

Bindung und Empathie

Von wechselseitigem Aufnehmen und spiegelndem Zurückgeben

Alle kennen es: Spontan erwidern wir ein Lächeln, gähnen, wenn andere gähnen. Neurobiologischer Hintergrund sind Spiegelneurone. Ohne diese Nervenzellen wäre keine Empathie und kein spontanes Verstehen zwischen Menschen möglich. Die LWL-Klinik Herten entwickelte 2000 ein Konzept der Mutter-Kind-Therapie mit dem Ziel, Bindungsverhalten anzubahnen beziehungsweise bereits auffällige Bindungsstörungen zu korrigieren.

Täglich nutzen wir Spiegelungsphänomene, ohne darüber nachzudenken: Wir öffnen als Erwachsene im Blickkontakt mit einem Kleinkind den Mund, wenn wir den Löffel zum Mund des Kindes führen, da wir intuitiv wissen, dass sich darüber die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass das Kind nun seinerseits den Mund öffnet. Giacomo Rizzolatti, Chef des Physiologischen Instituts der Universität Parma, hat Ende der neunziger Jahre die ersten bahnbrechenden Forschungsergebnisse zum Thema Spiegelneurone publiziert. Spiegelnervezellen sind jene Nervenzellen des Gehirns, die im eigenen Körper einen bestimmten Vorgang, zum Beispiel eine Handlung oder eine Empfindung, steuern können, zugleich aber auch dann aktiv werden, wenn der gleiche Vorgang bei einem anderen Menschen nur beobachtet wird. Ihre Resonanz setzt spontan, unwillkürlich und ohne Nachdenken ein. Spiegelneurone ermöglichen es dem Beobachter, in einer Art innerer Simulation zu spüren, was in einem anderen, den er beobachtet, vorgeht. Spiegelresonanz ist die neurobiologische Basis für spontanes, intuitives Verstehen, die Basis dessen, was als «Theory of Mind» bezeichnet wird. Dabei sind Spiegelungsphänomene als solche nicht neu – sie werden seit langem in der psychoanalytischen Psychotherapie unter den Begriffen Übertragung, Gegenübertragung und Identifizierung beachtet und erforscht.

Spiegelzellen zu haben, die tatsächlich in der Lage sind zu spiegeln, gehört also zu den wichtigsten Utensilien im Gepäck für die Reise durch das

Leben. Ohne sie kein Kontakt, keine Spontaneität, kein emotionales Verstehen. Die Natur stellt nun dem Säugling ein Startset von Spiegelneuronen zur Verfügung, das es ihm Stunden bis Tage nach der Geburt ermöglicht, bestimmte Gesichtsausdrücke, die er sieht, spontan zu imitieren. Die neurobiologisch angelegte Bereitschaft zu spontanen Imitationsakten ist das Grundgerüst, um das herum sich die Beziehung zwischen Säugling und Bezugsperson entwickelt. Von zentraler Bedeutung ist allerdings, ob dem Säugling auch die Chance gegeben wird, Spiegelungsaktionen zu realisieren, denn eine Grundregel unseres Gehirns lautet: «Use it or lose it.» Neuronale Netzwerke, die nicht benutzt werden, gehen verloren, und Spiegelaktionen entwickeln sich nicht von allein, sondern brauchen immer einen adäquaten, spiegelnden Partner.

Nachgeburtliche psychische Störungen

Bei postpartalen, also nachgeburtlichen psychischen Störungen trifft die mütterliche Psychopathologie den Säugling also in einer hochsensiblen Phase der frühkindlichen Entwicklung, und das erhöhte Risiko einer kindlichen Psychopathologie infolge der mütterlichen Erkrankung gilt als gesichert. Dabei haben postpartale psychische Störungen eine hohe Inzidenz: 10 bis 15 Prozent aller neuen Mütter erkranken an einer postpartalen Depression, 1 bis 2 Prozent an einer postpartalen Psychose, 8 bis 18 Prozent an einer postpartalen Angststörung, 16 (nach vier Wochen) bis 4 Prozent (nach einem Jahr) zeigen das Bild einer postpartalen posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Zu der Inzidenz postpartal dekomensierter neuer Mütter mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung liegen noch keine gesicherten Daten vor, diese Klientel stellt aber die Herausforderung für jede Mutter-Kind-Einheit (MKE) par excellence dar. Postpartale Bindungsstörungen (Brockington 1996, 2006) zwischen der erkrankten Mutter und ihrem Säugling sind ebenfalls häufig: C. Reck fand 2006 in der



Luc Turmes, Dr. med., ist seit 2002 Ärztlicher Direktor der LWL-Klinik Herten (www.psychiatrie-herten.de), eines Fachkrankenhauses für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Er gründete als Chefarzt in der LWL-Klinik Dortmund im Jahre 2000 eine Mutter-Kind-Einheit, die 2003 nach Herten umzog. Er ist im Vorstand der Marcé-Gesellschaft der deutschsprachigen Länder. (www.marce-gesellschaft.de)

Heidelberger Postpartumstudie bei einer Normalpopulation in 7,1 Prozent eine gestörte Bindung, bei dem schwer erkrankten Klientel der MKE Herten liegt die Inzidenz bei 70 Prozent.

Welche Auswirkungen haben postpartale Depressionen auf die Mutter-Kind-Dyade? Die Mütter berichten während und nach der depressiven Episode von vermehrten Spannungen, negativen Wahrnehmungen oder Distanzierungen in der Beziehung zu ihrem Kind. Im frühen Interaktionsverhalten mit ihrem Säugling sind depressive Mütter häufiger passiv und intrusiv, zeigen eine geringere emotionale Beteiligung und wenig expressives Ausdrucksverhalten, sprechen seltener im Kontakt, haben seltener körperliche Berührungskontakte und weisen mehr negative Gefühle und Feindseligkeit auf. Ihr Erziehungsverhalten ist eher geprägt durch Hilflosigkeit

Bindung und Empathie

keit, häufige Inkonsequenz, mangelnde Unterstützung und mangelnde Kontingenz.

All dies kann beim Säugling zu negativen oder abweisenden Verhaltensweisen, Rückzugs- und Vermeidungstendenzen und im weiteren Entwicklungsverlauf zu affektiven Regulationsproblemen, zu einer verzögerten und reduzierten expressiven Sprachentwicklung bis hin zu vermehrten aggressiven, dissozialen, hyperkinetischen beziehungsweise externalisierenden Verhaltensstörungen führen. Das primäre Therapieziel der Bindungsstörungen im Postpartum besteht nun darin, wieder bewegte und berührende Verhaltensweisen zwischen der psychisch erkrankten Mutter und ihrem Säugling zu ermöglichen. Dabei spielen die neurobiologischen Erkenntnisse über Spiegelneurone eine wesentliche Rolle: Die angeborenen Spiegelneurone des Säuglings bedürfen eines geeigneten und zu ihm passenden Beziehungsangebots, um sich zu entfalten und zu entwickeln, damit zwischen Mutter und Kind ein Tanz entstehen kann, dessen Zauber J. Bauer mit Frischverliebten vergleicht. Und in der Tat geht es in beiden Fällen um ein wechselseitiges Aufnehmen und spiegelndes Zurückgeben von Signalen, ein Abtasten und Erfühlen dessen, was den anderen gerade angeht und bewegt, begleitet von dem Versuch, selbst Signale aus-

zusenden und zu schauen, inwieweit sie vom Gegenüber zurückgespiegelt, also erwidert werden.

Die Mutter-Kind-Einheit der LWL-Klinik Herten

Die MKE des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) entwickelte 2000 ein eigenes Konzept der Mutter-Kind-Behandlung, seit 2003 besteht in der LWL-Klinik Herten eine reine Mutter-Kind-Station mit acht Betten, zwei Tagesklinikplätzen und einer Spezialambulanz. Inhaltlich greift das Konzept zum einen Ergebnisse der Säuglingsforschung und der Bindungstheorie auf, mit dem Ziel, gegenseitige Kontingenzerfahrung von Mutter und Säugling zu ermöglichen sowie die mütterliche Feinfühligkeit zu fördern. Zum anderen arbeitet es mit dem zentralen Wesensmerkmal des Haltens und der Bedeutung haltgebender Bewegungsmuster in der frühen Mutter-Säugling-Dyade nach Kestenberg und Laban. Im Mittelpunkt des Therapiekonzeptes steht eine *videogestützte beziehungsanalytische und beziehungsfördernde Mutter-Kind-Körpertherapie* mit dem Ziel, Bindungsverhalten anzubahnen beziehungsweise bereits auffällige Bindungsvulnerabilitäten/-störungen zu korrigieren. Neben den allgemein üblichen psychiatrischen Behandlungsangeboten der psychischen Störung der Mutter wie psychopharmakologi-

sche, psychotherapeutische, psychoedukative, ergo- und sporttherapeutische Massnahmen wird die engere Mutter-Kind-Therapie ergänzt durch Babymassage nach Leboyer, Mutter-Säugling-Spielgruppen, interaktionszentrierte Körperpsychotherapiegruppe für die Mütter, Vätergruppe sowie kontinuierliche Anleitung und Unterstützung der Mutter bei der Säuglingspflege. Dabei stehen Mutterrolle und Beziehung zwischen Mutter und Säugling durchgehend im therapeutischen Fokus des multiprofessionellen Behandlungsteams.

Wie wirkt nun unsere videogestützte beziehungsanalytische und -fördernde Mutter-Kind-Körpertherapie? Der therapeutische Königsweg zum Säugling – als physiologische Frühgeburt – ist der Körper. In einer adäquaten, stimmigen Beziehungsdyade ist die Mutter neugierig auf die Körpersignale des Kindes, sie reagiert intuitiv responsiv und kontingent auf die kindlichen Signale. Der Säugling wiederum antwortet mit Rückkoppelungssignalen und übt damit einen positiven und verstärkenden Einfluss auf die mütterliche Selbstwirksamkeit aus. *Gegenseitige Kontingenz* (Winnicott) entsteht. In der beeinträchtigten Mutter-Kind-Interaktion ist diese Neugierde bei der psychisch kranken Mutter nahezu verschüttet. Deshalb ist in der Anfangsphase der Behandlung oft das grösste Problem im Bestreben, einen Beziehungskontakt zwischen Mutter und Kind herzustellen, der für die Mutter aushaltbar ist.

Dabei geht es videogestützt in einem ersten Schritt darum – noch vor jeglichen *Körperkontakten* –, die Beobachtungsgabe der Mutter wieder zu sensibilisieren: «Wohin geht der Blick Ihres Babys?» – «Was glauben Sie, wie fühlt sich Ihr Kind gerade?» Hier heisst es für die Mutter, den Säugling mit seinen nonverbalen Signalen adäquat zu verstehen, ihn wieder lesen zu lernen. Treffen sich die Blicke und werden für einen Moment gehalten, kann die nonverbale Zwiesprache zwischen Mutter und Kind beginnen. Dabei bedingen die depressiven Strukturen der Mutter eine geringe motorische Aktivität. Da sie eher den Bewegungen



des Säuglings folgt, hat sie aber auch die Möglichkeit, sich in den Bewegungsrhythmus ihres Kindes einzufühlen.

Dies hat zwei Vorteile: Zum einen darf sie sich passiv fühlen, zum anderen hat sie durch ihre scheinbar wirkende Passivität die physiologische Möglichkeit, den Hautkontakt zum Kind intensiver zu spüren. Im nächsten Schritt wird die Babymassage von Leboyer eingeführt, je nach Krankheitsbild der Mutter und kognitiver Auffassungsgabe eher funktional oder körperorientiert – hier wird das physiologische und psychische Erleben des Säuglings im Kontakt erläutert. Der Schwerpunkt während dieser Streicheleinheiten liegt im Erspüren eines Bewegungsrhythmus, der sich für Mutter und Kind gut anfühlt. Für das Wohlgefühl beider Seiten spielt die zeitliche Dimension eine entscheidende Rolle. Es gilt auf die *kinästhetische Responsivität* (Lier-Schehl) zu achten. Wie reagiert der Körper des Säuglings in beziehungsweise unter der Hand der Mutter: Ist ein Hinwenden zur und Hineinwachsen in die Hand zu sehen oder eher ein Rückzug und Herauswandern aus der Hand zu erkennen («bulging versus hollowing»; Kestenberg-Amighi)?

Diese Form basalen Erlebens, die zu fortgeschrittener Zeit auch thematisiert werden kann, wird bei grösserer Bewegungsamplitude des Säuglings ergänzt. Dreht er sich aus dem Kontakt heraus, oder streckt er sich dem Kontakt entgegen? Ist eher ein Entgegenwachsen oder ein Wegschrumpfen («growing versus shrinking»; Kestenberg) zu erkennen? Von grosser Bedeutung ist hier auch die interaktionszentrierte Körperpsychotherapiegruppe der Mütter, welche mit Schwerpunktthemen arbeitet, die auch beim Interaktionsverhalten zwischen Mutter und Kind auftreten: *Führen und Folgen, Nehmen und Geben, Macht und Ohnmacht* sowie *Nähe und Distanz* werden bewegungsmotorisch umgesetzt und nachfolgend verbalisiert und reflektiert. Über beide therapeutischen Prozesse gelangen die Mütter zu bindungsrelevanten Themen wie Ablehnung, Ent-

wertung und mangelnde Liebe von Seiten des Säuglings, die dann verbalisiert erarbeitet werden können.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für eine frühe und positive Bindung zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson stellt aus psychobiologischer Sicht das *physische* Halten. Aus ethnologischer Sicht ist der Säugling ein Tragling, dessen Reflexabläufe ihn zu bestimmten Mustern des Haltens und Gehaltenwerdens prädisponieren. Aus psychodynamischer Sicht ermöglicht das physische Halten emotionale Nähe im Sinne einer haltenden Umwelt (Winnicott). Ein mangelndes Halten führt beim Säugling zu mikrotraumatischen Zuständen im Sinne von «unaufhörlichem Fallen», «Auseinanderfallen» und «keine Orientierung haben». Haltgebende Bewegungsmuster bei den Müttern zu fördern und disharmonische Haltemuster bei Mutter-Kind-Dyaden aufzulösen und zu verändern, sind weitere wichtige Schritte in der interaktionellen Mutter-Säugling-Körpertherapie. Dabei stellt die Atmung eine therapeutische Interventionsmöglichkeit dar, disharmonische Haltemuster bei Mutter-Kind-Dyaden aufzulösen und zu verändern, oder nach Winnicott: «Das Baby braucht die Einbeziehung in den Atemrhythmus der Mutter ...»

Resonanz schafft Empathie

Aus dem Erleben von Resonanz der muskulären Spannungsverläufe zwischen Mutter und Kind (attunement in tension-flow) entwickelt sich nach Kestenberg Empathie. Diese wird zunächst nur im direkten Körperkontakt über das taktil-kinästhetische System vermittelt. Vertrauen hingegen entsteht aus dem Erleben von spiegelbildlich regulierten rhythmischen Wechseln zwischen Nähe und Distanz (sich näher kommen – sich voneinander entfernen) im Rahmen der Mikrointerventionen (adjustment in shape-flow). Dabei sind diese Interventionen unter anderem abhängig vom Alter des Säuglings, vom Schweregrad und Verlauf der psychischen Erkrankung der Mutter, vom Tagesverlauf innerhalb der Dyade.

Im späteren Behandlungsverlauf un-

Bindung und Empathie

Spiegelbild

Ich bin nur en Idee vo dir
Und so wie du sie willsch
Und du bisch nur en Idee vo mir
Und so wie ich sie bruuch
Und wänns das gäbti
Wäre mer immer gliich.

Sophie Hunger

terstützen videographische Interventionen die Mutter durch ressourcenorientiertes Herausarbeiten positiver Interaktionsmuster. Durch diese körper- und bewegungsbezogene Interventionen entstehen positive Veränderungen im Sinne von haltgebenden und responsiven Bewegungsbeziehungsmustern im inneren Erleben der Mutter-Kind-Dyade, und beim Kind sind die Voraussetzungen zur Selbstwirksamkeit über Selbstregulation geschaffen.

Luc Turmes

Literatur

Bauer, Joachim: Warum ich fühle, was du fühlst. Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone. Wilhelm Heyne Verlag, München 2006.

Turmes, Luc: Die Behandlung postpartaler psychischer Störungen: Ergebnisse der 2-Jahres-Katamnese der Mutter-Kind-Einheit des LWL. In: Turmes L. (Hrsg.): Das psychiatrische Fachkrankenhaus zu Beginn des 21. Jahrhunderts. PsychoGen Verlag, Dortmund 2003

Lier-Schehl, Hannelore: Bewegungsdialoge bei Mutter und Kind. Bewegungsmuster bei Beziehungsstörungen postpartal erkrankter Frauen und ihrer Säuglinge in einer stationären psychiatrischen Mutter-Kind-Station. Verlag Dr. Kovac, Hamburg 2008.

