

**7. Bayrischer Landespsychotherapeutentag,
München, 11.11.2017**

**Die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-
Interaktion für Embodiment**

Prof. Dr. Corinna Reck
Ludwig-Maximilians-Universität München

Mutter-Kind-Interaktion und Embodiment

- **Embodimentperspektive:** psychische (dyadische) Prozesse sind immer auch in den Körper „eingebettet“ (Storch et al., 2010), bzw. Affekte und Gedanken drücken sich im Körper aus „mindful body“ und umgekehrt (Koch, 2011, Storch, 2006)
- **Embodied memories:** („implizites“ Gedächtnis) beruhen auf sensomotorischen Erfahrungen, in aktuellen Interaktionen werden Analogien zu früheren Interaktionen im Körper (nicht kognitiv) erkannt (Geuter, 2015)

Mutter-Kind-Interaktion als verkörperte dyadische Erfahrung

- Der Körper als wichtigster Kommunikationsort zwischen Mutter und Kind
- Präpartale Bindung als Prädiktor für postpartales Bonding (Dubber et al., 2014)
- Die **physischen Interaktionen**, die Art und Weise, wie eine Mutter ihr Kind hält, ist die Grundlage für das Selbstempfinden eines Babys und damit auch die Grundlage für ein lebenslanges Identitätsempfinden (Donald Winnicott ,1990)
- Voraussetzung für die Kontakt – und Koregulationsfähigkeit ist die eigene Entspannungsfähigkeit und eine gute Wahrnehmung eigener körperlicher und damit verbundener emotionaler Prozesse (Harms, 2016)

Mutter-Kind-Interaktion & Body Organizing

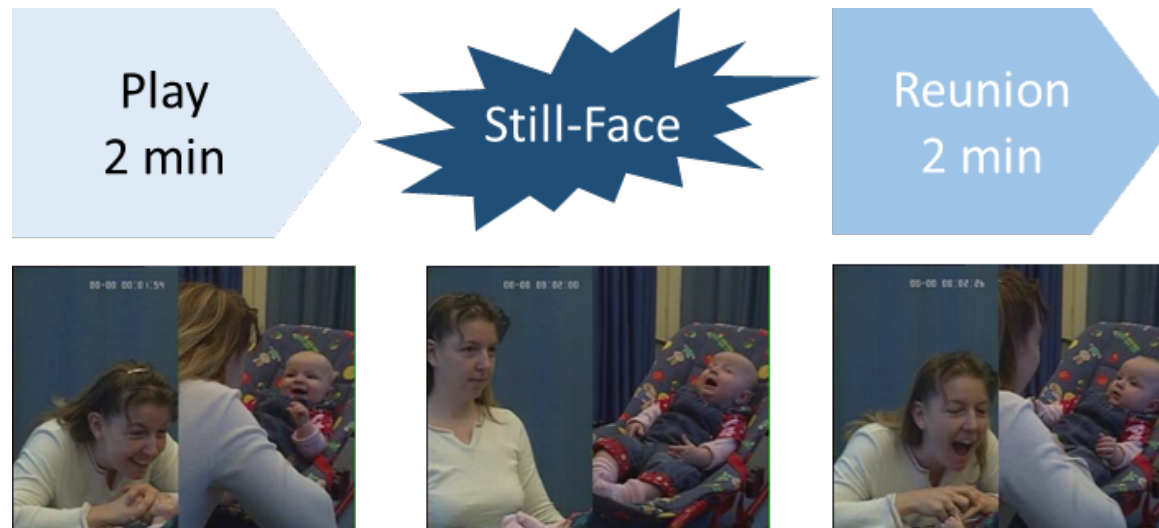
- Body-Focused Therapy (BFT; Downing, 1009, 2006)- Ergänzung der KVT
- Wechselwirkungen zwischen **Kognition**, **Emotion** und **Körper** („body organizing“: Haltung, Gestik, Mimik, Bewegungen)
- Neurobiologische Koppelung der Aktivierungsmuster „Körper“, „Gedanken“ und „Emotion“ – gegenseitige Beeinflussung von Veränderungsprozessen
- Frühe Interaktionserfahrungen als Basis für „**core repertoire of body organizing**“ - Körperfähigkeiten, Körperstrategien „**body micropractices**“ - Regulation von Affektausdruck, Verbindungs – und Differenzierungsschemata, Abwehr von Gefühlen

Intuitive elterliche Kompetenzen

(Papoušek & Papoušek 1987, 1991)

- Implizites Wissen um adäquaten Umgang mit dem Kind, automatisch aktiviert
- Prototypische Verhaltensmuster:
 - Nähe-Distanz-Regulierung, lebhafte Mimik
 - Blickkontakt, Grußreaktion
 - „Babysprache“, hohe Stimme, etc.
- Kontingenz → Selbstwirksamkeit, Handlungskompetenz, Kausalität

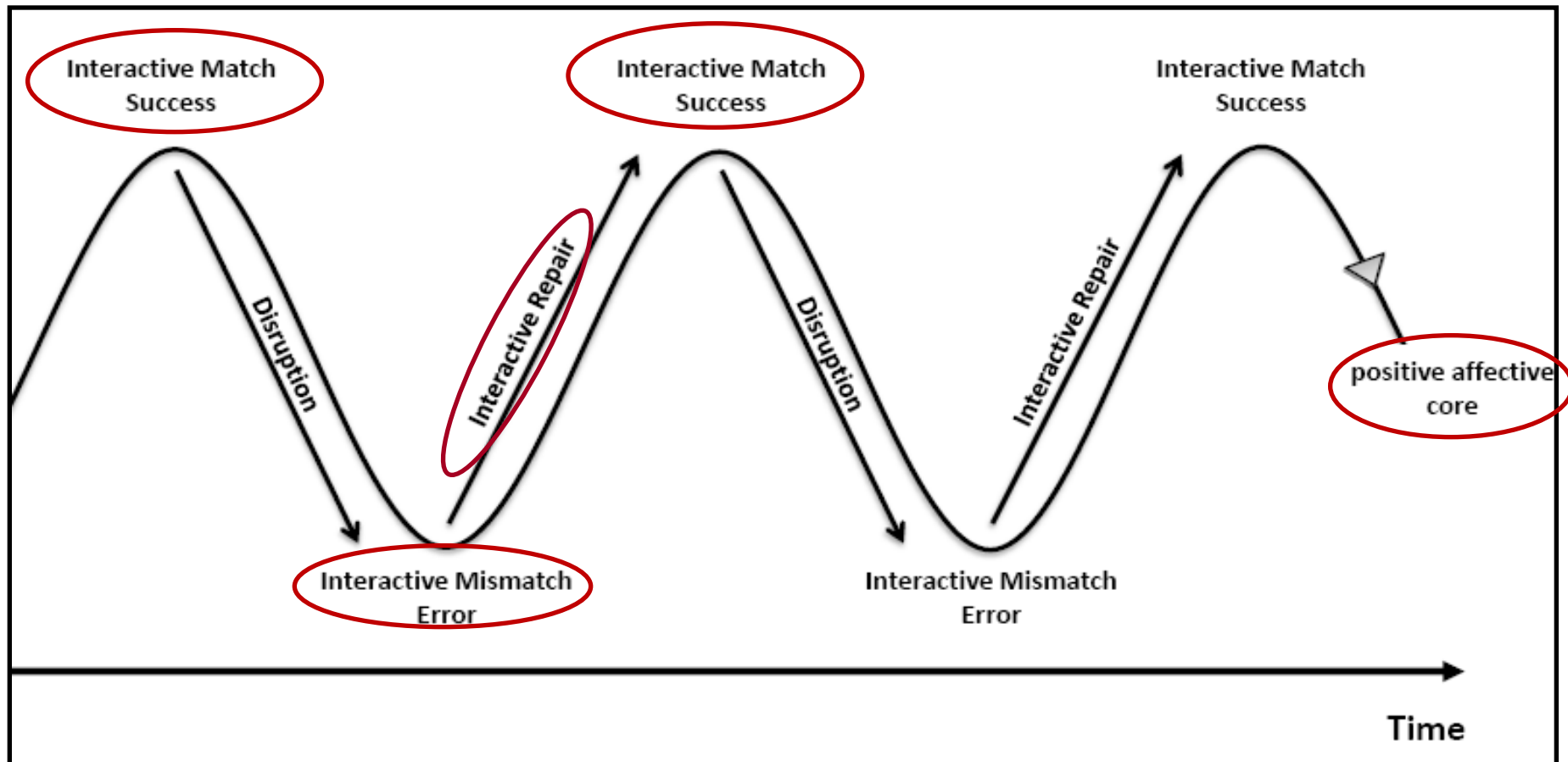
Theoretischer Hintergrund: Das Face-to-Face-Still-Face Paradigma (Tronick, 1978)



- standardisiertes experimentelles Paradigma zur Untersuchung der kindlichen Regulationsfähigkeit
- „Still Face“ der Mutter verletzt die Erwartungen des Kindes an soziale Interaktionen und löst Stress aus
- Prozess der gegenseitigen Regulierung wird unterbrochen

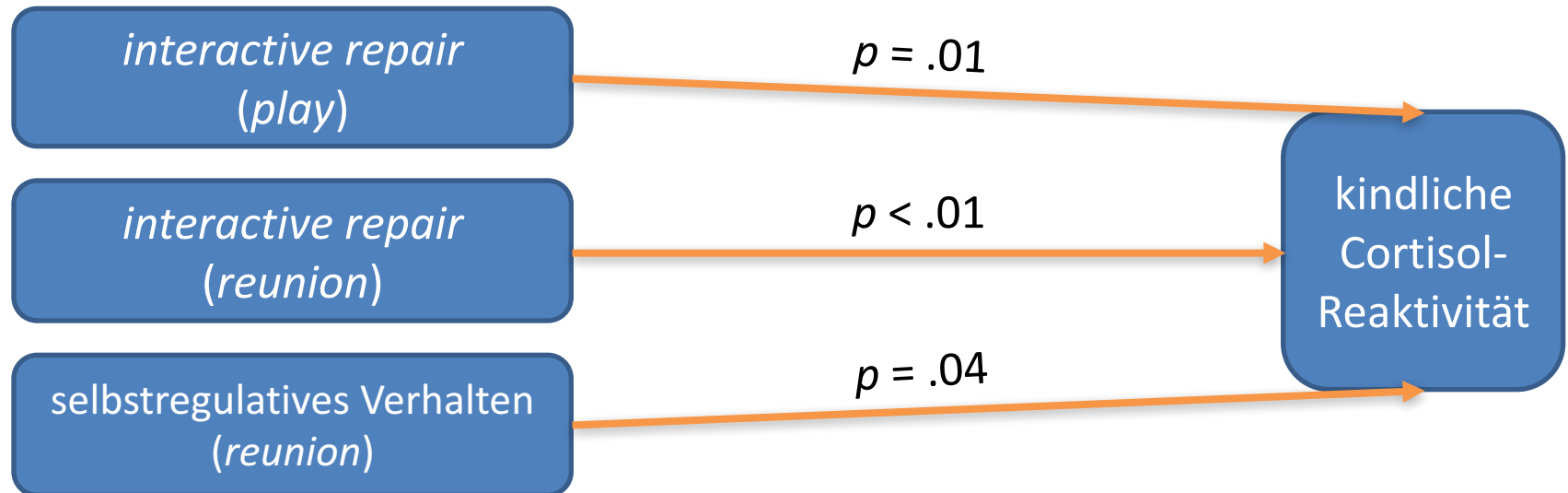
Interaktionsmodell wechselseitiger Regulationsprozesse

(Tronick, 1989, 1990; Tronick & Weinberg, 1997)



What interactive Repair is meant to do

(Müller, Zietlow, Tronick & Reck, 2015)



Interpersonelles Timing

- Middle-Range-Modell': optimale kontingente interaktive Koppelung im mittleren Geschwindigkeitsbereich (Beebe et al., 1992)
- Mittleres Ausmaß an 'vocal-matching' ist guter Prädiktor für eine sichere Bindung mit 18 Monaten (Jaffe et al., 2001)





Mutter-Kind-Beziehung im Kontext von PPD und PPA

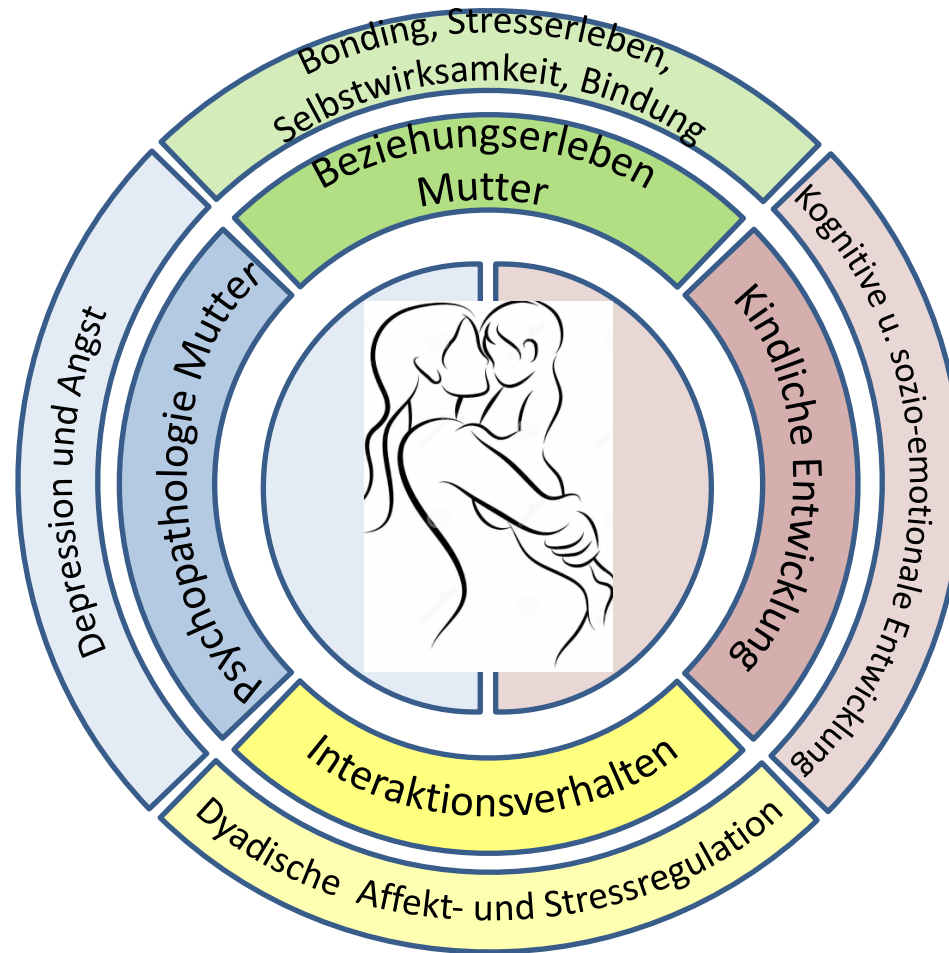
Transgenerationale Vermittlungswege

- Wenig Wissen zu den Vermittlungswegen zwischen mütterlicher Psychopathologie und kindlicher kognitiver und affektiver Entwicklung



- Identifikation von funktionalen und dysfunktionalen Formen des „**body organizing**“ in der Interaktion anhand von Video-Mikroanalysen (Downing, 2003)

Überblick



**Identifikation von verkörperten Beziehungs- und Interaktionsmustern als
Ansatzpunkt für Präventions- und Interventionsmaßnahmen**

Bondingstörungen

- Starkes und andauerndes Fehlen einer emotionalen Verbundenheit zwischen Mutter und Kind bis hin zur Feindseligkeit (Brockington et al., 2001; Sluckin, 1998)
 - 2 Wochen postpartal: 6,4% gesunde vs. 17% depressive Mütter (Reck et al., 2006) , über Postpartalzeit 29% (Brockington et al., 2001)
 - Typische Gedanken:
 - „Ich will mein Kind nicht anfassen“
 - „Ich wünschte, ich hätte es nie bekommen“
 - „Ich hoffe, es würde sterben“ oder auch „Es könnte das Baby von jedem sein“
 - „Von Anfang an war mit dem Kind etwas nicht in Ordnung“
- Scham- und Schuldgefühle

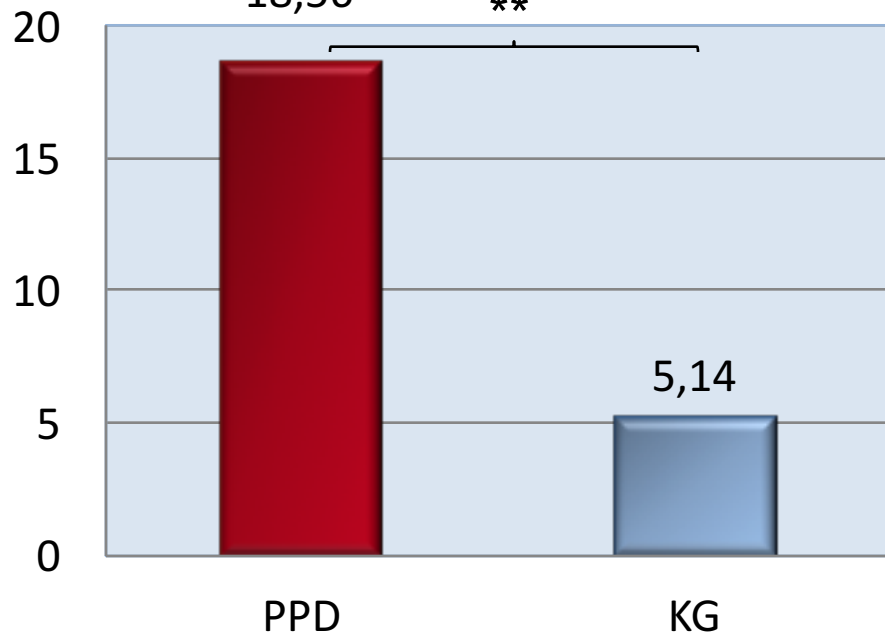
Wie entwickelt sich Bonding über den Verlauf einer PPD? Gibt es Zusammenhänge mit Stresserleben?

T1: Akute depressive Episode

Bonding (PBQ-16)

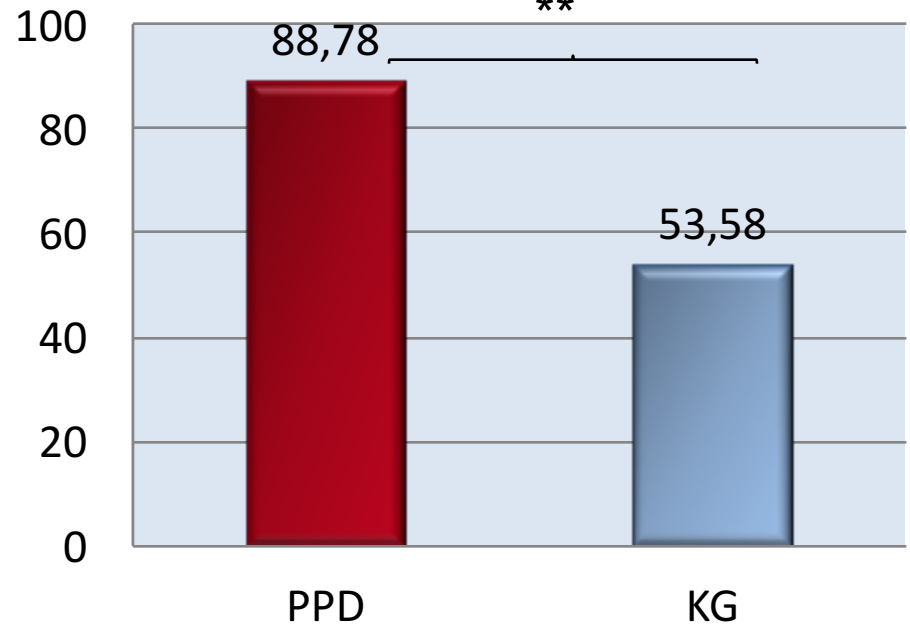
18,56

**



Stresserleben (PSI-SF)

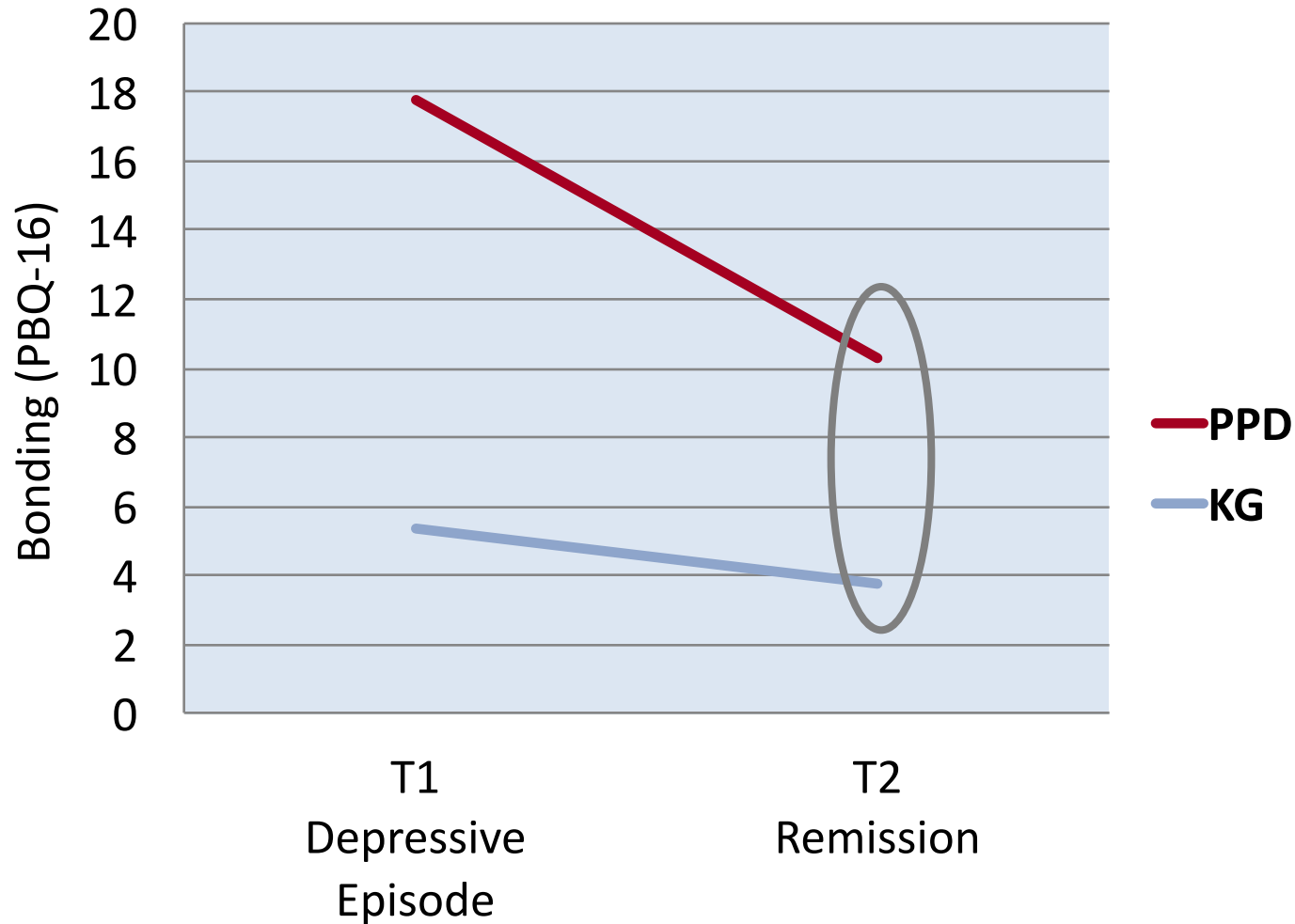
**



$N = 63$; $n = 31$ mit PPD; $n = 32$ KG; Alter Kinder: T1: $M = 3,9$; Monate T2: $M = 6,3$ Monate
T1 = akute depressive Episode; T2 = nach Remission ($BDI \leq 11$)

Höhere Werte PBQ → niedrigeres Bonding

Wie entwickelt sich Bonding über den Verlauf einer PPD?

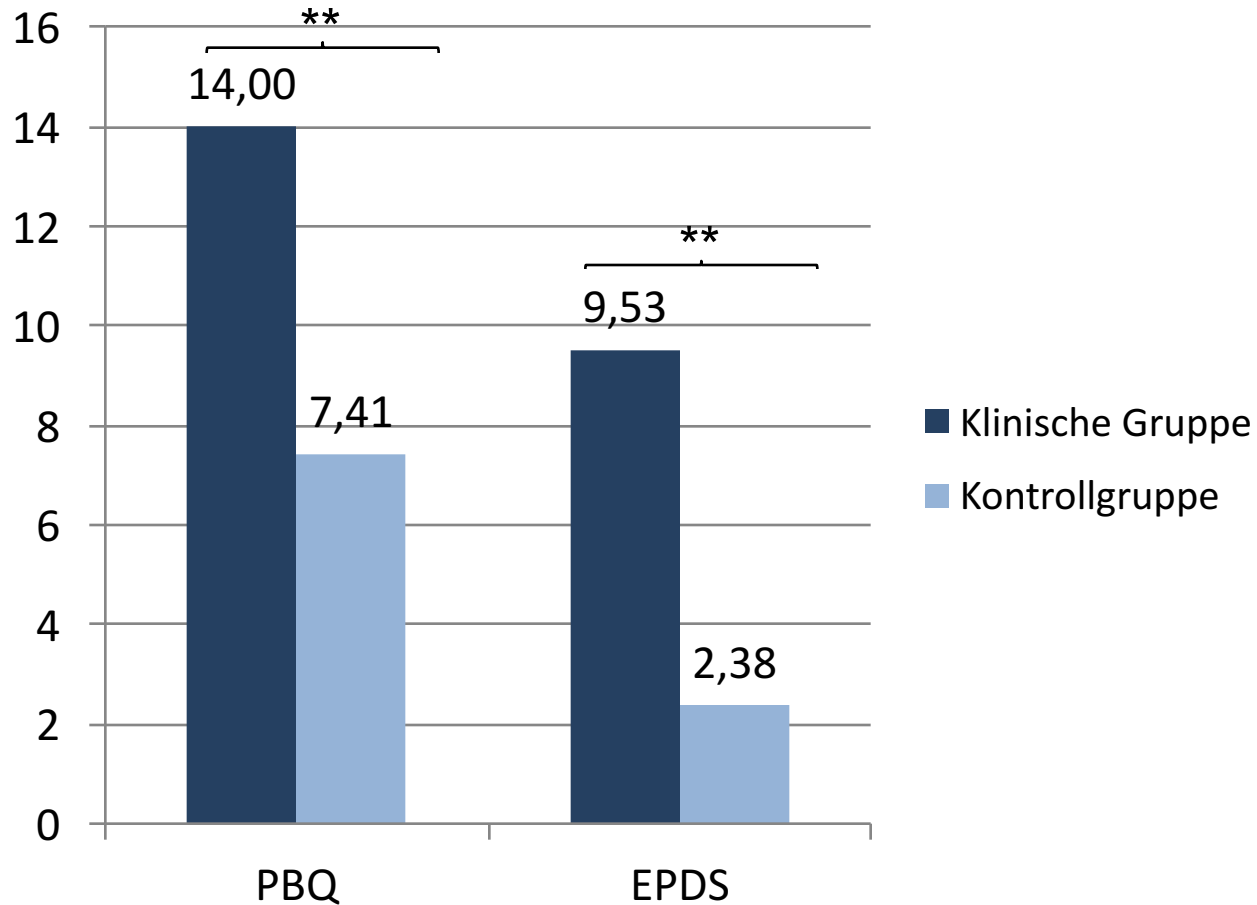


Höhere Werte PBQ → niedrigeres Bonding

Welcher Zusammenhang besteht zwischen Bonding und Stresserleben über den Verlauf einer PPD?

- Bonding mediiert den Zusammenhang zwischen PPD und Stresserleben
- Besseres Bonding kann negative Effekte der PPD auf Stresserleben abmildern
- Gleichzeitig stellt es ein vermindertes Bonding einen zusätzlichen Risikofaktor für Stresserleben dar

Bonding bei postpartalen Angststörungen



Höhere Werte PBQ → niedrigeres Bonding

Mutter-Kind-Interaktion: PPD und PPA

Mutter

PPD

Reduzierte Sensitivität

Passives bzw. intrusives Verhalten, weniger Positivität

PPA

Heterogene Studienlage zu Sensitivität

Weniger & mehr Positivität, mehr Intrusivität

Dyade - PPD

Beeinträchtigte Repair-Kapazität

Geringere interaktive Affektkoordination

Kind

PPD

Geringere Responsivität, weniger positiver Affekt

Vermehrte Selbstregulation

PPA

Mehr Rückzug, weniger Exploration

Mehr Protest

Subgruppen depressiver Mütter

Zurückgezogenes, wenig engagiertes Interaktionsverhalten (Desinteresse)

Intrusives Interaktionsverhalten (Anspannung und Ärger, unterbricht die Aktivitäten des Kindes, laute Stimme)

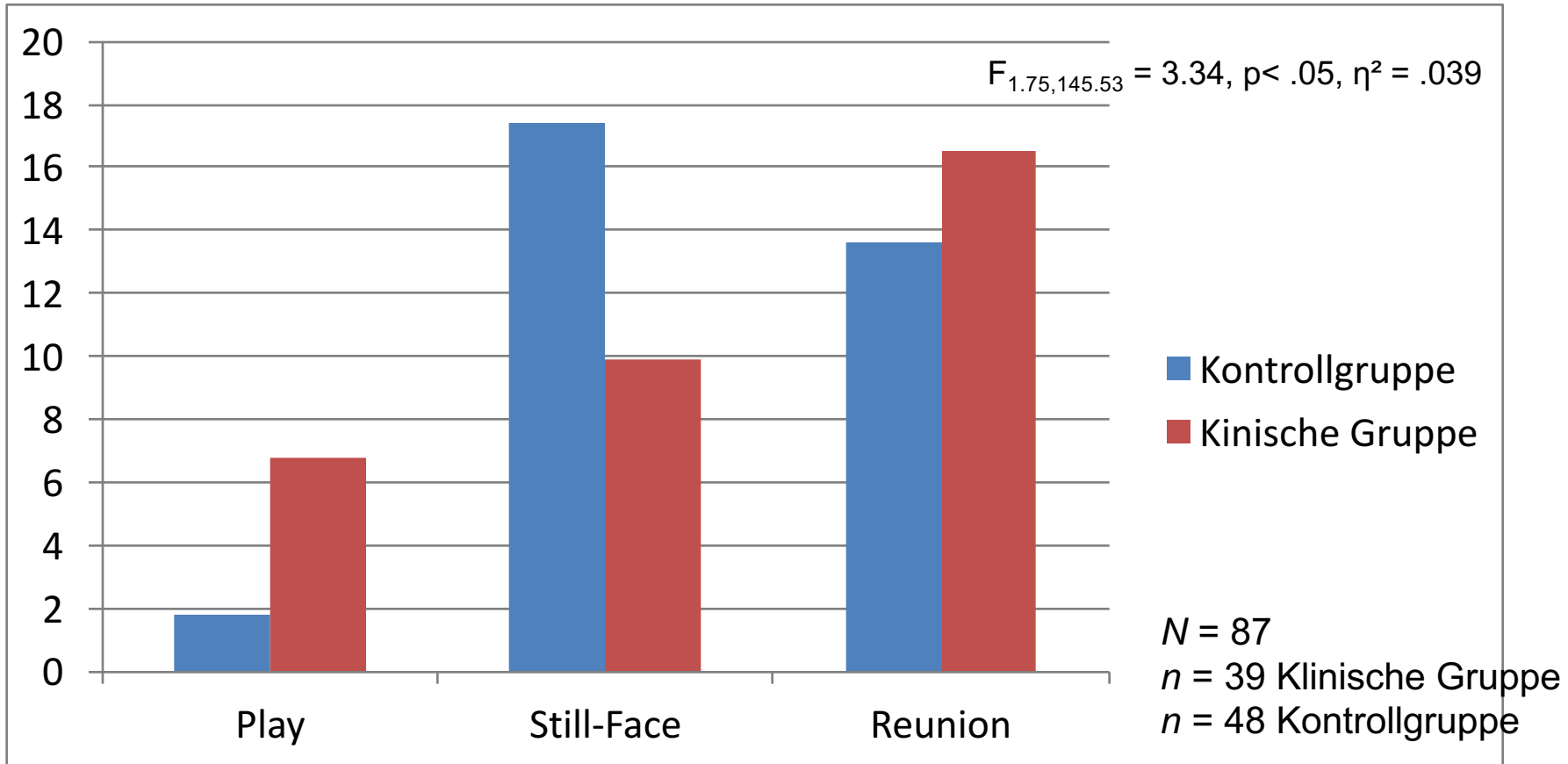
Positives engagiertes Interaktionsverhalten

Still-Face-Situation



- Typische Reaktionen der Säuglinge depressiver Mütter:
 - Unternehmen deutlich weniger Anstrengungen, ihre Mutter zu aktivieren
 - Hemmung vokaler Äußerungen
 - mehr selbstberuhigende Verhaltensweisen;
 - passiver Copingstil, aktives Ziel, Reziprozität herzustellen, misslingt;
 - Vulnerabilität im Sinne der „erlernten Hilflosigkeit“

Kindlicher Protest im Verlauf des Still-Face-Experiments



Behandlung der Mutter-Kind-Beziehung

- **Interaktionsfokussierte Interventionen** beeinflussen das kindliche Interaktionsverhalten positiv (mehr Interesse und Freude im Face-to-Face Kontakt im Alter von 3 Monaten) ohne Reduktion der depressiven Symptomatik (Jung et al., 2007)
- Signifikant positive Beeinflussung der **Mutter-Kind-Bindung** (Cicchetti et al., 1999; Cohen et al., 2002) sowie der **mütterlichen Sensitivität** und der **kindlichen Bindungssicherheit** (Meta-Analyse: Bakermans-Kranenburg et al., 2003)
- Keine Studien zur Wirksamkeit von Mutter-Kind-Interventionen bei (Review und Meta-Analyse, Goodman et al., 2016) **postpartalen Angststörungen**

Fokus: Mutter-Kind-Interaktion: Psychotherapeutische Prinzipien

- Veränderung depressionsspezifischer Interaktionsmuster
 - Rückzug und Intrusivität
 - Förderung der Sensitivität



Interaktion

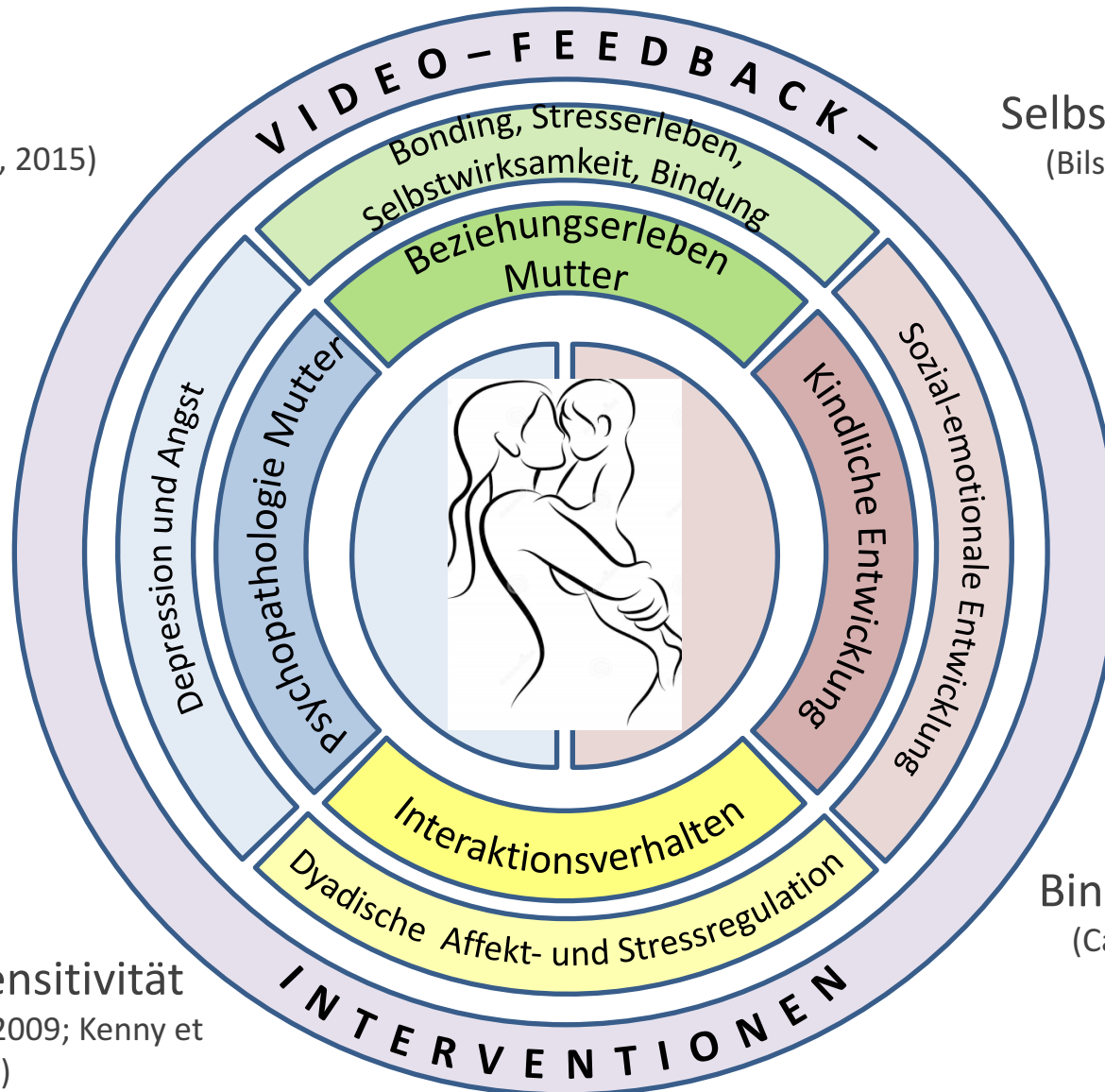


Rückmeldung

Interventionen

Bonding
(Hoffenkamp et al., 2015)

Selbstwirksamkeit
(Bilszta et al., 2012)



Kindliche
Bindungssicherheit
(Cassibba, et al., 2015)

Mütterliche Sensitivität
(Kalinauskiene et al., 2009; Kenny et al., 2013)

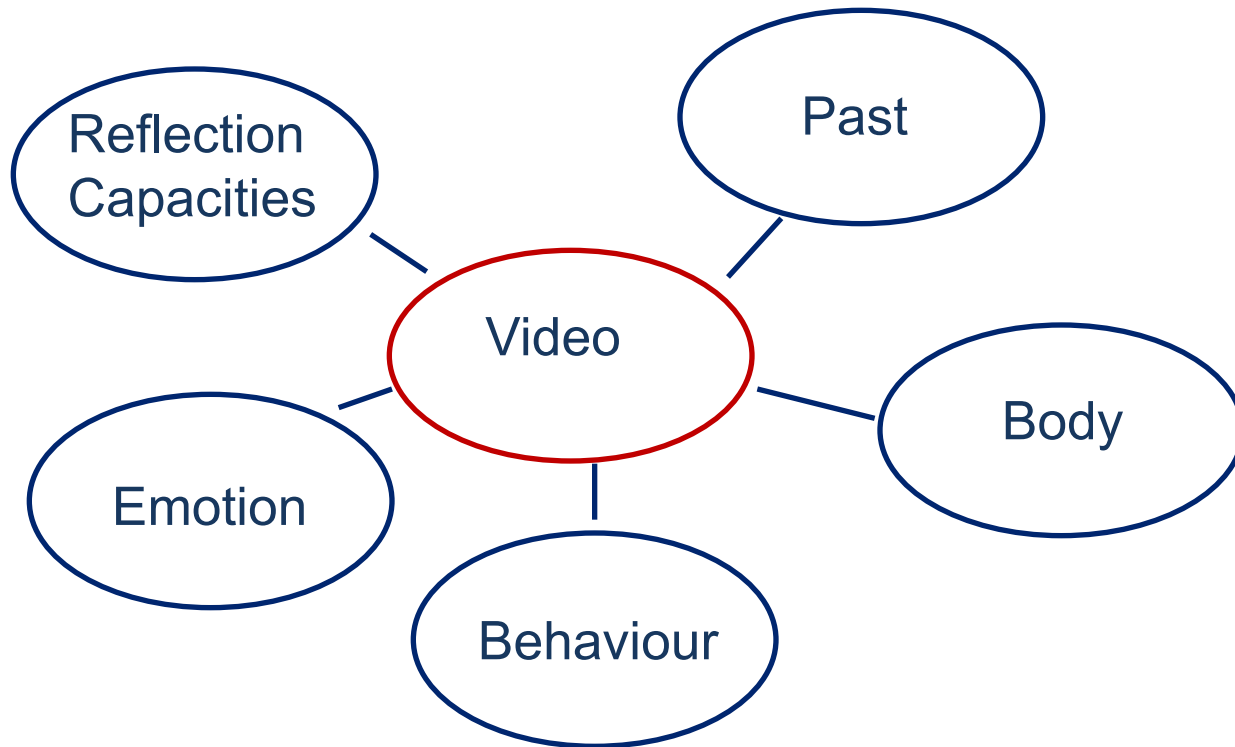
Videogestützte Intervention

- Stärkung der Dyade durch positives Feedback, keine Kritik üben
- Korrektur negativer Wahrnehmungen des Selbst, des Kindes und der Mutter-Kind-Beziehung
- Sensibilisierung für den nonverbalen Austausch
- Verbesserung der Körper- und Emotionswahrnehmung
- Korrektur dysfunktionaler Interaktionsmuster
- Bearbeitung von Projektionen auf das Kind

Prozedurale Ebene

- **Nicht bewusste** Veränderungen bei beiden Interaktionspartnern im **interaktionellen therapeutischen Handlungsrahmen** auf der Ebene des prozeduralen Gedächtnisses
- Bewusstmachung prozeduraler Abläufe
- Interventionen, die sich **direkt** auf die **prozedurale Ebene** beziehen (z.B. Rhythmus des interaktionellen Austausches)
- **Video-mikroanalytische** und **körperorientierte** Interventionen– Verbesserung der Körperfähigkeiten, Körperstrategien „body micropractices“ (Downing, 1996, 2006)

Video-Interventions-Therapie nach G. Downing



Schwerpunkte der körperorientierten Mutter-Kind-Therapie

- Aufbau und Verbesserung der mütterlichen Kontakt- und Bindungsfähigkeit (Spektrum der erlebten Affekte erweitern, „High affective moments“)
- Förderung einer annehmenden und liebevollen Selbstbeziehung zum eigenen Körpererleben
- Unterstützung der körperlichen und emotionalen Ausdrucks- und Wahrnehmungsfähigkeit – „body organizing“
- Erforschung von biografischen Hintergründen von spezifischen Stress- und Bindungsmustern
- Förderung der Emotionalen Bindung zwischen Mutter und Kind

Fazit: Mutter-Kind-Behandlung

Störungsspezifische Interventionen: psychotherapeutisch und/oder medikamentös

Mutter-Kind-Therapie:

Mutter-Kind-Interaktion – *soziale Kompetenz und Verbindung*

Mutter-Kind-Bindung – *Emotionale Verbindung “Bonding“ (körperorientiert und emotionsfokussiert)*

Zentral: *genaue Beobachtung, bzw. Wahrnehmung der Mutter-Kind- Interaktion und Beziehung*