

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit

Studiengang Bildung und Erziehung in der Kindheit

Mutterschaft und Trauma
Auswirkungen einer Posttraumatischen Belastungsstörung
auf die Mutter-Kind-Interaktion

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 27.07.2022

Vorgelegt von: Hannah Dittmer

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuende Prüferin: Prof. Dr. Katja Weidtmann

Zweite Prüferin: Aliko Marquardt

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
2.	Mutter-Kind-Interaktion	3
2.1	Das Konzept der Feinfühligkeit.....	4
2.2	Das Konzept der intuitiven elterlichen Kompetenzen.....	8
2.3	Das Komponentenmodell des elterlichen Verhaltens.....	12
2.4	Das ‚Mutual Regulation‘ Modell.....	17
3.	Trauma und Traumafolgestörungen	19
3.1	Begriffsklärung.....	20
3.2	Die Physiologie eines Traumas	22
3.3	Die Posttraumatische Belastungsstörung.....	23
4.	Auswirkungen einer PTBS auf die Mutter-Kind-Interaktion	28
4.1	Psychisch kranke Mütter und Elternschaft	30
4.2	Traumatisierte Mütter in der Mutter-Kind-Interaktion.....	33
4.2.1	Das Kind als Trigger der PTBS-Symptome	34
4.2.2	Negativ verzerrte Wahrnehmungen.....	37
4.2.3	Atypisches Fürsorgeverhalten	40
4.2.4	Intergenerative Weitergabe des Traumas	42
4.3	Interventionsmöglichkeiten	44
5.	Fazit	48
	Literaturverzeichnis	51
	Eidesstattliche Erklärung.....	56

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Engelskreis positiver Interaktion zwischen Eltern und Kind	11
Abb. 2: Das Komponentenmodell des elterlichen Verhaltens.....	15
Abb. 3: Das ‚Mutual Regulation‘ Modell.....	18
Abb. 4: Die Physiologie eines Traumas	23
Abb. 5: Interaktionsverhalten von traumatisierten Müttern	34
Abb. 6: Psychische Prozesse einer traumatisierten Mutter im Interaktionsverhalten	36
Abb. 7: AMBIANCE-Skalen nach Lyons-Ruth	41

Abkürzungsverzeichnis

CAVEAT	Clinican Assisted Videofeedback Exposure Approach Therapy
CAVES	Clinican Assisted Videofeedback Exposure Session
EKI	Eltern-Kind-Interaktion
FST	Fremde-Situations-Test
MKI	Mutter-Kind-Interaktion
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
RF	Reflexionsfähigkeit
WHO	Weltgesundheitsorganisation

*„Die erste Berührung des Kleinkindes mit der Menschenwelt
besteht einfach im Erleben dessen,
was seine Mutter mit ihrem Gesicht, ihrer Stimme,
ihrem Körper und ihren Händen tut.
Der sich fortsetzende Strom ihrer Handlungen sorgt dafür,
dass das Kleinkind mit dem Stoff,
aus dem menschliche Kommunikationen und Beziehungen sind,
Bekanntheit macht.“
(Stern, 1994, S. 16)*

1. Einleitung

„Neue Studie – Traumatisierte Mütter haben weniger Einfühlungsvermögen“ (Bochsler, 2022) - so titelte das Schweizer Radio und Fernsehen (SRF) im Februar 2022 einen Bericht. Anlass dafür war eine neu erschienene Studie eines Forschungsteams der Universität Genf und des Universitätsspitals Lausanne, die in einer Langzeitstudie das Einfühlungsvermögen von Müttern mit und ohne Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) untersucht hatte. Ergebnisse aus ebendieser Studie zeigen, dass es traumatisierten Müttern schwerer fällt als gesunden Müttern, sich in die Gedanken- und Gefühlswelt ihrer Kinder hineinzuzusetzen, ihre Emotionen zu deuten und vorherzusagen (Perizzolo Pointet et al., 2022).

Schon seit dem 20. Jahrhundert steht allerdings fest, wie prägend und wegweisend die frühen Interaktionen zwischen Mutter und Kind für das Kind und seine Entwicklung sind und wie bedeutsam eine sichere Bindungsentwicklung ist. Erkenntnisse von bekannten Entwicklungspsycholog:innen wie Daniel Stern oder John Bowlby sind dafür grundlegende und allgemein bekannte Informationen, mit denen sich jede Fachkraft im pädagogischen und psychologischen Bereich theoretisch auseinandersetzt. Das der Einleitung vorangestellte Zitat von Daniel Stern, einem US-amerikanischen Psychiater mit dem Forschungsschwerpunkt in der Mutter-Säuglings-Interaktion, beschreibt die Wichtigkeit einer gelungenen Mutter-Kind-Interaktion (MKI) (Stern, 1994).

Was geschieht nun aber in den Interaktionen, wenn die Mutter, wie in der 2022 erschienenen Studie untersucht, eine Traumatisierung erlebt hat und sich mit dieser Traumafolgestörung ihrem Kind zuwendet? Welche Auswirkungen kann eine mütterliche Posttraumatische Belastungsstörung auf die Mutter-Kind-Interaktion haben?¹ Mit dieser Fragestellung beschäftigt sich die vorliegende Arbeit.

Diese literaturbasierte Arbeit nimmt damit Bezug auf die Thematiken Bindung und Trauma, welche nicht nur Gegenstand zahlreicher literarischer Werke, sondern auch zentrale Inhalte des Studiengangs ‚Bildung und Erziehung in der Kindheit‘ sind. Kindheitspädagog:innen arbeiten im Kontext der Familienbildung und -beratung sowie im Bereich der Frühen Hilfen hauptsächlich mit Eltern und ihren jungen Kindern. Schätzungen ergeben, dass in Deutschland ca. 3 Millionen Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil zusammenleben, wobei eine psychische Erkrankung eines Elternteils

¹ In dieser Arbeit wird die Interaktion zwischen *Mutter* und Kind fokussiert. Auch Väter oder andere Bezugspersonen können eine entscheidende Rolle in der Bindungsentwicklung des Kindes spielen. In der Mehrzahl der Literatur ist aber als primäre Bindungsperson noch die Mutter gemeint (Ahnert, 2014), weswegen diese Auswahl auch in der vorliegenden Arbeit getroffen wurde.

als Risikofaktor für eine gesunde kindliche Entwicklung gilt (Bauer, Heitmann, Reinisch & Schmuhl, 2010). Somit werden Fachkräfte der Kindheitspädagogik auch immer wieder mit Traumata und Auswirkungen dieser auf die Mutter-Kind-Beziehung zu tun haben. Gemäß dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) haben es sich die Frühen Hilfen zur Aufgabe gemacht, positive Entwicklungsbedingungen in Familien zu unterstützen und möglichen Belastungen rechtzeitig entgegenzuwirken (Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH), 2016). Die Forschungsfrage, die sich vor allem auf Inhalte und Konzepte aus der Entwicklungspsychologie und der Klinischen Psychologie bezieht und sich folglich auf Literaturveröffentlichungen und Studien verschiedener Entwicklungspsycholog:innen und Psychiater:innen stützt, hat dementsprechend auch hohe Relevanz für Kindheitspädagog:innen im Kontext von Familienberatung und Frühen Hilfen. Nur anhand eines umfassenden Verständnisses für individuelle Schwierigkeiten einer Mutter im Umgang mit ihrem Kind, bedingt durch eine Traumatisierung, kann positiv auf etwaige Entwicklungsbeeinträchtigungen für die betroffenen Kinder eingewirkt werden.

Um die Fragestellung zu beantworten und mögliche Auswirkungen einer mütterlichen PTBS auf die MKI zu erarbeiten, sollen in Kapitel 2 zunächst verschiedene Konzepte zur MKI erörtert werden. Anhand des Feinfühligkeitskonstrukts, der intuitiven elterlichen Kompetenzen, des Komponentenmodells und des ‚Mutual Regulation‘ Modells sollen dabei essenzielle Merkmale zur Ausgestaltung einer gelungenen Interaktion herausgearbeitet werden. Um zu untersuchen, inwiefern eine mütterliche PTBS die MKI beeinflussen kann, wird im 3. Kapitel der Themenkomplex Trauma und Traumafolgestörung bearbeitet. Vertiefend wird das klinische Störungsbild einer PTBS vorgestellt, besonders die Symptomatik des Krankheitsbildes. Anhand dieser Informationen und wissenschaftlichen Grundlagen kann dann im 4. Kapitel der Beantwortung der Fragestellung nachgegangen werden, welche konkreten Auswirkungen im Interaktionsverhalten möglich sind. Da Studien speziell zu traumatisierten Müttern erst seit Beginn des 21. Jahrhunderts in den Fokus rücken, wie auch die eingangs erwähnte Studie verdeutlicht, werden zu Beginn des Kapitels auch depressive Mütter in ihrem Interaktionsverhalten thematisiert und mögliche Übertragungen auf traumatisierte Mütter diskutiert. Eine vertiefte Untersuchung von traumatisierten Müttern erfolgt in Kapitel 4.2 mit einem Fokus auf Studien und Forschungsergebnissen von Daniel Schechter, der spezifisch zu der für diese Arbeit ausgewählten Zielgruppe geforscht hat. Um einen Praxisbezug für die pädagogische und

therapeutische Arbeit herzustellen und Ansatzpunkte für Interventionsmaßnahmen zu skizzieren, wird in Kapitel 4.3 exemplarisch eine Interventionsmöglichkeit vorgestellt, die sich aus den erarbeiteten Inhalten ergibt. Das abschließende Fazit fasst die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit zusammen und gibt einen Ausblick auf offene Fragen sowie eine kritische Betrachtung der Arbeit.

2. Mutter-Kind-Interaktion

Eine Interaktion bezeichnet dem Wortursprung nach (inter = zwischen; agere = Tun/Handeln) ein Handeln zwischen Personen oder Systemen. Eine Mutter-Kind-Interaktion ist demnach das Handeln zwischen einer Mutter und ihrem Kind. Da es sich in diesem Falle um eine Interaktion zwischen Personen handelt, ist die MKI eine soziale Interaktion.

Das moderne Verständnis von Interaktionen zwischen Eltern und ihrem Kind beschreibt diese als dyadischen Prozess, d.h. im Gegensatz zu früheren unidirektionalen Sichtweisen rücken beide Interaktionspartner:innen in den Fokus. Besondere Bedeutung in den Interaktionen kommt damit der gegenseitigen wechselseitigen Beeinflussung zu, sodass Eltern-Kind-Interaktionen (EKI) einen symmetrischen Prozess beschreiben, deren Grundlage das Wahrnehmen und Reagieren auf den/die Interaktionspartner:in bildet (Linberg, 2018). Das dyadische Verständnis von Interaktionen zeichnet sich also insbesondere dadurch aus, dass eine „Interaktion [...] als Austausch zwischen zwei Interaktionspartnern verstanden [wird], deren beider Interaktionsbeitrag ausschlaggebend für die Gestaltung der Interaktion ist.“ (ebd., S. 55)

Da die vorliegende Arbeit Auswirkungen einer PTBS auf die MKI thematisiert, rücken vor allem die Effekte des mütterlichen Traumas auf die Interaktion zwischen ihr und dem Kind in den Vordergrund. Das mütterliche Interaktionsverhalten wird somit fokussiert. Aus der Perspektive des dyadischen Verständnisses von Interaktionen wird das Kind als aktiver Interaktionspartner betrachtet. Mütterliches Interaktionsverhalten wird demnach im Grundgedanken als Reaktion auf die kindlichen Signale verstanden (Linberg, 2018).

Die Bedeutsamkeit gelungener MKI wurde schon in der Einleitung benannt. Die wichtigsten Interaktionsmomente in den ersten Lebensjahren zeigen sich dabei im alltäglichen, intuitiven Austausch zwischen der Mutter und ihrem Kind, beim Füttern, Wickeln oder Spielen. Für das Kind sind dies entscheidende Erfahrungen, da es menschliche Ereignisse und Verhaltensweisen kennenlernen und mitgestalten kann.

Daniel Stern (1994) stellte in seinen wegweisenden Beobachtungen von Müttern und ihren Babys fest, dass das mütterliche Verhalten die ersten Begegnungen des Babys mit der Welt der Menschen darstellt und unterstreicht somit die Relevanz früher Interaktionen. Die Mutter repräsentiert durch ihre Kommunikation, Mimik und Gestik Regeln und Normen von menschlichen Verhaltensweisen und legt damit einen Grundstein für die kindliche Entwicklung.

Dieses Kapitel hat deshalb zum Ziel, verschiedene Konzepte zur Ausgestaltung der MKI vorzustellen und daraus essenzielle Verhaltensweisen für eine gelungene Interaktion zwischen Mutter und Kind abzuleiten. Grundsätzlich lässt sich die Dynamik in den Interaktionen folgendermaßen beschreiben:

„Während der Säugling bemüht ist, durch entsprechende Signale seine Bedürfnisse mitzuteilen, ist es die Aufgabe von Bezugspersonen, auf die Signale im Sinne einer Bedürfnisbefriedigung zu reagieren. Es handelt sich um aufeinander abgestimmte Verhaltensprogramme, die das Interaktionsverhalten der beteiligten Interaktionspartner entscheidend beeinflussen.“ (Lohaus, Ball & Lißmann, 2014, S. 147)

Nachfolgend werden zur Veranschaulichung dieser Verhaltensprogramme vier verschiedene ethologische Konzepte der frühen EKI beschrieben: das Feinfühligkeitskonzept, das Konzept der intuitiven elterlichen Kompetenzen, das Komponentenmodell und das ‚Mutual Regulation‘ Modell.

2.1 Das Konzept der Feinfühligkeit

Bereits beschriebene Interaktionsmomente zwischen Mutter und Kind, wie z.B. beim Füttern, Spielen oder Wickeln, rufen sogleich auch die Assoziation einer Bindungsbeziehung hervor. Bindung gilt in der menschlichen Entwicklung als Essenz in der Interaktion zwischen Kindern und ihren Bezugspersonen und die Bedeutsamkeit einer sicheren Bindungsentwicklung ist inzwischen unumstritten (Bowlby, 2017). Das Konstrukt der Bindung nach John Bowlby bezeichnet jedoch erst einmal nur die emotionale Beziehung zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson. Eine Bindungsbeziehung entwickelt sich durch konkrete Interaktionen zwischen beiden während des ersten Lebensjahres. MKI sind demnach die konkrete Ausgestaltung des Fütterns, Spielens, Wickelns usw., Bindung die Konsequenz gelungener Interaktionen (Keller, 2014).

In der Tradition der Bindungstheorie nach Bowlby existiert auf Seiten des Kindes ein Bindungssystem, das ihm Nähe und Sicherheit gewährleistet und ein Fürsorgesystem seitens der Eltern, das durch geeignete Verhaltensweisen, die kindlichen Bedürfnisse

befriedigt. Die konkrete Ausgestaltung dieses Fürsorgeverhaltens, also welche Verhaltensweisen die Bedürfnisse des Kindes nach Nähe und Sicherheit optimal befriedigen, ist in Bowlbys Bindungstheorie vor allem das Konzept der Feinfühligkeit nach Mary Ainsworth (Lohaus et al., 2014).

Neben anderen mütterlichen Verhaltensweisen kommt der Feinfühligkeit oder Sensitivität² eine besondere Bedeutung zu. „Ainsworth und Mitarbeiter [...] haben Sensitivität als Essenz mütterlichen Verhaltens für das erste Lebensjahr definiert“ (Keller, 2014, S. 114), denn feinfühlig Interaktionen im ersten Lebensjahr bestimmen zu einem großen Anteil die Bindungssicherheit des Kindes im zweiten Lebensjahr (Grossmann, 2014). Mit ihren Forschungsarbeiten über Bindungssicherheit von Säuglingen in ihren Familien führte Mary Ainsworth die von John Bowlby in den 1950ern formulierte Bindungstheorie fort und untermauerte sie empirisch. Grundlage für die mütterlichen Verhaltensbeschreibungen, u.a. das Sensitivitätskonstrukt, waren Beobachtungen ab den 1960er Jahren von Bindungsverhaltensweisen von Müttern und ihren Kindern.

Die erste Untersuchung führte Ainsworth in einem Dorf in Uganda durch, wo sie Verhaltensweisen von Kindern im ersten Lebensjahr beschrieb und die darauffolgenden Bindungsverhaltensweisen dokumentierte. Zentrale Erkenntnis war ein beobachtbarer Zusammenhang zwischen dem Interaktionsverhalten der Mutter und der Bindungsqualität des Kindes. Ainsworth konnte zwischen Müttern, die als sichere Bindungsperson dienten und damit dem Kind Explorationsverhalten ermöglichten und unsicher gebundenen Mutter-Kind-Dyaden differenzieren. Ausschlaggebend hierfür schien das mütterliche Fürsorgeverhalten und die Zugänglichkeit dieser zu sein. Eine Bestätigung dieser Ergebnisse zeigte sich in einer zweiten Längsschnittstudie in Baltimore, USA. Mithilfe von zahlreichen Beobachtungsprotokollen über MKI beim Zwiegespräch, Füttern oder Spielen konnte Ainsworth die Bedeutsamkeit des mütterlichen Verhaltens für eine sichere Bindungsentwicklung ableiten und das Konzept der Feinfühligkeit formulieren (Grossmann & Grossmann, 2005).

Sensitivität ist demnach die

„Fähigkeit der Mutter, die Signale und Mitteilungen, die im Verhalten ihres Kindes enthalten sind, wahrzunehmen und richtig zu interpretieren und diese - wenn dieses Verständnis gegeben ist - prompt und angemessen zu beantworten“ (Ainsworth, 2017, S. 414).

² Die Begrifflichkeiten Feinfühligkeit und Sensitivität werden im Folgenden synonym gebraucht.

Somit besteht die Feinfühligkeit aus vier wesentlichen Komponenten:

1. Die Wahrnehmung der Signale

Um die kindlichen Signale richtig wahrnehmen zu können, muss die Mutter präsent und zugänglich gegenüber den Mitteilungen des Babys sein. Sie darf keine zu hohe Wahrnehmungsschwelle haben, um auch auf sehr subtile Zeichen achten zu können.

2. Die richtige Interpretation der Mitteilungen

Um die Mitteilungen richtig interpretieren zu können, benötigt die Mutter eine verzerrungsfreie Wahrnehmung, d.h. sie darf den Signalen keine falschen Zuschreibungen oder eigene Projektionen zuweisen. Zudem benötigt sie ein hohes Einfühlungsvermögen, um die Perspektive des Babys und seine Gefühle und Wünsche einnehmen zu können.

3. Die angemessene Antwort

Eine angemessene Antwort erfordert eine genaue Beobachtungsgabe, um zwischen verschiedenen Signalen und Bedürfnissen des Kindes differenzieren zu können und darauf eine passende Antwort hinsichtlich Art, Dauer und Intensität geben zu können. Beispielsweise ist eine angemessene Reaktion auf geäußerte Nähe- und Sicherheitsbedürfnisse das Aufnehmen und Trösten des Babys. Auf kindliche Signale eines Explorationsbedürfnisses sollte dagegen das Absetzen des Babys folgen.

4. Die prompte Reaktion

Zuletzt sollte die Antwort nicht verzögert, sondern mit einer kurzen Reaktionszeit erfolgen. Damit das Kind die mütterlichen Handlungen noch mit den geäußerten Signalen in Verbindung bringen kann, muss die Reaktion innerhalb einer kurzen Zeitspanne erfolgen (Ainsworth, 2017).

Zur Auswertung der Beobachtungsprotokolle und Erfassung des mütterlichen Verhaltens haben Ainsworth und Mitarbeiter:innen in den 1970er Jahren Beurteilungsskalen entwickelt. Die Kategorisierung der mütterlichen Sensitivität erfolgt durch die Skala *Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Signalen des Babys* (Grossmann, 2017). Feinfühligkeit wird dabei aufsteigend auf einer Skala von 9 Punkten eingestuft, von einem hochgradig unfeinfühligem Verhalten (1) bis zu einer hochgradigen Feinfühligkeit (9). Zur Veranschaulichung werden die beiden extremen Ausprägungen, Stufe 1 und Stufe 9, kurz umschrieben.

Eine extrem unfeinfühliges Mutter nimmt kaum Signale des Kindes wahr, da sie fast ausschließlich nach eigenen Impulsen und Bedürfnissen reagiert. Wenn es zu einem interaktiven Verhalten kommt, dann nur, weil es zufälligerweise mit ihren eigenen Wünschen übereinstimmt. Kindliche Signale müssen stark oder langanhaltend geäußert werden, um eine Reaktion hervorzurufen, die Interpretation dieser ist jedoch größtenteils durch eigene Projektionen verzerrt und zeitlich verzögert. Eine hochgradig feinfühliges Mutter hat dagegen ein hohes Einfühlungsvermögen und nimmt unverzerrt auch geringfügige Zeichen des Kindes wahr. Sie kann zwischen verschiedenen kindlichen Bedürfnissen differenzieren und darauf angemessen und zeitnah antworten. Die Interaktionen sind damit gut strukturiert, abgerundet und vollständig (Ainsworth, 2017). Zur Umsetzung dieses feinfühliges Verhaltens benötigt die Mutter eine hohe geistige Flexibilität und Kompromissbereitschaft. Dem Kind ermöglicht sie durch hohes feinfühliges Verhalten die Entwicklung sozialer Kompetenzen, Explorationsverhalten und psychische Sicherheit. Es bildet die Grundlage für eine sichere Bindungsentwicklung (Grossmann, 2014).

Die Qualität einer sicheren Bindung nach Bowlby zeichnet sich dadurch aus, dass die Bindungsperson dem Kind in vollem Umfang Schutz und Sicherheit bieten kann. Durch Verfügbarkeit und feinfühliges Kommunikation dient sie als sichere Basis. Dadurch wird dem Kind Explorationsverhalten ermöglicht, weil es jederzeit in ängstlichen Situationen zu der Bindungsperson zurückkehren kann und durch geeignetes Fürsorgeverhalten Nähe und Sicherheit erfährt. Das Kind besitzt die Zuversicht, jederzeit auf das feinfühliges und hilfsbereite Verhalten der Eltern zurückgreifen zu können (Bowlby, 2002).

Das erste Konzept zur Beschreibung von MKI, das Feinfühligkeitskonstrukt, ist demnach ein sehr essenzielles, da es bedeutsamen Einfluss auf eine sichere Bindungsentwicklung hat. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durch angemessene und prompte Antworten der Mutter auf die kindlichen Mitteilungen und Signale, also durch feinfühliges Verhalten, dem Kind eine gute kommunikative Entwicklung und sichere Bindungsbeziehung ermöglicht wird (Grossmann, 2014). Bindung ist damit als Ergebnis vieler einzelner MKI anzusehen. Die Qualität dieser Bindungsbeziehung hängt maßgeblich von der Ausgestaltung dieser Interaktionen ab. Sind diese durch besonders feinfühliges Verhalten gekennzeichnet, ist die Grundlage für die Entwicklung einer sicheren Bindung geschaffen (Ainsworth, Bell & Stayton, 2017).

2.2 Das Konzept der intuitiven elterlichen Kompetenzen

Zu Beginn der 1970er Jahre begannen Mechthild und Hanuš Papoušek im Bereich der Kommunikation zwischen Eltern und Kind zu forschen und schufen mit ihrem Konzept der intuitiven elterlichen Kompetenzen die Grundlage für ihre klinische Arbeit mit Eltern und ihren Säuglingen. Das im vorigen Kapitel erläuterte Konzept der Bindung und Feinfühligkeit diente dabei als Grundlage. Papoušek und Papoušek erweiterten jedoch den Blick, um offene Fragen im Konzept der Feinfühligkeit zu beantworten. Dabei wurde vor allem das elterliche Verhalten in den Blick genommen, um konkrete Verhaltensformen zu untersuchen und die Ursache für elterliche Anpassungsprozesse zu erforschen. Gegenstand des Konzeptes sind neben den Merkmalen und Funktionen der intuitiven Kompetenzen außerdem Rahmenbedingungen, die es zur Entfaltung dieser benötigt und mögliche Störmechanismen. Methodisch wandten sie dafür videogestützte Verhaltensbeobachtungen der frühen Eltern-Kind-Interaktion an (Papoušek, 2014).

Grundlage für das Konzept der intuitiven elterlichen Kompetenzen sind Erkenntnisse aus der Sprachentwicklung eines Kindes im ersten Lebensjahr. Ein Säugling ist von Geburt an interessiert an sozialen Interaktionen und bereit, zu kommunizieren. Besondere Aufmerksamkeit schenkt er dabei dem Gesicht und der Stimme der Mutter. Anhand des wechselseitigen Austausches und der Mutter-Kind-Interaktionen kann das Kind durch eine starke innere Motivation und eine besondere Fähigkeit zu lernen, erste Verhaltensmuster und Regeln erkennen und Selbstwirksamkeitserfahrungen machen (ebd.). Der Säugling teilt somit seine integrativen Prozesse anhand seines Verhaltens mit seiner sozialen Umwelt. Um jedoch die Entwicklungsaufgaben bewältigen zu können, ist das Kind auf die Unterstützung von Bezugspersonen angewiesen. Hier greifen die intuitiven elterlichen Kompetenzen: Eltern verfügen über angeborene, implizite Kompetenzen zur Kommunikation und Interaktion mit ihrem Kind (Papoušek, 2001).

Das Konzept der intuitiven elterlichen Kompetenzen nach Mechthild und Hanuš Papoušek lässt sich als „Ausdruck eines intuitiven, biologisch verankerten elterlichen Kommunikationswissens“ (Papoušek, 2011, S. 76) beschreiben. Dieses Wissen zu kommunizieren und die daraus folgenden Verhaltensanpassungen, durch die Eltern ihr Baby verstehen und sich gleichzeitig verständlich machen können, zeichnet sich durch folgende Charakteristik aus: Die intuitiven Kompetenzen sind biologisch veranlagt und damit kulturübergreifend und altersunabhängig. Die Verhaltensweisen erfolgen unbewusst und unwillkürlich, also intuitiv, und schnell, d.h. mit einer geringen

Reaktionszeit. Außerdem sind sie für die Eltern nicht ermüdend und zeichnen sich durch häufige Wiederholungen aus (Papoušek & Cierpka, 2012).

Papoušek und Papoušek haben ein Verhaltensrepertoire der elterlichen Kompetenzen beschrieben, das im Wesentlichen aus 4 Komponenten besteht:

1. Optimales Reaktionszeitfenster

Damit das Kind die Konsequenzen seines eigenen Verhaltens erkennen kann, müssen die Eltern in ihrer Reaktion eine gewisse zeitliche Kontingenz einhalten. Sie reagieren idealerweise mit einer Reaktionslatenz unterhalb einer Sekunde auf die Signale des Kindes, damit dieses Kontingenzerfahrungen machen kann. Auf diese Art und Weise gelingt es dem Säugling, Beziehungen zwischen seinem und dem Verhalten des Gegenübers herzustellen, sich selbst als Verursacher wahrnehmen zu können und Kausalitätserfahrungen machen zu können.

2. Sprachanpassung

Durch eine kindgerechte Sprachanpassung und präverbale Kommunikation in den ersten Lebensmonaten unterstützen die Eltern das Kind bei der Lautbildung und Informationsaufnahme und bereiten die spätere verbale Kommunikation vor. Präverbales Verhalten zeichnet sich durch deutlich vergrößerte Mimik und Gestik und den sogenannten ‚baby talk‘ im vorsprachlichen Dialog aus. Hierbei wird mit dem Baby in einfacher Sprachstruktur, die durch häufige Wiederholungen gekennzeichnet ist, und mit hoher Stimme mit deutlicher Intonation, kommuniziert.

3. Blickkontakt

Eine wichtige Voraussetzung für eine gelungene dialogische Interaktion ist der gegenseitige Blickkontakt. Um diesen herzustellen, setzen die Eltern den Augengruß durch Heben des Kopfes und Hochziehen der Augenbrauen ein. Durch eine besonders langsame Ausführung erleichtern sie dem Säugling das Erkennen der Eltern. Häufiger Blickkontakt fördert eine positive Eltern-Kind-Interaktion und unterstützt die frühe Verhaltensregulation des Säuglings.

4. Regulationshilfen

Die Eltern unterstützen das Kind bei der Regulierung des Wachheits- und Erregungszustandes, indem sie wiederholt den Aktivierungszustand des Kindes prüfen und den Aufmerksamkeitsstatus aufrecht halten. Abgestimmt auf den momentanen Zustand des Babys wird es entsprechend stimuliert oder beruhigt,

sodass Unter- oder Überstimulation vermieden werden kann. Durch ein optimales Erregungsniveau werden dem Kind Lernerfahrungen und Informationsaufnahmen ermöglicht (Lohaus et al., 2014).

Diese Kommunikationsfähigkeiten, die sich durch Verständlichkeit, häufige Wiederholungen, Feinfühligkeit, Einfühlungsvermögen und selbstreflexive Fähigkeiten auszeichnen (Papoušek & Cierpka, 2012), erfordern jedoch gewisse Voraussetzungen seitens der Eltern, um sich entfalten zu können. Grundsätzlich

„benötigt [es] Zeit, Gelassenheit und Bereitschaft, sich im Hier und Jetzt mit ungeteilter Aufmerksamkeit und emotionaler Verfügbarkeit auf eine Begegnung mit dem Baby einzulassen und sich von ihm mit seiner momentanen Befindlichkeit und seinen Initiativen leiten zu lassen.“ (Papoušek, 2011, S. 78)

Neben Zeit, Präsenz und Verfügbarkeit benötigen die Eltern außerdem intuitives und selbstreflexives Einfühlungsvermögen, um sich feinfühlig gegenüber dem Baby zu verhalten (ebd.).

Laut Papoušek & Wollwerth de Chuquisengo (2015) kann davon ausgegangen werden, dass grundsätzlich alle Mütter, bzw. alle Eltern, über basale intuitive elterliche Kompetenzen verfügen, auch wenn sie selbst Erfahrungen mit Traumatisierungen oder Bindungsstörungen gemacht haben. Es existieren jedoch eine Reihe von Störungsmechanismen, die die intuitiven Kompetenzen hemmen, überdecken oder außer Kraft setzen. Generell können alle elterlichen Belastungsfaktoren die intuitiven Kompetenzen hemmen, die mit einer Beeinträchtigung der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und emotionalen Verfügbarkeit in Bezug auf das Kind einhergehen. Chronischer Stress, eine tiefe Erschöpfung und Überforderung können derartige Belastungsfaktoren sein. Vor allem aber intensive negative Affekte und ungelöste Konflikte beeinträchtigen die emotionale Verfügbarkeit der Eltern und hemmen damit eine feinfühlig Wahrnehmung der Signale des Kindes. Ein klassisches Beispiel hierfür stellt eine elterliche Depression mit Symptomen von Antriebsschwäche und Gefühllosigkeit dar. Die psychodynamischen Abwehrmechanismen äußern sich in Verleugnung, Projektion oder Dissoziation und setzen durch die Reinszenierung eigener Erlebnisse die intuitiven elterlichen Kompetenzen außer Kraft (ebd.). Weitere Störungsmechanismen können elterliche Versagens- und Schuldgefühle, Ängste, Verunsicherung und mangelnde selbstreflexive Fähigkeiten sein (Papoušek & Cierpka, 2012).

Wenn Störungsmechanismen jedoch bearbeitet und minimiert werden oder schlichtweg nicht vorhanden sind, dann können sich die intuitiven elterlichen Kompetenzen

entfalten. Sie schaffen damit positive Kommunikationsstrategien zwischen Eltern und Kind und dienen als Grundlage für Bindungen und kulturelles Lernen (Asisi, 2015). Intuitive Kompetenzen können als „beziehungsstiftende Schlüsselerfahrungen, die in Belastungssituationen als Schutzfaktor wirksam werden“ (Papoušek, 2011, S. 74) dienen. Im besten Falle entwickelt sich ein Kreislauf positiver Gegenseitigkeit zwischen Eltern und Kind, der sich durch wechselseitige positive Interaktionen auszeichnet. Mechthild Papoušek bezeichnet dieses gegenseitige Belohnungssystem als Engelskreis. Wenn Eltern sich in einem entspannten und positiven Zustand befinden, können sie angemessen auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren und die passende regulatorische Unterstützung bieten. Durch positive Feedbacksignale des Kindes wie Blickzuwendung, Lächeln und Beruhigung bei körperlicher Nähe wird das Kind zum einen in seiner selbstregulatorischen Kompetenz gestärkt und steigert zum anderen das elterliche Selbstwirksamkeitsgefühl und ihr Vertrauen in die eigenen Kompetenzen. Die Eltern gewinnen an Selbstsicherheit und lernen immer mehr, die Signale des Kindes zu verstehen und ihre Unterstützung darauf abzustimmen. Es entsteht ein positiver Kreislauf gegenseitiger Interaktion, der sogenannte Engelskreis.

Abbildung 1 veranschaulicht dieses positive Kreislaufsystem:

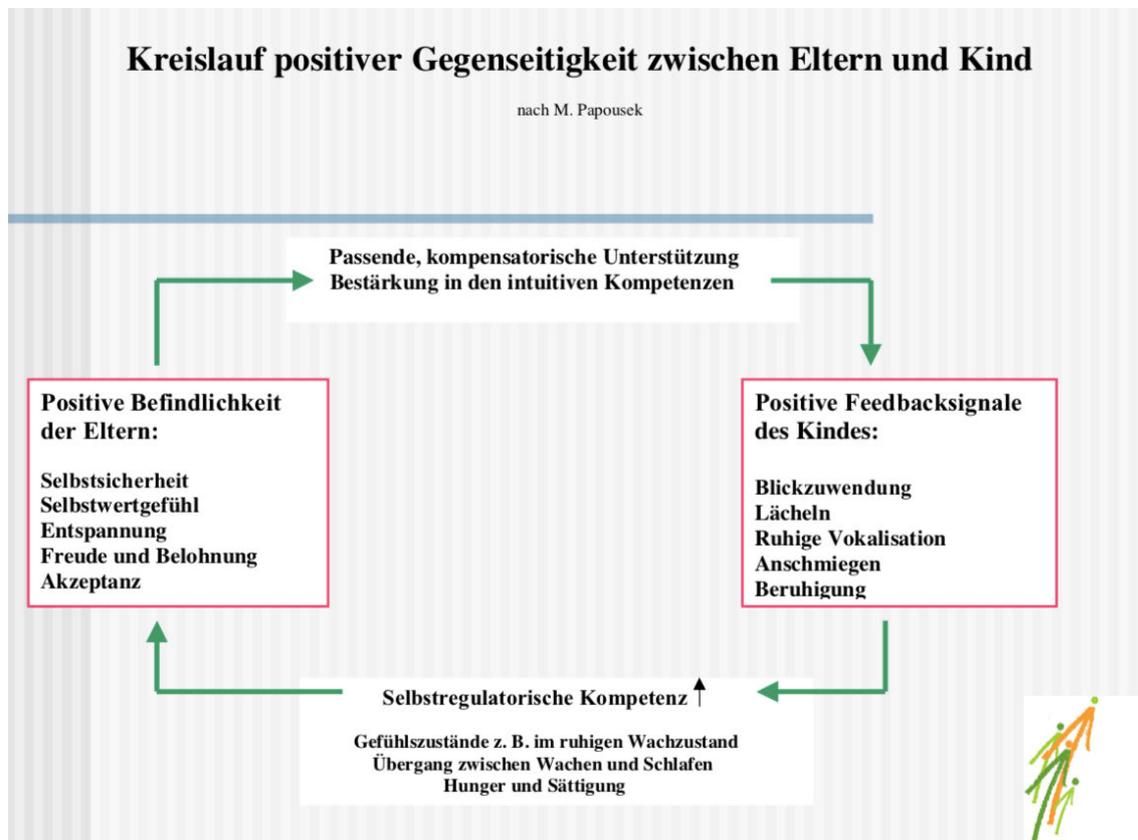


Abb. 1: Engelskreis positiver Interaktion zwischen Eltern und Kind (Papoušek & Cierpka, 2012)

Die Grafik verdeutlicht auch, dass Eltern und Kind in ihren Interaktionen ein ko-regulatorisches System bilden. Weder das Kind noch die Eltern können die verschiedenen Anforderungen und Entwicklungsaufgaben allein bewältigen. Alltägliche Interaktionen des Fütterns, Spielens, Beruhigens und Wickelns sind auf das Zusammenspiel der wechselseitigen Kommunikation und positiven Verstärkung angewiesen.

Intuitive elterliche Kompetenzen stellen somit eine wichtige Grundlage für eine positive kindliche Entwicklung dar. Sie ermöglichen dem Säugling den Aufbau grundlegender Erfahrungen der sozialen Kognitionsfähigkeiten und bereiten spätere verbale Kommunikation vor (Papoušek, 2014), wie das nachfolgende Zitat unterstreicht:

„In der Wechselseitigkeit der Eltern-Kind-Kommunikation wird der Säugling zunehmend seiner eigenen Emotionen und Absichten gewahr, gewinnt Selbstsicherheit und Selbstwertgefühl und erprobt Erfahrungen von Wirkmächtigkeit, Intentionalität und zielorientiertem Handeln. Im gleichen Zuge lernt er, mentale Zustände, Gefühle, Intentionen und Ziele der Eltern zu erfassen und für die eigene Verhaltensregulation zu nutzen.“ (Papoušek, 2014, S. 72)

Zusammengefasst beschreibt das evolutionsbiologische Konzept ein fein abgestimmtes Zusammenspiel von biologisch verankertem Wissen in der Interaktion von Eltern und Kind. Die intuitiven elterlichen Kompetenzen beschreiben die Anpassungen der Eltern im Kommunikationsverhalten zur Verständigung mit ihrem Kind (Papoušek, 2011). Diese bestehen im Wesentlichen aus einer gewissen zeitlichen Kontingenz auf die Signale des Kindes, einer elterlichen Sprachanpassung, Kommunikation durch Blickkontakt und dialogischer Interaktion sowie Regulationshilfen mit angemessener Stimulation. Auf diese Art und Weise kann der Säugling wichtige sozial-kommunikative und sprachbezogene Fähigkeiten erfahren und erproben (Asisi, 2015).

Durch emotionale Verfügbarkeit, Aufmerksamkeit und selbstreflexives Einfühlungsvermögen können die intuitiven Kompetenzen zur Wirkung gelangen. Störungsmechanismen wie psychosoziale Belastungsfaktoren, psychodynamische Abwehrmechanismen oder verzerrte Wahrnehmungen können das Konzept der intuitiven Kompetenzen dagegen mehr oder weniger stark beeinträchtigen (Papoušek, 2011).

2.3 Das Komponentenmodell des elterlichen Verhaltens

Heidi Keller, eine deutsche Entwicklungspsychologin, richtete ihren Fokus bei Forschungen zum elterlichen Erziehungsverhalten auf Unterschiede in verschiedenen kulturellen Kontexten. In einer groß angelegten Studie (Keller et al., 2004) untersuchte

sie beispielsweise den Einfluss soziokultureller Einflüsse auf elterliche Verhaltensweisen in Interaktionssituationen zwischen Mutter und Kind. Die Grundlage zur Beschreibung der MKI stellt dabei das Komponentenmodell des Elternverhaltens dar, welches nachfolgend erläutert wird.

Analog zum Modell der intuitiven elterlichen Kompetenzen geht auch Kellers Modell von biologisch verankerten elterlichen Verhaltensweisen aus, die auf die kindlichen Signale abgestimmt sind. Das Komponentenmodell umfasst ein Repertoire verschiedener Elternverhaltenssysteme, die durch Interaktionsmechanismen individuell ausgestaltet werden (Keller, 2012).

Die sechs elterlichen Verhaltenssysteme gliedern sich wie folgt:

1. Primäres Pflegesystem

Im Pflegesystem geht es um die grundsätzliche Versorgung des Säuglings zur Sicherstellung der primären Bedürfnisse. Hierzu zählen lebensnotwendige Tätigkeiten wie Ernährung, Hygiene und Schutz, welche allerdings ebenso psychologische Auswirkungen haben: Ein Kind erlangt beispielsweise eine bedeutsame Sicherheit im Umgang mit den Eltern, wenn es die Erfahrung macht, gefüttert zu werden, sobald es hungrig ist.

2. Körperkontaktsystem

Das Körperkontaktsystem umfasst alle Formen körperlichen Kontaktes und körperlicher Nähe zwischen Eltern und Kind. Es geht über das Pflegeverhalten hinaus und dient dem Aufbau einer emotionalen Beziehung. Durch körperliche Nähe erfahren die Babys Sicherheit, Wärme und Zugehörigkeit und können enge Beziehungen zu ihren Bezugspersonen aufbauen.

3. Körperstimulationssystem

Das Körperstimulationssystem dient der Motorikförderung und ermöglicht körperliche Erfahrungen durch Bewegungen und Berührungen seitens der Eltern. Das Ausmaß der Stimulation (Bewegung der Hand oder Bewegung des gesamten Kindes) kann starke Variationen von Kultur zu Kultur aufweisen.

4. Face-to-Face System

Das System des Blickkontakts und der nonverbalen Kommunikation umfasst dyadischen Austausch von mimischen Signalen und erfordert aufgrund seiner Exklusivität vor allem zeitliche Ressourcen der Eltern. Häufig werden diese direkten Interaktionen von verbalen Vokalisationen begleitet und unterstützen das Selbstwertgefühl des Kindes.

5. Objektstimulationssystem

Im Objektstimulationssystem wird die Aufmerksamkeit des Kindes auf Gegenstände in der Umwelt gerichtet. Dadurch kann das Kind Bezüge zwischen sich und der Objektwelt ziehen, wodurch das Explorationsverhalten und die kognitive Entwicklung gestärkt werden.

6. Sprachumwelt

Das 6. elterliche Verhaltenssystem der Sprachumwelt findet sich nicht in allen literarischen Werken als zentraler Bestandteil des Komponentenmodells (siehe Abbildung 2), wird jedoch von Heidi Keller als zusätzliches Verhaltenssystem angeführt. Die Ansprache vermittelt dem Baby erste soziokulturelle Kommunikationsmuster durch Prosodie, Gliederung oder Synchronie ebendieser. Auch wenn das Kind die Sprache zunächst inhaltlich noch nicht verstehen kann, werden bereits vielfältige Botschaften und Rollenmuster durch die Sprachumwelt transportiert (Keller, 2011).

Betrachtet man die unterschiedlichen Verhaltenssysteme, wird deutlich, dass diese selten einzeln auftreten. Ein Baby, welches gefüttert und somit mit primären Bedürfnissen versorgt wird, kann gleichzeitig Körperkontakt und Blickkontakt erfahren. Ein Kind, das von der Mutter getragen wird, erfährt neben Körperkontakt ebenso motorische Stimulation (ebd.).

Die Art und Weise, wie diese Elternverhaltenssysteme ausgestaltet werden, beschreiben die Interaktionsmechanismen. Diese bestimmen die konkrete Umsetzung in Interaktionssituationen zwischen Eltern und Kind und zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

1. Aufmerksamkeit

Eltern können sich exklusiv ihrem Kind zuwenden oder mit geteilter Aufmerksamkeit. Blickkontaktsituationen erfordern wie beschrieben eine exklusive Aufmerksamkeit der Eltern, Elternverhaltensweisen können aber auch durch geteilte Aufmerksamkeit erfolgen, z. B. das Tragen eines Kindes und die parallele Aufmerksamkeit der Eltern auf eine andere Tätigkeit.

2. Kontingenz

Der Interaktionsmechanismus der Kontingenz geht zurück auf das von Papoušek und Papoušek entwickelte Konzept der intuitiven elterlichen Kompetenzen (siehe Kapitel 2.2). Die prompte Reaktion der Eltern auf Signale des Kindes spielt besonders im Face-to-Face System eine wichtige Rolle.

3. Emotionale Wärme

Als letzter Interaktionsmechanismus wird die emotionale Wärme genannt. Diese kann physisch durch Körperkontakt oder durch emotionale Äußerungen wie Blickkontakt oder eine gehobene Stimmlage erfolgen. Ein bedeutsamer kultureller Unterschied liegt in der Ausrichtung entweder auf positive oder negative Emotionen des Kindes.

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die zentralen Bestandteile des Komponentenmodells:

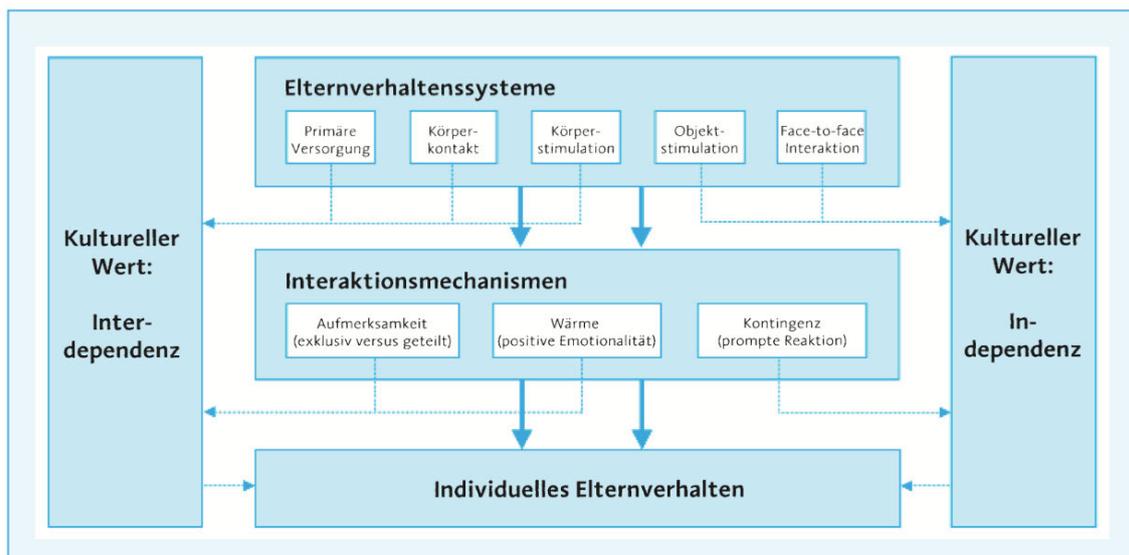


Abb. 2: Das Komponentenmodell des elterlichen Verhaltens (Lohaus et al., 2014, S. 159)

Alle Elternverhaltenssysteme können mit einem unterschiedlichen Ausmaß der Interaktionsmechanismen einhergehen und sind somit grundsätzlich unkorreliert. Das Ausmaß ist jedoch abhängig von der elterlichen Herkunft, dem Temperament des Kindes und den kulturellen Werten, sodass es zu Assoziationsbildungen kommen kann (Lohaus et al., 2014). Neben den zentralen Bestandteilen des Komponentenmodells zeigt Abbildung 2 die Assoziationsbildungen von Interaktionsmechanismen, Elternverhaltenssystemen und dem kulturellen Einfluss.

Diese Wirkung der kulturellen Werte und Normen untersuchte Heidi Keller Ende der 1990er Jahre in der eingangs erwähnten Studie. Basierend auf dem Komponentenmodell und mithilfe videogestützter Beobachtung wurden Interaktionssituationen zwischen Mutter und Kind in fünf verschiedenen Kulturkreisen analysiert. Da kulturelle Unterschiede in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht fokussiert werden, werden diese nur kurz zur Erklärung von Abbildung 2 skizziert.

Als Prototyp für unterschiedliche Kulturkreise dienten dabei zum einen die westliche Mittelschichtfamilie und zum anderen die ländliche Bauernfamilie in Zentralafrika. Die Ergebnisse zeigten, dass unterschiedliche Erziehungsstile auf soziokulturelle Orientierungen zurückgeführt werden können und dass sich anhand dieser Orientierungen Assoziationsbildungen von Bestandteilen des Komponentenmodell ziehen lassen:

Der kulturelle Prototyp der westlichen Mittelschichtfamilie legt den Fokus auf Independenz, also Unabhängigkeit und Autonomie und betrachtet Kinder von Beginn an als eigenständige Persönlichkeit mit eigenen Wünschen, Vorstellungen und Bedürfnissen. Dies zeichnet sich in der EKI durch verstärkte Verhaltensweisen der Face-to-Face Interaktionen und Objektstimulation und damit durch einen distalen Erziehungsstil aus. Die Interaktionen sind dabei besonders durch exklusive Aufmerksamkeit und kontingente Reaktionen auf positive Signale des Kindes geprägt.

Der Prototyp der ländlichen Bauernfamilie legt großen Wert auf Interdependenz und Gemeinschaft und zeichnet sich dabei durch einen proximalen Erziehungsstil aus. Die Elternverhaltenssysteme des Körperkontakts und der Körperstimulation zeigen sich in den Beobachtungen vermehrt und die Eltern vermitteln in ihren Interaktionen emotionale Wärme und reagieren insbesondere auf negative Signale des Kindes. Die Aufmerksamkeit ist dabei häufiger geteilt im Gegensatz zur exklusiven Aufmerksamkeit in der westlichen Mittelschichtfamilie (Keller et al., 2004).

Keller postuliert mit ihrer Studie und dem Komponentenmodell des Elternverhaltens, dass Kinder von Geburt an durch die Interaktionen mit ihren Eltern durch kulturelle Werte und Normen beeinflusst und geprägt werden (ebd.). Auch wenn die Interaktionsmechanismen je nach kultureller Orientierung unterschiedlich ausgeprägt sind und in verschiedenem Ausmaß zur Geltung kommen, vermitteln sie dem Kind zahlreiche Lernerfahrungen. Reagieren die Eltern besonders kontingent auf die Signale des Kindes, gelingt es diesem, Kausalitäten herzustellen und Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen. Langfristig geht dies mit einem gesteigerten Maß an Autonomie und guten Problemlösefähigkeiten einher. Zeichnen sich die EKI besonders durch emotionale Wärme aus, fördern die Eltern damit verstärkt soziale Fähigkeiten und die Kinder sind stärker beziehungsorientiert (Lohaus et al., 2014).

Zusammenfassend meint Kellers Komponentenmodell des Elternverhaltens also ein biologisch verankertes Verhaltensrepertoire der Eltern, welches durch die drei Interaktionsmechanismen moduliert wird. Die Elternsysteme beschreiben spezifische

Verhaltensweisen, die Interaktionsmechanismen die Art und Weise wie diese ausgeführt werden. Soziokulturelle Orientierungen beeinflussen das Ausmaß der unterschiedlichen Bestandteile des Modells und ermöglichen dem Kind damit je nach Ausprägung verschiedene Lernerfahrungen (Keller, 2012).

2.4 Das ‚Mutual Regulation‘ Modell

Im Gegensatz zu den beiden vorigen Konzepten fokussieren bidirektionale Konzepte der Mutter-Kind-Interaktion nicht nur das elterliche Verhalten, sondern vor allem die Wechselseitigkeit der MKI (Schneider, 2010). Eines dieser Modelle ist das ‚Mutual Regulation‘ Modell von Edward Tronick. Mithilfe von videogestützten Analysen von Mutter-Kind-Dyaden widerlegte er die bis dato geltende Überzeugung, dass Mutter-Kind-Interaktionen idealerweise durch synchrone und harmonisierende Affektausdrücke charakterisiert seien. Bisherige Untersuchungen beschrieben die optimalen Interaktionen als überwiegend positive Affektausdrücke mit einem sehr geringen Level an Ungleichgewicht, Stress oder Ärger. Tronick postulierte dagegen, dass Mutter-Kind-Dyaden einen Großteil der Zeit nicht den gleichen Gefühlszustand teilen, beispielsweise wenn die Mutter den Blickkontakt sucht, das Kind aber wegschaut (Tronick & Beeghly, 2011).

Das ‚Mutual Regulation‘ Modell versteht MKI deshalb als fortlaufenden Prozess, in dem beide Partner:innen ihre Affektausdrücke an die des anderen anpassen und sich damit gegenseitig beeinflussen und regulieren. Eine typische Interaktion zeichnet sich dabei nur durch ein moderates Maß an Synchronität aus und wird sowohl durch positive als auch durch negative Gefühlsäußerungen begleitet. MKI stellen somit einen flexiblen Prozess zwischen synchronen Affekten (meist mit positiven Gefühlsäußerungen assoziiert) und Missverhältnissen oder einem Ungleichgewicht der Stimmungen (assoziiert mit negativen Affektäußerungen) dar. Die Aufgabe für beide Partner:innen besteht fortlaufend in der gegenseitigen Anpassung und Aufhebung von dissynchronen Zuständen (Reck et al., 2004).

Diese gemeinsame Koordination zu synchronen Zuständen wurde von Tronick und Mitarbeiter:innen als ein „process of matching, mismatching and repair“ (Reck et al., 2004, S. 274) beschrieben. Beobachtungen zeigten, dass sich Mutter-Kind-Dyaden durch einen fortwährenden Wechsel von koordinierten, synchronen Interaktionen („matches“) zu unkoordinierten, dissynchronen Zuständen („mismatches“) auszeichnen. Die aktive gemeinsame Behebung der Dissynchronität und der Übergang zu erneut

synchronen Interaktionen wird als ‚interactive repair‘ beschrieben (Tronick & Beeghly, 2011). Diese fortlaufende, wechselseitige Beeinflussung, welche das ‚Mutual Regulation‘ Modell auszeichnet, ist in Abbildung 3 veranschaulicht:

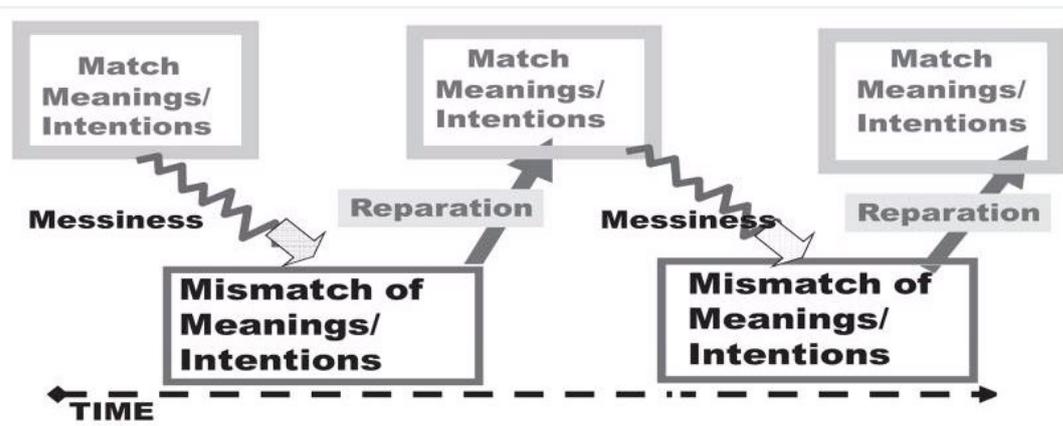


Abb. 3: Das ‚Mutual Regulation‘ Modell
(Tronick & Beeghly, 2011, S. 21)

Eine besondere Bedeutung in dieser Wechselseitigkeit kommt der Behebung von dissynchronen Zuständen, dem Prozess der ‚reparation‘ zu. Die Erfahrung, eine negative, unkoordinierte Interaktion gemeinsam zu Synchronität und positiven Affektausdrücken zu transformieren, ermöglicht Selbstwirksamkeitserfahrungen und das Erlernen von Bewältigungsstrategien. Aus den typischen Interaktionsmustern entsteht bei dem Kind ein inneres Arbeitsmodell zur Kommunikation mit der Mutter. Zeichnen sich diese durch die Erfolgserlebnisse der ‚interactive repair‘ aus, gewinnt das Kind im Umgang Sicherheit, Vertrauen und Vorhersagbarkeit der mütterlichen Verhaltensweisen (Reck et al., 2004).

Welche Folgen eine nicht erfolgreiche Behebung der Dissynchronität hat, zeigt das von Tronick entwickelte Still-face Experiment, welches aus drei verschiedenen zweiminütigen Phasen besteht. Die erste Phase umfasst eine gewöhnliche Freispielsituation zwischen Mutter und Kind mit exklusiver Aufmerksamkeit. In der zweiten Phase ist es die Aufgabe der Mutter, keinerlei Mimik oder Reaktion auf die Signale des Kindes zu zeigen. Drittens wird die typische Interaktion zwischen Mutter und Kind wiederhergestellt, indem sich die Mutter wie gewohnt verhält. Der Schlüsselmoment ist dabei die zweite Phase, in der die Mutter ihrer regulierenden Tätigkeit nicht nachkommt und die Interaktionen unterbrochen sind. Dies kann als verlängerte ‚mismatch‘ Phase betrachtet werden und das ausdruckslose Gesicht der Mütter simuliert dabei typische Verhaltensweisen von depressiven oder nicht feinfühligem Müttern. Kinder reagieren darauf, indem sie zunächst versuchen, die Aufmerksamkeit der Mutter zu erlangen und eine mimische Reaktion zu provozieren.

Meist geschieht dies zunächst durch positive Affekte (lächeln, Gestik, Laute), die sich zu negativen Gefühlsäußerungen umwandeln (weinen, protestieren, Rückzug), wenn die Versuche zur Behebung des Ungleichgewichts erfolglos bleiben (ebd.).

Das Still-face Experiment verdeutlicht damit, worauf es bei Interaktionen zwischen Mutter und Kind ankommt: Die Wechselseitigkeit und der Austausch der Gefühlszustände beider Partner:innen. Im Experiment ist dieser Austausch unterbrochen, da die Mutter keine Gefühlsausdrücke mehr zeigt. Somit kann auch der Prozess der Interaktionen des ‚Mutual Regulation‘ Modells nicht mehr beobachtet werden, den Tronick und Beeghly zusammenfassend als „dyadic, mutually regulated communicative system in which there is an exchange of each individual’s meanings, intentions, and relational goals“ (Tronick & Beeghly, 2011, S. 7) bezeichnen.

Besondere Bedeutung kommt dabei, wie beschrieben, der Behebung von dissynchronen Zuständen zu. Kinder können durch eine erfolgreiche ‚reparation‘ (siehe Abbildung 3) Sicherheit im Umgang mit der Mutter gewinnen. Im negativen Fall kann es jedoch auch durch Verhaltensweisen der Mutter zu Störungen im Kommunikationsprozess kommen. Wie im Still-face Experiment demonstriert wird, ist es vor allem ein ausdrucksloses Gesicht und der Abbruch von gegenseitigem Affektaustausch, der die MKI nachhaltig beeinflussen kann. Sich wiederholende ‚mismatches‘ können damit langfristig zu unsicherer Bindung und fehlendem Vertrauen im Umgang mit der Mutter führen (Tronick & Beeghly, 2011).

Ein derartiger Störfaktor, der sich auf die MKI auswirken kann, stellt eine mütterliche PTBS dar, die als Folge eines unverarbeiteten Traumas zu verstehen ist. Im nächsten Kapitel werden grundlegende Begrifflichkeiten und Ausprägungen zu Traumata und Traumafolgestörungen erläutert und das Störungsbild einer PTBS vertiefend vorgestellt.

3. Trauma und Traumafolgestörungen

Ein Trauma bedeutet in ihrem Wortursprung im Altgriechischem so viel wie ‚Verletzung‘ oder ‚Wunde‘ und bezieht sich in der Disziplin der Psychologie auf die Verletzung der menschlichen Psyche und wird damit auch als Psychotrauma bezeichnet. Gemäß dieser Herleitung meint ein Trauma damit ein Ereignis oder eine Situation und kann als tiefgreifende seelische Verletzung verstanden werden. Dadurch erfolgt auch die Abgrenzung zu den Begrifflichkeiten ‚Traumatisierung‘ und ‚Traumafolgestörung‘: Eine Traumatisierung bezeichnet das Erleben und die Folgen des traumatischen Ereignisses, Traumafolgestörungen sind die klinisch relevanten Störungsbilder, die sich

aus dem Prozess des traumatischen Erlebens entwickeln können (Scherwath & Friedrich, 2016).

Im Alltag wird der Begriff ‚Trauma‘ oft inflationär verwendet und vielen belastenden Situationen zugeschrieben. Meist sind dies jedoch nur Stressoren oder kritische Lebensereignisse, die nicht zwangsläufig ein Trauma darstellen oder zu einer Traumatisierung führen müssen (Tagay, Schlottbohm & Lindner, 2016). Die Definition eines Traumas muss also enger gefasst werden.

Nachfolgend wird zunächst die Begrifflichkeit des Traumas und verschiedene Traumata-Typologien vorgestellt. Da die vorliegende Arbeit die Auswirkungen einer PTBS, also einer spezifischen Traumafolgestörung, auf die MKI untersucht, wird schwerpunktmäßig dieses Störungsbild definiert. Dabei geht es vor allem um die damit verbundene Symptomatik, um in Kapitel 4 Effekte einer PTBS auf die MKI beziehen zu können. Zur Veranschaulichung der Entstehung dieser Symptome wird in Kapitel 3.2 auch noch die Physiologie, also die körperlichen Abläufe während einer traumatischen Situation, erarbeitet.

3.1 Begriffsklärung

Eine wissenschaftliche Definition für ein Trauma findet sich im ICD-10. Demnach stellt dieses „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling & Freyberger, 2016, S. 173) dar. In dieser Definition der WHO (Herausgeber des ICD-10) wird die notwendige Schwere des Ereignisses thematisiert („außergewöhnliche Bedrohung oder katastrophenartiges Ausmaß“), mögliche Folgen eines Traumas bleiben jedoch eher allgemein („tiefe Verzweiflung“) (Tagay et al., 2016). Im DSM-V, dem amerikanischen Klassifikationssystem, wird ein Trauma weiter ausdifferenziert. Das Trauma wird durch vier verschiedene Stressorereignisse (direktes Erleben, Beobachtung, Bedrohung von Angehörigen oder Konfrontation mit traumatischen Inhalten) beschrieben, welche eine Traumatisierung hervorrufen können. Auch die möglichen Reaktionen werden differenzierter definiert. Vier Kernsymptome (Intrusionen, Vermeidungsverhalten, negative Stimmungsveränderungen und erhöhte Erregbarkeit) können Folgen einer traumatischen Reaktion sein (Falkai & Wittchen, 2015). Die Symptomatik einer PTBS wird in Kapitel 3.3 vertiefend dargestellt.

Zusammengefasst ist ein Trauma also eine subjektiv erlebte Bedrohung, die die gewohnten Anpassungs- und Verarbeitungsstrategien überfordert. Charakteristisch für eine traumatische Situation ist die Plötzlichkeit und Heftigkeit, mit der sie eintritt und die Ausweglosigkeit, die sie hervorruft. Eine Traumatisierung verursacht bei den Betroffenen starke emotionale, kognitive und körperliche Reaktionen. Ein traumatisches Ereignis muss nicht zwangsläufig zu einer Traumafolgestörung führen. Hält der posttraumatische Stress jedoch länger an und geht mit einem außergewöhnlichen Leid einher, spricht man von einem psychischen Störungsbild, der Traumafolgestörung (Pausch & Matten, 2018).

Um traumatische Ereignisse unterscheiden und klassifizieren zu können, werden diese in verschiedene Typologien eingeteilt. Man spricht auch von Typ-I und Typ-II Traumata. Typ-I Traumata umfassen einmalige Ereignisse von kürzerer Dauer, die plötzlich und überraschend eintreten (z.B. Verkehrsunfälle oder Banküberfälle). Typ-II Traumata zeichnen sich durch mehrere traumatische Erlebnisse oder länger andauernde Traumata aus (z.B. langandauernde Naturkatastrophen oder wiederholter sexueller Missbrauch). Wie die Beispiele zeigen, kann weiterhin zwischen der Art der Verursachung unterschieden werden. Generell gilt, dass von Menschen verursachte Traumata, also ‚man-made‘, intentionale Ereignisse, meist stärkere Auswirkungen aufweisen als non-intentionale, zufällige Traumata (Tagay et al., 2016). Eine weitere Klassifikation, die ebenfalls anhand der zeitlichen Dauer vorgenommen wird, findet sich bei der Unterscheidung von Mono- und Multitraumata und sequenziellen Traumatisierungen. Monotraumata sind einmalige Erlebnisse, Multitraumata sind durch eine Häufung traumatischer Ereignisse gekennzeichnet. Sequenzielle Traumata dauern länger an und zeichnen sich durch mehrfache Wiederholungen aus. Auch hier steigt das Risiko für Beeinträchtigungen und Folgestörungen vom Monotrauma zur sequenziellen Traumatisierung deutlich an (Scherwath & Friedrich, 2016).

Ein traumatisches Erlebnis kann also unterschiedliche Entwicklungswege nach sich führen. Im besten Falle kann das Trauma bewältigt werden, je nach Schwere und Risikofaktoren können aber auch Traumafolgestörungen entstehen. Diese bedeuten eine tiefgreifende Veränderung für das Individuum:

„Psychotraumatische Ereignisse, die beim Menschen das Gefühl der Sicherheit und Unverwundbarkeit durchbrechen, können den Umgang mit den eigenen Gedanken, Gefühlen und der Umwelt tiefgreifend beeinträchtigen und die Wahrnehmung von der Welt als einen im Wesentlichen kontrollierbaren, sicheren und im Prinzip sinnvoll geordneten Ort stören.“ (Tagay et al., 2016, S. 44)

Bevor ein solches Störungsbild wie die PTBS differenzierter beschrieben wird, soll im nächsten Kapitel zunächst die Physiologie eines Traumas erläutert werden. Die Funktionen und Abläufe auf körperlicher Ebene erklären einerseits die Entstehung der Symptomatik einer PTBS und liefern andererseits wichtige Anknüpfungspunkte für mögliche Präventions- und Unterstützungsangebote.

3.2 Die Physiologie eines Traumas

Die erste automatisiert ablaufende Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis ist die Aktivierung des Bindungssystems. Erfährt ein Mensch eine „außergewöhnliche Bedrohung“ (siehe 3.1), sucht er zunächst nach der Hilfe anderer Menschen. Ist keine Hilfe verfügbar, wird in einem zweiten Schritt die Flucht- und Kampfbereitschaft maximiert (Flight or Fight). Durch körpereigene Hormone ist der Mensch in einem hochaktiven Zustand, bereit die Gefahr abzuwenden. Aus neurobiologischer Perspektive verändert auch das Gehirn seine Funktionsweise. Ein Teil des Gehirns, der Neokortex mit der präfrontalen Rinde, wird abgeschaltet. Somit ist eine bewusste und vernunftgesteuerte Handlungsplanung nicht mehr möglich. Stattdessen übernimmt die Amygdala, Teil des limbischen Systems im Mittelhirn, die Steuerung. Auf diese Weise wird Gefahr signalisiert und die Abwehrmechanismen maximiert. Eine mit Sprache versehene Speicherung des Geschehens kann ohne die Funktionsweise des Neokortex nicht mehr erfolgen. Sinneswahrnehmungen werden dadurch über lange Zeit fragmentiert, dissoziiert und lückenhaft gespeichert. Diese Erinnerungsfragmente können dazu führen, dass der Mensch auch Jahre nach dem Trauma ähnliche Emotionen und körperliche Reaktionen fühlt und in ein Wiedererleben der traumatischen Reaktion gerät („Flashback“), wenn er Erinnerungsreizen („Trigger“) in Form von Bildern, Geräuschen, Gerüchen oder Verhalten ausgesetzt ist (Korittko & Pleyer, 2016). Diese Reaktion ist Teil der Symptomatik einer PTBS, welche im nächsten Kapitel erläutert wird.

Wenn die im zweiten Schritt aktivierten Notfallreaktionen in Form von Flucht- und Kampfversuchen jedoch wirkungslos oder unmöglich erscheinen, erstarrt der Mensch (No Fight - No Flight - Freeze). Im Gegensatz zu der übernatürlichen vorherigen Aktivitätsbereitschaft, werden die Sinneswahrnehmungen abgeschaltet und das Individuum unterwirft sich der Situation. In der Schutzlosigkeit des Erstarrens erlebt das Individuum eine Traumatisierung und gerät in die sogenannte traumatische Zange (ebd.).

Abbildung 4 veranschaulicht die beschriebenen Vorgänge während eines traumatischen Erlebnisses:

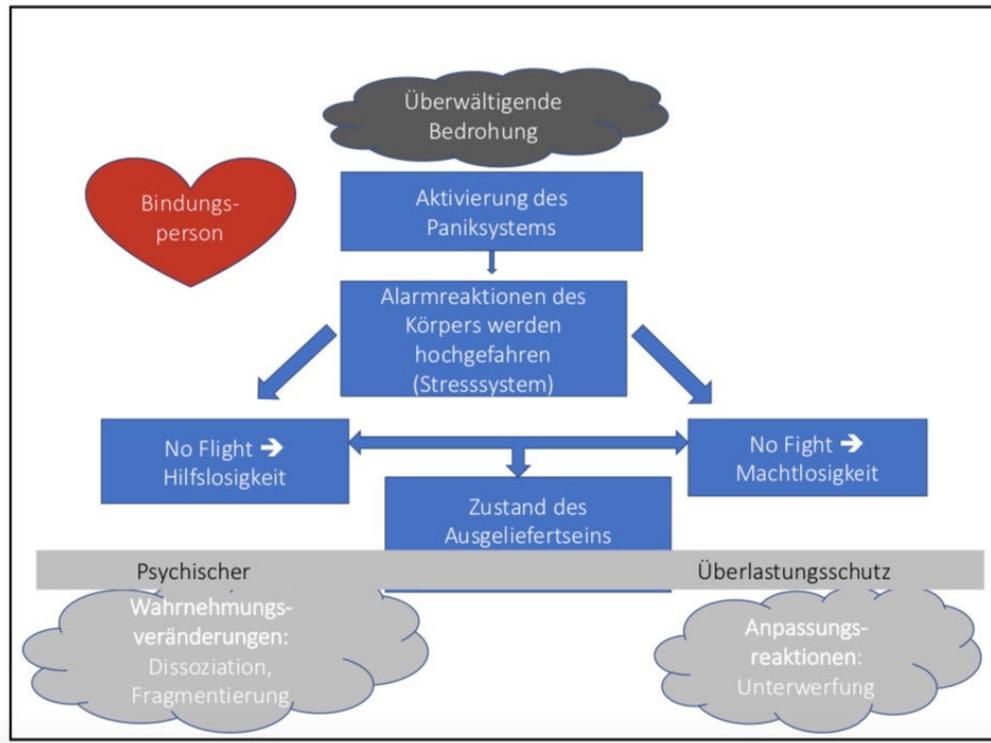


Abb. 4: Die Physiologie eines Traumas (Scherwath, 2019, S. 4)

Der Zustand des Ausgeliefertseins in obiger Abbildung repräsentiert die Traumatische Zange, die Wahrnehmungsveränderungen als psychischer Überlastungsschutz führen zur fragmentierten Abspeicherung und möglichen Flashbacks durch Trigger. Hier liegt auch die Gefahr für die Entwicklung einer PTBS. Diese wird hinsichtlich ihrer Diagnostik und Klassifikation, Epidemiologie und Symptomatik im nachfolgenden Kapitel vorgestellt.

3.3 Die Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung findet sich im ICD-10 im Kapitel F43, das Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen beschreibt und ist mit dem Code F43.1 versehen. Zusammen mit der akuten Belastungsreaktion (F43.0) und der Anpassungsstörung (F43.2) bildet sie eine eigene Störungsgruppe (Dilling & Freyberger, 2016). Im DSM-V wird die PTBS der Sektion ‚Trauma- und Stressbezogene Störungen‘ zugeordnet und mit dem Code 309.81 versehen (Falkai & Wittchen, 2015). Im Folgenden wird das Störungsbild der PTBS exemplarisch anhand der Klassifikation des ICD-10 vorgestellt, da dieses das zentrale Klassifikationssystem für psychiatrische Diagnosen im deutschsprachigen Raum darstellt.

Diagnostische Kriterien

Das Hauptkriterium für eine PTBS im ICD-10 umfasst das Vorliegen eines traumatischen Ereignisses, welches in Kapitel 3.1 bereits als „belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Dilling & Freyberger, 2016, S. 173) definiert wurde. Als hinreichende Symptome werden drei Kernbereiche beschrieben:

1. Wiederholtes Erleben (Intrusion) der traumatischen Situation durch anhaltende Erinnerungen, Flashbacks oder (Alb)Träume
2. Vermeidung von Aktivitäten oder Situationen, die an das Trauma erinnern
3. Entweder massive Erinnerungslücken an die traumatische Situation oder eine erhöhte vegetative Übererregtheit/Hyperarousal (z.B. Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz oder Schreckhaftigkeit)

Als weiteres Kriterium sollten diese Symptome innerhalb von 6 Monaten nach dem traumatischen Ereignis auftreten (Dilling & Freyberger, 2016).

Epidemiologie

Generell lässt sich festhalten, dass die Mehrheit der Menschen im Laufe ihres Lebens von einem traumatischen Erlebnis betroffen ist. Die allgemeine Traumaprävalenz variiert in der Literatur zwischen 20% und 90%. Geschlechtsspezifisch lässt sich feststellen, dass Männer häufiger traumatische Ereignisse erleben als Frauen (Tagay et al., 2016). Von allen traumatisierten Menschen entwickeln jedoch nur 10-20% eine PTBS. Die Entwicklung des psychischen Störungsbildes hängt dabei maßgeblich von der Art des traumatischen Erlebnisses ab. In Kapitel 3.1 wurde anhand der verschiedenen Trauma-Typologien bereits erwähnt, dass von Menschen verursachte Traumata eine höhere Wahrscheinlichkeit für Traumafolgestörungen mit sich bringen. Dies spiegelt sich auch in Statistiken wider: Physische, vor allem sexuelle Übergriffe, führen bei über 50% der Betroffenen zu einer PTBS. Ein deutlich geringerer Anteil Betroffener von Naturkatastrophen hingegen (etwa 5%) entwickelt eine Traumafolgestörung. Während Männer häufiger Traumata erleben, haben Frauen im Gegensatz ein etwa doppelt so hohes Risiko, eine PTBS zu entwickeln. Risikopopulationen stellen vor allem Berufsfelder mit Sicherheitsaufgaben wie die Polizei, Feuerwehr oder das Militär dar (Schönfeld, Boos & Müller, 2011).

Die Lebenszeitprävalenz für eine PTBS in Deutschland wird mit 1,5-2,3% angegeben (Deutscher Bundestag, 2016). Andere Schätzungen geben eine Lebenszeitprävalenz für Frauen von 10-12% und für Männer von 5-6% an (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, 2022). Während die Lebenszeitprävalenz damit in der Literatur zwischen 1,5% und 12% variiert und sich nicht eindeutig feststellen lässt, ist jedoch die Tatsache, dass Frauen ein doppelt so hohes Risiko haben wie Männer, mehrfach belegt (Tagay et al., 2016).

Das Störungsbild einer PTBS weist eine hohe Komorbidität mit anderen Krankheiten auf. Die häufigsten zusätzlichen Krankheitsbilder stellen dabei Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Suchterkrankungen oder Persönlichkeitsstörungen dar. Studien ergaben, dass bis zu 90% der PTBS-Betroffenen von einer weiteren Erkrankung betroffen sind (ebd.).

Symptomatik

Die zu Beginn dieses Kapitels beschriebenen Symptomgruppen zur Diagnostik einer PTBS werden nachfolgend anhand vieler Einzelsymptome beschrieben, um ein umfassendes Bild von den möglichen Auswirkungen eines Traumas und der Symptomatik einer PTBS abzuzeichnen.

1. Intrusionen/Wiedererleben

Patient:innen mit einer PTBS werden oftmals sowohl im wachen Zustand als auch während des Schlafs ungewollt von Erinnerungen, inneren Bildern oder Geräuschen an das Trauma überflutet. Diese Intrusionen erscheinen so häufig und lebhaft, dass sie zu einer massiven Belastung bei den Betroffenen führen. Die Erinnerungen treten spontan auf oder werden durch Schlüsselreize (Trigger) hervorgerufen und können ein Gefühl des Überwältigtwerdens auslösen.

Träume bzw. Alpträume enthalten meist Erinnerungsbruchstücke an das Trauma und können die Patientin/den Patienten jahrelang im Schlaf begleiten. Sogenannte Flashbacks oder auch Nachhallerlebnisse werden durch Schlüsselreize in Form von Geräuschen, Gerüchen, Gegenständen o.Ä. hervorgerufen. Sie sind meist nur kurzandauernd aber durch eine Plötzlichkeit, Heftigkeit und Lebendigkeit charakterisiert, sodass die Betroffenen das Gefühl haben, das traumatische Erlebnis erneut zu durchleben. Diese Erinnerungsattacken gehen oftmals mit physiologischen körperlichen Reaktionen wie Schwitzen, Zittern, Atembeschwerden, Herzklopfen oder -rasen,

Übelkeit oder Magen-Darm-Beschwerden oder starken Ängsten einher. Es kann eine starke Ähnlichkeit zu halluzinatorischen oder dissoziativen Zuständen bestehen (Maercker, 2013).

Gefühlt befinden sich die Patient:innen ‚in einem alten Film‘ und können nicht mehr zwischen der vergangenen traumatischen Situation und der aktuellen Situation, in der sie sich gerade befinden, unterscheiden. Aus neurobiologischer Sicht entstehen diese Flashbacks durch die veränderte Funktionsweise des Gehirns während einem traumatischen Erlebnis (siehe 3.2) (Scherwath & Friedrich, 2016).

2. Vermeidungsverhalten

Menschen, die an einer PTBS leiden, versuchen meist, die Überflutung durch Erinnerungen zu vermeiden und nicht mehr an das auslösende Trauma zu denken. Die Gedanken- und Gefühlsvermeidung kann sich durch Gedankenstoppversuche oder Selbstkommentare äußern. Trotz intensiven Bemühungen gelingt dies aber oftmals nicht. Diese Erfolgslosigkeit wiederum kann zu Teilamnesien oder dissoziativen Zuständen führen. Wenn die Gedanken zu überwältigend sind und sich Intrusionen nicht vermeiden lassen, erinnern sich manche Patient:innen nur noch sehr unscharf und bruchstückhaft an das Erlebte oder haben im Extremfall eine komplette Erinnerungslücke an das Trauma. Vermeidungsverhalten kann sich auch durch spezifisches Verhalten äußern, durch das die Betroffenen Aktivitäten oder Situationen meiden, die an das traumatische Ereignis erinnern (z.B. Meiden bestimmter Orte oder Aktivitäten wie Bahn fahren etc.).

Ein weiteres Symptom, das mit dem Vermeidungsverhalten zusammenhängt, ist das Numbing, welches im Deutschen mit ‚Abflachung der allgemeinen Reagibilität‘ übersetzt werden kann. Numbing umfasst eine deutliche Interessensverminderung, ein Entfremdungsgefühl sowie einen eingeschränkten Affektausdruck und sozialen Rückzug. Betroffene erleben ein Gefühl von emotionaler Stumpfheit und eine allgemeine Beschädigung ihrer Gefühlswelt. Es herrscht ein deutlich vermindertes Interesse an alltäglichen Aktivitäten und vor dem Trauma gern ausgeführten Tätigkeiten. Das Entfremdungsgefühl meint eine subjektiv erlebte Fremdheit und Losgelöstheit von allen Personen, die kein Trauma erlebt haben und hat sozialen Rückzug zur Folge. Auch eine Perspektivlosigkeit hinsichtlich Zukunftsplanung begleitet oft Menschen mit

einer PTBS. Zusammengefasst gehen alle Numbing-Symptome mit Merkmalen von negativer Affektivität einher (Maercker, 2013).

3. Übererregtes vegetatives Nervensystem/Hyperarousal

Hyperarousal bezeichnet eine Form des übererregten vegetativen Nervensystems und meint alle körperlichen Symptome, die in Verbindung mit dem traumatischen Erlebnis stehen. Grundsätzlich ist dabei die Erregungsschwelle des Nervensystems gesenkt, sodass sich Belastungen früher und intensiver auswirken. Die Erregungssteigerung äußert sich meist durch mehrere der folgenden Merkmale:

Das Schlafverhalten ist beeinträchtigt und Betroffene leiden unter Ein- und Durchschlafschwierigkeiten. Die Schlafstörungen können im Zusammenhang mit Intrusionen oder Alpträumen bestehen.

Am Tag erleben viele Patient:innen eine erhöhte Wachsamkeit, auch als Hypervigilanz bezeichnet. Es besteht ein ständiges Gefährdungsgefühl und eine erhöhte Wachsamkeit gegenüber äußeren Reizen wie Geräuschen oder fremden Personen. Dadurch steigt auch die Schreckhaftigkeit an. Schon leichte Geräusche und Bewegungen können zu übermäßigem Erschrecken führen. Charakteristisch ist auch eine erhöhte Reizbarkeit oder Aggressivität. Durch das dauerhaft angespannte Nervensystem ist der Mensch anfälliger für Reize jeglicher Art und reagiert darauf impulsiver oder mit plötzlichen Wutausbrüchen. Ebenfalls eingeschränkt ist in diesem Zusammenhang die Fähigkeit, sich zu konzentrieren. Schon einfache alltägliche Abläufe können eine Herausforderung darstellen (Maercker, 2013).

Der Zustand der Übererregung ist somit durch eine erhöhte Wachsamkeit gekennzeichnet. Das Nervensystem ist dauerhaft auf eine mögliche Gefährdung eingestellt, die Notfallreaktionen wie Fliehen oder Kämpfen erfordert. Dadurch stellt der Organismus eine erhöhte Menge an Stresshormonen bereit, womit das Stresssystem permanent aktiviert ist und sich durch die beschriebenen Symptome des Hyperarousals äußert (Scherwath & Friedrich, 2016).

Betroffene einer Traumatisierung beschreiben ihre Erfahrungen und Symptome einer Traumatisierung wie folgt:

„Es zieht mir den Boden unter den Füßen weg. [...] Mein Körper befindet sich im Ausnahmezustand. Ich brauche Hilfe dabei, mein Nervensystem [...] und meinen gesamten Organismus [...] wieder in einen funktionalen Zustand zu reorganisieren.“ (Korittko & Pleyer, 2016, S. 41).

Diese Worte verdeutlichen die Schwere der seelischen Verletzung und die tiefgreifenden Veränderungen, die eine Traumatisierung mit sich ziehen kann. Sowohl im alltäglichen (Er)Leben (Intrusionen, Vermeidungsverhalten) als auch auf körperlicher Ebene (Hyperarousal) haben Betroffene mit massiven Einschränkungen und Belastungen zu kämpfen.

Nachfolgend soll nun erörtert werden, welche Effekte in der MKI auftreten können, wenn eine traumatisierte Mutter sich ihrem Kind zuwendet. Was kann in den Interaktionen geschehen, wenn die Mutter im alltäglichen Erleben unter Flashbacks und einem übererregten Nervensystem leidet und demzufolge mit Vermeidungsverhalten oder Numbing reagiert? Welche Veränderungen in den Interaktionen sind möglich, die wie beschrieben ein hohes Maß an Feinfühligkeit, eine positive Befindlichkeit der Mutter, emotionale Verfügbarkeit und Regulationshilfen erfordern? In Kapitel 4 werden diese Fragen anhand von Studien und gewonnenen Erkenntnissen erörtert.

4. Auswirkungen einer PTBS auf die Mutter-Kind-Interaktion

In Deutschland leben schätzungsweise rund 3 Millionen Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil (Bauer et al., 2010). Eine psychische Erkrankung der Eltern gilt für die kindliche Entwicklung als Hochrisikofaktor. Die Besonderheit und die Komplexität dieser Konstellation liegt darin begründet, dass eine psychische elterliche Erkrankung eine familiäre und meist sogar transgenerationale Betrachtungsweise erfordert (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017). Die häufigste Annahme für die Wirkungszusammenhänge im familiären System liegt dabei in der Hypothese, dass Störungen in der MKI als Folge der mütterlichen Erkrankung zu sehen seien. Mütterliche psychische Störungen im Postpartalzeitraum können vor allem den Aufbau einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung stören und langfristige Störungen der kindlichen Entwicklung hervorrufen (Reck, 2014). Zu den Auswirkungen einer mütterlichen psychischen Erkrankung und der Interaktionsqualität erschienen zum Ende des 20. Jahrhunderts und zu Beginn des 21. Jahrhunderts vor allem Studien, die sich mit mütterlichen depressiven Erkrankungen im Postpartalzeitraum beschäftigten (Deneke & Lüders, 2003). Da eine postpartale Depression zu den häufigsten Störungen junger Mütter zählt, rückte sie in den Vordergrund von wissenschaftlichen Betrachtungen (Reck, 2007).

Auch ca. 20 Jahre später stellten Reck, Tietz, Müller, Seibold & Tronick (2018) fest, dass Studien bislang hauptsächlich depressive Mütter in ihrem Interaktionsverhalten fokussiert hatten und untersuchten in ihren Forschungsprojekten Auswirkungen einer

mütterlichen Angsterkrankung. Ebenfalls unterstrichen sie die Wichtigkeit zu Forschungen auf diesem Themengebiet, einerseits aufgrund der vulnerablen Lebensphase der Kinder und andererseits aufgrund der hohen Prävalenzen, die sie mit 13% für eine postpartale Depression und 12% für eine postpartale Angsterkrankung angeben (ebd.).

Daniel Schechter, amerikanischer Psychiater und Wissenschaftler, fokussiert seine Forschungen dagegen seit Beginn des 21. Jahrhunderts auf Schwierigkeiten in der Elternschaft von Müttern, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden. Bekannt geworden sind dabei u.a. Beiträge zu Auswirkungen des Terrorangriffs vom 11. September 2001 in New York. In mehreren Studien konnte er nachweisen, dass Müttern mit posttraumatischem Stresserleben die Elternschaft deutlich erschwert ist und sich u.a. negativ auf das Interaktionsverhalten auswirken kann (Schechter, 2017).

Der Forschungsüberblick zeigt: Studien zu traumatisierten Müttern sind relativ jung und im Gegensatz zu depressiven Müttern noch nicht umfassend erforscht (Bochsler, 2022). Daniel Schechter lieferte hierfür mit seinem Fokus auf dem Forschungsgebiet traumatisierter Mütter wichtige Erkenntnisse, weshalb seine Forschungsergebnisse schwerpunktmäßig dargestellt werden.

In diesem Kapitel soll der Fragestellung der Arbeit nachgegangen werden, inwiefern sich eine mütterliche PTBS auf die MKI auswirken kann. Dafür wird zunächst ein Überblick über Zusammenhänge einer generellen mütterlichen psychischen Erkrankung und dem Interaktionsverhalten gegeben. Aufgrund der beschriebenen Vielzahl an Literatur über hauptsächlich depressive Mütter soll in Kapitel 4.1 noch keine Eingrenzung auf traumatisierte Mütter stattfinden. Die in Kapitel 3.3 benannte häufige Komorbidität von Traumatisierungen und affektiven Erkrankungen erlaubt außerdem eine Übertragung von den Krankheitsbildern der Depressionen und Angsterkrankungen auf posttraumatisches Erleben. Kapitel 4.2 fokussiert dann speziell mütterliche Traumatisierungen, abschließend werden in Kapitel 4.3 mögliche Interventionsmöglichkeiten dargestellt.

Deneke & Lüders (2003) fassen zusammen, dass psychische Krankheiten der Eltern die Interaktion mit ihren Kindern beeinträchtigen können, dies aber nicht zwangsläufig müssen. In jedem Falle sei es ratsam, die Interaktion im Falle von psychischen Beeinträchtigungen zu beobachten, da eine gesunde EKI mit erheblichem Ausmaß zu einer sicheren Bindungsentwicklung und einer gesunden kognitiven Entwicklung des Kindes beitrage.

Gestörte Interaktionsmuster dagegen

„liegen außerhalb des hier beschriebenen Gleichgewichts von Harmonie und Disharmonie, von Missverständnis und Wiederherstellung der emotionalen Einheit, von Stimulation und Beruhigung, von sich wiederholenden und neuen Interaktionsformen. Vereinfacht könnte man sie als ein ‚Zuviel‘ oder ‚Zuwenig‘ charakterisieren. Feindselige, ängstliche, falsch positive Affekte können sie färben, sie können von affektivem Rückzug geprägt sein oder in impulsiv übergriffige Handlungen münden. Nach klinisch-pragmatischen Gesichtspunkten teilen wir sie in zwei Kategorien – emotionale Unerreichbarkeit und Überstimulation – ein.“ (Deneke & Lüders, 2003, S. 176)

Diese zwei Kategorien sowie Beispiele für Auswirkungen einer psychischen Erkrankung auf das Interaktionsverhalten werden nachfolgend dargestellt.

4.1 Psychisch kranke Mütter und Elternschaft

Allgemein ist anzunehmen, dass sich „postpartale psychische Störungen [...] nachteilig auf den Aufbau einer stabilen Mutter-Kind-Beziehung (»mütterliches Bonding«) und die Entwicklung des Kindes auswirken [können]“ (Reck, 2014, S. 303). Dazu tragen neben der Beeinträchtigung der Versorgungsfunktion vor allem Interaktionsdefizite bei (Bauer et al., 2010).

Wie in dem einleitenden Zitat von Deneke und Lüders beschrieben, unterteilen mehrere Autor:innen diese Interaktionsdefizite dabei in zwei Subgruppen, die Corinna Reck (2015) als ‚Rückzug versus Intrusivität‘ bezeichnet: Die erste Subgruppe meint eine von Desinteresse seitens der Mutter geprägte Interaktion. Sie zeigt dabei ein zurückgezogenes und wenig engagiertes Verhalten und tendiert zu einer Unterstimulation. Die zweite Subgruppe ist geprägt von einem intrusiven und aufdringlichen Verhalten. Die Mutter interagiert mit lauter Stimme mit ihrem Kind, zeigt Affekte von Anspannung und Ärger, unterbricht das Kind in seinen Tätigkeiten und neigt zu einer Überstimulation (Klier & Muzik, 2001; Reck, 2015).

Die Subgruppe der Mütter mit Rückzugsverhalten in den Interaktionen ist dabei vor allem durch eine emotionale Unerreichbarkeit charakterisiert, die sich durch mangelnde Responsivität äußert. Die Mutter kann die kindlichen Signale nicht oder nur mit einer starken Verzögerung wahrnehmen und verhindert somit ein ideales Interaktionsverhalten, welches sich zum Beispiel durch feinfühliges Verhalten oder intuitive elterliche Kompetenzen äußert (siehe Kapitel 2.1 und 2.2). Die verzögerte oder gar nicht eintreffende Reaktion der Mutter verhindert Kontingenzerfahrungen des Kindes und das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Besondere Auswirkungen hat dies auch auf die notwendige mütterliche Unterstützung der kindlichen Regulation. Bleibt die

Mutter emotional unerreichbar, wendet sich das Kind ab, in dem Versuch, sich selbst zu regulieren. Je nach Temperament des Kindes bleibt es dabei entweder in einem dysregulierten Zustand oder eignet sich ebenfalls ein passiv-zurückgezogenes Interaktionsverhalten an. Eine gelungene Interaktion im Sinne des ‚Mutual Regulation‘ Modells (siehe Kapitel 2.4) mit dem Potenzial, Interaktionsstörungen rasch zu korrigieren ist hier dann ebenfalls nicht möglich (Deneke & Lüders, 2003).

Die Subgruppe, die durch mütterliche Intrusivität gekennzeichnet ist, umfasst vor allem Mütter, die ihr Kind überstimulieren und unabhängig von den kindlichen Signalen zu einer Reaktion herausfordern. Durch die negativen Affekte der Mütter und tendenziell aggressives und feindseliges Verhalten reagiert das Kind mit Rückzug und Abwendung. Vor allem bei depressiven Müttern führt dies wiederum zu Enttäuschung und negativen Affekten, sodass sich ein Teufelskreis aus angespannten und wenig feinfühligem Interaktionsmustern entwickelt. Die MKI ist geprägt von ablehnender Haltung, negativen Zuschreibungen und erhöhtem Stresserleben auf beiden Seiten (Reck, 2015). Beide Subgruppen haben gemeinsam, dass sie durch einen Mangel an Feinfühligkeit, Empathie und emotionaler Verfügbarkeit gekennzeichnet sind. Eine mütterliche psychische Erkrankung verringert die Fähigkeit, kindliche Signale wahrzunehmen, sie richtig zu interpretieren und angemessen und prompt zu beantworten. Das Sensitivitätskonstrukt, welches einen entscheidenden Beitrag zu einer gelungenen MKI beiträgt, ist somit stark beeinträchtigt (Reck, 2014). Mechthild Papoušek betont zudem die Auswirkungen auf die intuitiven elterlichen Kompetenzen:

„Sind die Eltern von intensiven negativen Affekten und/oder unlösbaren Konflikten absorbiert, können die kindlichen Signale nicht durchdringen. Bei einer Depression der Mutter mit Symptomen von Antriebshemmung und dem Gefühl der Gefühllosigkeit werden sehr häufig auch die intuitiven Kompetenzen in ihrer Ausprägung gehemmt und blockiert.“ (Papoušek & Wollwerth de Chuquisengo, 2015, S. 148 f.)

In einer Studie von 2011 untersuchten Reck et al. außerdem den Zusammenhang zwischen mütterlichen Depressionen und dem Interaktionsverhalten während des bereits in Kapitel 2.4 vorgestellten Still-face Experiments. Zielsetzend sollte der Zusammenhang zwischen mütterlicher Depression und der MKI im Still-face Experiment erarbeitet werden. Die Studie nahm somit Bezug auf das ‚Mutual Regulation‘ Modell und den Stellenwert der ‚interactive repair‘. Durch die Fähigkeit, Interaktionsstörungen zu beseitigen werden Selbstwirksamkeitserfahrungen möglich. Der Transformationsprozess von unkoordinierten zu synchronen Zuständen verhilft dem Kind außerdem zum Erlernen von wirksamen Regulationsprozessen. Die Studie startete

mit der Hypothese, dass depressive Mütter eine geringere Fähigkeit haben, Interaktionsstörungen rasch zu beseitigen. Es wurde außerdem erwartet, dass die depressiven Mütter in der Interaktion weniger positive ‚matches‘ und mehr ‚mismatches‘ aufweisen würden. Die Studie umfasste 28 Mutter-Kind-Dyaden mit depressiven Müttern und in der Kontrollgruppe 34 gesunde Mutter-Kind-Dyaden. Die Mütter mit ihren Kindern wurden während des Still-face Experiments und den drei dazugehörigen Phasen gefilmt und die Interaktionen wurden anschließend klinisch ausgewertet. Die Ergebnisse der Studie konnten die hypothetischen Annahmen bestätigen: Depressive Mütter und ihre Kinder zeigten weniger Zustände mit positiver Affekt Abstimmung als gesunde Mutter-Kind-Dyaden. Sie benötigten außerdem deutlich länger für die Reparationsprozesse, also der Transformation von einem nicht koordiniertem Affektzustand zu einer synchronen Übereinstimmung. Der Kontrollgruppe gelang es außerdem in der Spielepisode deutlich schneller, eine positive Interaktion herzustellen als der Interventionsgruppe. Depressive Mütter zeigen damit weniger positive Interaktionen und haben größere Schwierigkeiten, unkoordinierte Interaktionen zu beheben. Eine mütterliche Depression wirkt sich demnach im Sinne des ‚Mutual Regulation‘ Modells nachteilig auf die MKI aus (Reck et al., 2011).

Der Überblick über psychische Erkrankungen in der Elternschaft zeigt, dass sich eine mütterliche psychische Erkrankung negativ auf das Interaktionsverhalten mit dem Kind auswirken kann. Sowohl im Falle einer mütterlichen Depression als auch bei Angsterkrankungen wird eine gelungene Interaktion im Sinne des Feinfühligkeitskonstrukts, der intuitiven elterlichen Kompetenzen oder des ‚Mutual Regulation‘ Modells beeinträchtigt.

Zusammengefasst wirken sich dabei vor allem das mütterliche Rückzugsverhalten, die emotionale Unerreichbarkeit, eine mangelnde Sensitivität und Responsivität und der negative Affektzustand nachteilig auf die Interaktion aus. Es kommt zu Bindungsschwierigkeiten zwischen Mutter und Kind. Mütterliche Regulierungsschwierigkeiten erschweren dem Kind die Fähigkeit zur Selbstregulation. Ebenfalls können dadurch kindliche Kontingenzerfahrungen und Selbstwirksamkeitserfahrungen beeinträchtigt werden. Eine mütterliche psychische Erkrankung stellt somit einen Risikofaktor für eine gesunde kindliche Entwicklung dar.

4.2 Traumatisierte Mütter in der Mutter-Kind-Interaktion

In diesem Kapitel sollen nun spezifisch Mütter, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, im Hinblick auf das Interaktionsverhalten mit ihrem Kind betrachtet werden. Bezugnehmend auf die in Kapitel 3.3 vorgestellte Symptomatik, leiden diese sowohl unter schweren körperlichen Beeinträchtigungen wie einem permanenten Ausnahmezustand durch ein übererregtes Nervensystem als auch unter klinisch relevanten Problemen im alltäglichen Leben wie Vermeidungsverhalten, Intrusionen und Numbing-Symptomen. Es lässt sich festhalten, dass die PTBS

*„eine emotionale Dysregulationsstörung [ist], bei der die traumatischen Erinnerungsspuren und die sie begleitenden Affekte das Individuum dermaßen überwältigen, dass es dann primär um Überleben und Selbstregulierung und weniger um Zugehörigkeit und gegenseitige Regulierung gehen muss.“
(Schechter, 2017, S. 55)*

Anforderungen an eine gelungene Mutter-Kind-Interaktion, die sich zusammenfassend aus den in Kapitel 2 vorgestellten Theorien ergeben, sind feinfühliges Verhalten und Wahrnehmen des Kindes, Anpassungen im Kommunikationsverhalten durch intuitive elterliche Kompetenzen, biologisch verankerte Interaktionsmechanismen, die verschiedene Ebenen im elterlichen Verhalten ausgestalten sowie wechselseitige Regulation und gegenseitige Anpassung. Um diese Anforderungen im Sinne einer gesunden MKI erfüllen zu können, muss die Mutter emotional verfügbar und aufmerksam sein. Sie sollte reflexive Fähigkeiten haben und flexibel und zeitnah auf das Kind reagieren können. Insbesondere ein eigener stabiler Zustand und die Fähigkeit, sich selbst regulieren zu können, ermöglichen dem Kind wichtige Unterstützung und Lernerfahrungen bei der kindlichen Regulation.

Vergleicht man den Zustand einer Mutter mit posttraumatischem Stresserleben mit den Anforderungen, die eine gelungene MKI mit sich bringt, lässt sich feststellen, dass eine mütterliche PTBS die MKI erheblich beeinträchtigen kann.

Es ist daher anzunehmen, dass psychopathologische Beeinträchtigungen der Mutter wie eine PTBS die wechselseitige Interaktion zwischen Mutter und Kind stören und die fein aufeinander abgestimmten Kommunikationsmuster außer Kraft setzen können (Schechter & Rusconi Serpa, 2013).

Wie bereits erwähnt, fokussierte Daniel Schechter seine Forschungen auf Elternschaft von Müttern mit posttraumatischem Stresserleben (Schechter, 2017).

Die folgende Grafik zeigt die Auswirkungen einer mütterlichen PTBS auf das Interaktionsverhalten, wie Schechter sie in seinen Studien erarbeitet hat.

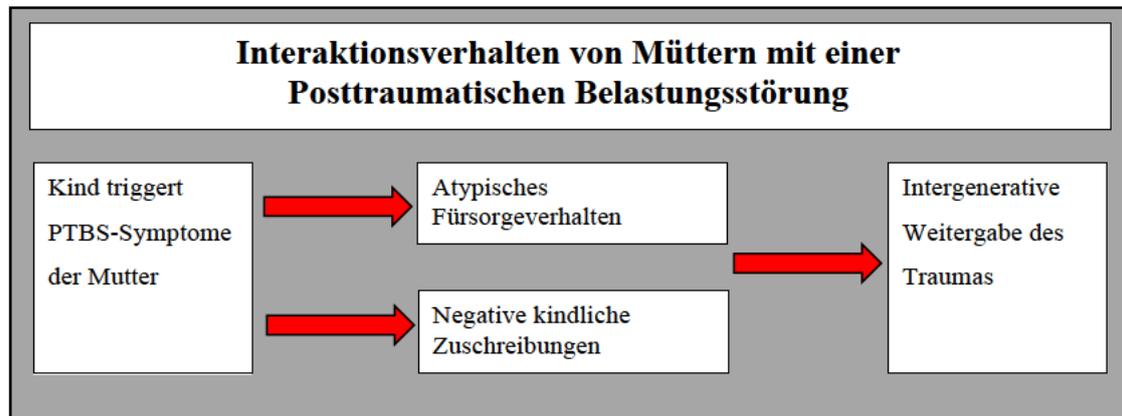


Abb. 5: Interaktionsverhalten von traumatisierten Müttern
(Eigene Darstellung, H.D., in Anlehnung an Schechter & Rusconi Serpa, 2013, S. 231 f.)

Abbildung 5 veranschaulicht die durch eine mütterliche PTBS beeinträchtigte Mutter-Kind-Interaktion. Anhand klinischer Studien konnte Schechter die Besonderheit herausarbeiten, dass Mütter den regelmäßigen **kindlichen Disstress als Trigger** ihrer PTBS erleben. Negative Affektäußerungen und die begrenzte Fähigkeit der Kinder, Emotionen zu regulieren, lösen bei Müttern mit posttraumatischem Stress Erinnerungen an die eigene Angst und Hilflosigkeit während des traumatischen Erlebens aus. Das Stresssystem wird hochgefahren und die traumatische Zange aktiviert.

Diese eigene Dysregulation führt dazu, dass Mütter ihr **Fürsorgeverhalten vernachlässigen**. Die Mutter reagiert unangemessen oder mit emotionalem Rückzug auf die kindlichen Bedürfnisse. Gleichzeitig kann die **Wahrnehmung** des Kindes durch das eigene Trauma **auf negative Weise verzerrt** werden. Dem Kind werden Eigenschaften zugeschrieben, die mit dem mütterlichen Trauma korrelieren. Auf diese Art und Weise besteht wiederum die Gefahr der **intergenerativen Weitergabe** des Traumas. Durch die reaktivierten traumatischen Gedächtnisspuren der Mutter kann das Trauma an das Kind übertragen werden (Schechter & Rusconi Serpa, 2013).

Im Folgenden sollen die einzelnen Prozesse während dieses beeinträchtigten Interaktionsverhaltens detaillierter erläutert werden.

4.2.1 Das Kind als Trigger der PTBS-Symptome

Zentral für Schechters Studien zu traumatisierten Müttern und ihren Kleinkindern ist die Annahme, dass „Mütter mit einer [...] posttraumatischen Belastungsstörung [...] regelmäßigen Disstress ihres Kleinkindes als erneuten Auslöser für bereits bestehenden posttraumatischen Stress erleben können.“ (Schechter & Rusconi Serpa, 2013, S. 231).

Unter ‚regelmäßigem Disstress ihres Kleinkindes‘ sind dabei sowohl seelische kindliche Zustände von Hilflosigkeit, Frustration, Wut und Schrecken zu verstehen (ebd.) als auch normales kindliches Unbehagen wie Müdigkeit, Hunger oder das Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung. Auch diese alltäglichen kindlichen Missstimmungen können bei traumatisierten Müttern traumatische Gedächtnisspuren reaktivieren. Die Mütter werden dabei an das traumatische Erleben erinnert und erleben erneut seelische Zustände von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein. Durch ihr zurückliegendes Trauma sind sie äußerst empfindlich gegenüber negativen Affekten und reagieren mit starker Stressaktivierung (Schechter & Willheim, 2016). Erklären lassen sich diese Reaktionen durch die in Kapitel 3.2 vorgestellte Physiologie eines Traumas. Die abgespeicherten Erinnerungen an das traumatische Erleben werden durch Erinnerungsreize, also die starken negativen Affekte des Kindes, reaktiviert und die Mutter gerät in ein Wiedererleben der traumatischen Reaktion. Die empirischen Studien ergaben, dass traumatisierte Mütter entweder mit Flucht- oder Kampfreaktionen reagieren oder mit einer Erstarrungsreaktion, was dem Erleben der traumatischen Zange entspricht (No Fight, No Flight, Freeze).

Bezüglich der Interaktion zwischen dem Kind und seiner Mutter bedeutet dies, dass die Mutter ihrer Regulationsfunktion nicht nachkommen kann. Sie unterstützt das Kind nicht dabei, seine Gefühlszustände zu steuern und im Zuge der wechselseitigen Regulierung Interaktionsstörungen zu beseitigen (ebd.).

Verantwortlich für die Störung der mütterlichen Verfügbarkeit und der Regulationsfunktion sind auch neurobiologische Mechanismen im Gehirn, die durch veränderte neuronale Aktivierungen beeinflusst werden. Neuro-bildgebende Verfahren haben ergeben, dass sich bei traumatisierten Müttern eine höhere Aktivierung in den limbischen Bereichen und eine Abschaltung der höheren kortikalen Areale nachweisen lässt (Schechter & Rusconi Serpa, 2013). Wie in Kapitel 3.2 erklärt, sind die kortikalen Areale für eine bewusste und vernunftgesteuerte Handlungsplanung zuständig. Das Abschalten dieser Bereiche verhindert, dass die Mutter den Disstress ihres Kindes bewusst und reflektiert wahrnehmen kann. Stattdessen bewirkt die erhöhte Aktivierung des limbischen Systems ein verstärktes Affektverhalten der Mutter wie negative Zuschreibungen, Vermeidungsverhalten oder unangemessene Reaktionen. Eine bewusste Mentalisierung, also die Fähigkeit, die eigene Befindlichkeit und die des Kindes zu reflektieren, ist nicht möglich. Somit erhält das Kind keine ausreichende

Unterstützung bei der Regulierung der affektiven Zustände (Schechter & Willheim, 2016).

Die eingangs erwähnte Hypothese, dass das Kind den posttraumatischen Stress der Mutter triggern kann und die dabei ablaufenden intrapsychischen Prozesse der Mutter veranschaulicht Abbildung 6:

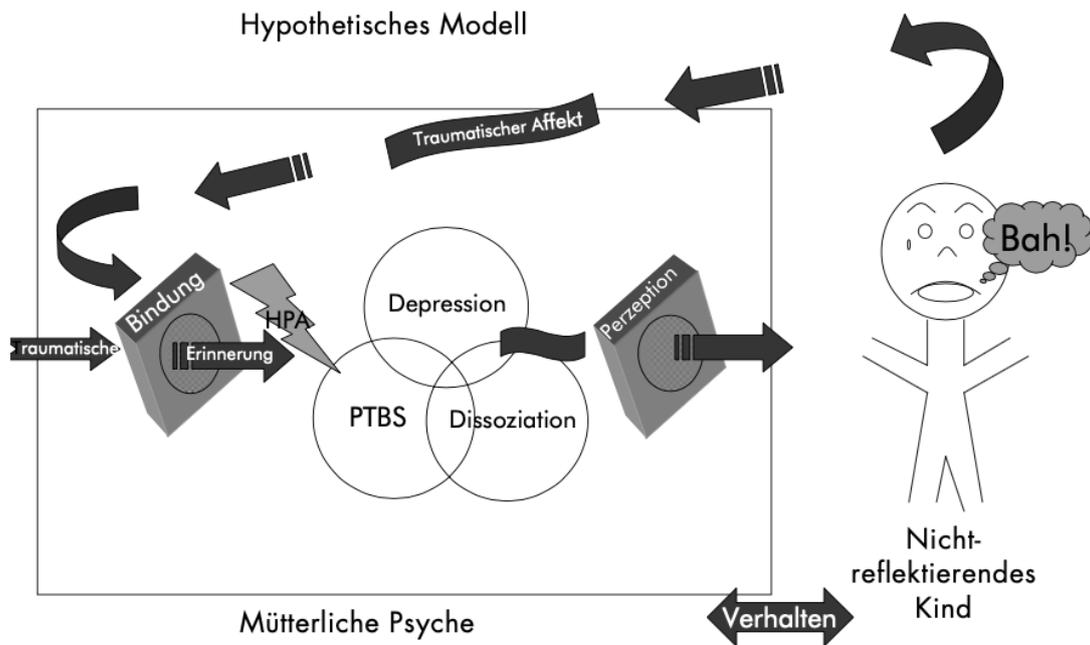


Abb. 6: Psychische Prozesse einer traumatisierten Mutter im Interaktionsverhalten (Schechter, 2019, S. 227)

Rechts in der Grafik ist das Kind zu erkennen, das Stresssignale an die Mutter sendet. Ähneln diese negativen Affekte der mütterlichen traumatischen Erfahrung, dann werden bei ihr durch das Verhalten des Kindes Erinnerungen an das Trauma aktiviert. Diese werden noch einmal durch ihr eigenes Bindungsmodell und Lebenserfahrungen aus der frühen Kindheit gefiltert. Ein eigenes sicheres Bindungsmodell wäre dabei als Schutzfaktor zu betrachten, ein unsicher-gebundenes Muster dagegen als Risikofaktor. Der Einfluss ‚HPA‘ in der Grafik repräsentiert die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse, also das Stresshormonsystem. Wie beschrieben wirken sich die neurobiologischen Mechanismen traumatisierter Mütter nachteilig auf die MKI aus. Trifft dieser Mechanismus auf die psychopathologischen Symptome einer PTBS (in der Grafik sind ergänzend auch noch depressive und dissoziative Symptome berücksichtigt, da diese häufig mit einer PTBS einhergehen), dann kann die Mutter das Kind nur perceptiv wahrnehmen. Dies bedeutet, dass eine reflexive und vernunftgesteuerte Wahrnehmung nicht mehr möglich ist. Das Kind wird zum Beispiel als Bedrohung wahrgenommen oder ihm werden negativ verzerrte Wahrnehmungen zugeschrieben.

Das daraus resultierende atypische Fürsorgeverhalten und die negativ verzerrte Wahrnehmung des Kindes werden im folgenden Kapitel detaillierter beschrieben.

4.2.2 Negativ verzerrte Wahrnehmungen

Als weitere Hypothese von Schechters Forschungen gilt,

„dass die Mehrheit der von einer PTBS betroffenen Mütter dazu neigten, ihr Kleinkind als eines der drei größten Stressoren in ihrem Leben zu bezeichnen, anstatt als eine Quelle der Freude. Sie haben verzerrte, negative und wenig integrierte mütterliche mentale Repräsentationen ihres Kindes.“ (Schechter & Rusconi Serpa, 2013, S. 233)

Wie Abbildung 6 aufzeigt, reagiert die Mutter im traumatischen Affekt und unter dem Mechanismus der perzeptiven Wahrnehmung entweder auf unangemessene Weise, mit Rückzugs- oder Vermeidungsverhalten oder mit falschen Zuschreibungen oder Fehlinterpretationen der kindlichen Signale (Schechter & Willheim, 2016). Schechters Forschungsgruppe konnte in Studien belegen, dass die negativ verzerrten Wahrnehmungen oder dem Kind falsch zugeschriebenen Eigenschaften im Zusammenhang mit dem erlebten Trauma und den Symptomen der PTBS stehen (Schechter & Rusconi Serpa, 2013).

Die empirischen Daten für oben erwähnte Studien stammen aus dem New-York-Eltern-Kind-Interaktion-Projekt (NY-PCIP), welches von 2004 bis 2007 am medizinischen Zentrum der Columbia Universität von der Forschungsgruppe um Daniel Schechter durchgeführt wurde.

Im Fokus der Studie standen die Faktoren, die die wechselseitige Regulation und Interaktion zwischen Mutter und Kind außer Kraft setzen können. Wie in Kapitel 4.2 beschrieben, wurde dabei hypothetisch angenommen, dass das Kind die PTBS-Symptomatik der Mutter triggern kann und somit von ihr als Bedrohung wahrgenommen wird. Dabei wurden folgende zentrale Fragestellungen untersucht:

1. Welche Unterschiede sind im Kontext des Fremde-Situations-Tests (FST) im Stresserleben zwischen traumatisierten und nicht-traumatisierten Müttern und dem Disstress ihrer Kinder erkennbar?
2. Wie verhalten sich traumatisierte Mütter im Wiedervereinigungsmoment und wie gehen sie mit den Affekten ihres Kindes um?
3. Wie unterscheiden sich traumatisierte und gesunde Mütter hinsichtlich der eigenen Affektwahrnehmung und der ihrer Kinder?

Als Stichprobe wurden aus den Patientinnen der Klinik N=77 Mütter mit ihren Kindern im Alter von 12-48 Monaten rekrutiert. Der Ablauf der Studie gliederte sich in drei Untersuchungszeitpunkte, bei denen Interviews und Beobachtungen durchgeführt und mit Video aufgezeichnet wurden. Beim ersten Treffen (T1) wurden die Mütter anhand von Erzählungen und standardisierter Diagnostik klinisch eingeschätzt und zu den mentalen Repräsentationen, also den Beschreibungen und der Beziehung zu ihrem Kind, befragt. Beim zweiten Treffen (T2) lag der Fokus auf Beobachtungen der MKI während des gemeinsamen Spiels. Hierbei wurden sowohl freie Spielsituationen als auch strukturierte Settings wie der Fremde-Situations-Test eingesetzt. Im dritten Treffen (T3) wurde dann eine von Schechter entwickelte videogestützte Interventionsmöglichkeit eingesetzt, um Interaktionsstörungen zu verringern und die MKI zu verbessern. Diese Methode wird in Kapitel 4.3 als mögliches Unterstützungsangebot vorgestellt. Zusätzlich wurden in einer Substudie noch neuro-bildgebende Verfahren eingesetzt, um die neurobiologischen Abläufe im Gehirn traumatisierter Mütter zu erforschen. Diese fand zwischen dem zweiten und dritten Treffen statt.

Zusammengefasst wurden folgende Ergebnisse gefunden:

Traumatisierte Mütter berichteten von einem höheren allgemeinen Stressgefühl im Umgang mit ihren Kindern als gesunde Mütter in der Kontrollgruppe. Signifikant erhöht war dieser Stress vor allem in Situationen, in denen sie beim Videoschauen ihre Kinder in Trennungssituationen erlebten. Außerdem finden sich bei traumatisierten Müttern mehr negative Zuschreibungen ihrer Kinder als in der Kontrollgruppe. Bei der Beobachtung ihrer Kinder lassen sich in der Interventionsgruppe außerdem Missinterpretationen der kindlichen Affekte erkennen. Die traumatisierten Mütter haben die Affektzustände ihrer Kinder in Wiedervereinigungssituationen mehrfach falsch interpretiert oder verwechselt. Die signifikantesten Ergebnisse ergaben sich deshalb in der Auswertung der Ergebnisse bezüglich des mütterlichen Verhaltens:

Die Diagnose einer PTBS steht in positiver Korrelation zu mehr elterlichem Erziehungsstress und ist deshalb mit einem höheren Ausmaß an abweichendem und atypischem Fürsorgeverhalten verbunden. Wie genau sich dieses in der MKI äußert, wird im Folgenden noch detaillierter beschrieben.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Analysen des NY-PCIP bezüglich der Forschungsfragen ergeben haben, dass traumatisierte Mütter 1. von einem höheren Stresslevel im Erziehungsverhalten berichten als die der Kontrollgruppe. Es wurde außerdem gezeigt, dass die Interventionsgruppe 2. ihren Kindern mehr negative

Zuschreibungen oder falsche Eigenschaften und Affektzustände zuwies und sich 3. bei traumatisierten Müttern vermehrt atypisches Fürsorgeverhalten beobachten ließ, da sie sowohl ihre eigenen als auch die intrapsychischen Zustände ihrer Kinder nicht unverzerrt wahrnehmen konnten (Schechter & Rusconi Serpa, 2013).

Bedeutsam für die negativ verzerrten Wahrnehmungen ist vor allem die dritte Fragestellung nach dem Unterschied in der Aufmerksamkeit für intrapsychische Zustände zwischen traumatisierten und gesunden Müttern. Als Schutzfaktor kann hierbei die Fähigkeit zur Mentalisierung genannt werden. Mentalisierung meint dabei „die Fähigkeit, über die eigene seelisch-geistige Befindlichkeit und die der Anderen nachzudenken (Befindlichkeit im Sinne von Gedanken, Gefühlen, Überzeugungen).“ (Schechter & Willheim, 2016, S. 56). Messbar wird diese anhand einer Skala der Reflexiven Funktionen (RF). Anhand dieses Codiersystems kann Personen eine niedrige bis hohe RF zugewiesen werden. Der Wert ergibt sich aus Beobachtungen der Interaktionen zwischen Eltern und Kind und bewertet, inwieweit Eltern bei ihrem Kind intrapsychische Zustände erkennen können und dies von den eigenen Gefühlen und Gedanken, der jeweiligen Situation und dem Handlungsbedarf abgrenzen zu können. Durch eine traumatische Vorgeschichte können Mütter einen Mangel an Reflexiven Funktionen aufweisen (Schechter & Willheim, 2016).

In einer Substudie des NY-PCIP untersuchten Schechter et al. (2005) den Zusammenhang zwischen einer mütterlichen PTBS und ihren Reflexiven Funktionen. Angenommen wurde, dass die verzerrten Wahrnehmungen durch das Triggern der traumatischen Gedächtnisspuren entstehen. Je schwerer die PTBS-Symptome der Mutter ausgeprägt sind, desto verzerrter seien die Wahrnehmungen und desto niedriger die Mentalisierungsfähigkeit. Die rekrutierte Stichprobe von N= 41 traumatisierten Müttern mit ihren Kindern wurde auf Basis des ‚Working Model of the Child Interview‘ (WMCI) hinsichtlich ihrer RF eingeschätzt und codiert. Die Auswertung der Studie konnte die Annahme, dass PTBS-Symptome die Qualität der mütterlichen Reflexiven Funktionen beeinträchtigen und damit die Wahrnehmungen des Kindes verzerren, bestätigen. Je ausgeprägter die PTBS-Symptome der Mütter waren, desto niedriger war die Reflexionsfähigkeit und damit einhergehend die Verzerrung der Wahrnehmung. Hierbei ist anzumerken, dass dies nicht bedeutet, dass traumatisierte Mütter generell keine guten RF haben. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese durch

triggernde, stressauslösende Verhaltensweisen des Kindes vorübergehend außer Kraft gesetzt werden (Schechter et al., 2005).

Es lässt sich damit festhalten, dass die Symptome einer mütterlichen PTBS unter dem Filter der Perzeption (siehe Abb. 6) zu verzerrten Wahrnehmungen ihres Kindes führen können und die Mütter damit ihre Kinder, wie eingangs im Zitat erwähnt, als Stressfaktor oder gar als Bedrohung wahrnehmen. Untersuchungen aus dem NY-PCIP beschreiben beispielweise eine Mutter, die ihr Kind als gewalttätig, gefährlich und beherrschend wahrnimmt. Zusätzlich zu den verzerrten Wahrnehmungen reagieren diese deshalb häufig mit unangemessenem Verhalten auf ihr Kind. Bei traumatisierten Müttern ist somit vermehrt ein atypisches Fürsorgeverhalten beobachtbar (Schechter, 2019).

4.2.3 Atypisches Fürsorgeverhalten

Anknüpfend an die Tatsache, dass ein Kind die PTBS-Symptome der Mutter triggern kann, lässt sich feststellen,

„dass Bindungsfiguren, die unverarbeitete traumatische Erfahrungen hinter sich haben, auf intensiven Kummer ihrer eigenen Kinder mit überwältigenden Gefühlen von Schmerz und Hilflosigkeit reagieren, was sie dann darin behindert, das Kind in angemessener Weise zu beruhigen.“ (Zulauf-Logoz, 2014, S. 306).

Welche abweichenden Verhaltensweisen traumatisierte Mütter zeigen können, war Gegenstand der Forschungsgruppe um Dr. Karlen Lyons-Ruth zu Beginn des 21. Jahrhunderts. Unter dem Fokus zu Bindungsstörungen und desorganisierter Bindung entwickelten sie verschiedene Dimensionen zur Erfassung abweichenden Mutterverhaltens, die AMBIANCE-Skalen (Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification Coding System).

Vor dem Hintergrund der Bindungstheorie können hiermit Kommunikationsstörungen im Interaktionsverhalten beobachtet werden, die zu desorganisierter Bindung führen können. Das AMBIANCE besteht aus 5 Skalen, die atypisches Fürsorgeverhalten beschreiben. Zur Klassifizierung wird in der Interaktionsbeobachtung zunächst quantitativ die Häufigkeit der verschiedenen Verhaltensweisen bestimmt und anschließend ein Gesamtwert der Interaktionsstörung ermittelt. Die 5 Skalen zum atypischen Fürsorgeverhalten werden durch Beispiele in einzelnen Subskalen erklärt.

Abbildung 7 stellt die AMBIANCE-Skalen mit ihren jeweiligen Subdimensionen dar:

1. Affektive Fehler	<ul style="list-style-type: none"> a) Widersprüchliche Signale, z. B. fordert verbal zur Annäherung auf und distanziert sich dann. b) Keine Antwort oder unangemessene Antwort, z. B. tröstet notleidendes Kind nicht.
2. Desorientierung	<ul style="list-style-type: none"> a) Verwirrt oder geängstigt durch das Kind, z. B. zeigt ängstlichen Ausdruck. b) Desorganisiert oder desorientiert, z. B. plötzliches Aussetzen des Affekts unabhängig von der Umgebung.
3. Negativ-intrusives Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> a) Verbales negativ-intrusives Verhalten, z. B. Necken oder Verhöhnern des Kindes. b) Körperlich negativ-intrusives Verhalten, z. B. zieht das Kind am Handgelenk.
4. Rollenkonfusion	<ul style="list-style-type: none"> a) Rollenumkehr, z. B. holt sich Bestätigung vom Kind. b) Sexualisierung, z. B. spricht in flüsternden und intimen Tönen zum Kind.
5. Rückzug	<ul style="list-style-type: none"> a) Schafft räumliche/körperliche Distanz, z. B. hält das Kind mit steifen Armen vom eigenen Körper weg. b) Schafft verbale Distanz, z. B. begrüßt das Kind nicht nach einer Trennung.

Abb. 7: AMBIANCE-Skalen nach Lyons-Ruth (Zulauf-Logoz, 2014, S. 307)

In einer prospektiven Studie untersuchte eine Forschungsgruppe um Sue Goldberg 2003 den Zusammenhang zwischen traumatisierten Müttern und Kindern mit desorganisierter Bindung. Im Vergleich zu gesunden Müttern wurden bei den Müttern mit unverarbeitetem Trauma mithilfe des AMBIANCE erhöhte Kommunikationsstörungen festgestellt. Die signifikantesten Störungen zeigten sich dabei auf den Skalen 2, 3 und 5. Beim Betrachten dieser Skalen wird der Zusammenhang zu den bisher dargestellten Effekten einer PTBS auf die MKI deutlich:

Skala 2 beschreibt desorientiertes und angsterfülltes Verhalten, welches durch eine ängstliche Reaktion auf die Affekte des Kindes oder eigenes desorientiertes Affektverhalten charakterisiert ist. Erklären lassen sich diese Abweichungen durch die bereits beschriebene Problematik der Retraumatisierung im Umgang mit dem eigenen Kind.

Skala 3 meint negativ-intrusives Verhalten auf verbaler oder körperlicher Ebene. Hierzu zählen auch die negativ-verzerrten Zuschreibungen, die traumatisierte Mütter ihren Kindern entgegenbringen. Ebenfalls ausgelöst durch traumatische Schlüsselreize werden dem Kind Eigenschaften zugesprochen, die aus den traumatischen Erinnerungen der Mutter resultieren. Dies kann beispielsweise eine Bezeichnung als ‚gewalttätig‘ sein oder ein aggressives physisches Handeln.

Auch das in Skala 5 beschriebene Rückzugsverhalten ist typisch für abweichendes Fürsorgeverhalten traumatisierter Mütter. Durch den Teufelskreis des kindlichen Triggers und der damit einhergehenden traumatischen Erinnerung vermeidet die Mutter das für sie bedrohliche Kind und zieht sich zurück. Dies zeigt sich zum Beispiel im Fremde-Situations-Test, wenn die Mutter das Kind bei der Wiedervereinigung nicht begrüßt oder wenn sie ihr Kind, sobald es Bedürfnisse äußert, aus Selbstschutz von sich abweist (Zulauf-Logoz, 2014).

Beobachtungen aus dem NY-PCIP, die dieses atypische Fürsorgeverhalten veranschaulichen, sind z.B. eine Mutter, die nach dem FST ihr weinendes Kind auf den Arm nimmt, dabei jedoch den Blick abwendet. Dabei läuft sie orientierungslos erst in die eine, dann in die andere Richtung. Eine andere Situation zeigte die Mutter dabei, wie sie ihr Kind dazu aufforderte, mit einer großen Gabel zu essen, an die ein Spielzeugauto gebunden war, sodass das Essen für das Kind eigentlich unmöglich war (Schechter & Rusconi Serpa, 2013).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein unverarbeitetes Trauma ein mütterliches atypisches Fürsorgeverhalten bewirken kann. Dies zeichnet sich insbesondere durch angsterfülltes-desorientiertes, negativ-intrusives und mit Rückzug verbundenes Verhalten aus. Anlehnend an Abbildung 5 entsteht demnach ein Teufelskreis, der mit dem Trigger der PTBS-Symptome durch das Kind beginnt, negativ-verzerrte Wahrnehmungen und atypisches Fürsorgeverhalten zur Folge hat und schließlich zur intergenerativen Weitergabe des Traumas führen kann.

4.2.4 Intergenerative Weitergabe des Traumas

Schechters Forschungen zu mütterlichen Traumatisierungen und Elternschaft zeigten insbesondere, dass traumatisierte Mütter in ihrem Fürsorgeverhalten häufig abrupt und unvorhersehbar handeln. Eine Mutter-Kind-Dyade aus der Untersuchungsgruppe beschreibt zum Beispiel eine Mutter, die in ihrer Kindheit körperliche Misshandlung erfahren hat und dabei mit Kissen und Stofftieren ruhigestellt wurde. Als diese Person

selbst Kinder hatte, reagierte sie abrupt, unvorhersehbar und aggressiv auf ihre Töchter, als diese sich beim Spielen mit Kissen und Stofftieren zudeckten. Von diesem Spiel getriggert, entfernte sie alle Stofftiere und Kissen aus der Wohnung. Traumatische Erinnerungsreize wurden bei ihr ausgelöst und sie meinte, ihre Kinder vor etwas Bedrohlichem retten zu müssen. Ihre Töchter, die durch diese Reaktion in einen dysregulierten Zustand gerieten, konnte sie nicht beruhigen (Schechter, 2017).

Dieses Fallbeispiel zeigt, wie eine mütterliche PTBS durch eine triggernde Situation in eine traumatische Ko-Konstruktion münden kann und zu einer intergenerativen Weitergabe des Traumas führt. Angenommen wird dabei die Hypothese, dass die Mutter in dem Bestreben ist, alles zu tun, um ihre eigenen traumatischen Erlebnisse nicht zu wiederholen. Viele Fallbeispiele, bei denen die Mutter in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch erfahren hat, zeigen, dass es nicht zur Wiederholung des Missbrauchs kommt. In dem Bestreben, die transgenerative Übertragung zu vermeiden, erreichen die Mütter jedoch ungewollt oft das Gegenteil. Durch atypisches Fürsorgeverhalten und verzerrte Wahrnehmungen kann durch eine traumatische Ko-Konstruktion eine andere Traumatisierung stattfinden. Die Spuren des mütterlichen Traumas werden somit intergenerativ an ihre Kinder weitergegeben (ebd.).

Die Gefahr der intergenerativen Weitergabe eines mütterlichen Traumas veranschaulichte Selma Fraiberg durch das Konzept der ‚Gespenster im Kinderzimmer‘. „Darunter versteht sie die unheimliche Präsenz innerer elterlicher Objekte, die um das Kleinkind herumkreisen.“ (Augustin-Forster, 2011, S. 8). Wie in dem Fallbeispiel beschrieben, werden dabei in der MKI die unbewussten Teile der mütterlichen Vergangenheit reinszeniert und transgenerativ weitergegeben (ebd.). Das Kind wird zum Übertragungsobjekt des mütterlichen Traumas. Insbesondere wenn Traumata über viele Generationen hinweg wirken, werden diese oft nicht identifiziert, aber von Generation zu Generation unbewusst ko-konstruiert, indem die Mutter Ereignisse aus ihrer eigenen Kindheit auf die nächste Generation projiziert (Fraiberg, Adelson & Shapiro, 2011).

Die ‚Gespenster im Kinderzimmer‘ lassen sich in zwei verschiedene Arten unterscheiden: Es kann entweder eine Projektion von Selbstrepräsentanzen stattfinden. Mütter projizieren dabei ihre eigenen intrapsychischen Zustände auf ihr Kind, wie oben beschriebene Mutter, die das Spielen ihrer Töchter mit Kissen und Stofftieren als bedrohlich eingeschätzt hat. Oder es findet eine Projektion von Objektrepräsentanzen statt. Dabei repräsentiert das Kind eine Person aus der mütterlichen Vergangenheit.

Hierbei kommt es dann oftmals zu negativ verzerrten Wahrnehmungen und Zuschreibungen (Papoušek & Cierpka, 2012).

In beiden Fällen gibt die Mutter ein ‚traumatisches Postgedächtnis‘ an das Kind weiter. Auch wenn sie versucht, alles zu verhindern, um das Trauma nicht weiterzugeben, kann das Kind durch die mütterliche Interaktion Spuren des Traumas miterleben. Mütterliche PTBS-Symptome wie Hypervigilanz, Desorientierung und Ängstlichkeit und atypisches, negativ-verzerrtes Fürsorgeverhalten können zu einer intergenerativen Weitergabe des Trauma führen und die Bindungssicherheit stören (Schechter & Rusconi Serpa, 2013).

Bezugnehmend auf Abbildung 5 und 6 kann es passieren, dass aus einer PTBS, bedingt durch ein mütterliches Trauma, ein Teufelskreis im Interaktionsverhalten der Mutter mit ihrem Kind entsteht. Jedoch gibt es an verschiedenen Stellen in ebendiesem Kreislauf die Möglichkeit, diesen durch Interventionsmaßnahmen zu unterbrechen. Eine mütterliche PTBS muss damit nicht zwangsläufig zu einer intergenerativen Weitergabe des Traumas führen. Welche Maßnahmen hilfreich sind, um negative Auswirkungen einer mütterlichen PTBS auf die MKI zu verändern, wird im nachfolgenden Kapitel erörtert.

4.3 Interventionsmöglichkeiten

„Angesichts der offenkundigen Störungen im Fürsorgeverhalten vieler traumatisierter Mütter und der damit verbundenen Störungen der kindlichen Selbstregulation von Emotion und Aktivierung stellt sich die Frage, was wir als Klinikerinnen und Kliniker tun können, um betroffenen Familien zu helfen. Formen der Eltern-Kind-Psychotherapie, die Videofeedback verwenden, um gemeinsam mit den Eltern den Fokus auf das interaktive Verhalten zu lenken, haben sich als äußerst wirkungsvoll erwiesen, um eine Veränderung des Eltern-Kind-Verhaltens in einer relativ kurzen Zeit herbeizuführen.“ (Schechter & Rusconi Serpa, 2013, S. 243).

Das einleitende Zitat unterstreicht, welche Maßnahmen geeignet sind, um negative Effekte einer mütterlichen PTBS auf die MKI abzumildern und das Interaktionsverhalten positiv zu beeinflussen: Formen der Psychotherapie, die Videofeedback nutzen, scheinen dafür eine geeignete Methode zu sein. Ausgehend von der Hypothese, dass Mütter durch ihre in Stress geratenen Kleinkinder traumatischen Erinnerungsreizen ausgesetzt sind und dadurch häufig Fehlwahrnehmungen der kindlichen Affekte haben, ist eine Psychotherapie mit Videofeedback eine geeignete Interventionsmaßnahme, um sich in einem stabilen Zustand mit den Interaktionen erneut auseinander setzen zu können. Anlehnend an die in Kapitel 3.2 erläuterte

Physiologie eines Traumas ist eine Bindungsperson während eines traumatischen Erlebnisses zunächst eine Schutzfaktor. Eine begleitete Auseinandersetzung im Videofeedback mit Situationen, die traumatische Trigger auslösen, ist somit auch aus physiologischer Sicht sinnvoll. Die Interventionen sollten zielsetzend so gestaltet sein, dass Mütter mit den dysregulierten Zuständen ihrer Kinder umgehen können, indem sie die Affekte besser wahrnehmen und deuten können (Schechter & Rusconi Serpa, 2013). Um die gegenseitige Dysregulation und die negativ verzerrten Zuschreibungen gegenüber dem Kind zu verändern, sind deshalb Interventionsmaßnahmen geeignet, die einerseits die Mutter mit dem konfrontieren, was posttraumatisch vermieden wird und andererseits die Affektwahrnehmung ihrer Kinder verbessern. Im Rahmen des NY-PCIP (siehe Kapitel 4.2.2) hat Daniel Schechter hierfür eine experimentelle Evaluationstechnik und Test-Intervention entwickelt, die CAVES (Clinician Assisted Videofeedback Exposure Session) (Schechter & Rusconi Serpa, 2021). Die CAVES ist dabei nicht als Ersatz für eine tieferegehende Eltern-Kind-Psychotherapie zu betrachten. Erfahrungen aus der Arbeit mit schwer traumatisierten Müttern zeigen jedoch, dass sich ein therapeutischer Prozess durch die Symptomatik des Vermeidungsverhaltens schwierig gestaltet und die Auseinandersetzung mit posttraumatisch triggenden Verhaltensweisen ein kritischer Moment ist. CAVES bietet hierbei eine Starthilfe, um die Hauptthematiken der Klientinnen herauszuarbeiten und die MKI verbessern zu können. Fallbeispiele haben dabei gezeigt, dass sich schon mithilfe einer Sitzung die spezifischen Problematiken der Mütter aufzeigen lassen und eine tieferegehende Behandlung somit erfolgreicher wurde (Schechter & Rusconi Serpa, 2013).

Wie bereits beschrieben wurde CAVES im Rahmen der 3-Sitzungs-Evaluation mit drei Untersuchungszeitpunkten eingesetzt. Nach den diagnostischen Interviews und der klinischen Einschätzung in T1 und den gefilmten Interaktionssequenzen in T2 wurde CAVES als Interventionsmaßnahme in T3 eingesetzt. Die behandelnden Therapeut:innen wählen dafür zuvor vier Filmsequenzen aus dem zweiten Treffen aus, die sie sich gemeinsam mit der Mutter ansehen und sie damit einer Videofeedback-Exposition aussetzen. Standardmäßig wird mit einer Filmsequenz begonnen, die die positivste MKI zeigt, um mütterliche Kompetenzen zu betonen. Erst danach schauen sich Therapeut:in und Mutter eine Trennungssituation an, in der die Mutter erneut mit kindlichen Affekten von Hilflosigkeit und Angst konfrontiert ist. Die dritte Sequenz zeigt den Moment der Wiedervereinigung und der vierte Filmausschnitt konfrontiert die Mutter mit negativen kindlichen Affekten wie Frustration oder Ärger.

Nach jeder Sequenz regt die leitende Fachkraft die Mutter zum Reflektieren der dargestellten Interaktionsmomente an. Durch Nachfragen nach eigenen Gedanken und Gefühlen zur jeweiligen Situation, dem Einschätzen der kindlichen Empfindungen und einem retropektivischen Wiedererzählen, sollen die mütterlichen reflexiven Funktionen gestärkt werden. Schwierige Interaktionsmomente werden also bewusst reinszeniert.

Damit verwendet CAVES die Interventionsstrategie der Exposition aus der kognitiven Verhaltenstherapie. Mithilfe der verlängerten Exposition kann sich traumabezogenen Erinnerungen vorsichtig genähert werden. Zielsetzend sollen diese Erinnerungen aus der Vergangenheit vom ursprünglichen traumatischen Ereignis unterschieden werden können. Neben der Expositionsstrategie lehnt sich das Prinzip von CAVES noch an weitere evidenzbasierte Formen der Psychotherapie an, die im Folgenden kurz genannt werden.

Erstens wurde CAVES von der ‚Interaction Guidance‘ nach Susan McDonough inspiriert. Dieses Verfahren basiert auf ökologischen und transaktionalen Entwicklungstheorien und soll mithilfe von Videofeedback elterliche Kompetenz, Neugierde und Bewusstsein fördern. Anders als in CAVES wird jedoch keine bewusste Konfrontation eingesetzt.

Zweitens wurde CAVES anlehnend an die Prinzipien der ‚Child-Parent Psychotherapy‘ entwickelt, ein Interventionsmodell für traumatisierte Eltern und ihre Kinder zur Stärkung der EKI und der mentalen Repräsentationen, indem traumatische Ereignisse durch erzählende Ko-Konstruktion aufgearbeitet werden. In Abgrenzung dazu arbeitet CAVES jedoch mit vorher strukturierten Sitzungen, die gezielt ausgewählt und danach gemeinsam mit der Mutter angesehen werden.

CAVES wurde drittens von der Methode ‚Minding the Baby‘ nach Slade et al. inspiriert. Dies ist eine mentalisierungsbasierte Mutter-Kind-Behandlung, die den Fokus auf eine Verbesserung der reflexiven Funktionen und der emotionalen Kommunikation legt und damit ebenfalls die Reflexionsfähigkeit der Mutter als Schutzfaktor für eine gelungene Interaktion im Blick hat (Schechter & Rusconi Serpa, 2021).

In einer Substudie zum NY-PCIP wurde von Schechter et al. (2006) untersucht, wie wirksam die CAVES-Intervention bezüglich der Wahrnehmung des Kindes und mütterlichen Zuschreibungen ist.

Ergebnisse zeigen, dass bei der Stichprobe von N= 32 Müttern mit PTBS das Ausmaß der negativen Zuschreibungen signifikant verringert werden konnte. Verantwortlich

dafür war oftmals eine Verbesserung der Reflexionsfähigkeit. Je stärker die reflexiven Funktionen verbessert werden konnten, desto größer war die Reduktion mütterlicher negativer Zuschreibungen. Dieses Ergebnis zeigt erneut, dass eine gute Reflexionsfähigkeit der Mutter als Schutzfaktor für die MKI dienen kann und auch, dass diese durch gezielte Interventionen verbessert werden kann. Die Wirksamkeit von CAVES wurde ebenfalls durch den Einsatz von Videofeedback-Exposition begründet. In der ursprünglichen Interaktion haben Mütter große Schwierigkeiten im Umgang mit ihrem Kind, da sie durch traumatische Erinnerungsreize in Disstress geraten, was sich negativ auf das Fürsorgeverhalten auswirkt. In der begleiteten Exposition kann die Mutter ihre eigenen traumatischen Erinnerungen aufarbeiten, sich von Projektionen aus ihrer Vergangenheit lösen und dementsprechend regulierter die Affekte ihres Kindes wahrnehmen und einschätzen. Eine videogestützte Intervention wie die CAVES kann damit in relativ kurzer Zeit erste Verbesserungen in der MKI erzielen (ebd.).

Aufgrund dieses Erfolges wurde von Schechter & Rusconi Serpa (2021) eine kurze, manualisierte Eltern-Kind-Psychotherapie entwickelt, die auf der Arbeitsweise der CAVES-Technik basiert. Die CAVEAT (Clinician Assisted Videofeedback Exposure Approach Therapy) ist ein Behandlungsmodell mit mindestens 16 Sitzungen, das auf 3 Modulen und einer Abschlusssitzung beruht.

Das erste Modul umfasst die diagnostische Einschätzung der Mutter und die Interventionssitzungen mithilfe der CAVES-Methode. Die Module 2 und 3 beschäftigen sich dann mit Psychoedukation zu den Themen Trauma & intergenerativer Weitergabe und Bindungsbedürfnissen & der gesunden Entwicklung des Kindes. Anschließend werden die Ergebnisse evaluiert und besprochen und es wird über die Beendigung oder Fortsetzung der Therapie entschieden.

Das Behandlungsmodell der CAVEAT kann als geeignete Interventionsmöglichkeit einer gestörten MKI betrachtet werden. Fallbeispiele berichten von verbesserten mütterlichen Regulationsfähigkeiten und damit einhergehend größerer emotionaler Verfügbarkeit für ihr Kind. Ebenfalls konnte ein veränderter Umgang mit den traumatischen Erinnerungen erzielt werden. Dadurch wurden neue, gegenwartsbezogene mütterliche Einschätzungen ihrer Kinder erzielt und negative Zuschreibungen und atypisches Fürsorgeverhalten reduziert. Die Reflexionsfähigkeit konnte verbessert werden, sodass sich zwischen der traumatisierten Mutter und ihrem Kind eine Intersubjektivität entwickeln kann. Dies wiederum führt zu neuen Beziehungserlebnissen und gemeinsamen Interaktionen, die bestenfalls nicht mehr

durch das Trauma der Mutter verzerrt sind. Ermöglicht wird dies vor allem durch die Methode der angeleiteten Videofeedback-Exposition. Durch die bewusste Inszenierung schwieriger Interaktionsmomente und die gemeinsame Bearbeitung dieser in der Intervention kann das Trauma ko-konstruktiv wiedererzählt, triggernde Hauptthematiken erkannt und anschließend bearbeitet werden. Allmählich können sich die durch CAVEAT erzielten Verbesserungen in der MKI auch in stressigen Interaktionen im Alltag wiederfinden (Schechter & Rusconi Serpa, 2021).

Zusammenfassend stellt die CAVES-Technik und die CAVEAT-Methode damit ein mögliches geeignetes Behandlungsmodell dar, um eine Veränderung der Mutter im interaktiven Verhalten mit ihrem Kind zu erzielen. Die Manuale sind dabei nicht als Ersatz einer längerfristigen Psychotherapie anzusehen, die bei einer PTBS immer anzuraten ist, sondern als eine Art Katalysator, um den therapeutischen Prozess in Gang zu bringen und erste Verbesserungen zu erzielen (Schechter & Rusconi Serpa, 2013).

5. Fazit

Die in der Einleitung erwähnte aktuelle Studie, traumatisierte Mütter hätten weniger Einfühlungsvermögen, und die schon älteren Untersuchungen zu der Bedeutsamkeit des frühen Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind, werfen die Frage auf, inwiefern sich ein Trauma der Mutter auf die MKI auswirken kann. Der Fragestellung, welche Effekte im Interaktionsverhalten durch eine mütterliche PTBS möglich sind, wurde in der vorliegenden Arbeit nachgegangen.

Das Konstrukt Mutter-Kind-Interaktion wurde anhand verschiedener Theorien erläutert und veranschaulicht. Laut dem Sensitivitätskonstrukt, der intuitiven elterlichen Kompetenzen, des Komponentenmodells und des ‚Mutual Regulation‘ Modells sind es vor allem folgende Faktoren, die eine positive Mutter-Kind-Interaktion ausmachen und zu einem gelungenen Interaktionsverhalten beitragen: Feinfühligkeit, emotionale Verfügbarkeit, mütterliche Präsenz, Reflexionsfähigkeit sowie Regulationshilfen.

Ein Störfaktor, der dieses fein aufeinander abgestimmte Kommunikationsverhalten beeinträchtigen kann, kann ein mütterliches Trauma sein. Ein traumatisches Ereignis beschreibt eine psychische Ausnahmesituation, bei der die erlebte Bedrohung nicht von den Bewältigungsmöglichkeiten verarbeitet werden kann. Traumafolgestörungen wie die PTBS äußern sich durch die Symptomatik von Intrusionen, Vermeidungsverhalten und einem übererregten vegetativen Nervensystem.

Anhand dieser Grundlagen zum Interaktionsverhalten und zu Traumafolgestörungen konnte damit der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen eine PTBS auf die MKI haben kann. Der Forschungsstand zeigt, dass Studien mit traumatisierten Müttern im Vergleich zu depressiven Müttern noch relativ jung sind. Vergleichbar mit traumatisierten Müttern zeigen aber auch depressive Mütter in der MKI ein atypisches Fürsorgeverhalten und die Interaktionen sind wenig feinfühlig. Bei Müttern, die an einer PTBS leiden, kann sich im Interaktionsverhalten folgender Teufelskreis ergeben: Der kindliche Distress triggert die PTBS-Symptome der Mutter, woraufhin auch diese in einen dysregulierten Zustand gerät. Dieser hat atypisches Fürsorgeverhalten in verschiedenen Ausprägungen zur Folge, sowie eine negativ-verzerrte Wahrnehmung des Kindes. Diese Ko-Konstruktion des mütterlichen Traumas kann außerdem zu einer intergenerativen Weitergabe des Traumas führen.

Diese möglichen Auswirkungen, die durch ein mütterliches Trauma entstehen können und die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantworten, wurden hauptsächlich von Daniel Schechter und seinem Forschungsteam in Studien seit Beginn des 21. Jahrhunderts erforscht. Nennenswert ist hier vor allem das New-York-Eltern-Kind-Interaktion-Projekt, welches von 2004 bis 2007 durchgeführt wurde und in dem auch eine Interventionsmöglichkeit, die CAVES Technik, evaluiert wurde. Daraus entwickelten Schechter et al. in den letzten Jahren eine manualisierte Eltern-Kind-Psychotherapie, die CAVEAT Methode, welche ein Behandlungsmodell für traumatisierte Mütter und ihre Kinder darstellt und das Interaktionsverhalten positiv beeinflussen kann.

Der Forschungsüberblick zeigt, dass traumatisierte Mütter in ihrer Elternschaft bisher weitaus weniger erforscht sind als depressive Mütter in der Elternrolle. Dies spiegelt sich auch in der vorliegenden Arbeit mit dem Fokus auf Studien und Forschungsprojekte von Daniel Schechter wider. Wünschenswert wäre meines Erachtens eine breitere Literaturlage zu traumatisierten Müttern im Umgang mit ihrem Kind. Besonders der Risikofaktor einer transgenerativen Weitergabe des Traumas und damit weitreichenden Folgen innerhalb der Familiengeschichte weisen auf die Notwendigkeit der weiteren Forschung und Entwicklung von geeigneten Interventionsmaßnahmen hin. Die eingangs erwähnte Studie zu dem Einfühlungsvermögen traumatisierter Mütter aus dem Jahr 2022, sowie das erst kürzlich erschienene Manual CAVEAT sind aber ein Indikator dafür, dass auch traumatisierte

Mütter in ihrer Elternrolle immer stärker in den Mittelpunkt verschiedener Forscher:innen rücken.

Diese Thematik, die sich dem Kontext der Entwicklungspsychologie und Klinischen Psychologie zuordnen lässt, stellt auch wichtige Erkenntnisse für das Arbeitsfeld der Kindheitspädagogik dar. Relevant sind diese vor allem für Fachkräfte der Frühen Hilfen, der Familienbildung und -beratung, die in ihrer täglichen Arbeit sowohl mit Kindern als auch ihren Müttern arbeiten. Um zum einen bereits belastete Familien zielgerichtet unterstützen und zum anderen mögliche Entwicklungsbenachteiligungen gezielt verringern zu können, benötigen diese Fachkräfte umfassende Kenntnisse im entwicklungspsychologischen Bereich. Sowohl das Konstrukt der Mutter-Kind-Interaktion als auch das Themenfeld Trauma und Traumafolgestörungen sind dabei zentrale und wiederholt auftretende Inhalte, für dessen Auseinandersetzung und Bearbeitung in der Praxis es eine wissenschaftlich fundierte Informationsbasis benötigt.

Literaturverzeichnis

Ahnert, L. (2014). Vorwort. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung; mit 16 Tabellen* (3. Aufl., S. 17–18). München u.a.: Reinhardt.

Ainsworth, M. (2017). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys (1974). In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (5. Aufl., S. 414–421). Stuttgart: Klett-Cotta.

Ainsworth, M., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (2017). Bindung zwischen Mutter und Kind und soziale Entwicklung: „Sozialisation“ als Ergebnis gegenseitigen Beantwortens von Signalen (1974). In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (5. Aufl., S. 242–279). Stuttgart: Klett-Cotta.

Asisi, V. (2015). *Entwicklungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung: Chancen und Risiken in der Interaktion mit Mutter und Vater*. Wiesbaden: Springer VS.

Augustin-Forster, M.-J. (2011). Vorwort. In S. Fraiberg (Hrsg.), *Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren: Studien aus einer psychoanalytischen Klinik für Babys und ihre Eltern* (Dt. Erstveröff., S. 7–11). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Bauer, U., Heitmann, D., Reinisch, A. & Schmuhl, M. (2010). Welche Belastungen erfahren Kinder psychisch erkrankter Eltern? *Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation*, Heft 3 (30. Jahrgang), S. 265–278.

Bochsler, K. (2022). Traumatisierte Mütter haben weniger Einfühlungsvermögen. Verfügbar unter: <https://www.srf.ch/wissen/mensch/neue-studie-traumatisierte-muetter-haben-weniger-einfuehlungsvermoegen> (Zugriff am 1.4.2022).

Bowlby, J. (2002). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie: Grundlagen, Forschung und Anwendung* (4. Aufl., S. 17–26). Stuttgart: Klett-Cotta.

Bowlby, J. (2017). Bindung (1987). In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (5. Aufl., S. 22–26). Stuttgart: Klett-Cotta.

Deneke, C. & Lüders, B. (2003). Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern und ihren kleinen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Heft 3 (52. Jahrgang), S. 172–181.

Deutscher Bundestag (2016). Posttraumatische Belastungsstörung. Zahlen sowie Aspekte geschlechtsspezifischer Behandlungsangebote. Verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/490504/8acad12ffbf45476eecdfeff7d6bd3f4/wd-9-069-16-pdf-data.pdf> (Zugriff am 27.4.2022).

Dilling, H. & Freyberger, H. J. (2016). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR* (8., überarbeitete Aufl.). Bern: Hogrefe.

- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2015). *Diagnostische Kriterien DSM-5®* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (2011). Gespenster im Kinderzimmer: Probleme gestörter Mutter-Säugling-Beziehungen aus psychoanalytischer Sicht. In S. Fraiberg (Hrsg.), *Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren: Studien aus einer psychoanalytischen Klinik für Babys und ihre Eltern* (Dt. Erstveröff., S. 227–271). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2005). *Bindungen: das Gefüge psychischer Sicherheit* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. E. (2014). Theoretische und historische Perspektiven der Bindungsforschung. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung; mit 16 Tabellen* (3. Aufl., S. 21–41). München u.a.: Reinhardt.
- Grossmann, K. E. (2017). Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens von Mary D. S. Ainsworth. In K.E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (5. Aufl., S. 411–4123). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Keller, H. (2011). *Kinderalltag: Kulturen der Kindheit und ihre Bedeutung für Bindung, Bildung und Erziehung*. Berlin u.a.: Springer.
- Keller, H. (2012). *Cultures of infancy*. New York u.a.: Psychology Press.
- Keller, H. (2014). Kultur und Bindung. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung; mit 16 Tabellen* (3. Aufl., S. 110–124). München u.a.: Reinhardt.
- Keller, H., Lohaus, A., Kuensemüller, P., Abels, M., Yovsi, R., Voelker, S. et al. (2004). The Bio-Culture of Parenting: Evidence From Five Cultural Communities. *Parenting*, Heft 1 (4. Jahrgang), S. 25–50.
- Klier, C. & Muzik, M. (2001). Mutter-Kind Interaktion in der postpartalen Periode. In C. Klier, U. Demal & H. Katschnig (Hrsg.), *Mutterglück und Mutterleid: Diagnose und Therapie der postpartalen Depression* (S. 91–102). Wien: Facultas.
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité – Universitätsmedizin Berlin. (2022). Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS). Verfügbar unter: https://psychiatrie.charite.de/fuer_patienten/krankheitsbilder/posttraumatische_belastungsstoerungen_ptbs/ (Zugriff am 22.4.2022).
- Korittko, A. & Pleyer, K. H. (2016). *Traumatischer Stress in der Familie: Systemtherapeutische Lösungswege* (5., unveränderte Aufl.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lenz, A. & Wiegand-Grefe, S. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Linberg, A. (2018). *Interaktion zwischen Mutter und Kind: Dimensionen, Bedingungen und Effekte*. Münster: Waxmann.

Lohaus, A., Ball, J. & Lißmann, I. (2014). Frühe Eltern-Kind-Interaktionen. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung; mit 16 Tabellen* (3. Aufl., S. 147–161). München u.a.: Reinhardt.

Maercker, A. (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen: mit 40 Tabellen* (4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Aufl., S. 13-34). Berlin: Springer.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (2016). Leitbild Frühe Hilfen. Verfügbar unter:
https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Kompakt_Beirat_Leitbild_fuer_Fruehe_Hilfen.pdf (Zugriff am 1.4.2022.)

Papoušek, M. (2001). Intuitive elterliche Kompetenzen – Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und –psychotherapie. Verfügbar unter: <http://liga-kind.de/fk-101-papousek/> (Zugriff am 1.4.2022).

Papoušek, M. (2011). Verwundbar, aber unbesiegbar - Ressourcen der frühen Kommunikation in Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. In T.A. Hellbrügge & B. Schneeweiß (Hrsg.), *Frühe Störungen behandeln - Elternkompetenz stärken: Grundlagen der Früh-Rehabilitation* (S. 69–90). Stuttgart: Klett-Cotta.

Papoušek, M. (2014). Kommunikation und Sprachentwicklung im ersten Lebensjahr. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (2., korrigierte Aufl., S. 69-80). Berlin u.a.: Springer.

Papoušek, M. & Cierpka, M. (2012). Der klinische Blick: Grundlagen und Gefährdungen der intuitiven elterlichen Kompetenzen. Verfügbar unter:
<https://www.lptw.de/archiv/vortrag/2012/cierpka-papousek-grundlagen-intuitiver-elterlicher-kompetenzen-lindauer-psychotherapiewochen2012.pdf> (Zugriff am 4.3.2022).

Papoušek, M. & Wollwerth de Chuquisengo, R. (2015). Auswirkungen mütterlicher Traumatisierungen auf die Kommunikation und Beziehung in der frühen Kindheit. In K.H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (5. Aufl., S. 136–159). Stuttgart: Klett-Cotta.

Pausch, M. J. & Matten, S. (2018). *Trauma und Traumafolgestörung: In Medien, Management und Öffentlichkeit*. Wiesbaden: Springer.

Perizzolo Pointet, V., Glaus, J., Stein, C., Willheim, E., Vital, M., Arnautovic, E. et al. (2022). Impact of mothers' IPV-PTSD on their capacity to predict their child's emotional comprehension and its relationship to their child's psychopathology. *European Journal of Psychotraumatology*, Heft 1 (13. Jahrgang).
<https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2008152>

Reck, C. (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Heft 3 (56. Jahrgang), S. 234-244.

Reck, C. (2014). Depression und Angststörung im Postpartalzeitraum: Prävalenz, Mutter-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0-3 Jahre: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (2., korrigierte Aufl., S. 301–309). Berlin u.a.: Springer.

Reck, C. (2015). Depression und Angststörungen im Postpartalzeitraum: Mutter-Kind-Interaktion, kindliche Entwicklung und videogestützte Intervention. Verfügbar unter: https://www.kreisfreising.de/fileadmin/user_upload/Aemter/Amt_fuer_Jugend_und_Familie/Besondere_Fachdienste/Koordinierende_Kinderschutzstelle/Koki_Vortrag_Reck_Depressiven_Angststoerungen_2015.pdf (Zugriff am 1.4.2022).

Reck, C., Hunt, A., Fuchs, T., Weiss, R., Noon, A., Moehler, E. et al. (2004). Interactive Regulation of Affect in Postpartum Depressed Mothers and Their Infants: An Overview. *Psychopathology*, Heft 6 (37. Jahrgang), S. 272–80.

Reck, C., Noe, D., Stefenelli, U., Fuchs, T., Cenciotti, F., Stehle, E. et al. (2011). Interactive coordination of currently depressed inpatient mothers and their infants during the postpartum period. *Infant mental health journal*, Heft 5 (32. Jahrgang), S. 542–562.

Reck, C., Tietz, A., Müller, M., Seibold, K. & Tronick, E. (2018). The impact of maternal anxiety disorder on mother-infant interaction in the postpartum period. *PLOS ONE*, Heft 5 (13. Jahrgang). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194763>

Schechter, D. (2017). Überlegungen zur traumatisch verzerrten Intersubjektivität. In P. Bründl & F. Pedrina (Hrsg.), *Abklärung – Diagnose – Fallbeschreibung: Forschung und Behandlungsplan* (1. Aufl., S. 48–71). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

Schechter, D. (2019). Gewaltbedingte Traumata in der Generationenfolge. In T. Hellbrügge & K.H. Brisch (Hrsg.), *Bindung und Trauma: Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (6. Aufl., S. 224–234). Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Schechter, D., Coots, T., Zeanah, C., Davies, M., Coates, S., Trabka, K. et al. (2005). Maternal mental representations of the child in an inner-city clinical sample: Violence-related posttraumatic stress and reflective functioning. *Attachment & human development*, Heft 3 (7. Jahrgang), S. 313–31.

Schechter, D., Myers, M., Brunelli, S., Coates, S., Zeanah, C., Davies, M. et al. (2006). Traumatized mothers can change their minds about their toddlers: Understanding how a novel use of videofeedback supports positive change of maternal attributions. *Infant mental health journal*, Heft 5 (27. Jahrgang), S. 429–447.

Schechter, D. & Rusconi Serpa, S. (2013). Affektive Kommunikation traumatisierter Mütter mit ihren Kleinkindern. In M. Leuzinger-Bohleber, R.N. Emde & R. Pfeifer (Hrsg.), *Embodiment. Ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse* (S. 230-263). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schechter, D. & Willheim, E. (2016). Wenn Elternschaft undenkbar wird. Arbeit mit traumatisierten Eltern und ihren Kleinkindern. In P. Bründl, M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Elternschaft: klinische und entwicklungspsychologische Perspektiven* (1. Aufl., S. 55–64). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel.

Schechter, D. & Rusconi Serpa, S. (2021). Neugierde, Staunen und Reflektieren bei traumatisierten Müttern und ihren Kleinkindern anregen. Arbeiten mit Clinician-Assisted Videofeedback Exposure Sessions (CAVES) und Clinician-Assisted Videofeedback Exposure Approach Therapy (CAVEAT). *Frühförderung interdisziplinär*, Heft 4 (40. Jahrgang), S. 187–200.

Scherwath, C. & Friedrich, S. (2016). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. (3., aktualisierte Aufl.). München: Ernst Reinhardt Verlag.

Scherwath, C. (2019). Die biografische Wunde - Wenn traumatisches Erleben Spuren hinterlässt. Verfügbar unter: <https://docplayer.org/150342580-Die-biografische-wunde.html> (Zugriff am 27.4.2022).

Schneider, A. (2010). Die Bedeutung der Mutter-Kind-Interaktion im Säuglingsalter für die kognitive Entwicklung im frühen Kindesalter. Verfügbar unter: http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2011/8202/pdf/SchneiderAnnette_2010_10_14.pdf (Zugriff am 1.4.2022).

Schönfeld, S., Boos, A. & Müller, J. (2011). Posttraumatische Belastungsstörung. In H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (2., überarbeitete und erweiterte Aufl., S. 985–1004). Berlin, Heidelberg: Springer

Stern, D. N. (1994). *Mutter und Kind. Die erste Beziehung* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Tagay, S., Schlottbohm, E. & Lindner, M. (2016). *Posttraumatische Belastungsstörung: Diagnostik, Therapie und Prävention* (1. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Tronick, E. & Beeghly, M. (2011). Infants' meaning-making and the development of mental health problems. *The American psychologist*, Heft 2 (66. Jahrgang), S. 107–119.

Zulauf-Logoz, M. (2014). Die Desorganisation der frühen Bindung und ihre Konsequenzen. In L. Ahnert (Hrsg.), *Frühe Bindung: Entstehung und Entwicklung; mit 16 Tabellen* (3. Aufl., S. 297–312). München u.a.: Reinhardt.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift