

Karl Heinz Brisch

Prävention durch prä- und postnatale Psychotherapie

Einleitung

Wie die Beiträge in diesem Band zeigen, ist durch vielfältige Forschungen der vergangenen Jahre inzwischen sehr gut dokumentiert, daß es während der pränatalen Zeit einen intensiven Austausch zwischen Mutter und Fetus gibt. Auch wenn wir über die emotionale Verfassung des Fetus heute noch nichts sagen können, so steht doch außer Frage, daß er die emotionale Situation der Mutter sehr gut erleben und an ihr partizipieren kann. Die Ängste und Belastungen der Mutter werden unmittelbar durch hormonelle Veränderungen in den Stresshormonen, die durch die Plazenta auf den Fetus übertragen werden, mitgeteilt. Die Produktion von Stresshormonen des Fetus selbst verändert sich während der Schwangerschaft ebenfalls in Abhängigkeit von der emotionalen Situation der Mutter, so daß insbesondere Belastungen der Mutter unmittelbar einen Einfluß auf die intrauterine Regulationsfähigkeit und damit auf die Befindlichkeit des Fetus haben (s. Beitrag von Wurmser in diesem Band).

In diesem Beitrag werden zum einen einige Belastungen und Risiken, denen Schwangere prä- und postnatal ausgesetzt sind, exemplarisch dargestellt, zum anderen werden Möglichkeiten der prä- und postnatalen Psychotherapie zur Verhinderung von langfristigen emotionalen Bewältigungsschwierigkeiten bei der Schwangeren bzw. der jungen Mutter und zur Vermeidung der entsprechenden Auswirkungen auf den Fetus bzw. den Säugling ausgeführt. Hierbei wird insbesondere auf die Phänomene der prä- und postnatalen Bindung sowie die präventive Psychotherapie bei vorzeitiger Wehentätigkeit und bei einer Frühgeburt eingegangen. Weiterhin wird das präventive Modellprogramm „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“ dargestellt, das eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind zum Ziel hat. Somit sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie bereits während der Schwangerschaft und zur Zeit der Geburt sowie auch in der Nachgeburtszeit langfristig die sichere Bindung gefördert und negative Auswirkungen auf die Bindungsentwicklung des Säuglings zu seinen Eltern verhindert werden können.

Prä-, peri- und postnatale Bindung und Ängste der Schwangeren und des werdenden Vaters

Es gibt vielfältige Belastungen, die die pränatale Bindung zwischen den werdenden Eltern und dem Baby nachhaltig beeinflussen können; hierzu gehören etwa psychosoziale Belastungen, wie Armut und Verlust des Arbeitsplatzes, frühere traumatische Erlebnisse aus der eigenen Kindheit, die mit Deprivation, Gewalt und Trennungserfahrungen verbunden waren, Schwierigkeiten bei der Konzeption, pränatale Diagnostik, unter Umständen sogar mit Interventionen am Fetus, vorzeitige Wehentätigkeit, frühere Fehl-, Tot- und Frühgeburten sowie psychische Erkrankungen der Mutter, wie etwa Suchterkrankung und Depression.

Weitere Störungen der Bindungsentwicklung können zum Zeitpunkt unmittelbar vor oder nach der Geburt auftreten, die wir auch als *perinatale Phase* bezeichnen. Solche Störungen können etwa besonders dann entstehen, wenn die Geburt durch einen Kaiserschnitt erfolgen muß und es sofort nach der Geburt zu einer Trennung von Mutter und Kind kommt, das Leben des Kindes oder der Mutter bedroht ist, so daß das Kind, und vielleicht auch die Mutter, auf der Intensivstation betreut werden muß und es nicht zu einer unmittelbaren Haut-zu-Haut-Begegnung nach der Geburt zur Förderung der frühen Bindungsbereitschaften bei der Mutter und dem Säuglingen kommen kann. Auch eine Frühgeburt ist eine solche hochgradig belastende Geburtserfahrung, besonders wenn die Entbindung in einer sehr frühen Schwangerschaftswoche erfolgt. Heute werden etwa bereits in der

23. Schwangerschaftswoche Frühgeborene reanimiert und können durch die Intensivbehandlung auf der Neonatologiestation überleben.

Alle diese Komplikationen in der Perinatalzeit haben eine Trennung von Mutter, Vater und Kind zur Folge und sind mit lebensbedrohlichen Ängsten verbunden (Brisch 2000a). Die Ängste der Väter finden in dieser Situation oft keine Beachtung, aber nicht selten sind die Väter äußerst belastet, weil sie um das Überleben ihres Kindes und seiner Mutter, ihrer Partnerin, fürchten, während sie gleichzeitig die restlichen Familienmitglieder versorgen und auch noch teilweise berufstätig sein müssen (Köhntop et al. 1995). Auch eine bei der Geburt festgestellte Fehlbildung des Kindes oder eine Behinderung, etwa durch Chromosomen-Anomalien, kann eine traumatische Situation mit Angst und Schockerlebnissen der Eltern zur Folge haben (Brisch et al. 1998b; Brisch 1997).

Ist die Mutter drogenabhängig, wird das Kind nach der Geburt auf eine Säuglingsstation verlegt, wo es eine Entzugsbehandlung durchstehen muß, da auch es während der Schwangerschaft über die Plazenta die Suchtmittel der Mutter erhalten hat und abhängig wurde (s. auch den Beitrag von Kästner et al. in diesem Band). Eine solche Entzugsbehandlung ist mit vielfältigen Risiken und Komplikationen für das Kind verbunden. Die Säuglinge sind trotz Behandlung oft sehr unruhig, weinen viel und können sich kaum selbst beruhigen. Ihre Fähigkeiten zur Selbstregulation sind extrem eingeschränkt, und auch die Versuche des Pflegepersonals, ein solches Baby zu beruhigen und ihm etwa zu einem Schlaf-Wach-Rhythmus zu verhelfen, sind nicht immer erfolgreich. Diese Erfahrung dürfte sich auch psychisch auf das Kind auswirken, da der gesamte frühe Bindungsprozeß, das Bonding zwischen Mutter und Kind, erheblich gestört ist. In der Regel sind die Mütter selbst mehr oder weniger suchtabhängig, teilweise durch Drogensatzpräparate substituiert, insgesamt dabei oft nicht in der Lage, auf der Säuglingsstation eine konstante feinfühlig Interaktion zur Förderung einer sicheren Bindung mit ihrem Kind aufzubauen (Phillips et al. 1996; Schuler et al. 1995; Edmondson & Smith 1994; Freier 1994; Schindler et al. 2005).

Bindungsbedürfnisse der Eltern

Ängste der Eltern im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Nachgeburtszeit aktivieren ihre Bindungsbedürfnisse. Diese Aktivierung kann sehr extrem sein, wenn die Eltern selbst Erfahrungen von Todesgefahr machen, wenn z. B. die Mutter auf der Intensivstation wegen eigener lebensbedrohlicher Erkrankungen behandelt werden muß oder wenn der Vater nicht anwesend sein kann und über den Gesundheitszustand seines Kindes und der Mutter nicht informiert werden kann, so daß er längere Zeit hierüber in Ungewissheit ist und von massiven Ängsten geplagt wird, ob Mutter und Kind überleben werden. Die Vorstellung des Vaters, er könnte plötzlich sowohl die Mutter, seine Partnerin, als auch sein gerade geborenes Kind verlieren, kann ihn in einen völlig hilflosen dissoziierten Zustand versetzen, wie wir ihn bei akuter Traumatisierung sehen (Brisch & Hellbrügge 2003).

Bereits in dieser Zeit könnten die Eltern mehr Sicherheit erleben, wenn ihnen in dieser lebensbedrohlichen Situation Bindungspersonen zur „psychischen Akutversorgung“ zur Seite gestellt würden. Eine solche Versorgung könnte während der Geburt eine eigene weibliche Doula für die Mutter und auch eine eigene männliche Doula für den Vater sicherstellen. Doulas sind Frauen, die in der Regel Mütter während der Geburt emotional betreuen und in keiner Weise für die Geburt und die medizinische Versorgung der Mutter zuständig sind (s. hierzu die Beiträge von Marshall Klaus und John Kennell in diesem Band). Bisher sind wir immer davon ausgegangen, daß Doulas die Mütter emotional unterstützen und wirklich nur für die emotionale Versorgung und Sicherheit der Gebärenden zuständig sind. Da aber Väter heute während der Geburt oft anwesend sind und dies auch ausdrücklich von vielen Müttern gewünscht wird, ist dabei nicht gewährleistet, daß die Väter selbst durch das Geburtsgeschehen, Komplikationen und Ängste der Mütter nicht ebenfalls in einen hilflosen, angstvollen Zustand geraten, so daß sie eine eigene emotionale Betreuung durch eine männliche Doula-Person als hilfreich erleben könnten. Dies wäre ein absolutes Novum, das aber

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

insgesamt aufgrund der Kenntnisse der Bondingforschung naheliegend ist (Kennell 1991; Klaus et al. 1993, 1995; Klaus & Kennell 1997; Thomassen et al. 2003).

Bereits während der Schwangerschaft könnten eine Hebamme und ein(e) Geburtshelfer(in) die Mutter kontinuierlich betreuen und somit teilweise auch Doula-Funktionen ausüben. Obwohl die Doula und ihre Funktion grundsätzlich so definiert sind, daß eine weibliche Person des Vertrauens nur und ganz ausschließlich für die emotionale Versorgung und Sicherheit der Mutter zuständig ist, kann diese Rolle auch von einer feinfühligem, vertrauensvollen Hebamme und einem entsprechenden Geburtshelfer oder einer Geburtshelferin ausgefüllt werden, die zumindest teilweise solche Effekte der emotionalen Sicherheit und Beruhigung bei der Schwangeren auslösen können. Wenn aber die Hebamme und der (die) Geburtshelfer(in) handeln müssen, stehen sie für die emotionale Begleitung der Mutter nicht mehr vollständig emotional zur Verfügung – gerade dann, wenn die Mutter eine solche Unterstützung am meisten gebrauchen könnte. Daher bleibt es die primäre und ausschließliche Aufgabe einer Doula, die Mutter exklusiv emotional zu begleiten und zu unterstützen, wobei sie nicht in das Geburtsgeschehen selbst handelnd eingebunden sein darf.

In der Nachgeburtszeit könnten Doulas angesichts der starken aktivierten Bindungsbedürfnisse der Eltern für emotionale Sicherheit und Geborgenheit sorgen, indem sie zeitweise mit in der Wohnung der Eltern leben und diesen kontinuierlich Abbau von Angst, Beruhigung und Entspannung ermöglichen. Dies würde es den Eltern sehr erleichtern, sich auf die Interaktion mit ihrem neugeborenen Säugling feinfühlig einzustellen und einzulassen. Teilweise erfüllen Großeltern und Freunde solche Funktionen.

Langzeitfolgen der prä-, peri- und postnatalen Störungen für die Bindungsentwicklung

Aus der Bindungsforschung ist bekannt, daß Mütter mit prä-, peri- und postnatalen Komplikationen nach der Geburt und während der ersten Lebensmonate sich ihrem Kind gegenüber in der Mutter-Kind-Interaktion beim Stillen, Füttern, Wickeln und sogar beim Spielen ängstlich, hilflos oder ängstigend verhalten können (Lyons-Ruth & Spielman 2004; Lyons-Ruth et al. 2005). Wenn die hochbelasteten und streßvollen, ja traumatischen Erfahrungen rund um die Geburt nicht verarbeitet werden können, ist die Mutter oft für den Säugling und seine Bedürfnisse emotional nicht verfügbar – denn sie ist zu sehr mit ihren eigenen Ängsten und womöglich Flashbacks oder auch mit Intrusionen von Gedanken und Phantasien aus der traumatischen Erfahrung der Schwangerschaft und Geburt beschäftigt. Im schlimmsten Falle projizieren Mütter oder Väter ihre Ängste auf das Kind, um sich auf diese Weise der inneren eigenen Ängste zu entledigen. Dann wird das Kind als ängstlich und bedrohlich erlebt.

In einer solchen Situation haben die Eltern zwar versucht, ihre Ängste durch Projektion auf das Kind zu verlagern und damit sich selbst zu entlasten, durch Identifikation mit dem Kind selbst – eine solche ist absolut notwendig, um den Säugling zu versorgen – identifizieren sie sich aber auch mit den projizierten eigenen Angstanteilen im Säugling und erleben ihn dann als bedrohliches „Angstobjekt“. So kommen in gewisser Weise die projizierten Ängste durch Identifikation auch wieder zu den Eltern zurück. Im schlimmsten Fall kann sich aus einer solchen Situation ein Kampf der Eltern gegen das Baby entwickeln. Das Baby selbst ist nur „Projektionsfläche“ und zunächst Objekt in einer solchen Interaktionssequenz. Durch die Projektionen der Angsteffekte auf das Baby kann dieses aber zunehmend unruhiger werden und auf diese Weise plötzlich auch im Sinne der Projektionen handeln, indem es sich etwa jetzt selbst sehr ruhig und zurückgezogen, ängstlich, irritierbar oder schreckhaft verhält.

Es können verschiedene Störungen, insbesondere emotionale Störungen, beim Kind auftreten. Diese äußern sich in desorganisiertem Bindungsverhalten, Bindungs- und Empathiestörungen. Weiterhin zeigen sich durch streßvolle Angstbelastung beim Kind bzw. Säugling Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu Depressionen, wenn sich die Eltern von ihm emotional

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

zurückziehen, um mit ihren projizierten Ängsten nicht mehr in Berührung zu kommen. Wenn die Angst als solche nicht nach außen oder in einer heilenden, schützenden Beziehung abgebaut werden kann, muß der Säugling auf irgendeine Weise mit der hohen physiologischen Erregungsspannung selbst regulatorisch umgehen können. Sind die selbstregulatorischen Kräfte und Möglichkeiten des Säuglings aber erschöpft, so können sich hieraus leicht psychosomatische Symptome durch eine Daueraktivierung der Streßhormone und des sympathikotonen Nervensystems entwickeln, das etwa den Schlaf-Wach-Rhythmus, die Herz-Kreislauffunktionen sowie die Magen-Darmfunktionen steuert.

Im Säuglingsalter können solche Störungen in Schreiattacken, Schlaf- und Eßstörungen zum Ausdruck kommen sowie auch durch aktives Vermeiden von Blickkontakt oder auch durch körperlichen Rückzug, bis hin zu dissoziativen Symptomen mit plötzlichem Einschlafen – unmittelbar aus der Interaktion mit der Mutter heraus – innerhalb weniger Sekunden (Fonagy & Target 2004; Papoušek 2004; Papoušek et al. 2004).

Ziele der Prävention

Es wäre ein vordringliches Ziel einer jeglichen primären Prävention, daß die Mutter die Schwangerschaft, die Geburt und die Nachgeburtszeit möglichst angstfrei erleben kann. Weiterhin sollten alle Maßnahmen und Begegnungen während der Schwangerschaft, der Geburt und unmittelbar danach der Förderung und Intensivierung der Eltern-Kind-Bindung dienen. Dies könnte die beste Grundlage dafür sein, daß sich der Säugling sozial, emotional, kognitiv sowie auch motorisch in den nächsten Monaten des ersten Lebensjahres gesund entwickeln kann.

Wenn die Bedingungen der Schwangerschaft und Geburt und der Nachgeburtsperiode nicht optimal verlaufen, kann eine Hilfestellung durch eine pränatale und/oder postnatale Psychotherapie der Gefahr entgegenwirken, daß durch permanente Ängste der Mutter und des Vaters auch beim Säugling ein hohes Erregungsniveau entsteht und sich hieraus emotionale Störungen entwickeln; diese können sich besonders während des ersten Lebensjahres als Irritationen in der Bindungsbereitschaft von seiten der Eltern nach der Entbindung (im Englischen „bonding“) und auch in der Bindungsentwicklung des Kindes an seine Eltern (im Englischen „attachment“) zeigen.

Pränatale Psychotherapie

Prävention bei Ultraschall-Fehlbildungsdiagnostik

Im Rahmen einer großen Studie wurden Schwangere auf ihre Ängste und Bewältigungsmöglichkeiten im Schwangerschaftsverlauf hin untersucht, besonders im Hinblick auf das Erleben im Kontext der pränatalen Ultraschall-Fehlbildungsdiagnostik. Schwangere, die wegen Verdachts auf Fehlbildungen bei ihrem Fetus zur spezialisierten Ultraschalldiagnostik in die Universitätsklinik überwiesen wurden, konnten mit Fragebogen und Interviews untersucht werden, und die Ergebnisse wurden mit Schwangeren aus einer unbelasteten Kontrollgruppe verglichen (Brisch et al. 2002, 2003; Zlotogorski et al. 1995).

Im Rahmen dieser Längsschnittstudie wurden die Schwangeren jeweils vor der Ultraschalluntersuchung sowie 4–6 Wochen und 10–12 Wochen danach über Ängste, Bewältigungsmöglichkeiten und auch über die Bindung zum Kind befragt; diese Befragungen wurden sowohl bei den Schwangeren mit Verdacht auf Fehlbildungen ihres Fetus als auch bei den „Kontrollschwangeren“ durchgeführt. Hierbei zeigte sich, daß die Ängste der Schwangeren dann besonders ausgeprägt waren, wenn sich die Fehlbildung des Fetus bestätigte, wenn von den Untersuchern wegen hoher Werte im serologischen Test (sogenannter „Triple Test“) eine gewisse statistische Wahrscheinlichkeit einer Fehlbildung ausgesprochen wurde, wenn widersprüchliche Ergebnisse oder nicht eindeutige Ergebnisse vorlagen, die mehrfache Wiederholungsuntersuchungen erforderten, oder auch wenn frühere Fehl- und Totgeburten bei jetzt normaler oder unbelasteter

Schwangerschaft vorlagen. Besonders die letzte Gruppe von Schwangeren mit früheren Fehl- und Totgeburten zeigte konstant hohe bis steigende Angstwerte, die unmittelbar vor der Geburt bis hin zur Panik tendierten (Brisch et al. 2005b). Dies ist besonders bemerkenswert, da diese Schwangeren oft eine normale Schwangerschaft durchliefen und auch der jetzige Fetus der Schwangerschaft im Ultraschalldiagnostiktest keine Zeichen für eine Fehlbildung aufwies; dennoch reichten die Mitteilungen von Normalbefunden und die beruhigenden Worte des Mediziners, der den pränatalen Ultraschall durchführte, nicht aus, um die Frauen vor steigenden Angstwerten zu schützen.

Hieraus kann geschlossen werden, daß es dringend nötig wäre, in allen Spezialambulanzen der pränatalen Diagnostik – insbesondere wenn Ultraschall-Fehlbildungsuntersuchungen durchgeführt werden, die bei den Feten Fehlbildungen ausschließen, diagnostizieren oder genauere Befunde zur pränatalen Intervention ergeben sollen – unmittelbar vor Ort eine psychologische Intensivbetreuung der Schwangeren, der werdenden Väter oder auch des medizinischen Personals zu ermöglichen. Eine solche psychologische Betreuung kann für die Schwangere eine große Entlastung bedeuten und auch zum Abbau von Angst und zur Beruhigung ihres aktivierten Bindungsbedürfnisses beitragen. Genauso müßten aber auch die werdenden Väter, die ihre Frauen oft zur Ultraschalluntersuchung begleiten, psychologisch betreut werden.

In der Regel wird noch nicht daran gedacht, daß auch das medizinische Personal durch die Aufdeckung von Fehlbildungen im Rahmen der Ultraschalluntersuchung hoch belastet sein kann. Oftmals gelingt es dem Personal nicht, die schwerwiegenden Befunde mit einer angemessenen emotionalen Distanzierung psychisch gut zu verarbeiten, weil gleichzeitig die Schwangere und der werdende Vater emotionale Zuwendung und Unterstützung benötigen und vom Personal auch erwarten. Dies bedeutet, daß die normalen Bewältigungsmöglichkeiten des medizinischen Personals in diesen Situationen möglicherweise nicht ausreichend funktionieren; denn selten wird eine Untersuchung, mit Beteiligung der Patientin und des werdenden Vaters, so offen durchgeführt wie bei der pränatalen Diagnostik. Die meisten Schwangeren können auf dem Monitor unmittelbar verfolgen, was der Pränataldiagnostiker sieht und begutachtet und auch beschreibt, so daß es ein unmittelbares Erschrecken des medizinischen Untersuchers und damit auch der beteiligten Schwangeren und der Väter gibt, wenn plötzlich auf dem Monitor ein Fehlbildungsbefund des Fetus sichtbar wird.

Selbst wenn der Befund nicht eindeutig pathologisch ist und eine Kontrolluntersuchung zu einem späteren Zeitpunkt erforderlich ist, erkennen die Schwangere und der werdende Vater doch während der detailliert durchgeführten Untersuchung am Gesichtsausdruck oder auch an der mit angespannter Stimme erfolgenden Mitteilung des Befunds durch den Untersucher, daß hier ein ernsthafter Befund mit Verdacht auf Fehlbildung und damit vielleicht eine Bedrohung des Fetus oder auch der Mutter vorliegen könnte. Es wäre möglich, alle Schwangeren im Rahmen der Ultraschall-Fehlbildungsdiagnostik, z. B. während der Wartezeit, in einer Art „Screening“ auf Ängste oder Bewältigungsstrategien zu untersuchen und diejenigen Schwangeren, die keine hilfreichen Bewältigungsstrategien haben, unmittelbar direkt zu begleiten und ihnen eine Beratung anzubieten. Eine soziale Unterstützung und Beratung wäre für viele Schwangere auf jeden Fall hilfreich, weil die Untersuchung als solche mit Belastungen verbunden ist. Hierdurch könnten auch neue Bewältigungsstrategien erlernt werden.

Diejenigen Schwangeren, die über keine ausreichenden Bewältigungsstrategien verfügen und die etwa ein hohes Ausmaß an Belastungen erleben – etwa wenn frühere Verluste sowie Fehl- und Totgeburten in Vorschwangerschaften mit allen Gefühlen von Schmerz, Trauer und Ohnmacht wiedererinnert werden –, könnten in einer langfristigen Betreuung bis hin zur Traumapsychotherapie begleitet werden. Wenn aktuelle Befunde sowie auch zurückliegende traumatische Erlebnisse der Schwangeren aus dem Kontext von Schwangerschaft und Geburt in einer haltenden und schützenden, therapeutischen Beziehung be- und verarbeitet werden können, ist dies aus unserer klinischen Erfahrung ein großer emotionaler Gewinn für die psychische Situation der Mutter und des Vaters, letztlich auch für die emotionale Entwicklung des Fetus und später des Säuglings.

Fallbeispiel

Eine Mutter stellte sich in der psychosomatischen Ambulanz wegen Schreianfällen ihres wenige Wochen alten Säuglings vor, die besonders nachts auftraten und die Mutter an den Rand der Erschöpfung und Verzweiflung gebracht hatten. Sie berichtete, daß sie in der Schwangerschaft aus Altersgründen eine pränatale Diagnostik hatte durchführen lassen. Ganz entgegen ihren eigenen Erwartungen ergab der Untersuchungsbefund der Chromosomen aus der Fruchtwasseruntersuchung einen abweichenden Chromosomensatz mit dem Verdacht auf ein später „behindertes Kind“. Die Mutter war entsprechend geschockt und voller Ängste, so daß sich der Geburtshelfer aufgrund dieser psychischen Situation der Mutter dazu durchrang, eine erneute pränatale Diagnostik durchführen zu lassen, diesmal allerdings nicht allein des Fruchtwassers, sondern des fetalen Bluts, das er aus einer Punktion der Nabelschnur gewonnen hatte. Der erneute Befund wurde in einem zweiten Labor untersucht und ergab einen komplett normalen Chromosomensatz mit der Voraussage eines „gesunden Kindes“. Die Mutter ging daher mit widersprüchlichen Ergebnissen durch die Schwangerschaft: Der eine Befund versprach ein normales Kind, der andere hatte vorhergesagt, daß die Mutter mit einem behinderten Kind rechnen müsse. Es ist leicht vorstellbar, welche Verunsicherung und welche Angst vor der Behinderung eines Kindes die Mutter während der Schwangerschaft erlebte.

Bei der Videoaufnahme nach der Geburt, als die Mutter sich wegen eines Schreibabys vorstellte, zeigte sich dann, daß sie phasenweise für das Kind emotional nicht verfügbar war, besonders dann, wenn ihre Angst vor einer Behinderung aktiviert war und sie, mit Schmerz, Trauer und ängstlicher Skepsis stark affektiv belastet, ihr Kind untersuchte, um eventuell verborgene Anzeichen für eine Fehlbildung zu entdecken, die auf einen chromosomalen Schaden hätten schließen lassen können. Die Interaktionsdiagnostik ergab, daß der Säugling genau in solchen Phasen ebenfalls den Kontakt verlor, den Blick abwandte und bereits mit drei Monaten in einen tranceartigen Zustand geriet, der Ähnlichkeit mit einem dissoziativen Zustand hatte.

Die psychotherapeutische Aufarbeitung der Angst, ein behindertes Kind zu haben, und der verschiedenen Informationen der pränatalen Diagnostik ermöglichte es, daß die Mutter sich emotional verfügbarer und konstanter auf die Beziehung und den affektiv-emotionalen Austausch mit ihrem Kind einlassen konnte. Ohne frühe postnatale psychotherapeutische Hilfestellung wäre es vermutlich, so kann man sich leicht vorstellen, zu einer gravierenden, langdauernden Störung der Interaktion von Mutter und Kind mit Schreiattacken des Babys gekommen; denn das Baby hatte vermutlich die emotional affektiven ängstlichen Spannungen der Mutter bereits psychosomatisch aufgegriffen.

Diese Mutter hätte bereits während der Schwangerschaft eine pränatale psychotherapeutische Betreuung dringend notwendig gehabt. Wäre eine solche erfolgt, hätte sie sich bereits vor der Geburt mit ihren Ängsten und Ambivalenzen auseinandersetzen können, und die Angstspannung hätte sich nicht auf die frühe Interaktion mit dem Baby übertragen müssen.

Vorzeitige Wehentätigkeit

Wann immer vorzeitige Wehen während einer Schwangerschaft auftreten, führt dies zu einer großen Angst der Mutter vor Verlust des Kindes oder vor einer Frühgeburt. Gleichzeitig ist oft die Gesundheit der Mutter bedroht, und in der Erinnerung der Mutter können frühere Verlusterlebnisse – wie Fehl- und Totgeburten –, mit allen damit verbundenen Ängsten und traumatischen Affekten und Erfahrungen, wieder wachgerufen werden. Gleichzeitig entsteht oft eine familiäre und soziale Notsituation, wenn die Mutter mit ihrem eigenen Gefühl einer normalen Schwangerschaft zur Kontrolluntersuchung beim niedergelassenen Geburtshelfer geht: Vollkommen unerwartet für Mutter und Arzt stellt dieser dann plötzlich per Ultraschall fest, daß vorzeitige Wehen vorhanden sind und die Mutter als Notfall ins Krankenhaus eingewiesen werden muß.

Zudem ist dabei die Familiensituation nicht geklärt und strukturiert, so daß auch die Väter in diese Situation mit ihrer angstvollen Spannung involviert sind. Sie geraten nicht selten in eine Überforderungssituation, wenn sie zwischen Krankenhaus und Partnerin – die dort mit vorzeitigen

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

Wehen angstvoll im Bett liegt und fürchtet, ihr gemeinsames Kind zu verlieren – und anderen Kindern zu Hause oder beruflichen Verpflichtungen hin- und herpendeln müssen (Mahler et al. 1999, 2001).

Präventive Psychotherapie bei vorzeitiger Wehentätigkeit

Wir konnten erstmals ein psychotherapeutisches Programm durchführen, das Schwangere mit vorzeitiger Wehentätigkeit unmittelbar nach der stationären Aufnahme mit einer Intensivpsychotherapie behandelte (Brisch et al. 1998a). In den ersten 14 Tagen wurden die Schwangeren mehrfach täglich intensiv psychotherapeutisch betreut. Während dieser Zeit sollte ein unmittelbarer akuter Abbau der Ängste erfolgen. Durch die damit verbundene emotionale Entspannung sollte zum einen den vorzeitigen Wehen entgegengewirkt werden; zum anderen sollte erreicht werden, daß sich die Sauerstoffversorgung und die gesamte Ernährungssituation des Fetus – aufgrund der durch Adrenalinausschüttung bedingten Verengungen der Gefäße in der Gebärmutter bereits verschlechtert – nicht noch weiter verschlechterte.

Hierzu wurden die Frauen auch angeleitet, bestimmte Bewältigungsmechanismen zu aktivieren oder neu zu erlernen. So konnte als ein neuer Mechanismus die Fähigkeit zur Durchführung einer modifizierten Form der Progressiven Muskelentspannung erworben werden. Es war wichtig, daß die Frauen für diese spezifische Situation neue Bewältigungsmöglichkeiten entdeckten und auch einübten, so daß sie bestimmte bisherige Bewältigungsaktivitäten – z. B. Joggen, zum Fitneßtraining gehen – ersetzen konnten, die durch die verordnete Bettruhe nicht mehr möglich waren.

In einer randomisierten kontrollierten prospektiven Interventionsstudie konnten Frauen aus der Interventionsgruppe und Frauen aus einer Kontrollgruppe beobachtet und miteinander verglichen werden. Schwangere in der Interventionsgruppe mit Intensivpsychotherapie erlebten weniger Angst und Belastungen im Verlauf der Schwangerschaft und konnten trotz – im Vergleich zur Kontrollgruppe – niedriger Gestationswoche bei Beginn der Intervention bzw. zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme im Verlauf eine ähnlich lange Schwangerschaftsdauer erreichen, verglichen mit den Schwangeren in der Kontrollgruppe. Jeder Tag einer Verlängerung der Schwangerschaft ist in einer solchen Situation mit vorzeitiger Wehentätigkeit und drohender Frühgeburt ein Gewinn für den Fetus und die Eltern (Brisch et al. 1997a).

Fallbeispiel

Eine Mutter kam mit ihrem wenige Monate alten Säugling wegen dessen Eßproblemen in die Psychosomatische Ambulanz; er wollte nur noch im Schlaf an der Brust trinken und lehnte gleichzeitig die von der Mutter versuchte rasche Umstellung auf die Löffelfütterung teilweise ab. Im Erstgespräch stellte sich heraus, daß die Mutter größte Ängste hatte, ihr Kind zu verlieren, und besonders befürchtete, die Nahrungsmenge könnte während der Nacht nicht ausreichen, um ihr Kind am Leben zu erhalten.

Die Frage nach der Vorgeschichte ergab, daß die Mutter bereits vor dieser Schwangerschaft drei Kinder durch Tot- bzw. Fehlgeburt verloren hatte. Während der Schwangerschaft mit dem jetzigen Säugling, der überlebt hatte und gesund zur Welt gekommen war, war sie so von Angst und Panikanfällen geplagt worden, daß sie sich am liebsten eine kontinuierliche Ultraschalluntersuchung als Sicherheit gewünscht hätte. Sie war oft zur Ultraschalluntersuchung bei ihrer Geburtshelferin, konnte hierdurch aber immer nur für kurze Zeit Sicherheit erfahren, obwohl bei jeder Untersuchung festgestellt wurde, daß die Schwangerschaft intakt war und sich der Fetus gesund entwickelte.

Diese Mutter hätte – aufgrund der gesamten Vorgeschichte und den unverarbeiteten Verlusten der früheren Kinder – bereits während der Schwangerschaft in der pränatalen Zeit dringend eine präventive psychotherapeutische Begleitung benötigt. Erst durch die traumazentrierte Psychotherapie in bezug auf diese Erlebnisse kam es rasch zu einer Entlastung der ängstlich angespannten Beziehung zwischen Mutter und Säugling sowie zu einem Verschwinden der Symptome der Eßstörung bei ihrem Baby.

Prävention bei einer Frühgeburt

Die Frühgeburt eines Säuglings bedeutet immer eine extrem verängstigende Situation für die Mutter und den Vater, da das Frühgeborene oft lebensbedrohlich erkrankt ist, beatmet werden muß und es vollkommen ungewiß ist, ob es jemals eine gesunde Entwicklung nehmen wird. Die Todesbedrohung und die abrupte Trennung von dem Kind, die ausgeprägte Verlustangst der Mutter, die Einschränkung der mütterlichen und väterlichen Kompetenzen, da das Baby anfangs meistens gänzlich oder überwiegend durch das Pflegepersonal der Intensivstation versorgt wird, all dies läßt die Mütter und Väter oft mit Ohnmachtsgefühlen und großen Ängsten zurück; sie fühlen sich einem Hightech-System und dem Pflorgeteam der Neonatologie hilflos ausgeliefert (Schmücker et al. 2005). Sie zweifeln in dieser Situation sehr an ihren mütterlichen und väterlichen Kompetenzen, und ihr Selbstwertgefühl wird sehr geschwächt (Brisch et al. 1995).

Auch hier wäre es möglich, Mütter und Väter unmittelbar nach der Frühgeburt auf Ängste und ihre Bewältigungsstrategien hin zu untersuchen und ihre Netzwerke sozialer Unterstützung zu erkunden. Wenn nämlich ausreichend Bewältigungsstrategien und ein gutes Netzwerk der sozialen Unterstützung vorhanden sind, müssen Mütter und Väter bekanntlich weniger Angst erleben. Je weniger angstvoll sie am Inkubator stehen, um so offener und emotional verfügbarer können sie an der Pflege des Säuglings oder der sogenannten „Känguruh-Pflege“ teilnehmen. Bei der Känguruh-Pflege können die Mütter und auch Väter ihr Frühgeborenes von Haut zu Haut auf ihrer Brust wärmen, wodurch der emotionale Kontakt zwischen Eltern und Kind intensiviert wird.

Präventive Psychotherapie bei einer Frühgeburt

Je nach Bewältigungsmöglichkeiten und sozialer Unterstützung konnte in einer Studie unmittelbar nach der Entbindung eine Beratung und bei Bedarf auch eine Therapie der Mutter bzw. des Vaters angeboten werden (Brisch et al. 1997b, 1996). Ein Mindestmaß an sozialer Unterstützung und Beratung ist in jedem Fall hilfreich und erforderlich (Brisch 1995b). Die Mutter bzw. der Vater könnten neue Bewältigungsstrategien erlernen und – bei entsprechender traumatischer Erfahrung durch die Frühgeburt – sehr früh betreut und auch zu einer Traumapsychotherapie hingeleitet werden.

In einer großen, prospektiv randomisierten Längsschnittstudie wurden den Eltern sowohl einzelspsychotherapeutische Unterstützung als auch die Teilnahme an einer Elterngruppe sowie ein Hausbesuch und ein Feinfühligkeitstraining angeboten. Die *Elterngruppe* und die *Einzelspsychotherapie* begannen unmittelbar nach der Entbindung und wurden bis zur Entlassung des Frühgeborenen aus der Intensivbehandlung bzw. dem Krankenhaus durchgeführt. Der *Hausbesuch* erfolgte unmittelbar nach der Entlassung, um die angstbesetzte Zeit nach der Entlassung aus der Klinik und den Verlust der Sicherheit zu überbrücken, denn die Mütter hatten durch die emotionale Unterstützung der Kinderkrankenschwestern und die Anleitung in der Pflege während der Behandlungszeit ihres Kindes auf der Intensivstation eine relative Sicherheit gewonnen.

Im Alter von 3 Monaten (um die Frühgeburtlichkeit korrigiertes Alter) erfolgte anhand von Videoaufnahmen, die mit der Mutter und dem Baby bzw. auch mit dem Vater und dem Baby durchgeführt worden waren, ein sogenanntes Videofeedback-*Feinfühligkeitstraining*. Hier konnten die Eltern lernen, sich kompetenter zu fühlen, und ihre Fähigkeiten entwickeln: Sie lernten, die Signale der Kinder verbessert wahrzunehmen, richtiger zu interpretieren und angemessen und prompt darauf zu reagieren (Brisch & Buchheim 1997).

Die *Elterngruppe* half den Eltern, Sicherheit und emotionale Unterstützung zu erreichen, denn alle Eltern in dieser Gruppe waren nach der Frühgeburt eines sehr kleinen Babys in einer ähnlichen Situation. So konnten die Eltern sich bei der Entdeckung neuer Bewältigungsstrategien wechselseitig unterstützen, und es war für sie sehr entlastend, mit gleichermaßen Betroffenen Austausch zu haben.

Auf diese Weise konnten viel leichter Gefühle von Angst, Schmerz, Trauer und Ohnmacht zugelassen werden; waren diese erst einmal ausgesprochen, so führte das zu einer psychophysischen Entspannung. Es fiel den Eltern auch leichter, sich mit Hilfe der Informationen aus der Gruppe in der Hightech-Atmosphäre der Intensivstation zu orientieren. Auf diese Weise konnte Tendenzen einer Vereinzelung vorgebeugt oder diese konnten überwunden werden. Auch die Gruppenkohäsion und die Bindung der einzelnen an die Elterngruppe bauten bei den Eltern Ängste ab und halfen ihnen, neue Perspektiven zu entdecken und z. B. über den Gesundheitszustand ihres Kindes gezielte Fragen zu stellen. Oftmals vermittelte erst die Gruppe so viel Sicherheit, daß diese Entwicklungsprozesse bei den Eltern möglich waren.

In der *Einzelspsychotherapie* wurde es möglich, daß die Eltern – jeweils Vater und Mutter getrennt – in Einzelsitzungen durch die Psychotherapeutin bzw. den Psychotherapeuten Sicherheit erlangen konnten. Alte Bindungsressourcen aus der Kindheit oder den Jahren vor der Entbindung und Schwangerschaft zu suchen und zu aktivieren, stand hier ganz im Fokus der Einzeltherapie. Falls alte traumatische Erlebnisse reaktiviert worden waren, konnten diese besser bewältigt und auch gezielt mit einer traumazentrierten Psychotherapie bearbeitet werden. Zunächst stand jedoch die Stabilisierungsarbeit nach der Entbindung ganz im Vordergrund, bevor die Bearbeitung eines früheren Traumas in Angriff genommen werden konnte.

Der *Hausbesuch* ergab eine große Sicherheit für die Eltern zu Hause, in ihrem gewohnten häuslichen Milieu. Es erwies sich als besondere Herausforderung für die Eltern, daß sie beim Übergang von der Klinik nach Hause mit ihrem Baby eine große Verunsicherung erlebten, weil sie erstmals alle Verantwortung und Sorge für ihr Kind allein trugen. In dieser emotionalen Verunsicherung ist es von großer Bedeutung, daß durch den Hausbesuch eine zusätzliche Stabilisierung stattfindet. Die Krankenschwester und die Psychotherapeutin, die den Besuch gemeinsam durchführten, kannten die Eltern und das Frühgeborene in der Regel und konnten den Eltern auch jetzt im häuslichen Milieu mit Rat und Tat zur Seite stehen. Auf diese Weise wurden die elterlichen Kompetenzen der Eltern verstärkt, und es kam zu einer Intensivierung der Elternbindung an *ihr* Baby. Während sie zum Zeitpunkt der Intensivbehandlung ihres Babys noch das Gefühl gehabt hatten, daß dieses den Krankenschwestern „gehöre“, war das Baby jetzt, nach der Entlassung und nach der Aufnahme im „häuslichen Milieu“ bei den Eltern, auch real „angekommen“, und sie konnten es emotional dann gut besetzen, wenn durch die Hausbesuche in dieser schwierigen Zeit ihre Ängste vermindert wurden (W. E. Freud 1992).

Das *Feinfühligkeitstraining* verhalf den Eltern durch die positive Feedbackerfahrung zu größerer Sicherheit. Sie wurden darin unterstützt, die Signale der Frühgeborenen zu lesen, sie richtig zu interpretieren und angemessen und prompt darauf zu reagieren. Wegen der Einzelaufnahmen mit jeder Mutter und jedem Vater und ihrem Baby konnte eine individuelle Anpassung und Feedbackleistung hergestellt werden. Besonders wurde darauf Wert gelegt, daß die Eltern Situationen einer Über- oder Unterstimulation erkennen konnten. Auf diese Weise sollten gravierende Interaktionsstörungen von vornherein vermieden werden. Es war auch wichtig, daß die Eltern eigene Projektionen auf das Baby – wie etwa Affekte von Angst, Wut, Enttäuschung und Ohnmacht – erkennen konnten und sie nicht dem Baby, sondern sich selber zuschrieben; dadurch konnten solche Projektionen auf seiten der Eltern mit einem therapeutischen Begleiter bearbeitet werden.

In einer randomisierten prospektiven Längsschnittstudie wurden Eltern in einer Interventionsgruppe unmittelbar psychotherapeutisch nach diesem Modell mit den zuvor beschriebenen vier Modulen betreut. Die Ergebnisse wurden mit einer Kontrollgruppe von Eltern verglichen, die die allgemeine Betreuung durch Ärzte und Schwestern erhalten hatten, aber nicht an der spezifischen Intervention durch psychotherapeutische Einzel- und Gruppenbetreuung teilgenommen hatten. Die Eltern, die eine psychotherapeutische präventive Betreuung mit Beginn unmittelbar nach der Geburt erhalten hatten, erlebten im Verlauf weniger Belastungserfahrungen sowie weniger Ängste und hatten mit größerer Wahrscheinlichkeit ein mit 14 Monaten (um die Frühgeburtlichkeit korrigiertes Alter) sicher gebundenes Frühgeborenes.

Dieses Ergebnis fand sich selbst dann, wenn das Frühgeborene neurologische Auffälligkeiten

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

zeigte. Es erwies sich, daß eine sichere Bindung dieser Kinder auch mit besseren kognitiven Funktionen und Fähigkeiten sowie mit einer besseren Verhaltensentwicklung korrelierte. Die Bindungsentwicklung der Frühgeborenen in der Interventionsgruppe war unabhängig von der neurologischen Entwicklung der Kinder, während die Bindungsentwicklung der Kinder in der Kontrollgruppe durch die neurologische Entwicklung vorhergesagt werden konnte, sofern neurologisch kranke Kinder häufiger eine unsichere Bindung entwickelten (Brisch et al. 1999, 1998c, Brisch et al. im Druck; Knorpp et al. 1998; Brisch 2004b).

Primäre Prävention durch „SAFE® – Sichere Ausbildung für Eltern“

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; Papoušek 2000; Grossmann et al. 1985; Kindler & Grossmann 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 machen. 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

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

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).

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.

Inhalte des Programms SAFE[®]

Auf diesem Hintergrund wurde ein primäres Präventionsprogramm mit dem Namen „SAFE[®] – 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[®] 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[®]-Gruppen geworben. Es gibt unterschiedliche Finanzierungsmodelle, die jeweils davon abhängen, wo die SAFE[®]-Gruppen stattfinden und wer der Organisator ist. Teilweise werden SAFE[®]-Gruppen über

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

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[®]-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.

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.

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

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

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 (s. Beitrag von Pedrina in diesem Band).

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.

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 Traumpsychotherapie 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.

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 Videotrainings 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

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

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; Papoušek 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.

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.

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.

Zusammenfassung

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. Ängstliche 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.

Ausblick

Zukünftige Ansätze einer präventiven Psychotherapie in diesem Zeitraum könnten mit einer Konzeptionssprechstunde 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 Vorschwangerschaft 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.

Dank

Mein Dank gilt allen Eltern und ihren Kindern, die sich mit großem Engagement an der Forschung beteiligt haben. Mein Dank gilt ebenso der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der Köhler-

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

Stiftung für die erhaltene Forschungsförderung sowie allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihr großes Engagement bei der Durchführung der Studien. Ohne sie wären die Studien und die daraus gewonnenen Erkenntnisse nicht möglich gewesen.

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.
- Bodeewes, T. (2002): Videogestützte Mikroanalyse des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Säugling als Basis der frühen Sprachanbindung. *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. (1995b): Intervention und Therapiemöglichkeit für Eltern nach Frühgeburt. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 199, 208.
- Brisch, K. H. (1997): Psychodynamische Implikationen im Erleben der Schwangeren bei pränataler Fehlbildungsdiagnostik. *Ultraschall in der Medizin*, 18, 19.
- Brisch, K. H. (1999): *Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart (Klett-Cotta) (7. Aufl. 2006).
- Brisch, K. H. (2000a): Belastungserleben, Angst und Bewältigung von Eltern nach der Geburt von sehr kleinen Frühgeborenen: Einfluß einer psychotherapeutischen Intervention. XXVI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie: Chancen für das seelisch kranke Kind, Jena, 6. April 2000.
- Brisch, K. H. (2000b): The use of the telephone in the treatment of attachment disorders. In: J. Aronson (Hrsg.): *Use of the telephone in psychotherapy*. New Jersey (Aronson), S. 375–395.
- 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. (2004b): Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. *Psychotraumatologie und Medizinische Psychologie*, 2, 29-44.
- 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. und A. Buchheim (1997): Interaktionstraining für werdende Eltern. Vortrag, 25. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Dresden, 20.–22. Mai 1997. Psychotherapie, Wien, 2.–5. April 2003.
- Brisch, K. H. und T. Hellbrügge (Hrsg.) (2003): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Brisch, K. H., A. Buchheim, B. Köhntop, D. Kunzke, H. Kächele und F. Pohlandt (1995): Präventive psychotherapeutische Interventionen in der Betreuung von Eltern nach Frühgeburt: Das Ulmer

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

Modell. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 23, 106.

- Brisch, K. H., A. Buchheim, B. Köhntop, D. Kunzke, G. Schmücker, H. Kächele und F. Pohlandt (1996): Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen – Ulmer Modell. Randomisierte Längsschnittstudie. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 144, 1206–1212.
- Brisch, K. H., U. Barth, D. Grab, H. Kächele, R. Kreienberg, G. Mahler und G. Rühle (1997a): Psychotherapeutische Intensivbehandlung von Risikoschwangeren mit drohender Frühgeburt. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 23, 186.
- Brisch, K. H., A. v. Gontard, F. Pohlandt, H. Kächele, G. Lehmkuhl und B. Roth (1997b): Interventionsprogramme für Eltern von Frühgeborenen. Kritische Übersicht. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 145, 457–465.
- Brisch, K. H., U. Barth, G. Mahler, D. Pokorny, D. Grab, R. Kreienberg und H. Kächele (1998a): Intensivpsychotherapie bei Risikoschwangeren mit drohender Fehlgeburt. In: 47. Arbeitstagung des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM), Gewinne und Verluste sozialen Wandels – Psychosomatische Medizin am Ausgang des 20. Jahrhunderts, 05.–07. März, Leipzig.
- Brisch, K. H., K. Bemmerer-Mayer, D. Munz und H. Kächele (1998b): Angst vor fetaler Fehlbildung und ihre Bewältigung. *Internationale Zeitschrift für pränatale und perinatale Psychologie und Medizin*, 10, 349–364.
- Brisch, K. H., G. Schmücker, S. Betzler, A. Buchheim, H. Kächele, B. Köhntop und F. Pohlandt (1998c): Longitudinal study on the effects of psychotherapy intervention with parents of a premature very low birth weight infant. In Congress of the Society for Interdisciplinary Research in Neurology, Psychiatry, and Psychology. „Longitudinal Studies in Children At-Risk“. 18.–20. September, Wien.
- Brisch, K. H., G. Schmücker, S. Betzler, A. Buchheim, B. Köhntop und H. Kächele (1999): Das Ulmer Modell – Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm nach der Geburt eines kleinen Frühgeborenen: Erste Ergebnisse. *Frühförderung Interdisziplinär*, 18, 28–34.
- Brisch, K. H., D. Munz, K. Bemmerer-Mayer, R. Terinde, R. Kreienberg und H. Kächele (2002): Ultrasound scanning for diagnosis of fetal abnormality and maternal anxieties in a longitudinal perspective. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20, 223–235.
- Brisch, K. H., D. Munz, K. Bemmerer-Mayer, R. Terinde, R. Kreienberg und H. Kächele (2003): Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 91–97.
- 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.
- Brisch, K. H., D. Munz, H. Kächele, R. Terinde und R. Kreienberg (2005b): Effects of previous pregnancy loss on level of maternal anxiety after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 131–153.
- Brisch, K. H., H. Heinemann, S. Betzler und D. Bechinger (im Druck): Maternal attachment representations and quality of infant attachment in very low birthweight premature infants: Results of an early intervention program. *Infant Mental Health Journal*.
- 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.

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

- Edmondson, R. und T. M. Smith (1994): Temperament and behavior of infants prenatally exposed to drugs: Clinical implications for the mother-infant dyad. *Infant Mental Health Journal*, 15, 368–379.
- Fonagy, P. und M. Target (2004): Frühe Interaktion und die Entwicklung der Selbstregulation. In: A. Streeck-Fischer (Hrsg.): *Adoleszenz – Bindung – Destruktivität*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 105–135.
- 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.
- Freier, K. (1994): In utero drug exposure and maternal-infant interaction: The complexities of the dyad and their environment. *Infant Mental Health Journal*, 15, 176–188.
- Freud, W. E. (1992): Wie ich psychoanalytischer Frühchen-Forscher wurde. *Zwischenschritte*, 11, 86–89.
- 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).
- Kennell, J. H. (1991): Continuous emotional support during labor in a US Hospital. *JAMA*, 265, 2197–2201.
- Kindler, H. und K. Grossmann (1997): *Longitudinal sequelae of fathers' sensitivity while challenging the child during joint play*. Poster presented at the 1997 SRCO Biennial Meeting, Washington, DC. Universität Regensburg, Institut für Psychologie.
- Klann-Delius, G. (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.
- Klaus, M. H. und J. H. Kennell (1997): The doula: An essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatrica*, 86, 1034–1036.
- Klaus, M. H., J. H. Kennell und P. H. Klaus (1993): *Mothering the mother: How a doula can help you have a shorter, easier, healthier birth*. New York, NY (Addison-Wesley).
- Klaus, M. H., J. H. Kennell und P. H. Klaus (1995): *Der neue Weg der Geburtsbegleitung: Doula*. München (Mosaik-Verlag).
- Knorpp, D., A. Mauch, H. Bode, S. Huber, R. Paschke, F. Pohlandt, C. Spraul und K. H. Brisch (1998): Somatic, cognitive and social developmental outcome of extremely low birthweight infants (<1000g) at age 2–4 years. In: Congress of the Society for Interdisciplinary Research in Neurology, Psychiatry, and Psychology. „Longitudinal Studies in Children At-Risk“. 18.–20. September, Wien.
- Köhntop, B., K. H. Brisch, H. Kächele und F. Pohlandt (1995): Die Bedeutung der Väter in der Triade nach der Geburt von sehr kleinen Frühgeborenen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 23, 106.
- Lyons-Ruth, K. und E. Spielman (2004): Disorganized attachment strategies and helpless-fearful profiles of parenting: Integrating attachment research with clinical intervention. *Infant Mental Health Journal*, 4, 318–115.
- Lyons-Ruth, K., C. Yellin, S. Melnick und G. Atwood (2005): Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17, 1–23.
- Mahler, G., U. Barth, H. Kächele, R. Kreienberg, I. Zimmer und K. H. Brisch (1999): Bewältigungsstrategien von Risikoschwangeren mit drohender Frühgeburt. In: S. Hawighorst-Knapstein, G. Schönefuß, P. G. Knapstein und H. Kentenich (Hrsg.): *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe. Beiträge der Jahrestagung 1998*. Gießen (Psychosozial-Verlag), S. 99–105.
- Mahler, G., D. Grab, H. Kächele, R. Kreienberg und I. Zimmer (2001): Geeignete Bewältigung bei

Buchbeitrag in: Brisch, K. H. und Th. Hellbrügge (2007) Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung. Schwangerschaft, Geburt und Psychotherapie. Stuttgart, Klett-Cotta. S. 174-195

- drohender Frühgeburt – Expertenrating. In: A. Rohde und A. Riecher-Rössler (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen bei Frauen – Psychiatrie und Psychosomatik in der Gynäkologie*. Regensburg (Roderer), S. 226–232.
- Papoušek, M. (2000): Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 611–627.
- Papoušek, M. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: M. Papoušek, M. Schieche und H. Wurmser (Hrsg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern (Huber), S. 77–110.
- Papoušek, M., M. Schieche und H. Wurmser (Hrsg.) (2004): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern (Huber).
- Phillips, R. B., R. Sharma, B. R. Premachandra, A. J. Vaughn und M. Reyes-Lee (1996): Intrauterine exposure to cocaine: Effect on neurobehavior of neonates. *Infant Behavior and Development*, 19, 71–82.
- Schindler, A., R. Thomasius, P.-M. Sack, B. Gemeinhardt, U. Küstner und J. Eckert (2005): Attachment and substance drug use disorders: A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7, 207–228.
- Schmücker, G., K. H. Brisch, B. Köhntop, S. Betzler, M. Österle, F. Pohlandt, D. Pokorny, M. Laucht, H. Kächele und A. Buchheim (2005): The influence of prematurity, maternal anxiety, and infants' neurobiological risk on mother-infant interactions. *Infant Mental Health Journal*, 26, 423–441.
- Schuler, M. E., M. M. Black und R. H. Starr (1995): Determinants of mother-infant interaction: Effects of prenatal drug exposure, social support, and infant temperament. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 397–405.
- Thiel-Bonney, C. (2002): Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Videogestützte Verhaltensbeobachtung und Videomikroanalyse als Interventionsmöglichkeit. *Psychotherapeut*, 47, 381–384.
- Thomassen, P., M. Lundwall, E. Wiger, L. Wollin und K. Uvnäs-Moberg (2003): Doula – a new concept in obstetrics. *Lakartidningen*, 51–52.
- 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.
- Zlotogorski, Z., O. Tadmor, E. Duniec, R. Rabinowitz und Y. Diamant (1995): Anxiety levels of pregnant women during ultrasound examination: Coping styles, amount of feedback and learned resourcefulness. *Ultrasound Obstetrics and Gynecology*, 6, 425–429.