

# Bindungsprobleme?

## Typische Anzeichen einer Störung der Eltern-Kind-Beziehung in der Praxis

Wenn Eltern unter einer psychischen Störung leiden, verändert dies ihre Wahrnehmung der Umwelt insgesamt und es beeinflusst auch die Interaktion mit dem eigenen Kind. Je nach Zeitpunkt und Dauer der psychischen Erkrankung wird dies einen spezifischen Einfluss auf die psychische Entwicklung des Kindes haben. Die typischen Merkmale einer belasteten Beziehung zwischen Eltern und Kind sind in der Kinderarztpraxis gut zu beobachten. Es ist hilfreich, die Familien früh zu überweisen, damit ihnen schnell Hilfe angeboten wird und die Probleme nicht persistieren.

Von Marina Zulauf Logoz und Erika Imhof Nielsen

In der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der PUK (Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) sehen wir immer wieder Eltern, die durch Schwierigkeiten ihres Kindes eine besonders hohe Belastung erleben. Die subjektive Belastung hängt nicht nur von der Art und dem Schweregrad der Erkrankung des Kindes ab, sondern auch vom persönlichen Verarbeitungsstil eines Elternteils.

Die elterliche Fähigkeit, kindliche Kommunikationssignale (aufmerksam) wahrzunehmen, (richtig) zu interpretieren sowie prompt (und angemessen) darauf zu reagieren, bildet die Voraussetzung dafür, dass Kinder eine (sichere) Bindung an ihre Bezugspersonen entwickeln. Diese von M. Ainsworth (vgl. 1) für Mütter definierte Feinfühligkeit ist je nach Persönlichkeit unterschiedlich ausgeprägt.

### Lebensbedingungen von Kindern mit psychisch kranken Eltern

Im Rahmen eines Risiko- und Schutzfaktorenmodells der kindlichen Entwicklung gelten eine stabile emotionale Bindung zu mindestens einer Bezugsperson, familiäre Kohäsion, ein offenes und unterstützendes Erziehungsklima, soziale Unterstützung für die Familie sowie eine positive elterliche Vorbildfunktion als wesentliche protektive Faktoren für das Kind (vgl. *Tabelle 1*). Kinder psychisch kranker Eltern sind demgegenüber einer Vielzahl von Belastungsfaktoren ausgesetzt, die über eine mögliche genetische Belastung hinaus ein allgemeines Entwicklungsrisiko beinhalten. Plass und Wiegand-Greife (2) beschreiben folgende Risikobereiche auf Elternseite:

- krankheitsbezogene Risikofaktoren
- Bindungs- und Beziehungsstörungen
- Erziehungskompetenz(-störungen).

Für die Kinder ist sowohl das allgemeine als auch das störungsspezifische Risiko, selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, erhöht.

### Affektive Störungen bei Eltern

60 Prozent der Kinder depressiver Eltern entwickeln bereits im Kindes- und Jugendalter irgendeine psychische Störung. Es treten häufiger komorbide Störungen auf und ihre psychischen Störungen verlaufen häufiger chronisch (2). Kinder depressiver Eltern tragen ein im Vergleich zur Kontrollgruppe etwa dreifach erhöhtes Risiko, innerhalb von 20 Jahren selbst an einer Depression zu erkranken (2).

Im Kontext einer kinder- und jugendpsychiatrischen Population (3) erhielten 50 Kinder depressiver Eltern, die mit 50 Kindern gesunder Eltern verglichen wurden, signifikant längere ambulante Behandlungen und eine signifikant höhere Anzahl stationärer Behandlungen. Sie waren mehr psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt und konsultierten mehr psychiatrische Einrichtungen. Sie wurden insgesamt als behandlungsbedürftiger beurteilt als Patienten mit gesunden Eltern. Nach der Entlassung wurden ihnen häufiger eine Weiterbehandlung empfohlen als letzteren. Spezifische Verhaltensmerkmale betroffener Eltern und Kinder sind in *Tabelle 2* zusammengefasst.

### Persönlichkeitsstörungen bei Eltern

Untersuchungsergebnisse zu den spezifischen Auswirkungen elterlicher Persönlichkeitsstörungen auf die psychische Gesundheit von Kindern sind kaum publiziert. In einer Studie von Wiegand-Greife et al. (4) zeigte sich aber, dass eine elterliche Persönlichkeitsstörung, sei es auch als komorbide Erkrankung, unter allen psychischen Erkrankungen von Eltern den signi-

60 Prozent der Kinder depressiver Eltern entwickeln bereits im Kindes- und Jugendalter irgendeine psychische Störung.

fikant grössten negativen Effekt auf die psychische Gesundheit der untersuchten Kinder hatte. Der Grund dafür ist vermutlich der überdauernde Charakter dieser Störungen (keine Intervalle mit gesunden Phasen des Elternteils), der Mangel an evidenzbasierten störungsspezifischen Therapiekonzepten und die Tatsache, dass Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung unter Umständen eine geringe Krankheitseinsicht haben und seltener eine Behandlung erhalten oder aufsuchen, weil sie häufig störungsbedingt die Umwelt für ihre Schwierigkeiten verantwortlich machen.

Die allgemeinen diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen (5) beschreiben überdauernde und dysfunktionale Muster auf der Ebene der Kognitionen, der Affektivität, des interpersonalen Funktionierens und der Impulskontrolle bei Menschen mit Persönlichkeitsstörung. Diese führen bei Eltern dazu, dass sowohl ihre Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse als auch ihre Interaktion mit dem Kind sowie die Fähigkeit der Eltern, das Kind seinen Bedürfnissen entsprechend zu fördern und zu erziehen, grundlegend und je nach Art der elterlichen Dysfunktionalität in spezifischer Weise beeinträchtigt ist. Insbesondere

die Vorbildfunktion der Eltern ist durch die Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt und ermöglicht dem Kind kein förderliches «Lernen am Modell» im betroffenen Bereich. Es gelte mittlerweile als gesichert, dass Kinder von Eltern mit Persönlichkeitsstörungen am stärksten gefährdet sind, so Plass und Wiegand-Greife (2).

**Auswirkungen**

Neben der Rolle der Feinfühligkeit dem Kind gegenüber wird in der Bindungsforschung (6) betont, wie zentral der Umgang von Eltern mit eigenen negativen Emotionen ist, die angesichts eines weinenden, wütenden oder ängstlichen Kindes entstehen. Wenn Eltern dabei die Gefühlsausbrüche ihrer Kinder nachvollziehen, das heisst reflektieren, was in ihrem Kind wohl vorgeht, können sie Verzweiflung, Ängste und Stress des Kindes wesentlich besser regulieren.

Beeinträchtigt ist diese Fähigkeit aber, wenn Eltern von eigenen negativen Gefühlen überwältigt werden, die das Kind in solchen Momenten bei ihnen auslöst, wie zum Beispiel hoher Stress, intensive Angst oder feindselige Gefühle dem Kind gegenüber. Wenn letzteres über längere Zeit wiederholt eintritt, hat es ein Kind schwer, eine effektive Strategie zur Regulation negativer Emotionen zu erwerben. Häufig konzentriert sich die Zuwendung der Eltern im Laufe der Zeit dann auf die Beschäftigung mit negativen Gefühlszuständen und Verhaltensstörungen des Kindes, die zunehmend mehr Raum in der Eltern-Kind-Beziehung einnehmen, auf Kosten der elterlichen Aufmerksamkeit für kompetentes Verhalten des Kindes und seiner Autonomieentwicklung (siehe *Kasten*).

Insbesondere wenn die psychische Belastung der Eltern bereits in der frühesten Kindheit besteht und es zu einer Konsultation bei einer Fachperson kommt, bietet sich eine videogestützte Beratung an. Da Kinder bis zum Alter von etwa drei Jahren kaum selbst Auskunft über ihre Beschwerden geben können und in Untersuchungssituationen erst ansatzweise kooperieren, ermöglichen Videoaufnahmen einerseits eine valide Diagnostik der Eltern-Kind-Interaktion und bilden andererseits eine sehr gute Grundlage für die Elternarbeit. Dies gilt selbstverständlich auch für Kinder im Vorschul- und Schulalter und ihre Eltern.

**Interventionsansätze**

In der Sprechstunde für Interaktions- und Regulationsstörungen am sozialpädiatrischen Zentrum der Kinderklinik Winterthur des Kantonsspitals werden Kinder behandelt, die exzessiv schreien, an Ernährungs- und Gedeihproblemen leiden oder Schlafprobleme haben. Zudem beraten wir, wenn es Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung gibt. Im Rahmen dieses Angebotes zur Therapie frühkindlicher Regulationsstörungen sehen wir häufig Eltern in psychischen Belastungssituationen. Die Familien werden uns in der Regel von Pädiatern und Pädiaterinnen zugewiesen. Es gibt aber auch etliche Familien, die via Notfallstation zu uns kommen.

Die typischen Merkmale einer belasteten Beziehung zwischen Mutter und Kind sind in der Kinderarztpraxis gut zu beobachten. Kinder von psychisch hoch belasteten oder psychisch kranken Müttern werden meist

Tabelle 1:  
**Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern (7)**

Familiäre Faktoren Risikofaktoren	Schutz- bzw. Kompensationsfaktoren
unsichere Bindung (unsicher-vermeidend, -ambivalent,-desorganisiert) unzureichende emotionale Unterstützung und Akzeptanz gegenüber dem Kind	stabile emotionale Bindung zu einer Bezugsperson
eheliche Disharmonie mangelnde gegenseitige Unterstützung der Eltern	familiäre Kohäsion
Gewalt und Misshandlung innerhalb der Familie	
ungünstiges Erziehungsverhalten der Eltern (Uneinigkeit, Inkonsequenz, vorwiegend strafendes Erziehungsverhalten)	offenes und unterstützendes Erziehungsklima
mangelnde Bewältigungsfähigkeiten (im Umgang mit Lebensereignissen des letzten Jahres wie z.B. Verleugnung, Rückzug, Resignation, Dramatisierung)	Modelle positiver Bewältigung
psychische Störungen der Eltern (diagnostiziert)	
Depression der Mutter	
negatives Pflegeverhalten der Mutter	
negatives mütterliches Ernährungsverhalten, Substanzkonsum	
mangelnde soziale Integration und Unterstützung	soziale Unterstützung

Tabelle 2:  
**Spezifische Risiken und Belastungen von Kindern affektiv erkrankter Eltern (2)**

- weniger Interaktion/Engagement
- weniger Struktur/Disziplin
- negative Einstellung gegenüber dem Kind
- «anwesende Abwesenheit»

aus den in *Tabelle 3* genannten Gründen an unsere Fachstelle überwiesen

Es ist hilfreich, die Familien früh zu überweisen, damit ihnen schnell Hilfe angeboten wird und die Probleme nicht persistieren. Je nach Schwere und psychischem Zustand der Mutter dauert eine Behandlung ambulant in der Regel 4 bis 20 Beratungsstunden. Die Dauer des stationären Aufenthaltes variiert je nach Schwere der Problematik zwischen drei Tagen und sechs Wochen. Elemente der Interaktionstherapie und Bausteine der stationären Therapie sind in den *Tabellen 4* und *5* zusammengefasst.

### Ein Fallbeispiel

Luisa\* wurde im Alter von vier Monaten wegen Trinkschwäche und Verdacht auf Interaktionsproblematik bei mütterlicher Depression bei uns hospitalisiert.

*Anamnese:* Beide Eltern sind Akademiker und um die 30 Jahre alt. Der Kindsvater ist 100 Prozent berufstätig, die Kindsmutter zurzeit nicht erwerbstätig. Sie leidet an einer langjährigen Depression, die durch den Hausarzt medikamentös behandelt wird.

Luisa wurde in der 36. SSW per Sectio geboren. Die Mutter berichtet, sie hätte Luisa erst nach zwei Tagen «richtig gesehen». Seit der Geburt habe Luisa Trinkprobleme gehabt. Sie hätte Luisa gerne gestillt, aber leider habe es nicht gut geklappt und sie hätte mit Schoppen angefangen. Luisa habe von Anfang an viel geschrien, Bauchweh gehabt und unter Reflux gelitten. Der Vater beteilige sich an der Pflege, habe aber Angst, er könnte etwas falsch machen.

*Aktuelle Situation:* Die Mutter berichtete, dass Luisa zu wenig trinke und oft weine. Sie wisse gar nicht warum und sie verstehe nicht, weshalb Luisa nicht einfach einen Schoppen leer trinken könne, das wäre doch normal. Es gehe ihr nicht schnell genug – es müsse doch einen Grund geben, weshalb Luisa so langsam trinke. Sie wisse nicht mehr weiter. Damit Luisa genug zu trinken bekäme, gebe sie ihr auch im Schlaf einen Schoppen. Luisa schlief nachts sieben bis zehn Stunden und erhielt von der Mutter fünf Mahlzeiten am Tag und eine in der Nacht im Halbschlaf, auch wenn sie offensichtlich keinen Hunger hatte. Die Mutter war sehr ängstlich, verunsichert und konnte nach unserer Beobachtung die Signale ihrer Tochter nicht lesen.

*Behandlung:* Luisa war ein aufgewecktes, interessiertes Kind, sie liebte den Kontakt zu den Pflegefachfrauen. Die gründliche Untersuchung ergab keine Hinweise auf Auffälligkeiten. Die Mutter beklagte sich über die Hektik auf der Station, sie konnte schlecht umgehen mit Schichtwechseln der Pflegefachleute und wünschte sich eine klare Struktur im Tagesablauf. Deshalb boten wir ihr zeitlich klar strukturierte Kontakte mit ihren Bezugspersonen auf der Station.

Durch eine allmähliche Rhythmisierung gelang es, die sechs Mahlzeiten alle vier Stunden zu geben, eine davon um 21 Uhr, nachdem Luisa geweckt wurde. So erreichten wir eine stabile Trinkmenge, und die Kleine nahm gut zu. Die Mutter konnte jederzeit auf die Un-

Kasten:

### Merkmale von Beziehungsstörungen ab dem Vorschulalter

- Symptome des Kindes wie Angstzustände, zwanghaftes Verhalten, depressive Zustände oder Wutausbrüche und aggressives Verhalten werden von den Eltern berichtet, zeigen sich aber in der Untersuchungssituation und in anderen Kontexten nicht oder sehr wenig.
- Eltern sind davon überzeugt, die Ursache der Schwierigkeiten sei nur im Kind selbst zu suchen; sie lassen sich auf ein anderes Erklärungsmodell nicht ein.
- Sie kritisieren das Kind sehr viel und sprechen nicht über positive Eigenschaften.
- Es fällt den Eltern schwer, Empfehlungen (Änderungen im Erziehungsverhalten, Lob, Belohnung angemessenen Verhaltens und Förderung der Autonomieentwicklung) im Alltag auszuprobieren, und es werden immer neue Gründe dafür genannt.
- Wenn nach einer Interventionsphase die bei Anmeldung geschilderten Schwierigkeiten des Kindes abklingen, werden Symptome einer anderen, bis dahin von den Eltern nicht thematisierten psychischen Störung berichtet.
- Eltern konsultieren immer neue Fachpersonen, brechen Behandlungen immer wieder ab, weil sie bald unzufrieden mit einer Fachstelle sind.

Tabelle 3:

### Zuweisungsgründe

- Wenig Blickkontakt, Blickvermeidung zwischen Mutter und Kind
- Mütter finden den Zugang zum Kind nicht
- Ambivalente oder aggressive Gefühle gegenüber dem Kind, wenig Ansprache der Mutter dem Kind gegenüber
- Grober Umgang in schwierigen Alltagssituationen
- Schwer beruhigbarer Säugling, beziehungsweise inadäquate Beruhigungshilfen durch die Eltern
- Exzessiv trotzende oder schreiende Kinder
- Zwangsernährung des Kindes wegen Nahrungsverweigerung, «Schöppeln» im Schlaf, übertriebene Ablenkung und Spiele in der Essenssituation, Trinkschwäche
- Auffallend stille, scheinbar pflegeleichte Säuglinge und resigniert-zurückgezogen wirkende Kinder
- Auffälligkeiten im Spielverhalten
- Überängstliche Mütter
- Ein- und Durchschlafprobleme
- Häufiges Erscheinen in der Kinderarztpraxis oder der Notfallstation, ohne dass dem Kind etwas fehlt

terstützung des Pflegefachteams und der Ärzte zählen. Trotz dieses Erfolgs litt die Kindsmutter unter massiven Stimmungsschwankungen und sie sorgte sich sehr um ihre Tochter. Im Rahmen der Behandlung wurden regelmässige Gespräche bei einer Psychiaterin vereinbart. Die Kindsmutter nahm das Angebot dankbar an. Bisher war sie vom Hausarzt behandelt worden. Die Gespräche bei der Psychiaterin gaben ihr die Möglichkeit, ihre eigene Geschichte aufzuarbeiten und zu verstehen, weshalb sie so unsicher und ängstlich auf Luisa reagierte.

*Videogestützte Beratung:* Es fiel auf, dass die Mutter Signale, die Luisa zeigte, nicht gut wahrnehmen beziehungsweise interpretieren konnte. Sie konnte zum Beispiel kaum unterscheiden, ob Luisa müde war

\* Es handelt sich um ein anonymisiertes Fallbeispiel.

Tabelle 4:

**Elemente der Interaktionstherapie (ambulant oder stationär)**

- Video-Interaktionsanalyse
- Entwicklungs- und Erziehungsberatung
- videogestütztes Interaktions-training
- Familiengespräche

Tabelle 5:

**Bausteine der stationären Therapie**

- medizinische Abklärungen
- Entlastung der Eltern durch zeitweilige Übernahme der Betreuung des Kindes
- Interaktionstherapie mit Videoanalyse und Interaktionstraining (s. *Tabelle 4*)
- Entwicklungs- und Erziehungsberatung
- Rhythmisierung der Schlaf- und Essenszeiten
- Eltern- und Familiengespräche
- Psychotherapie für die Mutter/den Vater

oder Trost brauchte. Sie empfand das Weinen ihrer Tochter immer als Ausdruck einer Traurigkeit darüber, dass es ihr nicht gelinge, eine gute Mutter zu sein. In der Interaktionstherapie konnten wir der Mutter helfen, die Signale des Säuglings aufmerksam wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und auch angemessen und prompt darauf zu reagieren. Wir legen am Anfang immer sehr grosses Gewicht auf die gelungenen Interaktionssequenzen, und erst im zweiten Schritt bearbeiten wir die schwierigen Momente. So war die Mutter glücklich, als wir ihr im Video zeigten, wie Luisa während des Schöppelns ihre Hand ergriff – sie hatte das nicht wahrgenommen.

Typischerweise zeigte die Mutter sehr wenig begleitende Sprache, ihre Stimme war leise und monoton, und sie zeigte kaum Mimik. Es gab auch wenig freudige Momente in ihrer Interaktion mit dem Kind. Wichtig war uns, auf verdeckt aggressive Handlungen ein Augenmerk zu haben: Beispielsweise hektisches Wickeln, Überfürsorglichkeit oder die Erwartung einer positiven Bestätigung durch das Kind. Ebenso wichtig war die Beachtung von Stressanzeichen bei Luisa. Luisa wandte ihren Blick oft ab und war teilweise passiv oder sie protestierte gegen nicht auf ihr Befinden abgestimmte Handlungen der Mutter mit Weinen.

Während der zwei Wochen Aufenthalt auf der Station habe ich die Mutter zweimal wöchentlich gesehen. Teilweise haben wir mit Video gearbeitet oder direkt im Kontakt der Mutter mit Luisa. Der Vater wurde, soweit es seine zeitlichen Ressourcen erlaubten, in die Therapie einbezogen, um auch mit ihm seine Ängste und Unsicherheiten zu besprechen und ihn im Kontakt mit Luisa zu stärken. Nach zwei Wochen waren die Eltern bereit, probeweise nach Hause zu gehen, wo es auch gut geklappt hat.

Die Möglichkeit, jederzeit, auch nachts, anrufen zu können oder wieder zurück auf die Station zu kommen, gab ihnen viel Sicherheit und Entlastung. Im Familiengespräch haben wir entschieden, die Familie weiterhin ambulant einmal wöchentlich zu betreuen und schrittweise in andere Angebote, wie die Mütter-/Väterberatung und psychotherapeutische Behandlung für die Mutter zu entlassen beziehungsweise zurück in die Begleitung durch den Kinderarzt. Über einen Zeitraum von drei Monaten haben wir die Familie sechsmal gesehen. Nach weiteren drei Monaten erkundigen wir uns in der Regel telefonisch nach dem Befinden.

**Ausblick**

Die schwierigsten Momente in der Eltern-Kind-Interaktion entstehen in Situationen, in denen sowohl Elternteil als auch Kind heftige negative Emotionen erleben, die sich gegenseitig aufschaukeln. Dennoch ist der Erwachsene gefordert, seine eigenen Gefühle so zu regulieren, dass die Fürsorge für das Kind und sein Schutz erhalten bleiben. Um es mit Grienenberg et al. (6) zu formulieren: «Parents must struggle to understand the minds of their children.» Videogestützte, bindungsorientierte Arbeit bietet Eltern die Möglichkeit, ihre Interaktion mit dem Kind in Ruhe und unabhängig von einem aktuellen Konflikt zu reflektieren. Dadurch wird es den Eltern möglich, eigene Muster zu erkennen und Verhaltensänderungen vorzubereiten und einzuüben.

**Korrespondenzadressen:**

Dr. phil. Marina Zulauf Logoz  
 Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
 Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
 Poliklinik Zürich  
 Neumünsterallee 3  
 8032 Zürich  
 E-Mail: MarinaZulaufLogoz@puk.zh.ch

Erika Imhof Nielsen  
 Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beraterin  
 Kantonsspital Winterthur  
 Sozialpädiatrisches Zentrum  
 Departement Kinder- und Jugendmedizin  
 Brauerstrasse 15  
 8401 Winterthur  
 E-Mail: erika.imhof@ksw.ch

**Literatur:**

1. Ahnert L: *Wieviel Mutter braucht ein Kind?* Heidelberg, Spektrum Verlag 2010.
2. Plass A, Wiegand-Grefe S: *Kinder psychisch kranker Eltern.* Weinheim, Beltz PVU 2012.
3. Krohn L, Deneke, C, Wiegand-Grefe S: *Kinder depressiver und psychiatrisch unauffälliger Eltern in der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine vergleichende Studie.* Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2008; 57: 536–554.
4. Wiegand-Grefe S, Geers P, Petermann F, Plass A: *Kinder psychisch kranker Eltern: Merkmale elterlicher psychiatrischer Erkrankung und Gesundheit der Kinder aus Elternsicht.* Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 2011; 79: 32–40.
5. American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition.* Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
6. Grienenberg J, Kelly K, Slade A: *Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment.* Attachment & Human Development 2005; 7 (3): 299–311.
7. Scheithauer H, Niebank K, Petermann F: *Biopsychosoziale Risiken in der frühkindlichen Entwicklung: Das Risiko- und Schutzfaktorenkonzept aus entwicklungs-psychopathologischer Sicht.* In: Petermann F, Niebank K, Scheithauer H (Hrsg.): *Risiken in der frühkindlichen Entwicklung.* Göttingen/Bern, Hogrefe 2000; 65–97.