

Bindung zwischen Eltern und Kind

Förderung der Entwicklung einer sicheren Bindung mit dem SAFE®-Programm

Die Bindungsentwicklung ist bei Kindern psychisch kranker Eltern gefährdet. Unabhängig von der Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung ist das Vorliegen einer traumatischen Erfahrung bei der Mutter ein weiterer wichtiger Risikofaktor in der Entwicklung einer gesunden und sicheren Eltern-Kind-Beziehung. Durch die Begleitung mit dem SAFE®-Programm kann die Kapazität und Fähigkeit der werdenden Eltern gestärkt werden, eine sichere Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und diesem Sicherheit und Schutz zu bieten.

Von Karl Heinz Brisch, Swinde Landers, Brigitte Forstner, Alena Beck und Julia Quehenberger

Schutz und Sicherheit sowie Erkunden und Lernen sind evolutionäre Grundbedürfnisse eines jeden Neugeborenen, die für das Überleben notwendig sind (1). Die erste zwischenmenschliche Beziehung des Neugeborenen zu einer Bezugsperson (sei es Mutter, Vater oder eine andere primäre Fürsorgeperson) beeinflusst die Entwicklung bestimmter Verhaltensmuster und schliesslich innerer Modelle und Vorstellungen über das Funktionieren von und die Erwartungen an zwischenmenschliche Beziehungen (1, 2).

Eine sichere Bindung heisst, dass ein Kind durch feinfühlig Interaktionserfahrungen mit seinen Eltern gelernt hat, dass diese ihm bei Angst und Gefahr Schutz bieten und ihm helfen, seine Affekte zu regulieren. Wenn das Kind Angst hat, nehmen sie es auf den Arm und trösten es. Sobald es sich wieder beruhigt hat, kann es wieder spielen und die Welt erkunden. Angst aktiviert das Bindungssystem, das heisst, das Kind sucht die Nähe seiner primären Bindungsperson, und das Explorationssystem wird gehemmt und erst wieder aktiviert, wenn eine Beruhigung durch die Bezugsperson erreicht ist. Wenn sich Kinder nicht sicher sein können, ob und dass sie sich auf ihre Bindungsperson verlassen können, können sie nicht wie ein sicher gebundenes Kind die Welt um sich herum erkunden.

Neben der sicheren Bindung eines Kleinkindes zu seiner Bezugsperson werden auch andere Verhaltensmuster des Kleinkinds beobachtet, die mit einer ablehnenden, inkonsistenten oder beängstigenden Reaktion der Bezugsperson auf kindliche Bindungssignale assoziiert sind. Dies sind die unsicher-vermeidende, unsicher-ambivalente und desorganisierte Bindung. Man geht davon aus, dass die unsichere und besonders die desorganisierte Bindung ein Vulnerabilitätsfaktor und die sichere Bindung ein Schutz-

faktor für die emotionale und kognitive Entwicklung von Kindern ist (3).

Besondere Vulnerabilität der Kinder psychisch kranker Eltern

Schwangerschaft und Geburt eines Kindes sind kritische Lebensereignisse für die Eltern, durch die vermehrt Unsicherheiten, Ängste und eine Auseinandersetzung mit der eigenen Beziehungsgeschichte auftreten können. Diese Übergangsphase zeichnet sich durch ein erhöhtes Auftreten psychischer Probleme wie prä- und postnataler Depressionen, Angststörungen und/oder in Einzelfällen psychotischer Krankheitsbilder aus (4). Eine bereits bestehende psychische Erkrankung in der Vergangenheit erhöht die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Belastung postnatal (5).

Die Forschung zeigt, dass die Bindungsentwicklung bei Kindern psychisch kranker Eltern gefährdet ist. Beispielsweise sind Kinder von Müttern, die seit der Geburt des Kindes an einer diagnostizierten Depression erkrankten, deutlich seltener sicher und häufiger desorganisiert gebunden als Kinder von Vergleichsgruppen (6–8). Deneke und Lüders (9) sowie Matthejat und Remschmidt (10) beschreiben in Literaturübersichten die bisher in der Forschung gefundenen Besonderheiten in der Interaktion von Eltern mit psychischen Erkrankungen und ihren Säuglingen und Kleinkindern. Der Grad der Beeinträchtigung der Interaktionsqualität von Mutter-Kind-Dyaden ist dabei abhängig von der Art der psychischen Erkrankung der Mutter: Die Interaktion mit dem Kleinkind ist bei Müttern mit unipolaren affektiven Erkrankungen am wenigsten beeinträchtigt, bei bipolaren affektiven Erkrankungen stärker und bei Müttern mit einem psychotischen Krankheitsbild am stärksten (12). In Studien zu verschiedenen Störungsbildern wird meist

Die erste zwischenmenschliche Beziehung eines Kindes beeinflusst spätere Verhaltensmuster und Vorstellungen über das Funktionieren von Bindungen.

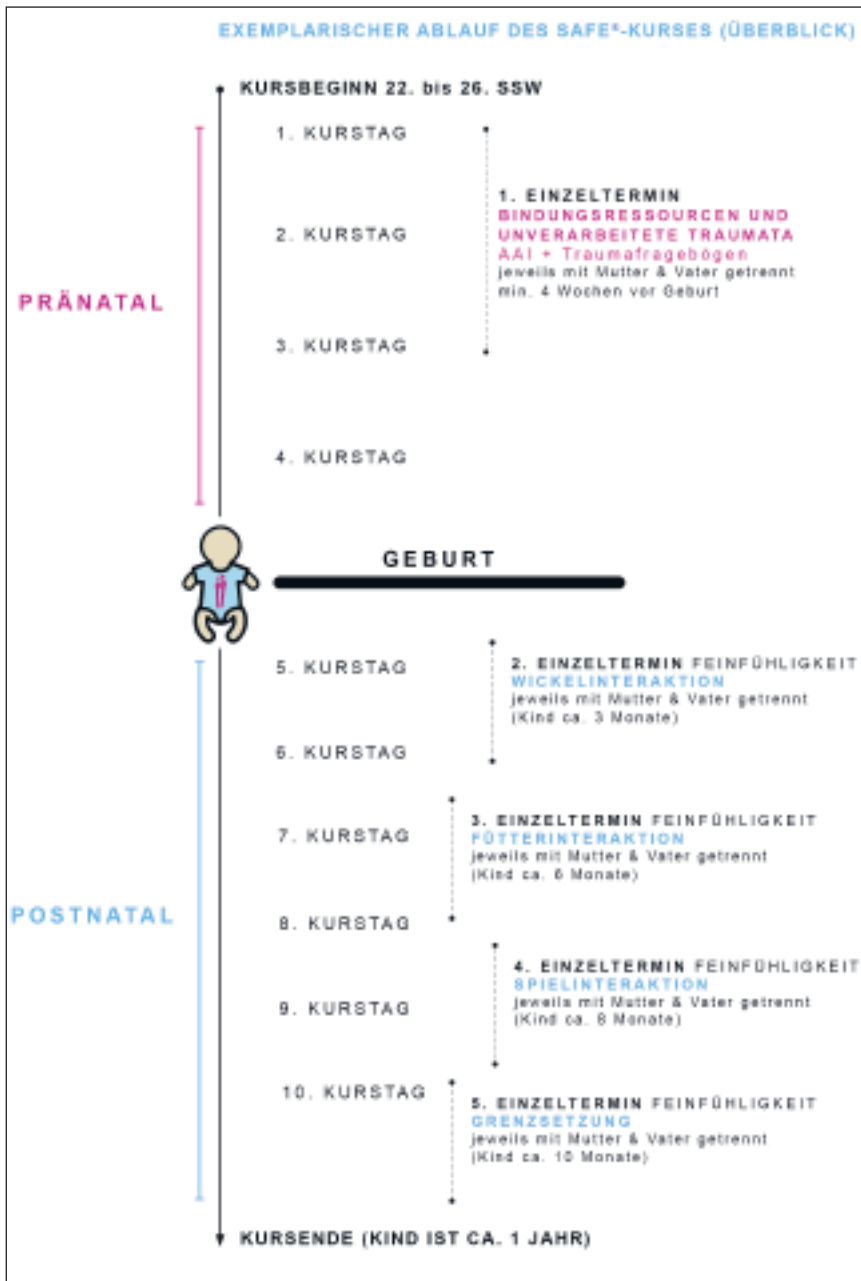


Abbildung: Exemplarischer Ablauf des SAFE®-Programms

von einer Beeinträchtigung der Fähigkeit der Mütter berichtet, die inneren Zustände des Kindes zu erkennen und feinfühlig auf diese zu reagieren, (13, 14). Die Bindungsentwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr hängt jedoch stark mit der Qualität der Interaktion zwischen Mutter und Kind zusammen (11).

Darüber hinaus berichten Reck, Noe et al. (15), dass depressive Mütter Diskrepanzen oder eine fehlende Anpassung zwischen sich und dem Kind schlecht korrigieren können und positive kongruente Momente weniger gut steuern können. Ausserdem haben Säuglinge depressiver Mütter mit vier Monaten weniger Blickkontakt in der Interaktion (16) und erfahren weniger positive Berührungen sowie emotionale und informative, verbale Kommunikation der Mutter (17). Das Abklingen der depressiven Symptomatik führt nicht unbedingt zu einer einfachen Auflösung der Probleme in der Interaktion zwischen Mutter und Kleinkind (6, 18).

Unabhängig von der Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung ist das Vorliegen einer traumatischen Erfahrung bei der Mutter ein weiterer wichtiger Risikofaktor in der Entwicklung einer gesunden und sicheren Eltern-Kind-Beziehung. Die Bindungsforschung hat gezeigt, dass erlebte Traumata der Eltern einen starken Einfluss auf die Entwicklung einer desorganisierten Bindung des Kindes haben (19).

Das Muster der desorganisierten Bindung kommt besonders häufig bei Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen vor (20). Eine desorganisierte Bindungsbeziehung entwickeln Kinder in der frühen Kindheit, wenn die Bezugspersonen nicht integrierte Affekte und Kognitionen in die Interaktion mit ihrem Kind einbringen (21). Diese Kinder machen von Anfang an unvorhersehbare und widersprüchliche Erfahrungen: Manchmal werden sie getröstet, manchmal werden sie zurückgewiesen, wenn sie Signale des Nähe- und Trostsuchens zeigen. Zum Beispiel wird unvorhersehbar ihr Lächeln nicht erwidert, ihr Schreien versetzt den anderen in Wut, oder sie werden alleingelassen. Kinder, die sogar Angst vor ihren Bindungspersonen haben oder sich von ihnen bedroht fühlen, wenden sich in ihrer Angst dennoch an die Bindungsperson, weil sonst keine andere vertraute Person vorhanden ist. Somit haben sie weder einen sicheren emotionalen Hafen, noch können sie explorieren. Diese Kinder verhalten sich in Bindungssituationen «desorganisiert», laufen etwa auf die Mutter zu, erstarren, weichen wieder vor ihr zurück und finden oftmals keine beruhigende Strategie.

Bei Kindern psychisch kranker Eltern ist die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer unsicheren oder desorganisierten Bindung zu den Eltern demnach erhöht. Damit ist eine höhere Vulnerabilität gegeben, dass die Kinder selbst später an einem psychischen Leiden erkranken (22).

Es besteht daher die Notwendigkeit, gerade werdende Eltern, bei denen ein Elternteil an einer psychischen Erkrankung leidet, im Übergang zur Elternschaft im Sinne einer primären Prävention verstärkt zu unterstützen. Dies ist einerseits von Bedeutung, um eine Verschlechterung oder das erneute Auftreten der psychischen Erkrankung zu verhindern, und andererseits, um die Weitergabe traumatischer Erfahrungen

**Kasten 1:
SAFE®-Mentorentraining**

Das SAFE®-Mentorentraining steht Ärztinnen und Ärzten (Gynäkologie, Pädiatrie, Psychiatrie), Kinderkrankenschwestern und -pflegern, Hebammen sowie Fachleuten mit einem Abschluss in Psychologie, Pädagogik oder Sozialpädagogik offen, die im Bereich der frühen Hilfen und in der Arbeit mit Eltern und deren Säuglingen erfahren sind.

In einer viertägigen Weiterbildung am Dr. von Haunerschen Kinderspital erlernen sie die Durchführung des Präventionsprogramms und erhalten über den Kontakt zur Abteilung Pädiatrische Psychosomatik Hilfestellung bei der Organisation eines Kurses und Supervision in der Durchführung. Inzwischen nahmen zirka 4200 Fachkräfte an der Weiterbildung teil und bieten das SAFE®-Programm in Deutschland, Österreich und der Schweiz sowie auch in anderen Ländern an.

zu unterbrechen, die der psychischen Erkrankung möglicherweise zugrunde liegen. Durch die Begleitung mit dem SAFE®-Programm kann die Kapazität und Fähigkeit der werdenden Eltern gestärkt werden, eine sichere Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und diesem Sicherheit und Schutz zu bieten.

Ablauf des SAFE®-Programms

Das SAFE®-Programm ist ein bindungstheoretisch fundiertes Trainingsprogramm, das sich an alle werdenden Eltern richtet. Dieses Präventionsprogramm wurde von Karl Heinz Brisch entwickelt, um die aktuellen Erkenntnisse aus der Bindungsforschung in die primäre Prävention umzusetzen und interessierten Eltern zugänglich zu machen. Ziel ist die Förderung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung.

Schon während der Schwangerschaft (ca. ab der 22. Schwangerschaftswoche, wenn die werdenden Mütter bereits Kindsbewegungen spüren) werden Eltern für die Bedürfnisse des Säuglings und des Kleinkindes sensibilisiert, und ihre elterlichen Kompetenzen werden gestärkt. Gemeinsam mit der Begleitung während des ersten Lebensjahres des Kindes wird so eine sichere Bindung zwischen Eltern und Kind gefördert.

Wenn das Kind geboren ist, bekommen beide Elternteile im geschützten Einzelkontakt mit einer SAFE®-Mentorin (*Kasten 1*) die Möglichkeit eines SAFE®-Videofeedbacks. Zudem steht die Prävention der Weitergabe traumatischer Erfahrungen der Eltern an ihre Kinder im Mittelpunkt. Viele Eltern haben in ihrer eigenen Lebensgeschichte belastende, unverarbeitete

Kasten 2:

Module des SAFE®-Programms

Modul I: Pränatale Kurstage

Das Programm umfasst vorgeburtlich vier ganztägige Theorie- und Praxisseminare. In einer festen Gruppe von zirka fünf bis acht Elternpaaren beziehungsweise Alleinerziehenden, welche über den gesamten Zeitraum des Elternkurses bis zum Ende des ersten Lebensjahres oder auch darüber hinaus bestehen bleibt, werden Erkenntnisse über die Bedeutung von Gefühlen und Fantasien in der Schwangerschaft sowie die vorgeburtliche Bindungsentwicklung und Auswirkungen der Schwangerschaft auf die Paarbeziehung und den Übergang in die Elternschaft vermittelt. Darüber hinaus wird die Bindungsentwicklung des Säuglings zum zentralen Thema. Anhand von Videos zur Eltern-Kind-Interaktion lernen die Eltern, feinfühlig die Signale eines Babys zu lesen und diese richtig zu interpretieren sowie angemessene Antworten für die Signale zu finden (videogestütztes Feinfühligkeitstraining).

Die Teilnehmer werden über Mechanismen der unbewussten Weitergabe eigener traumatischer Erfahrungen an ihr Kind und die Aufrechterhaltung oben genannter Teufelskreise aufgeklärt. Bei einem Einzeltermin werden das Erwachsenenbindungsinterview (Adult Attachment Interview; [24]) durchgeführt und Traumafragebögen ausgefüllt, um die Belastungen der Mütter und Väter mit eigenen traumatischen Erfahrungen kennenzulernen und adäquate weitere Unterstützung anzubieten.

Alle Eltern erlernen im Kurs stabilisierende Imaginationsübungen aus der Psychotherapie (z.B. Übung des inneren sicheren Ortes nach Luise Reddemann; [25]), auf die sie bei Bedarf zurückgreifen können, um die eigenen Affekte besser regulieren zu können, wenn sie sich mit dem Kind überlastet fühlen.

Modul II: Postnatale Kurstage

Nach der Geburt finden im Laufe des ersten Lebensjahres des Kindes weitere sechs Kurstage statt. Von zentraler Bedeutung sind dabei das Erlernen einer adäquaten, feinfühlig reagierenden Reaktion auf die Signale des Kindes im Sinne der elterlichen Feinfühligkeit und der Umgang mit Regulationschwierigkeiten (Schreien, Einschlafen, Essen u.a.). Zudem liegt der Fokus auf der Besprechung der Themen und Fragen, die die Eltern in den verschiedenen Phasen der kindlichen Entwicklung im ersten Lebensjahr in den Kurs einbringen. Als wichtig für die Kursteilnehmer erweist sich der Kontakt zu und der Austausch mit den anderen Eltern: Sie erfahren,

dass gewisse Anpassungsschwierigkeiten und -prozesse hinsichtlich der neuen Rolle ganz normal sind.

Modul III: Feinfühligkeitsfeedback

Zusätzlich werden Einzeltermine mit den Müttern und den Vätern vereinbart, um mittels Videofeedback zu eigenen Wickel-, Fütter-, Spiel- und Grenzsetzungssituationen die elterliche Feinfühligkeit zu verbessern. So ist eine direkte und individuelle Rückmeldung möglich, die einerseits die elterlichen Kompetenzen und Ressourcen wertschätzt und verstärkt und andererseits darauf hinweist, wo Schwierigkeiten entstehen können. Diese Methode ist sehr gut geeignet, um zu verstehen, welche Signale des Babys die Eltern richtig wahrnehmen, auf welche Bedürfnisse sie feinfühlig reagieren und mit welchen sie sich schwertun. Momente der Interaktionen, die sich durch eine hohe Feinfühligkeit und eine emotionale Verbundenheit zwischen Kleinkind und Elternteil auszeichnen, werden durch den besonderen wertschätzenden Fokus auf diese Situationen verstärkt.

Modul IV: Hotline für Krisensituationen

Über eine telefonische Hotline können Eltern während des gesamten Kurses und darüber hinaus bei ihren vertrauten SAFE®-Mentorinnen und -Mentoren Rat und Hilfe in akuten, schwierigen Situationen einholen.

Modul V: Vermittlung einer Traumatherapie

Bei bestehenden, insbesondere interpersonellen unverarbeiteten Traumata in der Geschichte der Eltern wird zur Unterbrechung der intergenerationalen Transmission von traumatischen Erfahrungen das Angebot zur Vermittlung einer Traumatherapie gemacht. Eine individuelle traumazentrierte Psychotherapie wird von darin spezialisierten Psychotherapeuten angeboten, die durch das Netzwerk der SAFE®-Mentoren zur Verfügung stehen. Durch das SAFE®-Programm soll für die Möglichkeit einer Therapie und ihre unterstützende und positive Wirkung sensibilisiert werden. Es kann sein, dass Eltern bereits zu Beginn des Kurses offen sind für eine Therapie oder sich im Verlauf des SAFE®-Programms oder auch danach für den tatsächlichen Beginn einer Psychotherapie entscheiden. Denn für den Beginn einer Therapie ist es nie zu spät.

Erlebnisse (wie z.B. Erfahrungen von plötzlichen Verlusten, emotionaler Vernachlässigung bis zu Gewalt in der Familie) erfahren, die sich auf die Beziehung zu ihrem Kind auswirken beziehungsweise unbewusst wiederholt werden können (23).

Eltern, die Schwierigkeiten im Umgang mit starken Affekten, wie zum Beispiel Wut und Angst, haben, erschweren es dem Kind, einen guten Umgang mit seinen Gefühlen zu erlernen. Für viele vorbelastete Eltern, die selbst traumatisierenden Erfahrungen wie Gewalt oder Verwahrlosung ausgesetzt waren, kann schon das Schreien des Säuglings ein Trigger sein, der starke Affekte auslöst. Diese können häufig nicht mehr reguliert werden und dazu führen, dass die Eltern zum Beispiel ihren Säugling schütteln und damit lebensgefährliche Verletzungen hervorrufen. Aber auch später können diese Eltern die Erfahrungen, denen sie selbst ausgesetzt waren, mit ihren Kindern reinszenieren, das heisst unbewusst wiederholen, was sie selbst erlebt haben. Durch das SAFE®-Programm soll dieser Teufelskreis durchbrochen werden, indem frühzeitig interveniert wird und gegebenenfalls weitere Hilfestellungen in die Wege geleitet werden. Die *Abbildung* zeigt den Ablauf des Programms. In *Kasten 2* werden die verschiedenen Module des Programms beschrieben.

Väter oder Freunde im SAFE®-Kurs

Ein wichtiger Aspekt des SAFE®-Programms ist die Teilnahme der Väter. Gerade wenn die werdende Mutter psychisch erkrankt ist, ist die Stärkung und Einbeziehung des Vaters oder derzeitigen Partners von grosser Bedeutung. Bei alleinerziehenden Müttern kann zusätzlich eine andere vertraute Person (z.B. eine gute Freundin, ein guter Freund, die Mutter ...) mit zu den Kurstreffen gebracht und so das Unterstützungssystem der erkrankten Person gestärkt werden. Die Förderung einer weiteren, konstanten und stabilen Bezugsperson für das Neugeborene ermöglicht eine für den Säugling beziehungsweise das Kleinkind weniger stressvolle Trennung, sollte die Mutter aufgrund ihrer psychischen Erkrankung einen Klinikaufenthalt beginnen müssen, bei der das Kind nicht mit aufgenommen werden kann.

Zudem kann durch die Stärkung des Unterstützungssystems – durch das SAFE®-Programm an sich und den Einbezug einer weiteren vertrauten Person – nach unserer bisherigen Erfahrung das Risiko für die Notwendigkeit eines Klinikaufenthalts reduziert werden (26).

Der Übergang zur Elternschaft ist auch für die Partnerschaft eine grosse Herausforderung: Die Routinen und Gewohnheiten des «Wir zu zweit» müssen sich zum «Wir zu dritt» entwickeln und ständig neu justiert und angepasst werden. Für die Auseinandersetzung mit den Erwartungen und den bevorstehenden Veränderungen bietet das SAFE®-Programm Impulse, Unterstützung durch die SAFE®-Mentorinnen und bewusste Zeit. Auch nach der Geburt des Kindes bietet jeder Kurstag die Möglichkeit zu reflektieren, wie die gegenwärtige Beziehungskonstellation zwischen Mutter, Vater und Kind ist, wie es den Eltern selbst damit geht und welche Veränderungen sie sich möglicherweise wünschen.

Bedeutung des pränatalen Beginns des Programms

Ein Unterscheidungsmerkmal des SAFE®-Programms gegenüber anderen Programmen zur Unterstützung der kindlichen Entwicklung im ersten Lebensjahr ist der Beginn der Begleitung schon während der Schwangerschaft.

Die Phase der Schwangerschaft ist sowohl für werdende Mütter als auch Väter eine Phase, in der eine Offenheit für Veränderung und Reflexion besteht. Diese Offenheit, die auch Unsicherheiten und Ängste umfassen kann, wird durch den pränatalen Beginn des Kurses unterstützt, und positive Veränderungsimpulse werden begleitet und verstärkt. Ausserdem besteht pränatal die Möglichkeit, die Paarbeziehung zu stärken und Ressourcen auszubauen im Umgang mit stressigen Situationen, die negative Gefühle auslösen. Diese inneren Kapazitäten zur Reflexion bestehen mit der Geburt des Kindes meist nicht mehr im gleichen Ausmass.

Zudem können Ängste und Unsicherheiten der Mütter während der Schwangerschaft die Wahrscheinlichkeit für eine Frühgeburt des Kindes erhöhen (27, 28). Das SAFE®-Programm bietet hier die Möglichkeit einer Begleitung, die mit Entspannungsübungen und Unterstützung hilft, Ängste und Stress zu reduzieren. Aus diesem Grund ist die Vernetzung von Pädiatern mit Gynäkologen und Hebammen sowie Psychotherapeuten und Psychiatern, die die werdenden Eltern pränatal versorgen und beraten, wichtig, um Handlungsbedarf möglichst schon während der Schwangerschaft zu erkennen und Unterstützung, zum Beispiel in Form der Teilnahme an einem SAFE®-Kurs, anzubieten.

Möglichkeiten der postnatalen Förderung der Entwicklung einer sicheren Bindung

Sollte die Vermittlung eines SAFE®-Kurses während der Schwangerschaft nicht möglich gewesen sein, kann auch nach der Geburt des Kindes mit der Unterstützung begonnen werden.

Kinderärzten obliegt die Aufgabe, das psychische Wohlbefinden der Mutter und des Vaters nach der Geburt des Kindes regelmässig abzuklären. Besonders wichtig ist dabei das frühzeitige Erkennen einer postpartalen Depression eines Elternteils. Ein gängiger Fragebogen zum Screening auf postpartale Depression ist die Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; [29]), die im Internet zum Download frei verfügbar ist (www.mutter-kind-behandlung.de/downloads/fragebogen_EPDS.pdf). In einer Studie von Reck et al. wiesen etwa 9 Prozent der Mütter eine verstärkte postpartale depressive Symptomatik im EPDS auf, die einen Risikofaktor für den Beziehungsaufbau zwischen Säugling und Mutter sowie die kindliche Entwicklung darstellt (30).

SAFE®-Spezial für spezifische Risikokontexte

Ursprünglich wurde das SAFE®-Programm für die Allgemeinbevölkerung entwickelt. Jedoch können Anpassungen des SAFE®-Programms an die spezifi-

schen Bedürfnisse bestimmter Zielgruppen vorge-
nommen werden. Dazu bietet die Abteilung Pädiatri-
sche Psychosomatik des Klinikums der Universität
München regelmässig Weiterbildungen zur Umset-
zung des SAFE®-Programms mit spezifischen Ziel-
gruppen an, wie beispielsweise SAFE®-Spezialkurse
für Eltern mit Mehrfachbelastungen, Pflege- und
Adoptivkindern, für Mutter-Kind-Heime oder Mutter-
Kind-Einheiten der Justizvollzugsanstalten, für Eltern
mit Frühgeborenen oder psychisch kranke Eltern so-
wie für die Anwendung von Aspekten des SAFE®-Pro-
gramms in der Krippe, im Kindergarten und in der
Schule.

Anpassung des SAFE®- Programms für Mütter mit Suchterkrankungen

Suchterkrankungen können durch einen Mangel an
sicherheitsspendenden Beziehungserfahrungen ent-
stehen. Die Droge dient dann statt einer Bindungs-
beziehung der Stress- und Affektregulation (31). Hier-
durch entstehen besondere Herausforderungen in der
Versorgung des Kindes und beim gesunden Bezie-
hungsaufbau zum Kind. Eine Schwangerschaft stellt
bei dieser Klientel meist eine grosse Chance dar,
etwas zu verändern und mithilfe des SAFE®-Pro-
gramms neue Bindungserfahrungen zu ermöglichen
und vorhandene Muster bewusst zu machen.

Werdende Eltern mit einer Suchterkrankung können
unserer Erfahrung nach meist selbst nicht auf sichere
Bindungserfahrungen zurückgreifen und auf deren
Grundlage eine positive und sichere Beziehung zu ih-
rem eigenen Kind aufbauen. Deshalb legt der SAFE®-
Sucht-Kurs ein besonderes Augenmerk auf das Ken-
nenlernen der Erfahrungen der werdenden Mütter
und Väter, sodass mit der Lebensgeschichte der
Eltern besonders sensibel umgegangen werden kann.
Die Erfahrung zeigt, dass die Teilnehmerinnen und
Teilnehmer besonders zuverlässig wöchentliche Ein-
zeltermine einhalten. Zu Beginn des Kurses ist ein
Kleingruppensetting zu herausfordernd für diese Ziel-
gruppe.

In einem Pilotprojekt der Abteilung Pädiatri-
sche Psychosomatik des Klinikums der Universität München
hat sich gezeigt, dass die Interventionen des SAFE®-
Sucht-Kurses bei vielen Teilnehmerinnen und Teilneh-
mern wichtige Punkte aufgreifen. Beispiele dafür sind
das Eingehen auf die Bedürfnisse des Kindes, das
Akquirieren von Unterstützungsmöglichkeiten (Einbe-
ziehung von Jugendhilfe, Beginn ambulanter Psycho-
therapie etc.) sowie die Hinführung zur eigenen Le-
bensgeschichte unter Einbeziehung der Bedeutung
der Droge/des Alkohols und einer Reflektion dessen,
was zu einer gesünderen Entwicklung des Kindes bei-
trägt.

Erste Ergebnisse der SAFE®-Evaluationsstudie

Das SAFE®-Programm wurde in einer grossen rando-
misierten Kontrollgruppenstudie mit 167 Familien am
Dr. von Haunerschen Kinderspital in München evalu-
iert. Vorläufige Ergebnisse zu Teilstichproben sind

vielsprechend: Mütter, die pränatal einen unverar-
beiteten Bindungsstatus – möglicherweise aufgrund
eines unverarbeiteten Traumas – aufweisen, erleben
die Geburt positiver und weniger traumatisch, wenn
sie den SAFE®-Kurs besuchen (32). Väter, die an dem
SAFE®-Programm teilnehmen, sind im Vergleich zur
Kontrollgruppe emotional verfügbarer in der Interak-
tion mit dem Kleinkind (33).

Korrespondenzadresse:

OA PD Dr. med Karl Heinz Brisch
Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie
Dr. von Haunersches Kinderspital
Klinikum der Universität München
Pettenkoferstr. 8a
D-80336 München
E-Mail: Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de
www.khbrisch.de

Weitere Informationen zum SAFE®-Programm: www.safe-programm.de

Literatur:

1. Bowlby J: Bindung und Verlust 1: Bindung. Reinhardt, München (u.a.), 1969/2006.
2. Bretherton I: Konstrukt des inneren Arbeitsmodells. Bindungsbeziehungen und Bin-
dungsrepräsentationen in der frühen Kindheit und im Vorschulalter. In KH Brisch et al.
(Hrsg.): Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische
Praxis. Klett-Cotta, Stuttgart, 2002; 13–46.
3. Brisch KH: Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsent-
wicklung. In KH Brisch and T Hellbrügge. (Hrsg.): Bindung und Trauma. Klett-Cotta, Stutt-
gart, 2003; 105–135.
4. Junge-Hoffmeister J et al.: Psychische Störungen in Schwangerschaft und Postpartal-
zeit, Teil I. Spezifische Phänomenologie und Auswirkungen auf Schwangerschaft, Geburt
und Kind. Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin 2010; 5 (3):
141–148.
5. Leigh B, Milgrom J: Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and
parenting stress. BMC Psychiatry 2008; 8 (24).
6. Murray L: The impact of postnatal depression on infant development. Child Psychology
& Psychiatry & Allied Disciplines 1992; 33 (3): 543–561.
7. Toth SL et al.: The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in
the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive
trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2006; 74 (6): 1006–1016.
8. Martins C, Gaffan EA: Effects of Early Maternal Depression on Patterns of Infant-Mo-
ther Attachment: A Meta-analytic Investigation. Journal of Child Psychology & Psychiatry
& Allied Disciplines 2000; 41 (6): 737.
9. Deneke C, Lüders B: Besonderheiten der Interaktion zwischen psychisch kranken Eltern
und ihren kleinen Kindern. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 2003; 52
(3): 172–181.
10. Matthey F, Remschmidt H: The children of mentally ill parents. Deutsches Ärzteblatt
International 2008; 105 (23): 413–418.
11. De Wolff M, van Ijzendoorn MH: Sensitivity and attachment: A meta-analysis on
parental antecedents of infant attachment. Child Development 1997; 68 (4): 571–591.
12. Hipwell AE, Kumar R: Maternal psychopathology and prediction of outcome based on
mother-infant interaction ratings (BMIS). The British Journal of Psychiatry 1996; 169 (5):
655–661.
13. Murray L et al.: The impact of postnatal depression and associated adversity on early
mother-infant interactions and later infant outcomes. Child Development 1996; 67 (5):
2512–2526.
14. Parsons CE et al.: Postnatal depression and its effects on child development: a review
of evidence from low- and middle-income countries. British Medical Bulletin 2012; 101
(1): 57–79.
15. Reck C et al.: Interactive coordination of currently depressed inpatient mothers and
their infants during the postpartum period. Infant Mental Health Journal 2011; 32 (5):
542–562.
16. Væver MS et al.: Infants of depressed mothers show reduced gaze activity during mo-
ther-infant interaction at 4 months. Infancy 2015; 20 (4): 445–454.
17. Herrera E, Reissland N, Shepherd J: Maternal touch and maternal child-directed
speech: effects of depressed mood in the postnatal period. Journal of Affective Disorders
2004; 81 (1): 29–39.

18. Lovejoy MC et al.: Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review* 2000; 20 (5): 561–592.
19. Lyons-Ruth K, Block D: The Disturbed Caregiving System: Relations among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment. *Infant Mental Health Journal* 1996; 17 (3): 77–95.
20. Brisch KH: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 9. überarbeitete u. erw. Aufl. Klett-Cotta, Stuttgart, 2009.
21. Main M, Hesse E: Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In MT Greenberg, D Cicchetti, and M Cummings. (Hrsg.): *Attachment in the Preschool Years*. Chicago University Press, Chicago, 1990.
22. Santvoort F et al.: The impact of various parental mental disorders on children's diagnoses: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2015.
23. Erhardt I, Brisch KH: SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern. Ein bindungstheoretisch basiertes Präventionsprogramm für werdende Eltern. *Familiendynamik* 2010; 35: 84–85.
24. George C, Kaplan N, Main M: *Adult Attachment Interview*. 1996. University of California: Berkeley.
25. Reddemann L: *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. 2. Aufl. *Leben lernen*. Vol. 141, Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart, 2001.
26. Baller W: Arbeit mit traumatisierten und psychisch schwer belasteten Schwangeren im Rahmen von SAFE in einem Berliner-Projekt In 17. GAIMH Jahrestagung. 2012. Basel.
27. Dayan J et al.: Role of Anxiety and Depression in the Onset of Spontaneous Preterm Labor. *American Journal of Epidemiology* 2002; 155 (4): 293–301.
28. Ding X-X et al.: Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of Affective Disorders* 2014; 159: 103–110.
29. Cox JL, Holden J, Sagovsky R: Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburg postnatal depression scale. *British Journal of Psychiatry* 1987; 150: 782–786.
30. Reck C et al.: Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2008; 118 (6): 459–468.
31. Brisch KH: Die bindungsbasierte Behandlung von Suchterkrankungen auf verschiedenen Altersstufen In KH Brisch. (Hrsg.): *Bindung und Sucht*. Klett-Cotta, Stuttgart 2013; 277–297.
32. Landers S et al.: Benefits from parenting program SAFE®: Mothers with attachment status «U» report less birth-related posttraumatic stress (RCT). In 7th International Attachment Conference. New York City 2015.
33. Quehenberger J et al.: The attachment-based parenting program SAFE® promotes father-child interaction quality: First results of an RCT. In 7th International Attachment Conference. New York City 2015.