunikation und Humanontogenese. Berliner Studien zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik* (S. 172-218). Bielefeld: Kleine Verlag.

- Schumacher, K. & Calvet-Kruppa, C. (2001). Die Relevanz entwicklungspsychologischer Erkenntnisse für die Musiktherapie. In: H. H. Decker-Voigt (Hrsg.), Schulen der Musiktherapie (S. 102-124). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schumacher, K. & Calvet-Kruppa, C. (2005). Kindermusiktherapie aus entwicklungspsychologischer Sicht - am Beispiel der Synchronisation als relevantes Moment. In: U. Stiff-Keckstein/ R. Tüpker (Hg): Kindermusiktherapie, Göttingen: Vandenhoeck/Ruprecht.
- Schumacher, K. & Calvet, C. (2007). Synchronisation. Musiktherapie bei Kindern mit Autismus (DVD, deutsch/englisch). Schumacher, K.; Calvet, C. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Stern, D. N., Beebe, B., Faffe, J. & Bennett, S. L. (1977). The infant's Stimulus World During Social Interaction: A Study of Caregiver Behaviours with Particular Reference to Repetition and Timing. In: H. R. Schaffer (ed.), Studies in Mother-Infant Interaction (S. 177-202). London: Academic Press.
- Stern, D. (1998). The Process of Therapeutic Change Involving Implicit Knowledge: Some Implications of Developmental Observations for Adult Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19, 3, 300-308.

- Trevarthen, C. & Aitken, K. J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 1, 3-48.
- Tulving, E. (1985). How many memories are there? *American psychologist*, 40, 385-389.

- Van Ijzendoorn, M. H., Juffer, F., & Duyvesteyn, M. G. C. (1995).
Breaking the Intergenerational Cycle of Insecure Attachment: A Review of the Effects of Attachment-based Interventions on Maternal Sensitivity and Infant Security. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 225-248.
- Ziegenhain, U., Calvet-Kruppa, C., Derksen, B., Dreishörner, R., Klapetz, E., Klopfer, U. (1998).
Entwicklungspsychologische Beratung für Eltern mit Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern. *Triolog* 1, 30-36.
- Ziegenhain, U., Wijnroks, L., Derksen, B., & Dreisörner, R. (1999).
Entwicklungspsychologische Beratung bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen: Chancen früher Förderung der Resilienz. In: G. Opp, M. Fingerle, A. Freytag (Hrsg.), *Was Kinder stärkt. Erziehung zwischen Risiko und Resilienz* (S. 142-165). München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ziegenhain, U. (2001). Sichere mentale Bindungsmodelle. In: G. Gloger-Tippelt (Hrsg.). *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 154-173). Bern: Hans Huber.