



Fotos: Susanna Blavatz/Johner/planpicture; Catharina Hess/SZ Photo (u)

Ein Baby macht viele Eltern glücklich und unsicher zugleich

# Fundamentales Vertrauen

Der Münchner Psychotherapeut Karl Heinz Brisch hilft Eltern, eine sichere Bindung zu ihren Kleinkindern aufzubauen

VON JEANNETTE OTTO

Es lacht und gluckst im Versuchsraum. Eine Mutter wickelt ihr Baby. Sie singt und flirrt mit ihrem Sohn. »Bist du glücklich, mein Kleiner?«, fragt sie und kitzelt ihn am Bauchnabel.

Das Wickeln dient der Forschung. Die beiden werden gefilmt. Im Raum nebenan steht Karl Heinz Brisch vor drei Monitoren. Er konzentriert sich auf jede Regung von Mutter und Kind. Stumme, fröhliche, leise, wütende und verzweifelte Eltern hat er schon am Wickeltisch beobachtet. »Diese Mutter hat das gut gemacht«, lobt der Münchner Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeut und Psychoanalytiker. »Sie ist fröhlich und entspannt geblieben, war dem Baby zugeneigt, obwohl dieses die Mutter kaum beachtet hat und die Videokamera viel spannender fand.« Es gäbe Eltern, erzählt er, die würden wütend oder reagierten beleidigt, wenn sie das Gefühl hätten, bei ihrem Kind »abzublitzen«.

Karl Heinz Brisch ist ein genauer Beobachter. Er erkennt die »alten Gespenster« sofort. Stressvolle, unverarbeitete Erfahrungen sind das, die weit zurückreichen in die eigene Kindheit der heutigen Mütter und Väter. Gespenster, die nun plötzlich wieder im Kinderzimmer auftauchen. Und nicht selten einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind im Wege stehen. Die »sichere Bindung« aber ist für Brisch das Fundament, auf dem alles aufbaut. Sie sei der Anfang eines erfüllten, glücklichen Lebens – und elementarer als jede Frühförderung. Wenn die Bindung sicher sei, sagt Brisch, dann komme der Rest von allein.

Aber die Unsicherheit unter Eltern ist groß, wenn ein Kind auf die Welt kommt. Es ist die vielleicht unberechenbarste Größe in ihrem Leben. Brisch will Müttern und Vätern mehr Zuversicht geben, sie auf ihr neues Leben mit Baby besser vorbereiten. Dazu hat er ein Programm entwickelt, das lange vor der Geburt beginnt und die Eltern bis zum Ende des ersten Lebensjahres ihres Kindes begleitet. »Safe« heißt es; die Abkürzung steht für »Sichere Ausbildung für Eltern«. In Kursen lernen Mütter und Väter, ihr Bewusstsein für die Interaktion zwischen sich und dem Kind zu schärfen: Wie zeige ich Zuneigung, worin äußert sich meine Angst?

Als Brisch vor gut zwölf Jahren an das Dr. von Haunersche Kinderspital der LMU München kam, fiel ihm die hohe Zahl an Kindesmisshandlungen auf, mit denen er es zu tun hatte. Es gab Eltern, die ihr schreiendes Baby so lange geschüttelt hatten, bis es endlich still war –

manchmal kam es zu Hirnblutungen, dann wurde in wenigen Minuten aus einem gesunden ein schwerbehindertes Kind. Seit der Zeit interessieren den heute 56 Jahre alten Leiter der Abteilung für Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie die Bedingungen für das Gelingen und Misslingen dieser frühen Momente der Eltern-Kind-Beziehung.

Mit seinen Kursen setzt Karl Heinz Brisch auf rechtzeitige Interventionen. Zu Beginn geben Mütter und Väter mithilfe eines standardisierten Bindungsinterviews Auskunft über die eigenen positiven wie negativen Bindungserfahrungen. Es geht um die Qualität der Beziehungen zu Mutter und Vater, um Trennungserfahrungen oder den Verlust naher Angehöriger. »Eltern müssen darüber Bescheid wissen, dass Babys mit ihrem Verhalten alte, im Unterbewusstsein existierende Erinnerungen in ihnen wachrufen können«, sagt Brisch. Ein nervtönderes Weinen oder der Wutanfall eines Kindes können an diese Erfahrungen rühren und heftige, kaum zu steuernde Gefühle bei den Eltern auslösen. Werden durch das Bindungsinterview unverarbeitete Traumata freigelegt, bieten die Kursleiter an, bei der Suche nach einem Therapeuten behilflich zu sein.

Eigene Bindungserfahrungen geben Eltern nicht selten an die Generation ihrer Kinder weiter. Dies haben Untersuchungen der Londoner Wissenschaftler Miriam und Howard Steele gezeigt. Sie konnten allein anhand von

Befragungen werdender Eltern mit hoher Zuverlässigkeit voraussagen, welche »Bindungsqualität« später deren Beziehung zum einjährigen Kind aufweisen wird.

Für Karl Heinz Brisch besteht ein enger Zusammenhang zwischen negativen frühkindlichen Erfahrungen und den seelischen Belastungen oder Traumatisierungen, mit denen Kinder und Jugendliche in seine Praxis kommen. »Vieles, was wir heute an Störungen sehen, hat in der frühen Kindheit begonnen«, sagt Brisch. Er sieht sie täglich: aggressive, verhaltensauffällige junge Patienten, die unter extremen Trennungsängsten leiden, mit denen weder Lehrer noch Eltern zurechtkommen.

Was da ganz zu Beginn eines Kinderlebens so drastisch schiefgelaufen ist, hat sehr oft mit einem Mangel an Beziehung, Empathie und Liebe zu tun. »Negative Bindungserfahrungen« lauten sehr oft Brischs Diagnose. Solche Kinder seien nicht sicher gebunden.

Nicht immer war die »Bindungstheorie« so akzeptiert wie heute. John Bowlby, britischer Kinderarzt und Psychoanalytiker, begründete sie in den sechziger Jahren. Sie besagt, dass jeder Mensch ein biologisch angelegtes Bindungssystem besitzt. Es wird aktiviert, sobald eine Gefahr auftaucht. Ein kleines Kind wendet sich in diesem Fall an die ihm vertraute »Bindungsperson«, also meist an Mutter oder Vater.

Die Psychoanalyse konnte lange Zeit wenig mit dieser Theorie anfangen. Bowlby wurde kaum beachtet oder als »Behaviorist« abgelehnt, weil er realen Erfahrungen mehr Bedeutung für die Entstehung psychischer Erkrankungen beimaß als der intrapsychischen Struktur eines Patienten. Erst in den vergangenen 20 Jahren nahm das Interesse an ihm wieder zu. Heute gehört die Bindungstheorie zu den dominierenden Theorien für die Erklärung sozialen Verhaltens. Bindungstheoretische Grundlagen spielen in der Psychotherapie von Erwachsenen und Kindern eine große Rolle.

Für Brisch ist es inzwischen selbstverständlich, die Arbeit mit problematischen Kindern und Jugendlichen mit Fragen nach ihrer Bindungsgeschichte zu beginnen. Wie sind sie aufgewachsen, wer war da, wenn sie Hilfe brauchten? Das sind wichtige Elemente einer eventuellen Therapie.

Doch ebenso viel Wert legt er auf prophylaktisches Engagement. Die Eltern sollen vorbereitet sein, auf das, was kommt. Doch anders als ein Geburtsvorbereitungskurs hört die Safe-Betreuung nicht mit der Ankunft des Babys auf. Die meisten Schwierigkeiten fangen schließlich genau dann erst an. Wenn Eltern in Not geraten, weil das Baby unstillbar schreit oder nicht einschlafen will, stehen die Mentoren des Programms als Ansprechpartner zur Seite.

Erstaunlich ist, wer alles Hilfe brauchen kann. Dankbar nehmen besonders aufgeklärte Mittelschichtseltern an den Kursen teil. Sie haben viel gelesen und alles aufgesaugt, was sie auf ihr Leben mit Kind vorbereiten kann – und fühlen sich dennoch nicht ausreichend dafür gewappnet. Vor allem bei gut ausgebildeten Frauen ist der Zwang zur Perfektion oft enorm. Sie haben ihr bisheriges Leben mit viel Fleiß und Disziplin organisiert. Nun ist das Kind die erste große Aufgabe, für die sie nicht ausgebildet wurden.

Schulungsbedarf gibt es tatsächlich in allen sozialen Schichten, egal, ob arm oder reich. Denn Karl Heinz Brisch kann nicht vorhersagen, welches soziale Umfeld einem Kind die Garantie gibt, wirklich sicher gebunden aufzuwachsen: »Emotionale Armut findet sich auch in Familien mit großem materiellen Reichtum.« Allein auf Feinfühligkeit und Einfühlsamkeit komme es an. Die Intuition für diese Dinge werde jungen Eltern zwar im Prinzip von Natur aus mitgegeben, sei ihnen heute aber oft nicht mehr verfügbar.

»Alltagserfahrungen mit Babys vor der eigenen Elternschaft sind extrem selten geworden. Eltern wissen zu wenig, wollen und sollen aber sofort die perfekte Rolle spielen. Dabei ist die Schwelle, sich Rat zu holen, für viele extrem hoch.«

Die Kosten für einen Safe-Kurs (bis zu 800 Euro für ein Elternpaar) übernehmen die Krankenkassen bislang nicht. In einigen Städten gibt es aber bereits Unterstützung von Jugendämtern, Stiftungen, Gemeinden oder Kirchen. Dabei ist der theoretische Bedarf gewaltig: In Deutschland gelten nur 55 bis 65 Prozent aller Kinder als sicher gebunden.

Für Brisch hängt das durchaus mit der typisch deutschen Angst zusammen, das Kind zu sehr zu verwöhnen. Nirgendwo sonst sei diese Angst so tief verwurzelt wie in Deutschland. Bei seinen Vorträgen regt sich nicht selten Widerstand im Publikum, wenn Brisch dafür plädiert, Babys mit im Bett der Eltern schlafen zu lassen und sie nicht unnötig lange weinen zu lassen, ihre Frustrationstoleranz nicht übermäßig zu strapazieren. Muss denn das Baby nicht auch mal Grenzen gesetzt bekommen und lernen, mit Enttäuschung und Zurückweisung zu leben? Müssen nicht auch Mütter und Väter an ihre eigenen Bedürfnisse denken? Und sagen nicht die Großeltern immer wieder: Lass die Kleine ruhig mal schreien, das stärkt die Lungen!

»Das Schreien ist der einzige Notruf des Kindes! Kinder brauchen feinfühlige Antworten auf ihre Bedürfnisse. Das hat nichts mit Verwöhnen zu tun – das ist Erste Hilfe«, predigt Brisch. »Wenn auf das Weinen eines Babys nicht reagiert wird, schwächt das sein Urvertrauen in die engsten Bindungspersonen.« Die Tendenz, Kinder früh »abzuhärten«, kenne er in dieser Form aus anderen Ländern nicht. In Südamerika sei es selbstverständlich, dass Kinder mit im Zimmer der Eltern schlafen.

Ein anderes Missverständnis betreffe die so exklusiv erscheinende Rolle von Mutter und Vater in der Bindungstheorie. Wie kann man da Kleinkinder in Krippen betreuen lassen? Es passiert immer wieder, dass man Brisch nach einem Vortrag auf die Schulter klopfte und sagt: Genau, Herr Brisch, die Kinder gehören zur Mutter! »Das meine ich nicht«, sagt Brisch dann. Kinder brauchten emotional verfügbare Pflegepersonen, an die sie sich sicher binden. Das könne neben den Eltern durchaus eine Krippenerzieherin sein.

Der Kinderpsychiater ist sich bewusst, dass seine Forderungen nach steter Präsenz und Einfühlung viele Eltern unter Druck setzen. Es komme ihm aber, sagt er, auf eine bestimmte Haltung an. Eltern sollten bereit sein, sich auf die Signale des Babys einzulassen. »Klar ist aber auch, dass niemand ständig feinfühlig sein kann.«

www.zeit.de/audio

## Normierte Depression

Pauschalbeträge für die Behandlung psychischer Leiden? Keine gute Idee

Der Einbau einer künstlichen Hüfte ähnelt einem Auspuffwechsel. Der Patient kommt zum vorbestellten Zeitpunkt ins Krankenhaus, die Kosten der Ersatzteile sind ebenso bekannt wie die durchschnittliche Dauer der Operation. Für die Klinik lässt sich die Behandlung solcher – und vieler anderer – körperlicher Gebrechen gut kalkulieren und auf einen Profit hin optimieren. Deshalb haben die 2003 eingeführten Fallpauschalen zumindest in manchen Kliniken Freunde gefunden.

Doch welche Pauschale ist angemessen für die Behandlung einer wahnhaften Depression? Wie lange darf ein Patient mit schwerer Schizophrenie im Krankenhaus bleiben? Wie viel Euro stehen der Frau mit Suizidgedanken zu, die vorübergehend beobachtet werden muss? Das ist kaum zu beantworten, denn psychische Erkrankungen sind im wahrsten Sinne des Wortes unberechenbar. Aus diesem Grund hat der Gesetzgeber sich lange Zeit zurückgehalten, auch auf diesem Gebiet normierte Abrechnungen zu fordern. Das soll sich nun ändern.

In dieser Woche berät der Bundestag in zweiter und dritter Lesung ein neues Entgeltgesetz für psychische Erkrankungen. Im August soll es in Kraft treten (die Teilnahme ist für die Kliniken zunächst freiwillig). Es wird dann zwar keine Fallpauschalen für einzelne psychiatrische Diagnosen geben, dafür aber genormte und bundesweit einheitliche Tagespauschalen je nach Therapieaufwand.

Im Prinzip ist dies keine schlechte Idee. Schließlich ist nicht einzusehen, warum die Charité in Berlin für die Behandlung eines psychiatrischen Patienten 300 Euro am Tag erhält und eine Klinik im Münsterland nur um die 160 Euro. Auch lässt sich bisher schwer überprüfen, ob der personelle Aufwand für die Behandlung eines Patienten wirklich gerechtfertigt ist. Mit dem neuen System ließen sich Auswüchse eingrenzen.

So wäre es in einer idealen Welt. Doch schon jetzt zeichnet sich ab, dass die neuen Abrechnungsregeln vor allem Einsparungen bringen sollen.

Werden wie geplant zum Beispiel die ersten 20 Tage einer Behandlung großzügig honoriert und die nachfolgende mit abnehmenden Tagesätzen, lohnt es sich, den Patienten möglichst rasch vor die Tür zu setzen. Er kann ja wieder kommen, wenn es ihm schlecht geht. Doch gerade bei psychischen Erkrankungen sind Kontinuität und Ruhe in der Behandlung unabdingbar. Und 80 Prozent der Behandlung beruht auf nicht wegrationalisierbaren Gesprächen zwischen Patient und Therapeut.

Das sind gute Gründe, warum weltweit kein Staat Fallpauschalen in der Psychiatrie einsetzt oder diese nach kurzem Test wieder fallengelassen hat.

HARRO ALRBECHT

## Decodierte Babys

Schon beim Fötus können bald alle Erbinformationen entziffert werden

Seit vergangener Woche ist es amtlich: Schon bald werden Mediziner routinemäßig sämtliche Erbanlagen eines Ungeborenen decodieren können. Und der Blick ins Genom des werdenden Lebens wird so früh stattfinden, dass – bei unerfreulich ausfallendem Befund – eine Abtreibung weit vor der zwölften Woche möglich ist.

Was Experten schon lange erwarteten (*ZEIT* Nr. 21/12), haben US-Forscher nun im Fachblatt *Science Translational Medicine* detailliert beschrieben: ein Verfahren, mit dem sich die Erbinformationen früher Föten ohne jedes Risiko für die Schwangere und das ungeborene Kind auslesen lassen. Notwendig ist dazu lediglich das Blut der Schwangeren: Daraus lassen sich die Erbmoleküle des Fötus entziffern. Für die Anwendung im medizinischen Alltag muss das Verfahren allerdings zuverlässiger und billiger werden. Noch kostet es rund 50 000 Dollar.

Eine Überraschung ist die neue Technik nicht. Schon vor zwei Jahren analysierte Dennis Lo von der Chinese University in Hongkong erstmals das Erbgut eines frühen Fötus auf Spuren der Blutkrankheit  $\beta$ -Thalassämie (*ZEIT* Nr. 34/11). Die grundlegende Entdeckung, dass im Blut von Schwangeren Erb­moleküle des Fötus zirkulieren, hat Lo bereits vor 15 Jahren gemacht. Darauf basiert auch ein kommerzieller Bluttest zur riskolosen Diagnose des Downsyndroms (Trisomie 21) beim Fötus, der in wenigen Wochen in Deutschland verfügbar sein wird.

Wird damit die »Schwangerschaft auf Probe« künftig zum Regelfall, wie Kritiker befürchten? Klar ist: Falls sich die Entzifferung der fötalen Erbanlagen als Vorsorgediagnostik im Alltag durchsetzt, dürften viele angehende Eltern sie auch nutzen – und gegebenenfalls Schwangerschaften früh beenden. Es ist aber kaum zu befürchten, dass sie diesen Schritt gleich bei jeder Abweichung von der Norm tun werden. Denn wer nach dem genetisch perfekten Kind strebt, wird schnell die Vergeblichkeit dieser Suche erkennen müssen: Kein Mensch ist ohne genetische Makel. Im Gegenteil, wir tragen die Fehler zu Dutzenden mit uns rum. Schon als Babys.

ULRICH BAHNSEN