

FEINFÜHLIGKEIT ALS INTERAKTIONSGUALITÄT: EIN LEITFADEN ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHER INTERVENTION

Claudine Calvet-Kruppa

in: Psychoanalyse (2001). Texte zur Sozialforschung. O. Decker & A. Borkenhagen (Hrsg.).

ZUSAMMENFASSUNG. Interaktionstörungen in Familien mit Kindern mit Behinderung können die Folge eines vorübergehenden Mangels an Feinfühligkeit der Bezugsperson sein. Sie werden durch die defizitären Selbst-Regulationen des behinderten Kindes verstärkt und vice-versa. Beispiele entwicklungspsychologischer Interventionen erläutern die verschiedenen Schwierigkeitsgrade beim Versuch, eine positive Interaktion wiederherzustellen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Behinderung, Interaktionsqualität, Feinfühligkeit, Co- und Selbstregulation, Interaktionsdefizite, Affekt, entwicklungspsychologische Intervention.

Eltern, die ein Kind mit einer Behinderung bekommen, werden plötzlich vor eine Vielfalt von Problemen gestellt, die sie nur schwer lösen können. Negative Emotionen wie Enttäuschung, Traurigkeit, Scham, Schuldgefühle, aber auch Ehekrisen und Sorgen um die Zukunft des Kindes prägen die Interaktion mit dem Säugling. In der Literatur wird auf frühe Interaktionsdefizite, die die Qualität der Bindung im ersten Lebensjahr beeinflussen, und auf einen größeren Anteil unsicherer Bindungen (Rauh, 1999 et al.; Vaughn, 1994) aufmerksam gemacht.

Von Geburt an befinden sich kleine Kinder in einem dynamischen Gleichgewicht mit ihren Eltern. Ihre Fähigkeit, zur Ruhe zu kommen, ist vor allem in den ersten Wochen und Monaten von den interaktiven Regulationsangeboten der Erwachsenen abhängig. Diese externe Unterstützung reguliert zunächst das physiologische System, das eng mit den motorischen und Schlaf-Wach-Systemen des Kindes, sowie mit seinen interaktiven Fähigkeiten verbunden ist (Als, 1988). Dann wird diese Regulation allmählich vom Kind selbst übernommen. Gelingt die Entwicklung dieser frühen Regulationen nicht, sei es weil das Kind schwierig ist, sei es weil die Bezugsperson nicht in der Lage ist, auf seine Signale zu reagieren, wird das Kind weniger in der Lage sein, Aufmerk-

samkeit zu entwickeln und in die Interaktion zu kommen. Die ursprüngliche Fähigkeit, positiv auf die Bezugspersonen zu reagieren, verkümmert. Die Qualität der Interaktion verschlechtert sich. Frühe Regulationsstörungen nehmen ihren Lauf und tönen das affektive Miteinander negativ.

Erst wenn die Bezugsperson des Kindes wieder in der Lage ist, angemessen auf die Signale des Kindes zu reagieren, kann sich die Interaktion entspannen und entfalten. Beide Partner entwickeln das Gefühl, Freude austauschen zu können. Dieses Positiv-Aufeinander-Gestimmt-Sein wird als Basis der weiteren Entwicklung des Kindes angesehen.

Wenn ein Kind mit einer Behinderung auf die Welt kommt, sind diese Voraussetzungen nur selten erfüllt. Wenn die Behinderung früh erkannt wird, stehen die Bezugspersonen für eine gewisse Zeit unter Schock, zeigen manchmal über Monate Zeichen einer latenten depressiven Stimmung. Bei bestimmten Arten von Behinderung kann sich der Prozeß der Diagnostik lange hinziehen. Die Verunsicherung der Eltern und ihre Sorge um die Entwicklung des Kindes nehmen mit der Zeit zu, Angst entsteht. Die Eltern bringen dann kaum die Ruhe in die Interaktion, die nötig ist, um angemessen und feinfühlig auf die Signale des Kindes reagieren. Sie wollen ihr Kind so gut wie möglich fördern, machen dem Kind eine Vielzahl von Angeboten, die aber selten auf den Fähigkeiten und Signalen des Kindes aufbauen. Es kommt zu Phasen der Unter- und Überstimulation, die früh die Interaktion hemmen und die Entwicklung von positivem Austausch hindern (Calvet et al., 1999).

Dazu kommt, daß Kinder mit einer Behinderung auf der Ebene der Verhaltensorganisation nicht so gut ausgestattet sind wie gleichaltrige nichtbehinderte Kinder. Ihre Fähigkeit, sich selbst zu regulieren, ist oft gering. Sie lassen sich auch schlechter von ihren Bezugspersonen regulieren, da sie wenig ausgeprägte, undeutliche und nur schwer verständliche Signale senden (Cicchetti & Sroufe, 1978). Unter diesen Umständen versagen die intuitiven Fähigkeiten (Papousek & Papousek, 1987) der Bezugsperson und die Qualität der Interaktion ist dann schnell gefährdet. Interaktionsdefizite, die relativ schnell nach der Geburt auftreten können, halten an. Ohne beratende Korrektur können sie sich chronifizieren und in Verhaltensstörungen münden, die die Entwicklung des Kindes weiter verlangsamen werden.

Für Kinder mit frühen Störungen der Interaktion, die in Zusammenhang mit Regulationsstörungen stehen, wurde in Berlin ein Interventionsmodell entwickelt (Downing & Ziegenhain, in Druck; Ziegenhain et al., 1999). Dieses Modell wurde für behinderte Kinder mit Verhaltensauffäl-

ligkeit adaptiert (Calvet-Kruppa, 1996, 1999). Es verknüpft eine Vielzahl von Forschungsbefunden der Entwicklungspsychologie und stützt sich insbesondere auf die Befunde der Bindungstheorie (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1969/1975, 1995; Crittenden, 1981; Main & Solomon, 1986), auf das Regulationsmodell von Als und Brazelton (1982) und auf das Auf- und Absteigende Regulationsmodell von Rauh und Ziegenhain (1994). Das bindungstheoretische Konzept des feinfühligem Umgangs der Bezugsperson wird als zentral für die Entwicklung der Interaktion und für die emotionale Entwicklung des Kindes angesehen. Feinfühligkeit, definiert als die Wahrnehmung der Signale eines Kindes durch die Bezugsperson, mit richtiger Interpretation und promptem und angemessenem Reagieren (Ainsworth in Grossmann, 1977) - ist ein Muster von Verhaltensweisen, das dem Kind Freude macht, sein Wohlbefinden erhöht, Distress mindert, eine positive Interaktion (Crittenden, 2000) und die Entwicklung einer sicheren Bindung beim Kind fördert. In der entwicklungspsychologischen Intervention wird die Förderung der Feinfühligkeit über die Stärkung der Bezugsperson erreicht. Die Bezugsperson wird weniger auf ihre Defizite als auf ihre Fähigkeiten hingewiesen. Ebenso wichtig ist es die Kompetenzen des Kindes hervorzuheben.

Im Vordergrund der Intervention steht die Dynamik der Interaktion zwischen Kind und Bezugsperson. Wichtig sind die Qualität der Interaktion, die Art, wie Emotionen ausgedrückt werden, und die Art, wie sie sich im Laufe der Intervention entwickeln. Es sind die Entwicklung der Qualität der Gefühle, die die Bezugsperson dem Kind gegenüber aufbringt, und deren Repräsentation in der Interaktion, die die Intervention leiten. Solange Unsicherheit oder Ambivalenz durch negative Affekte (wie z.B. Traurigkeit, Angst, Wut) ausgedrückt werden und damit die Interaktion gefährden, wird die positive Intervention weiter geführt. Die Intervention wird beendet, wenn die Interaktion schließlich gelingt, d.h. wenn die Partner Freude, Stolz, Interesse gemeinsam empfinden können.

Die Intervention findet in der Familie des Kindes statt und wird mit einer Videokamera gefilmt. Da die meisten der betroffenen Eltern einen Videorecorder besitzen, wird diese indiskrete Art sich mit dem Verhalten des Kindes auseinanderzusetzen im Allgemeinen akzeptiert, oft sogar ohne weiteres begrüßt. Anfängliche Bedenken verschwinden, wenn Therapeut und Bezugsperson sich die ersten ausgewählten Videosequenzen angeschaut haben. In den Videoaufnahmen ist der Alltag des Kindes zu sehen. Erst das Schneiden folgt bestimmten Kriterien: Videoaufnahmen positiver Interaktion werden ausgesucht und bei der nächsten Intervention mit der Bezugsperson angesehen und diskutiert. Die

Aufmerksamkeit wird auf das Kind gelenkt. Die Perspektive des Kindes wird entwicklungspsychologisch erläutert. Dabei bezieht man sich auf das Entwicklungsniveau des Kindes, das am Anfang der Intervention durch einen Test (Bayley, 1993) oder - gemeinsam mit den Bezugspersonen - durch einen Fragebogen (Beller, 2000) bestimmt wurde.

Diese Methode ermöglicht es, auf der Ebene der internen Repräsentation der Gefühle und Vorstellungen der Bezugspersonen in der Interaktion indirekt zu intervenieren. Gerade weil Eltern bei einem behinderten Kind noch deutlicher als bei normalen Kindern "über das Schicksal des Kindes entscheiden", wie Anna Freud es in ihren "Vier Vorträge[n] über Kinderanalyse" (1922/1935, 1980) ausdrückt, ist es notwendig, negative Vorstellungen, die die Bezugspersonen von sich und dem Kind haben, möglichst rasch zu verändern. Durch wiederholtes Anschauen werden gelungene Interaktionssequenzen in das prozedurale Gedächtnis aufgenommen, das das Wissen über eigene Verhaltensweisen enthält (Tulving, 1985). Die Folgen dieser Speicherung in dieser Restrukturierungsperiode sind erstaunlich. Da die Aufmerksamkeit sich auf das Verhalten des Kindes und seine Gefühle hin orientiert und die negativen Teile der Interaktion ausgelassen werden, werden die Bezugspersonen nicht mit ihren ungünstigen Verhaltensweisen konfrontiert. Oft erleben sie auch zu diesem Zeitpunkt zum ersten Mal, daß ihr Kind aufmerksam wird und auf sie reagiert. Es kommt in die Interaktion, tauscht Blickkontakt aus und zeigt positive Gefühle. Die "doppelte Arbeit" (ibid. S. 74) besteht hier darin, die Vorstellungen der Erwachsenen und deren Repräsentationen in der Interaktion dauerhaft zu modifizieren, bis die Erwachsenen selbstsicherer und toleranter werden.

Dadurch ändern sich die Erfahrungen, die das Kind macht. Anna Freud weist darauf hin, daß Kinder "nur einen kurzen Rückweg" (ibid. S. 73) brauchen. Ich machte eine ähnliche Erfahrung bei kleinen Kindern mit Behinderung, die früh mit negativen Gefühlen und Verhaltensweisen der Eltern konfrontiert waren. Sie hatten gelernt, Interaktion zu vermeiden. Wenn sich ihre Beziehung zu den Eltern besserte, zeigten sie großes Interesse an der Interaktion. Sie schienen magnetisch angezogen zu sein, reagierten sofort auf jede Änderung im Verhalten der Eltern und modifizierten ihre interaktiven Strategien. Die Flexibilität der Entwicklung wird hier besonders deutlich. Die Fähigkeit der Kinder, feinfühliger Verhaltensweisen der Bezugsperson wahrzunehmen und darauf ohne Verzögerung positiv zu reagieren, zeigt, daß Kinder, auch bei schwerer Behinderung und Verhaltensstörungen, früh in der Lage sind auf positiven Veränderungen zu reagieren und ihre Entwicklung wieder aufzunehmen (A. Freud, 1927/1951, S. 102).

Der Feinfühligkeitsgrad hat sich als ein nützliches Kriterium für die Entscheidung erwiesen, ob eine einfache, kurze Beratung oder eine therapeutische, intensivere Intervention angezeigt ist. Die Feinfühligkeit gemäß der Ainsworths Skala wird in neun Grade eingeteilt, die eng mit der Qualität der Interaktion verbunden sind. Um die Qualität des Affektaustausches besser einschätzen zu können, kann sie zusätzlich anhand des CARE-Index (Crittenden, 1995) oder mit den "Emotional Availability Scales (EA)" (Biringen, 1990) überprüft werden. Der CARE-Index wurde auf der Grundlage des Sensitivitätskonstrukts von Ainsworth zur Erforschung und Beschreibung von vernachlässigendem und mißhandelndem elterlichen Verhalten als Forschungsinstrument entwickelt. Er bewertet die Verfügbarkeit der Bezugsperson für das Kind und das Verhalten von Bezugsperson und Kind nach seiner Bedeutung im interaktiven Kontext. Die Anwendung beider Instrumente erfordert ein intensives Training.

Die vier folgenden Beispiele von erfolgreichen Interventionen sollen die Entwicklung der Feinfühligkeit illustrieren. In allen Fällen bestimmte der Feinfühligkeitsgrad zu Beginn der Therapie ihre Intensität und Dauer.

1. Verdeckte Feinfühligkeit durch Verunsicherung (Feinfühligkeitsgrad 7).

Ich berichte von einer Beratung, die zwei Therapiestunden in Anspruch nahm. Die tätige Mutter suchte Hilfe wegen R., einem 16 monatigen Jungen mit Down-Syndrom. R., der nach zwei Herzoperationen und zwei Lungenoperationen seit Monaten eine Sonde trug und Sauerstoff atmete, sollte wieder feste Nahrung zu sich nehmen. Die ersten Versuche, das Kind zu füttern, verunsicherten die Mutter: R. drehte den Kopf zur Seite und zeigte deutlich, daß er nicht bereit war, den Brei zu schlucken. Während diese Versuche erstarrte R. öfters und blieb lange Zeit in dieser Haltung - außerhalb der Interaktion. Beim ersten Besuch in der Familie wurden entwicklungspsychologische Erklärungen besprochen, die die Perspektive des Kindes unterstrichen, mit dem Ziel, die Verunsicherung der Mutter zu mindern. Da R. lange Zeit außerhalb der Interaktion blieb, wurde der Mutter erklärt, daß Kleinkinder lange Pausen brauchen, um die Informationen, die sie gerade erhalten haben, zu verarbeiten. Auch praktische Lösungen, die das Schlucken erleichtern, wurden vorgeschlagen, wie z.B. dem Kind nach jedem Löffel einen Schnuller zu geben, um den Schluckreflex zu aktivieren. Um R. aus seiner Erstarrung herauszuhelfen, wurden mehrere Plastiklöffel auf den Tisch gelegt, die sich das Kind nach Belieben nehmen konnte. Dies

wollte die Mutter sogleich ausprobieren und ich filmte die Eßsituation aus einiger Entfernung. Der stimmliche Ausdruck der Mutter, der anfänglich durch ihre hohen Stimme Unsicherheit durchscheinen ließ, beruhigte sich, als R. den Schnuller interessiert akzeptierte und den ersten Löffel Quark schluckte. Von da an wartete sie geduldig, bis R. sich dem Löffel Quark zuwendete, bevor sie ihm den Schnuller anbot. Ihre anfängliche Zudringlichkeit und Unsicherheit wurde durch lebenswürdigen Blickaustausch ersetzt, der bald von einem Lächeln begleitet war. Als R. noch einmal kurz erstarnte und aus dem Fenster schaute, sagte die Mutter leise für sich: "Du machst eine Pause, ja?". R. spielte in den Zeitintervallen, die er zwischen dem Schlucken brauchte, mit den kleinen Löffeln. Er ließ sie auf den Boden fallen, tapste mit ihnen auf dem Tisch und im Teller. Die Mutter ließ ihn gewähren. Sie wartete geduldig und respektierte das Tempo ihres Kindes. Ihre Feinfühligkeit, die durch ihre Verunsicherung verdeckt gewesen war, zeigte sie jetzt durch aufmerksame, liebevolle Mimik, durch warme Stimmlage, freundlichen Körperkontakt mit Zugang zueinander und durch Anpassung an den Rhythmus des Kindes. Sie reagierte responsiv und angemessen, wie eine hoch feinfühlig Mutter.

Diese kurze Intervention mit Erklärungen über die Selbstregulation des Kindes (Pausen), über den Vorgang des Schluckens (Schnuller) oder über die Etablierung eines Spielraumes (Löffeln zum Spielen) erlaubte der Mutter, die Signale ihres Kindes zu verstehen. Was sie als Vermeidung interpretierte und sie stark beunruhigte, hatte sie durch ihre Bereitschaft, Rat einzuholen und sofort umzusetzen, überwunden. Sie machte die Erfahrung, daß ihr Kind, wenn es nicht überstimuliert wurde, auf sie reagierte und von allein in die Interaktion zurückkam. Besonders Kinder mit Down-Syndrom sind sehr sensibel gegenüber Überforderung und reagieren mit Vermeidung, wenn man ihnen keine Zeit zur Selbst-Regulation läßt. R. wurde kooperativer, sobald seine Mutter seine Signale richtig interpretieren konnte und ihn nicht mehr überstimulierte.

2. Verdeckte Feinfühligkeit durch Angst und depressive Stimmung (Feinfühligkeitsgrad 5)

A. war ein drei monatiger Säugling mit Down-Syndrom. Er war das zweite Kind junger Eltern, die nach dem ersten Schock entschieden hatten, Hilfe zu suchen. Sie spürten, daß er anders reagierte als ihr erstes Kind und waren bedrückt. Beim ersten Besuch in der Familie wurde A. mit dem Bayleytest untersucht. Seine Hypotonie war nicht sehr betont und seine Entwicklung noch nicht verzögert. Auffallend war aber

der Stil der Interaktion mit seinen Eltern. Er tauschte kaum Blicke mit ihnen, machte sehr lange Pausen. Mutter und Vater versuchten, jeder auf seine Art, ihn zu fördern. Während der Vater mit ihm angeregt turnte oder ihm viele Spielzeuge schnell nacheinander anbot, war die Mutter eher traurig. Sie turnte, eher gewissenhaft, mit A. oder drehte ihn auf den Rücken, und bot aus einiger Entfernung Spielzeuge an. Die Interaktion war träge und machte keinem der Partner Spaß. Hier war ein doppeltes Problem zu lösen: die Überstimulierung durch den Vater, der reaktiv die Haltung einnahm "Wir werden es schaffen!!" und die Unterstimulierung durch die depressiv gestimmte Mutter (trauriger Gesichtsausdruck und zu große Distanz in der Interaktion). Verzweiflung und Angst um die Zukunft des Kindes wurden nicht verheimlicht. Die Mutter sprach darüber, daß sie sich kaum vorstellen könne, irgendwann Freude mit A. zu empfinden. In der Intervention fand der zweite Besuch im folgenden Monat statt. Den Eltern wurde eine Auswahl von kurzen Videosequenzen gezeigt, die beim Testen des Kindes aufgenommen worden waren. Sie waren mit der Absicht ausgesucht worden, die Kompetenz des Kindes zu unterstreichen, wie z.B. die leichte Hypotonie, die Fähigkeit dadurch sich auf der motorischen Ebene besser zu regulieren (gute Prognose für die emotionale Entwicklung bei Kindern mit Down-Syndrom) und die Fähigkeit des Kindes, Pausen als Selbstregulation zwischen den interaktiven Angeboten der Eltern zu machen. Die Videosequenzen vermittelten viele entwicklungspsychologische Informationen, die das Augenmerk der Eltern auf die Qualität der Interaktion lenkten, ohne ihnen das Gefühl zu geben, kritisiert zu werden. Die Eltern gewannen dadurch Einsichten, die sofort Einfluß auf den affektiven Austausch hatten. In diesem Fall verlangsamte der Vater seine Spielangebote, beobachtete die Pausen des Kindes, achtete auf den Blickaustausch. Bei der Mutter war der Effekt noch deutlicher. Sie reduzierte die Distanz zum Gesicht des Kindes und erlebte das erste Lächeln. A. reagierte exemplarisch. Sobald die Unter- und Überstimulation aufhörte, kehrte er in die Interaktion zurück. Ein reger Austausch von positiven Gefühlen mit der Mutter begann und es war schon beim dritten Besuch im fünften Lebensmonat möglich eine sehr positive Spielsituation zwischen A. und seiner Mutter zu filmen. Die Intervention dauerte noch bis zu achten Lebensmonat, da sicher sein sollte, daß die Freude an der Interaktion von Dauer war. Beim ersten Geburtstag wurde A. noch einmal mit dem Bayleytest untersucht. Sein Entwicklungsniveau entsprach dem eines normalen Kindes von zehn Monaten. Für Kinder mit Down-Syndrom ist das eine schnelle Entwicklung. Ich sah das Kind erneut im Alter von vier Jahren. Sein Entwicklungstempo war gleich geblieben und er zeigte alle Vorzüge von Kindern, die sicher gebunden sind: er war im Kindergarten gut integriert und geliebt, emotional stabil und

fröhlich, zeigte Empathie gegenüber anderen Kinder, hatte Ausdauer auch bei Aufgaben, die etwas schwierig waren. Er war schon selbstbewußt und konnte sich gegen ältere Kinder gut verteidigen.

Diese sechsmalige Intervention, die einmal im Monat stattgefunden hatte, ermöglichte in frühem Alter, daß die schon etablierte vermeidende Reaktion des Kindes sich nicht chronifizierte. Das diffuse Gefühl der Eltern, vom Baby abgelehnt zu sein, das sich in Unter- und Überstimulation ausgedrückte, wurde u.a. durch Erklärungen über die Selbst-Regulationsversuche des Säuglings und seine Fähigkeiten verhältnismäßig schnell aufgehoben. Hier war die Feinfühligkeit der Eltern durch ihre Besorgtheit um die Entwicklung des Kindes verdeckt. Ihre emotionale Belastetheit drückte sich besonders in Mißverständnissen in der Interaktion aus. Die Reaktion des Säuglings auf Minderung der Stimulation ermöglichte Blickaustausche, die als Träger von positiven Affekten fungierten und der Interaktion schnell eine neue Qualität gaben.

3. Verdeckte Feinfühligkeit durch Enttäuschung (Feinfühligkeitsgrad 3)

S. war ein 3 jähriger Junge mit autistischen Zügen. Er war sprachverzögert. Mit 10 Monaten war er zur Adoption freigegeben worden. Es war die dritte Familie, in die er für eine Adoption kam. Die Pflegeeltern beschrieben S. als schwierig, mit vielen Wutausbrüchen und waren überfordert. Beim ersten Besuch der Familie zeigte sich, daß der Pflegevater wenig mit S. anfangen konnte. Er blieb abseits und mischte sich nicht in die Gesprächen ein. S. hatte bis jetzt keinen Kontakt zu ihm aufgebaut. Seit seiner Ankunft schrie er, sobald der Vater sich ihm näherte. Die Pflegemutter war engagierter. Sie bemühte sich zu verstehen, warum S. schwierig war. Sie verstand aber nicht, warum ein dreijähriges Kind nicht allein essen, spielen oder einschlafen konnte. Da S. bis zu dem Zeitpunkt nicht getestet worden war (er schrie bei jedem Versuch ihn außerhalb der Familie zu testen), wußten die Eltern nichts von der Behinderung. Sie vermuteten aber, daß etwas nicht in Ordnung war. Die erste Videoanalyse der Interaktion ergab, daß der Vater als passiv einzustufen war. Die Mutter war verdeckt-ärgerlich. Ihre Stimmungslage war nicht in Übereinstimmung mit der des Kindes. Ihre Intonation und ihr Sprechrythmus waren angespannt, übertrieben, mit einer zu lieblichen Qualität. Sie war intrusiv, ignorierte die Signale des Kindes. Im Kontakt mit ihr war S. entweder bemüht-angepaßt, sobald er verstanden hatte, was sie von ihm wollte, tat er es ohne Freude oder ein Wutanfall war die Antwort auf ihre Forderungen. Der Bayleytest ergab ein kognitives Entwicklungsniveau von 7 Monaten. Der Schock, den diese Nachricht auslöste, bedrohte den Bestand der Ehe. Der Vater wollte S. nicht in der Familie behalten, die Mutter sprach sich dafür aus.

Sie drohte damit, ausziehen, wenn ihr Mann seine Meinung nicht änderte.

Die Intervention dauerte neun Monate. Ich besuchte die Familie vierzehntägig für jeweils drei Stunden. Auch die beiden älteren Geschwister der Adoptivfamilie wurden in die Intervention einbezogen. Das Ziel war, die Unterstützung der Pflegeeltern, die Besserung der Qualität der Interaktion mit S., die Entwicklung seiner emotionalen Fähigkeiten, insbesondere eine höhere Frustrationstoleranz, zu erreichen. Durch fortlaufenden Beobachtungen anhand von Videobeispielen lernten die Eltern seine Verhaltensweisen zu erkennen, sie richtig zu interpretieren und seinem Entwicklungsniveau entsprechend zu unterstützen. Die Erwartungen der Eltern sollten sich den Möglichkeiten des Kindes anpassen. Die Familie lernte zu akzeptieren, daß S. sich langsam entwickeln und behindert bleiben würde. Am Ende der Intervention war S. in der Familie gut integriert. Auch die Beziehung zum Vater verbesserte sich: S. hatte keine Angst mehr davor, von ihm berührt zu werden, und es entwickelte sich ein vertrauensvolles Verhältnis. Auch die Interaktion mit der Mutter entspannte sich: sie war jetzt in der Lage, seine Stereotypen nicht mehr abrupt zu unterbrechen und sie in Spielaktivitäten zu integrieren, die beiden Spaß machten. Ihre Stimme hatte einen rhythmischen Schwung angenommen und war fröhlicher geworden. Sie war weniger streng und verlangte von S. nicht mehr, daß er sich wie ein Dreijähriger benahm. S. hatte einen Entwicklungssprung von vier Monaten gemacht. Im Vergleich mit der ersten Testsituation, wo seine Wutanfälle die Durchführung des Test sehr erschwerten, konnte S. jetzt belastende Situationen besser ertragen. Vor allem reagierte er in vielen Fällen mit Interesse, spielte mit den angebotenen Spielsachen, ohne sie gleich wegzuwerfen. Wenn er das Interesse verlor und sich entfernte, war es möglich, ihn spielerisch wieder dafür zu interessieren, ohne daß er frustriert reagierte. Seine Stereotypen waren keine Hindernisse mehr dafür, seine Aufmerksamkeit zu erreichen. Seine sprachlichen Fähigkeiten waren noch begrenzt: Er reagierte auf Ansprache und ließ sich dadurch gut regulieren; er vokalisierte, setzte aber die Vokalisationen nicht kommunikativ ein. Ein Positivum war sein Interesse für Bilder. Er betrachtete Bilderbücher lange, fing an, auf Bilder mit dem Finger zu zeigen, was sich als Hinweis auf fortschreitende vorsprachliche Entwicklung verstehen ließ.

Obwohl am Anfang der Intervention die affektive Stimmung der Familie negativ und die Feinfühligkeit der Pflegeeltern schwankend war, war es möglich die Aufmerksamkeit der Familienmitglieder auf das Entwicklungsniveau von S. zu lenken. Die Verringerung der Anforderungen ermöglichte es den Eltern, S. nicht mehr überforderten. Die neue Wahrnehmungsfähigkeit der Eltern half S. in seiner emotionalen Entwick-

lung. Vor allem aber entschieden die Eltern einvernehmlich, daß S. in die Familie als Pflegekind bleiben würde und sie waren glücklich darüber.

4. Mangel an Feinfühligkeit (Feinfühligkeitsgrad 1)

O. wurde im 7.ten Schwangerschaftsmonat, mit Gehirnblutung und Auskühlung, geboren. Gleich nach der Geburt wurde er an einem Hydrocephalus operiert. Im Alter von dreieinhalb Jahren blieben noch eine armbetonte Hemiparäse und eine zentrale Sehstörung. Er hatte noch keine Sprache entwickelt. Am auffälligsten war O. stereotypes Verhalten. Die Stereotypien, gekennzeichnet durch Schaukeln, sich Schlagen, Riechen an Gegenständen und am Essen, abartiges Eßverhalten, auf Zehenspitzen laufen, wurden von der Mutter dergestalt interpretiert, daß O. versuchte sie zu terrorisieren. Sie durfte ihn nicht füttern (er wurde von einer älteren Schwester mit "Fruchtzwerger" nach einer festen Plan gefüttert), sie durfte sich nicht hinsetzen, nicht mit anderen Personen sprechen, nicht ohne ihn schlafen (sie schlief oft neben ihm auf dem Boden des Wohnzimmers, wo er seinen Schlafplatz vor dem Fernseher hatte). Sonst hätte O. geschrien, sich selbst geschlagen und sie gezwungen, ihn stundenlang zu tragen. Die Mutter beschrieb ihr Leben mit O. mit folgenden Worten: "Es ist für mich ein Alptraum aufzustehen". Sie fragte sich, was sie falsch machte, obwohl sie doch für ihn alles täte. Sie war ängstlich, ließ O. nicht gern aus den Augen, hatte das Gefühl, daß Andere ihn nicht mochten. Angstbesetzte Themen waren im Vordergrund: Er könnte sterben, wenn er etwas anderes als "Fruchtzwerger" essen würde, er könnte aufhören zu atmen, wenn sie nicht in seiner Nähe schlafen würde. Sie erlebte die Situation als Aufopferung ihrer Person, war chronisch überlastet.

Auf der Interaktionsebene war die Mutter nicht feinfühlig. Sie reagierte selten auf die Signale des Kindes: Er schaukelte, schlug sich, biß sich und schrie, ohne daß sie Kontakt mit ihm aufnahm. Ihr Gesichtsausdruck blieb unberührt und sie schaute weg. Wenn O. schrie, kommentierte sie absurderweise: "Er will nicht, daß ich rauche" oder "er will nicht, daß ich mich hinsetzte". (Sie rauchte allerdings 60 Zigaretten am Tag). Sie hatte das Gefühl, daß O. ihr Verhalten regierte. Manchmal schrie er viel, und sie schrie zurück. Sie zeigte wenig Gefühle und vermittelte keine Wärme. Wenn sie nach längerer Zeit doch auf ihn reagierte und ihn auf den Arm nahm, war ihre Körperhaltung unbequem, ihr Oberkörper blieb auf Distanz. Sie sprach dann mit O. nicht oder machte sich über ihn lustig. Die erste Diagnostik mit dem Bayleytest ergab, daß O.s Entwicklungsniveau 12 Monaten entsprach. Um dieses Entwicklungsniveau seiner Mutter wahrnehmbar zu machen, wurde die

Entwicklungstabelle von Beller verwendet. Dieses Instrument war besonders nützlich, weil es durch Fragen nach seinem Verhalten der Mutter das Beobachten ihres Kindes ermöglichte. Sie kannte O. so wenig, daß wir drei Sitzungen von je drei Stunden damit verbrachten. Unter anderen Umständen bedarf es zur Bestimmung des Entwicklungsniveaus nur ein bis zwei Stunden.

Die Intervention dauerte zwölf Monate, drei Stunden in der Woche. Um die Aufmerksamkeit der Mutter auf die verschiedenen Bereiche der Entwicklung des Kindes zu lenken wurden nach jeder Intervention mehrere Videofilme geschnitten. Sie zeigten das momentane Eßverhalten, die Schlafproblematik und die Sprachentwicklung des Kindes. Als die Mutter das Entwicklungsniveau des Kindes erfuhr (zwölf Monate), war sie erleichtert: Sie hatte immer gewußt, daß er noch ein Baby war. Sie verwendete jetzt Babysprache und paßte sich intuitiv an das Entwicklungsniveau des Kindes an. O., dessen Signale bis jetzt nie wahrgenommen worden waren, wurde zu einem Kleinkind, das viel Aufmerksamkeit braucht. Erklärungen über die Stereotypen und deren Ursprung trugen auch zu Beruhigung der Mutter bei.

Nach ungefähr vier Monaten der Zusammenarbeit mit der Mutter waren die ersten Fortschritte bei O. festzustellen: Er fing an, sprachlich zu imitieren und sein Sprachverständnis erweiterte sich. Er akzeptierte es, von seiner Mutter gefüttert zu werden. Er schrie dabei nicht mehr und akzeptierte die Situation als ein Spiel, das sich die Mutter ausgedacht hatte - sie klopfte auf den Tisch, O. machte den Mund auf, etc. -. Sein Interesse für neue Speisen wurde geweckt - er probierte andere süße Speisen und Kartoffelpüree. Er akzeptierte es auch, Musikkassetten oder Videofilme weniger laut zu hören, obwohl am Anfang der Intervention jeder Versuch die Lautstärke zu drosseln zu wütendem Schreien und Sich-Selbst-Schlagen führte. Sein Spielverhalten hatte sich entwickelt. Die ersten sozialen Spiele wurden erprobt: Ballspielen mit der Mutter oder mit dem Bruder, kleine Spielhandlungen wie "Spielzeug fliegen" oder Musikmachen mit der Schwester. Dabei wurde klar, daß eine positive emotionale Tönung eingesetzt hatte. Das Schlafmuster war regelmäßiger geworden. Er hatte am Anfang wenig geschlafen, geweint und geschrien und wollte nachts getragen werden. Der Mutter gelang es besser, etwas zu warten, bevor sie aufstand, um nach ihm zu sehen. Sie beobachtete, daß er allein redete und wieder einschlief. Er blieb aber immer noch im Wohnzimmer in seiner Liege vor dem Fernseher und hatte das Kinderbett noch nicht akzeptiert.

Gegen Ende der Intervention hatte er sich erheblich weiterentwickelt. Sprachlich war er auf dem Niveau eines vierundzwanzig Monate alten Kindes. Er wiederholte nicht nur Wörter, die er hörte, sondern setzte sie

jetzt kommunikativ ein. Insbesondere beim Essen, das jetzt am Tisch stattfand (er wurde sonst in der Küche, auf dem Kühlschrank oder in seiner Wippe gefüttert), war er in der Lage seine Mutter mit "mehr!" oder "trinken!" über seine Bedürfnisse zu informieren. Er aß allein und beschränkte sich nicht auf "Fruchtzwerge". Zwar war O. immer noch ein geistig behindertes Kind. Er hatte aber in vielen Bereichen entscheidende Fortschritte gemacht, sich emotional stabilisiert und übte weniger Druck auf seine Mutter aus. Die Mutter hatte u.a. gelernt, daß sein Verhalten sich auch ändern konnte, und daß er auf Grenzensetzen gut reagierte. Die Beziehungsstörung, die vermutlich auf die Geburtssituation sowie auf die Unter- und Überstimulierung des Kindes seit frühester Kindheit zurückzuführen war, war nicht mehr vorhanden. Die Mutter konnte sich über ihr Kind freuen. Sie reagierte auf ihn wie auf ihre anderen Kinder und hatte einen mittleren (zwischen 5 und 7) Grad der Feinfühligkeit erreicht.

Kinder mit einer Behinderung sind früh in der Lage die Qualität der Emotionen ihrer Bezugsperson wahrzunehmen. Sie sind den Affekten ihrer Bezugspersonen ausgeliefert, die in einem größerem Ausmaß als bei ihren nicht-behinderten Altersgenossen auf die Qualität der Interaktion Einfluß nehmen. Sie reagieren auf Unter- und Überstimulation sensibel mit Vermeidungsstrategien, die, wenn sie zu lange vorherrschen, zu einer hartnäckigen Störung führen können. Unsere entwicklungspsychologische Intervention hatte zum Ziel, durch Verringerung der negativen Emotionen der Bezugsperson den positiven Affektaustausch mit dem Kind wiederherzustellen. Die mit Affekten eng verbundene Feinfühligkeit kann die Interaktion in beide Richtungen ändern. Feinfühligkeit übt eine große Anziehungskraft auf die Kinder aus, die positive Qualitätsänderungen bemerken und würdigen. Das Gleichgewicht in der Interaktion kann auf diese Weise neu eingestellt werden.

Voraussetzung für das Gelingen der Interaktion ist die Echtheit der positiven Empfindungen der Bezugsperson. Solange Unsicherheit, Angst und Ambivalenz vorhanden sind, besteht die Gefahr, daß die Interaktion erneut entgleisen kann, besonders wenn die Kinder eine neue Entwicklungsstufe erreichen. Wenn die Eltern am Ende der Intervention Freude und Stolz empfinden, das Gefühl haben, eine gute Mutter oder ein guter Vater zu sein, dann sind die negativen Emotionen der Trauerphase überwunden. Dann nur ist das Interaktionsgleichgewicht nicht mehr prekär.

LITERATUR

- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Als, H., Lester, B. M., Tronick, E. C. & Brazelton, T. B. (1982). Manual of assessment of preterm infant behavior (APIB). In: Fitzgerald, H. E., Lester, B. M. & Yogman, M. W. (Eds.) *Theory and research in behavioral pediatrics*, Vol. 1, S. 35-63. New-York: Plenum.
- Als, H. (1988). A synactive Model of Neonatal Behavioral Organization: Framework for the Assessment of Neurobehavioral Development in the Premature Infant and for Support of Infants and Parents in the Neonatal Intensive Care Environment. In: Sweeney, J.K. (Ed.) *The High-Risk Neonate: Developmental Therapy Perspectives*, S. 3-53. New-York: The Haworth Press.
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development*. New-York: The Psychological Corporation.
- Beller, K. & Beller, S. (2000). *Kuno Bellers Entwicklungstabelle*. Freie Universität Berlin.
- Biringen, Z. (1990). Emotional Availability Scales (EA). Colorado University Health Sciences Center.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*. Vol. 1: Attachment. London: Hogarth Press (deutsch: *Bindung*. München: Kindler, 1975).
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie*. Heidelberg: Dexter.
- Brazelton, T. B. (1984). *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. London: Basic Books.
- Calvet-Kruppa, C. (1996). Videogestützte entwicklungspsychologische Intervention zur Kommunikationsförderung in Familien mit Kindern mit Down-Syndrom. Fachtagung des Projekts AAC-Beratung zu "Unterstützte(r) Kommunikation: Neue Wege zwischen Technik und Therapie". Freie Universität Berlin.
- Calvet-Kruppa, C., Ziegenhain, U. & Derksen, B. (1999). Kinder mit Down-Syndrom: Entwicklungspsychologische Elternberatung. In: Köhl, J. (Hrsg.) *Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförde-*

rung , S. 80-86. München: Reinhardt.

Cicchetti, D. & Sroufe, G. (1978). An organizational view of affect: Illustrations from the study of Down's syndrome infants. In: Lewis, M. & Roseblum, L. A. (Eds.) *The development of affect*, S. 309-350. New-York: Plenum.

Crittenden, P. M. (1981). Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. *Merill-Palmer Quarterly*, 27, 1-19.

Crittenden, P. M. (1995). *CARE-Index (Child-Adult Relationship Experimental Index). Manual*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Crittenden, P. M. (2000). A dynamic-maturational exploration of the meaning of security and adaptation: Empirical, cultural, and theoretical considerations. In: Crittenden, P. M. & Claussen A. H. (Eds.) *The organization of attachment relationships. Maturation, culture, and context*, S. 358-383. Cambridge: Cambridge University Press.

Downing, G. & Ziegenhain, U. (in Druck). Besonderheiten der Beratung bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen. Die Bedeutung von Bindungstheorie und videogestützter Intervention. In Suess, G. J., Scheurer-Englisch, H. & Pfeifer W. K. P. (Hrsg.) *Bindungstheorie und Familiendynamik*. Gießen: Psychosozial.

Freud, A. (1980). *Die Schriften der Anna Freud*, Bd. I. München, Kindler.

Freud, A. (1951). *Le traitement psychanalytique des enfants*. Presses Universitaires der France.

Grossmann, K. E. (1977). Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens von Mary D. S. Ainsworth. In: Grossmann, K. E. (Hrsg.) *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt*, S. 97-107. München: Kindler.

Main, M. & Salomon, J. (1986). Discovery of an Insecure disorganized/disoriented Attachment Pattern. In : Brazelton, B. T. & Yogman, M. (Eds.) *Affective Development in Infancy*, S. 95-124. Norwood: Ablex.

Papousek, H. & Papousek, M. (1987). Intuitive Parenting: A dialectic

counterpart to the infant's integrative competence. In: Osofsky, J. D. (Ed.) *Handbook of infant development*, S. 669-720. New-York: Wiley.

Rauh, H., Arens, D. & Calvet-Kruppa, C. (1999). Vulnerabilität und Resilienz bei Kleinkindern mit Down-Syndrom. In Oerter, R., Fingerle, M. & Freytag, A. (Eds.) *Was Kinder stärkt, Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*, S. 195-217). München: Reinhardt.

Rauh, H. & Ziegenhain, U. (1994). Nonverbale Kommunikation von Befindlichkeit bei Kleinkindern. In: Wessel, K. F. & Naumann, F. (Hrsg.) *Kommunikation und Ontogenese*. Bielefeld: Kleine Verlag

Tulving, E. (1985). How many memories are there? *American Psychologist*, 40, 365-389.

Vaugh, B. E., Goldberg, S., Atkinson, L. Marcovitch, S., MacGregor, D. & Seifer, R. (1994). Quality of toddler attachment in children with Down syndrome: Limits to interpretation of Strange Situation Behavior. *Child Development*, 65, 95-108.

Ziegenhain, U., Dreisörner, R. & Derksen, B. (1999). Intervention bei jugendlichen Müttern. In: Suess, G. J. & Pfeifer, W. K. (Hrsg.) *Frühe Hilfen. Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Therapie und Vorbeugung*, S. 222-245. Gießen: Edition Psychosozial.

Korrespondenzadresse:

Dipl. Psych. Claudine Calvet-Kruppa

Fehlerstr. 7

12161 Berlin

E-mail: calvet@hdk-berlin.de