

Sprache und Bindungsentwicklung im frühen Kindesalter

SILKE DIETER,
MELANIE WALTER &
KARL-HEINZ BRISCH

Schlüsselwörter:

Sprache, Bindung,
Bindungsstörung,
Kommunikation,
Entwicklung,
Therapie



Z u s a m m e n f a s s u n g

Im ersten Abschnitt werden die wesentlichen Aspekte aus den Konzepten der Bindungstheorie von John Bowlby und Mary Ainsworth zusammengefasst. Eine wichtige Erkenntnis liegt darin, dass sich Explorations- und Bindungsverhalten antagonistisch zueinander verhalten: Kinder mit einer unsicheren Bindung reagieren in ungewohnten Situationen eher ängstlich und sind dadurch in ihrem Explorationsverhalten eingeschränkt. Auf diesem Hintergrund werden Untersuchungen zu den Bereichen Sprachrhythmus und Bindung, kommunikative Gesten und Bindung sowie mütterliche Bedeutungszuschreibung und Spracherwerb ausgeführt. Alle beschriebenen Untersuchungen legen den Schluss nahe, dass Bindungs- und Kommunikationsentwicklung (verbal und nonverbal) eng verflochtene Bereiche sind, wobei das linguistische System eines Kindes noch am robustesten gegen ungünstige Entwicklungseinflüsse zu sein scheint. Die Interaktionserfahrungen des Kindes und die Gesprächsorganisation sind für die Sprach- und Bindungsentwicklung gleichermaßen bedeutungsvoll. Es wird auf mögliche Störungen in der Bindungs- und Sprachentwicklung eingegangen und mögliche Wechselwirkungen bei Beeinträchtigungen in Interaktion, Sprache und Bindungsverhalten beschrieben. Die häufigsten Risikogruppen für Bindungs- und Sprachentwicklungsstörungen werden im Überblick zusammengestellt. Als Hilfe für die praktische Arbeit werden Anregungen für den Umgang mit bindungsge störten Kindern gegeben.

Einleitung

Sowohl Sprache als auch Bindung spielen in der sozialen Entwicklung von Kindern eine zentrale Rolle. Nach Papousek und Papousek (1987) besteht ein enger Zusammenhang zwischen der angeborenen kommunikativen Kompetenz des Säuglings einerseits und verschiedenen intuitiven elterlichen Verhaltensweisen, welche die kognitive, sprachliche und emotionale Entwicklung des Kindes unterstützen und voranbringen. Je feinfühlicher die Mutter die Signale ihres Kindes interpretiert (Ainsworth, 1967a) und ihm sinnvolle Hilfen im Sinne der Zone der nächsten Entwicklung (Vygotskij, 2002) anbietet, desto mehr profitieren die Fähigkeiten des Kindes von dieser Un-

terstützung. Entscheidend ist dieses feinfühliges Verhalten der primären Bezugsperson vor allem für die Qualität der emotionalen Bindung des Kindes. Dieses Verhaltenssystem hat sich nach Bowlby (1965) im Laufe der Evolution ausgebildet, um Säuglingen den Schutz durch ihre Eltern und somit das Überleben zu sichern. Auch in der heutigen Zeit hat dieses Verhalten eine große Bedeutung, da ein Kind seine Umwelt nur dann zielstrebig erforscht, wenn es weiß, dass es jederzeit zu seiner sicheren emotionalen Basis zurückkehren kann. Wird das Bindungssystem durch ein, für das Kind unvorhersehbares, Angst erregendes Ereignis aktiviert, tritt das Explorationsverhalten in den Hintergrund. Stattdessen sucht das Kind Schutz bei der primären Bezugsperson.

Bereits Ainsworth (1967b), die seit 1950 eng mit Bowlby zusammenarbeitete, stellte eine direkte Verbindung zwischen bestimmten intellektuellen Prozessen, wie etwa Sprache und Abstraktionsvermögen, und sicherer Bindung fest. Diese Bereiche scheinen bei emotionalen Unsicherheiten am stör anfälligsten zu sein. Leider geben diese sehr globalen Aussagen keinerlei Hinweis auf die Art der Zusammenhänge.

Wechselwirkungen zwischen Bindungs- und Sprachentwicklung - Koordination von Kommunikationsrhythmus und Bindung

Beebe (1979) untersuchte Mutter-Kind-Dyaden, wobei das Alter der Kinder drei bis vier Monate betrug. Die Fragestellung bestand darin, ob die zeitliche Abstimmung innerhalb der Mutter-Kind-Interaktion wichtig ist, und wenn ja, wie das „normale“ Muster einer Zeitstruktur aussehen könnte. Als ein entscheidender Befund zeigte sich, dass nicht die Modalität, in der das Kind stimuliert wird (etwa akustisch oder visuell) entscheidend ist, sondern vielmehr die zeitliche Abfolge, in der die Reize gesetzt werden.

Die Autorin fand extrem hoch ausgeprägte simultane Abfolgen in der Mutter-Kind-Interaktion, die circa 40-mal größer waren als bei Erwachsenen, die sich unterhalten. Für diese hervorragende Abstimmung war in hohem Maße die Mutter verantwortlich, die ihre eigenen „Beiträge“ in der Interaktion verlängerte, wenn das Kind gleichzeitig begann, Laute von sich zu geben. Dies funktionierte am besten, wenn sich Mutter und Säugling in erhöhter emotional positiver Erregung befanden, wie dies etwa bei kleinen Spielchen während des Wickelns beobachtet werden konnte. Dieses hervorragend abgestimmte Zusammenspiel wurde bereits für die gemeinsame Aufmerksamkeitsausrichtung betrachtet, die eine entscheidende Voraussetzung für den Erwerb des Wortschatzes darstellt (Zollinger, 1987). Es wurde schon lange vermutet, dass verbale und kinetische Verhaltensweisen in der so genannten vorsprachlichen Verständigung („proto-conversation“) den gleichen Gesetzmäßigkeiten unterliegen. Insgesamt zeigte sich, dass sich in der Mutter-Kind-Interaktion intuitive Rhythmen ausbilden, in denen sich aktive Verhaltensweisen und Pausen abwechseln.

Beebe, Jaffe, Lachmann, Feldstein, Crown und Jasnow (2002) untersuchten ebenso Zusammenhänge zwischen der Koordination von Sprachrhythmus und der Entwicklung der kindlichen Bindungsqualität. Dabei lehnen sie sich an Sander (1977) an, der eine systemorientierte Sichtweise vertritt, bei der Timing als ein wesentliches Element der Koordination zweier Organismen untereinander gesehen wird. Timing und Rhythmus gehören zu den Organisationsprinzipien jeglicher Kommunikation und Rhythmen liegen auch jeglichem Verhalten zugrunde (Lenneberg, 1975). Timing ist hier zu verstehen als Innehalten, Unterbrechung, abwechselndes Sprechen, Sprachgeschwindigkeit und Pause am Ende des Beitrags des Einen bis zum Beginn des Beitrags des Anderen („turn-taking“). Nehmen wir mit einem Menschen

Kontakt auf, so benötigen wir jederzeit Feedback über den subjektiven Zustand des Anderen. Obwohl dies meist unbewusst geschieht, reagieren wir auf kleinste Veränderungen, etwa Zögern oder ungewöhnlich lange Pausen. Sprachliche Merkmale werden dabei ergänzt durch kinetische Hinweise wie Gesichtsausdruck, Kopfbewegung und Blickmuster (Beebe et al., 2002a).

Unterschiedliche Koordinationen des Sprachrhythmus lassen Rückschlüsse auf das emotionale Klima zu, das wiederum Hinweise auf die Bindungsqualität der beobachteten Mutter-Kind-Dyaden gibt. Jeder Mensch besitzt eine angeborene Motivation, Informationen aufzunehmen, zu ordnen, sich an Interaktionen zu beteiligen und dadurch sein Gehirn zu stimulieren. Dies ist die Voraussetzung für das Interesse am Austausch mit anderen Menschen (Beebe et al., 2002). Während eines Dialogs wird immer wieder kontrolliert, ob und inwiefern sich der subjektive Zustand des Anderen verändert. Dabei beeinflusst jede Person ihr Gegenüber (Interaktionstheorie) und reguliert gleichzeitig auch sich selbst.

Wahrnehmung soll in diesem Zusammenhang nicht gleichgesetzt werden mit Realität, vielmehr „konstruiert“ sich jeder Mensch durch Wahrnehmungspräferenzen, durch frühere Erfahrungen, entwickelte Erwartungen und Selbstregulierung seine eigene Wirklichkeit. Diese wird neuronal in Repräsentationen abgespeichert, die (auch) in der Bindungstheorie als „internal working models“ bezeichnet werden (Bretherton, 1990a u. b.; Meins, 1999).

Beebe et al. (2002) nutzten Merkmale der Mutter-Kind-Interaktion, um aus der Analyse der Interaktionssequenzen von Mutter-Kind-Dyaden im Kindesalter von vier Monaten die Bindungsqualität des Kindes mit zwölf Monaten vorherzusagen.

Aus den Aufnahmen, die mit dem viermonatigen Kind in seiner häuslichen Umgebung in der Interaktion mit der Mutter, einer fremden Person und, als Drittes, in der Interaktion zwischen der Mutter und einer fremden Person er-

stellt worden waren, sollte die Bindungsqualität mit zwölf Monaten vorhergesagt werden. Bei der Auswertung zeigte sich, dass die Zunahme der Koordination sich nicht durch die Variable „Vertrautheit mit dem/r Interaktionspartner/in“ erklären ließ. Beebe et al. (2002) interpretierten das Ausmaß an Koordination als Spiegel des kindlichen Bedürfnisses nach Sicherheit und nach Vorhersagbarkeit in der Interaktion. Denn „...je größer das Ausmaß an Ungewissheit, Ungewohntem oder Herausforderung ist, desto größer wird die Notwendigkeit, die Interaktion vorhersehbar zu gestalten...“ (Beebe et al., 2002, S.62).

Als die kleinen ProbandInnen ein Jahr alt waren, wurden sie zur Klassifizierung ihrer Bindungsqualität mit der „Fremden Situation“ von Ainsworth und Witting (1969) untersucht. Es ergaben sich erstaunliche Zusammenhänge: Nicht diejenigen Kinder, welche die beste Koordinationsleistung gezeigt hatten, waren, wie vorher vermutet, sicher gebunden. Das höchste Maß an Abstimmung ging im Gegenteil mit einem desorganisierten oder

ängstlich-ambivalenten Bindungsmuster einher.

Das niedrigste Ausmaß an Koordination war korreliert mit einem vermeidenden Bindungsstil. Das Mittelmaß an Koordination hingegen sagte am besten eine sichere Bindung voraus. Diese unerwarteten Ergebnisse werden von den AutorInnen so interpretiert, dass die mittlere Ausprägung der sprachlichen Koordination zwischen Mutter und Kind wahrscheinlich ein Optimum an Flexibilität und Variabilität bietet, der niedrigste Wert hemmt die Beziehungsaufnahme, der höchste Wert bezeichnet eine gesteigerte Wachsamkeit beider InteraktionspartnerInnen.

Die wesentlichste Eigenschaft einer gelungenen Mutter-Kind-Dyade scheint durch eine Abstimmung gekennzeichnet zu sein, die dem Kind genügend emotionale Sicherheit vermittelt und ihm gleichzeitig Freiraum zur Exploration gibt, wobei das Kind sich trotzdem immer seiner sicheren emotionalen Basis gewahr ist, zu der es bei Bedarf zurückkehren kann.

Bretherton und Bates (1979) sowie Bretherton, Bates, Benigni, Camaioni und Volterra (1979) beschäftigten sich mit der Frage, wie die Qualität der Mutter-Kind-Bindung die kognitive und kommunikative Entwicklung des Kindes beeinflusst.

Sie stellten für die folgende Untersuchung die Hypothese auf, dass sicher gebundene Kinder ein größeres Repertoire kommunikativer Gesten aufweisen als unsicher gebundene Kinder. Dazu wurde bei 13 amerikanischen und zwölf italienischen Kindern im Alter von einem Jahr mit Hilfe der „Fremden Situation“ nach Ainsworth und Witting (1969) die Bindungsqualität bestimmt. Die kommunikativen Gesten wurden in vier Bereiche eingeteilt: kommunikatives Deuten auf ein Objekt, Zeigen, Geben und rituelle Forderungen (z. B. Ausstrecken der Hand mit entsprechender fordernder Vokalisation). Die sprachlichen Äußerungen wurden folgenden Kategorien zugeordnet: Sprachverständnis auf Wort- und Satzebene, Produktion von sprachlichen Routinen und Referenzbezügen.

K U R Z B I O G R A F I E N

Silke Dieter beendete im Januar 2005 ihr Studium der Sprachheilpädagogik an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und qualifizierte sich zusätzlich im Bereich der orofazialen Regulationstherapie bei Dr. J. Brondo. Während des Studiums galt ihr besonderes Interesse bindungs- und sprachauffälligen Kindern. In der akademischen Lehrpraxis der LMU München, Dr. I. Eicher, erarbeitete Frau Dieter im Rahmen ihrer Magisterarbeit eine neuartige Möglichkeit der Frühintervention bei sprach- und bindungsauffälligen Kleinkindern. Im weiteren beruflichen Werdegang sieht Frau Dieter im kinder- und jugendpsychiatrischen Aufgabenfeld eine besondere Herausforderung.

Melanie Walter schloss ihr Studium der Sprachheilpädagogik (Magister Artium) 2003 an der Ludwig-Maximilians-Universität München ab und promovierte seitdem bei Herrn Prof. Dr. M. Grohnfeldt zum Thema „Häufigkeit von Sprachentwicklungsstörungen bei bayerischen Vorschulkindern“. Als Nebenfächer im Magisterstudiengang belegte sie Neuropsychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ihre Abschlussarbeit zum Thema „Prävention von Sprachentwicklungsstörungen bei zweijährigen Kindern“ wurde 2004 mit dem Förderpreis des Deutschen Bundesverbandes der Sprachpädagogen (dbs) ausgezeichnet. Seit Abschluss des Studiums arbeitet sie als Sprachtherapeutin in freier Praxis und behandelt sowohl kindliche Sprachentwicklungsstörungen als auch erworbene neurologische Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen.

Dr. med. Karl Heinz Brisch ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, und Analytische Gruppenpsychotherapie. Er leitet die Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie an der Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er ist Dozent sowie Lehr- und Kontrollanalytiker am Psychoanalytischen Institut „Stuttgarter Gruppe“. Sein Forschungsschwerpunkt umfasst den Bereich der frühkindlichen Entwicklung zu Fragestellungen der Entstehung von Bindungsprozessen und ihren Störungen. Er publizierte zur Bindungsentwicklung von Risikokindern sowie zur klinischen Bindungsforschung und verfasste die Monographie „Bindungsstörungen“ zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychotherapeutischen Behandlung von Bindungsstörungen.



Zuverlässigster Prädiktor für das Verhalten in der „Fremden Situation“ war das kommunikative Zeigen. Es ergaben sich zwar keine Korrelationen hinsichtlich der Häufigkeit des Gesteneinsatzes, aber hinsichtlich des qualitativen Niveaus. Sämtliche sprachlichen Variablen wiesen keinen Zusammenhang zur Bindungsklassifikation auf. Dieses Ergebnis wird so erklärt, dass der Spracherwerb gegenüber individuellen Variationen innerhalb der Mutter-Kind-Interaktion sehr robust zu sein scheint, sonst wäre er häufig gefährdet. Der so genannte „grüne Bereich“ scheint also recht breit zu sein, was allerdings nicht heißt, dass eine schwere emotionale Deprivation keine Spuren am Verhalten und der sprachlichen sowie kognitiven Entwicklung des Kindes hinterlässt. In der obigen Untersuchung könnten alle Mutter-Kind-Dyaden bezüglich des sprachlichen Austausches im Normbereich gelegen haben, so dass sich hier kein Unterschied ergab. Zusätzlich handelte es sich um eine sehr geringe Fallzahl, bei der kein Vergleich zwischen Risiko- und Nichtrisikokindern stattfand.

Es wäre auch denkbar, dass die sprachliche Leistung eines Kindes mit einem Jahr noch keinen signifikanten Unterschied in Abhängigkeit von der Bindungsqualität erkennen lässt, diese aber sehr wohl im Verlauf des zweiten Lebensjahres an Einfluss gewinnen könnte. Trotzdem weist die vorliegende Studie darauf hin, dass sicher gebundene Kinder insgesamt ein höheres kognitives Fähigkeitsniveau aufweisen und dass sie sich ihrer Handlungsmöglichkeiten und ihrer Wirkung auf andere stärker bewusst sind als unsicher gebundene Kinder. Scheinbar stimulieren Mütter mit sicher gebundenen Kindern diese häufiger, sensibler und geschickter. Sind Mutter und Kind in der Lage, eine harmonische und affektiv positive Beziehung aufzubauen, so wird die sprachliche und kognitive Kompetenz des Kindes optimal gefördert. Die Interaktionen sind dann kontingenter, und die Mutter erleichtert dem Kind die Erforschung der Umwelt, indem sie

es mit für das Kind lösbaren Aufgaben konfrontiert und ihm bei Schwierigkeiten soweit hilft, wie es für die Weiterentwicklung des Kindes entlang der Zone der nächsten Entwicklung notwendig ist (Bretherton et al., 1979; Bretherton & Beeghly, 1982; Vygotskij, 2002).

Effekte der Bindungsqualität sowie der mütterlichen Bedeutungszuschreibung auf den kindlichen Spracherwerb

Meins (Meins, 1998a; Meins, Fernyhough, Russell & Clark-Carter, 1998) untersuchte elf Monate alte Kinder (N = 48) im Hinblick auf bestimmte Merkmale ihres Spracherwerbs in Abhängigkeit von Bindungsqualität und mütterlicher Bedeutungszuschreibung. Die Mütter führten Tagebuch über den aktiven Wortschatz und das Sprechverhalten ihrer Kinder. Dabei sollten sie speziell auch auf Wörter oder Lautgebilde achten, die nicht der Erwachsensprache entsprachen und vom Kind selbst kreiert wurden. Die notierten Äußerungen der Kinder wurden in Ein-Wort- und Mehr-Wort-Äußerungen eingeteilt. Insbesondere sollten starre, ganzheitlich repräsentierte Redewendungen („frozen phrases“), wie etwa „Wassndas?“, gegen die „echten“ Sätze und gegen Nicht-Standard-Wörter im Verhältnis aufgewogen werden. Als weitere Variable wurde von Meins (1999; 1998) die „vocal but meaningless speech (VBM)“ eingeführt, weil diese von den Müttern häufig berichtet wurde. Darunter fielen sämtliche Vokalisationen des Kindes, welche die Mutter nicht verstand, so dass ihnen keine konsistente Bedeutung zugewiesen werden konnte.

Es ergab sich ein signifikanter Unterschied zwischen dem Prozentsatz hochfrequenter Nomina im aktiven Wortschatz in Abhängigkeit von der Bindungssicherheit. Der Unterschied in der Wortschatzgröße zwischen den sicher und unsicher gebundenen Kindern erwies sich ebenfalls als höchst signifikant. Das Vorkommen von starren Redewendungen („frozen phra-

ses“) im Wortschatz eines Kindes erwies sich als einziger zuverlässiger Prädiktor für die Qualität der Bindung. Die Bindungssicherheit wiederum wurde als bester Prädiktor für die Größe des aktiven Wortschatzes identifiziert. Auch im Vergleich mit der so genannten VBM zeigten sich diese überzufälligen Unterschiede: Unsicher gebundene Kinder griffen häufiger auf scheinbar bedeutungslose, für die Mutter unverständliche Lautgebilde zurück als sicher gebundene. Nach Vygotskij (2002) und Bruner (2002) ist die Unterstellung einer Intention von Seiten der Eltern nötig, um das Kind zu ermuntern, mit einer intentionalen (d. h., etwas bewirken wollenden, auf ein Ziel gerichteten) Kommunikation zu beginnen. Aufgrund der von Meins (1998) gesammelten Daten kann man annehmen, dass sicher gebundene Kinder, die ihre Mütter häufiger und intensiver in ihr Spiel einbeziehen, durch Interaktionen leichter Bezeichnungen für den aktuellen Referenten der gemeinsamen Aufmerksamkeitsausrichtung („joint attention“) finden (Bruner, 2002). Ein weiterer Grund für die häufigere Bedeutungszuschreibung der Mütter sicher gebundener Kinder könnte in der so genannten „mind-mindedness“ (Meins, 1998b, S. 249) liegen. Diese besagt, dass Mütter von sicher gebundenen Kindern eher dazu tendieren, ihre Kinder als vollwertige Gesprächspartner zu betrachten, die fähig sind, Intentionen zu verbalisieren. Weiterhin könnte man annehmen, dass Mütter, die ihre Kinder nicht als gleichberechtigte, kompetente Gesprächspartner anerkennen, ihre sprachlichen Äußerungen nicht oder weniger auf das Niveau des Kindes abstimmen und ihm damit die Ableitung von linguistischen Regelmäßigkeiten aus dem Input erschweren. Andererseits könnte es aber auch zutreffen, dass Mütter mit ausgeprägter „mind-mindedness“ die Äußerungen ihrer Kinder zu wohlwollend interpretieren oder dass Mütter unsicher gebundener Kinder zwanghafter sind, was die Korrektheit der kindlichen Sprache angeht. Trotz dieser offenen Fragen zeigt die Studie von Meins

(1998b), dass Bindungssicherheit und die mütterliche Bedeutungszuschreibung einen Einfluss auf den Spracherwerbsstil des Kindes haben.

Sprachentwicklung im Dialog

Grimm (1999) beschäftigte sich mit der Frage, wie der natürliche Spracherwerb stattfindet und welchen Bedingungen die kindliche Sprachentwicklung unterliegt. Beim Spracherwerb greift sie auf die Interaktionstheorie zurück. Diese besagt, dass die Entwicklung der Sprache, wie die der Kognition überhaupt, im transaktionalen Grundschema zu denken ist, nach dem die Person mit der Umwelt in einer dynamischen Beziehung der wechselseitigen Einflussnahme steht. Der hauptsächlichste Aktionspartner des Kindes hat einen sehr großen Anteil an der kindlichen Sprachentwicklung. Die Erwachsenen aus dem Umfeld des Kindes dienen als sprachliche Vorbilder und leisten damit einen wesentlichen Beitrag zu seiner Sprachentwicklung. Ein wichtiger Bestandteil der Mutter-Kind-Interaktion ist die Tatsache, dass die Mutter den Äußerungen des Kindes immer wieder Bedeutungen zuweist.

Fehlen von Seiten der Mutter und/oder des Kindes eindeutige Signale über subjektive Zustände, so kann die Interaktion nicht funktionieren. Daraus können sich unter Umständen kognitive, sprachliche und soziale Entwicklungsrückstände ergeben.

Kennzeichen der Gesprächsorganisation in Abhängigkeit von der Bindungsqualität

Klann-Delius (2002) führte eine Untersuchung mit 25 Kindern zwischen 17 und 36 Monaten durch. Ziel der Studie war es, die Reibungslosigkeit der Gesprächsorganisation sowie die thematischen Präferenzen in Abhängigkeit von der Bindungsqualität näher zu analysieren. Die Reibungslosigkeit der Gesprächsorganisation war operationalisiert als „Länge der Pausen nach Beendigung des Gesprächsbeitrages des einen und dem Beginn des Gesprächsbeitrages des anderen Partners“ (Klann-Delius, 2002, S. 97). Thematische Präferenzen wurden danach eingeteilt, ob sich der „Beitrag auf symbolisches Spiel, die Trennung oder auf Objekte bezog.“ (a. a. O.). Die Ergebnisse scheinen wenig verwunderlich: Unsicher gebundene Kinder beschäftigten sich signifikant häufiger mit dem Thema Trennung ($p < 0.01$), sicher gebundene Kinder hingegen äußerten sich tendenziell häufiger über Objekte ($p < 0.06$, Trend zur Signifikanz). Zusätzlich wiesen die unsicher gebundenen Kinder längere Reaktionszeiten auf, wenn sie über Trennung sprachen. Die Problematik der Trennungssituation kann wie folgt dargestellt werden: Die Mutter muss oder will das Kind kurz allein lassen, das Kind ist damit aber nicht einverstanden. In dieser Situation kommt

es darauf an, dass beide Partner unmissverständlich ihre Gefühle darüber zum Ausdruck bringen, damit eindeutige Reaktionen ermöglicht werden. Kinder sind im Alter von etwa drei Jahren noch nicht fähig, das Ende der Trennung und damit die glückliche Wiedervereinigung mit der Mutter zu antizipieren. Wichtig ist dabei, wie feinfühlig beide Interaktionspartner auf die Gefühlsäußerungen des Anderen reagieren. Bei unsicher gebundenen Kindern war oft zu beobachten, dass sie ihr Missfallen gegenüber der Trennung von der Mutter nur unklar ausdrückten, etwa durch ein mehrdeutig intoniertes „ja“ im Sinne von „ja, ich hör Dir zu“ oder „ja, es ist okay, dass Du weggehst“, oder durch Vokalisierung wie „mh“ und Jammern. Werden diese unsicher gebundenen Kinder älter, kann es sein, dass sie „...gegenüber ihren Müttern recht fordernd auftreten und die Wünsche und Pläne anderer nicht recht gelten lassen wollen...“ (Klann-Delius, 2002, S. 102). Die Mütter von unsicher gebundenen Kindern neigen dazu, nicht ausreichend auf die Situation des Kindes einzugehen und stattdessen ihre eigene Position hervorzuheben. Das Verhalten des Kindes wird für die Trennung verantwortlich gemacht. Die Mutter stellt ihre eigenen emotionalen Probleme mit der Trennung in den Vordergrund.

Zusammenhänge zwischen Sprachentwicklungs- und Bindungsstörungen - Begriffsklärung

Im diagnostischen Manual ICD 10 für psychische Krankheiten (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) wird in reaktive Bindungsstörungen (F 94.1), die sich vorwiegend durch gehemmte und furchtsame Reaktionen auf Bindungsangebote auszeichnet und Bindungsstörungen des Kindesalters mit Enthemmung (F 94.2, diese Kinder fallen durch distanzloses Verhalten auch gegenüber fremden Personen auf) unterschieden (s. Tab. 1). Beide Verhaltensweisen werden als unmittelbare Folge von extremer emotio-



Reaktive Bindungsstörungen (F 94.1)	Bindungsstörungen des Kindesalters mit Enthemmung (F 94.2)
<ul style="list-style-type: none"> • Bindungsbereitschaft dieser Kinder gegenüber Erwachsenen wird als sehr gehemmt beschrieben • Sie reagieren mit Ambivalenz und Furchtsamkeit auf Bindungsperson • Sie zeigen eine emotionale Störung mit Rückzugsreaktion, Übervorsichtigkeit, Beeinträchtigung des sozialen Spiels 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder mit enthemmter, distanzloser Kontaktfreudigkeit gegenüber verschiedenster Bezugspersonen

Tabelle 1: Diagnostische Klassifikation von Bindungsstörungen im ICD 10

naler und/oder körperlicher Vernachlässigung und Misshandlung angesehen. Auch der ständige Wechsel der Bezugsperson wird ursächlich mit der Entwicklung einer kindlichen Bindungsstörung in Verbindung gebracht. Nach Brisch (1999) stellt die ICD 10 keine ausreichenden diagnostischen Zuordnungen für die Vielfalt und den Schweregrad an möglichen Bindungsstörungen zur Verfügung, wie sie in der Praxis wieder zu finden sind. Deswegen nimmt Brisch (1999) eine umfassendere Einteilung vor (s. Tab. 2). Er differenziert nicht nur zwischen gehemmtem und enthemmtem Bindungsverhalten, sondern beschreibt sieben verschiedene Typen unphysiologischen Bindungsverhaltens, darunter keinerlei Bindungsverhalten gegenüber der Bezugsperson, undifferenziertes Bindungsverhalten (vergleichbar mit F 94.2), aber ebenso übersteigerte oder aggressive Bindungsmuster sowie eine Rollenumkehr zwischen Eltern und Kind. Auch psychosomatische Beschwerden können nach Brisch (1999) auf eine Bindungsstörung hindeuten. Die Sprachentwicklungsstörungen werden im diagnostischen Manual ICD 10 für psychische Krankheiten (Dilling et al., 1991) in expressive und rezeptive Sprachstörungen unterteilt (s. Tab. 3). Hier wird, wie bei den Bindungsstörungen, nur sehr grob unterschieden in eine expressive Form der Sprachentwicklungsstörung, bei der vorwiegend die Sprachproduktion in Mitleidenschaft gezogen ist, das Sprachverständ-

nis hingegen im Normbereich liegt, und in eine rezeptive Sprachstörung, die sich durch ein, für Alter und Intelligenz des Kindes deutlich zu schlechtes Sprachverständnis auszeichnet und die sich somit auch auf die Sprachproduktion auswirken kann.

Zusammenhang von Interaktion, Sprache und Bindungsverhalten

Es gilt als sehr wahrscheinlich, dass zwischen dem Ausmaß der Feinfühligkeit, dem Redestil und der Bindungsqualität ein deutlicher Zusammenhang besteht. Schon Wulbert, Inglis, Kriegsmann und Mills (1975) befassten sich mit der Frage, welche Zusammenhänge es zwischen Sprachentwicklungsverzögerungen und Eigenschaften der Mutter-Kind-Interaktion gibt. Sie untersuchten hierzu 20 in ihrer Sprachentwicklung verzögerte Kinder in der Altersspanne zwischen 2;8 bis 5;6 Jahren. Ausgeschlossen waren Kinder, die Hörstörungen oder andere medizinische Probleme hatten, die ihre Entwicklung beeinflussen könnten. Sie verglichen sie mit 20 weiteren Kindern, die nach Alter, Geschlecht, Stellung in der Geschwisterreihe, Familienstand der Mutter und sozioökonomischem Status parallelisiert worden waren. Da die AutorInnen Bedenken hatten, ob das Verhalten der Mütter wirklich typisch für die Interaktion mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern war und nicht auch bei anderen

Behinderungen zu finden war, führten sie noch eine Kontrollgruppe mit Down-Syndrom-Kindern ein. Bei der Testung wurden in mehreren Untertests das Sprachverständnis und die Sprachproduktion untersucht. Bemerkenswert war bei dieser Untersuchung, dass sich die größten Unterschiede in den Kategorien ergaben, in denen die Mutter-Kind-Interaktion Thema war, wie etwa (1) emotionale verbale Verfügbarkeit der Mutter für die Signale des Kindes, (2) Vermeiden von Einschränkungen und Bestrafung sowie (3) mütterliches Engagement in der Beziehung mit dem Kind (Wulbert et al., 1975, S. 65). Die Kategorie (1) beurteilte einerseits die direkte verbale Interaktion der Mutter mit dem Kind, andererseits aber auch, mit welchen Worten sie über ihr Kind sprach. Mütter von sprachentwicklungsverzögerten Kindern sprachen eher kritisch über ihre Kinder und lobten oder liebten sie selten. Die Kategorie (2) beschäftigt sich mit dem Einsatz von Verboten und Strafen. Jedes Kind zeigte Verhaltensweisen, die der Mutter missfielen. Mütter nicht sprachentwicklungsverzögerter Kinder versuchten, mit den Kindern zu verhandeln und Gründe zu erörtern. Die Mütter der sprachentwicklungsverzögerten Kinder schrien dagegen schneller, bedrohten das Kind oder gaben ihm einen Klaps. In der Kategorie (3) ergab sich die größte Differenz. Bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern liegt der Schwerpunkt der Bemühungen seitens der Mütter auf der Befriedigung

• Kein Bindungsverhalten	Keinerlei Bindungsverhalten gegenüber einer Bezugsperson.
• Undifferenziertes Bindungsverhalten	Kinder, die sich jedem Menschen gegenüber freundlich verhalten; sie gehen auch mit fremden Personen sofort eine Pseudo-Bindung ein, lassen sich trösten und fangen oft gleich zu schmusen an => soziale Promiskuität.
• Übersteigertes Bindungsverhalten	Kinder sind nur in absoluter Nähe der Bezugsperson ruhig und entspannt; andernfalls reagieren sie mit größtem Widerstand und Stress.
• Gehemmtes Bindungsverhalten	Kinder leisten bei Trennung von der Bindungsperson in Angstsituationen nur geringen oder gar keinen Widerstand, sie zeigen zur Bindungsperson wenig Bindungsverhalten, dafür eher gegenüber Fremden.
• Aggressives Bindungsverhalten	Kinder nehmen über aggressives Verhalten Bindungen und Kontakt auf; die Interaktion zeichnet sich durch aggressive Verhaltensweisen aus.
• Bindungsverhalten mit Rollenkehr	Kinder schlüpfen in die Rolle des Erwachsenen und zeigen sich für diesen verantwortlich, sie stellen sich als sichere Basis zur Verfügung unter Aufgabe ihrer eigenen Bindungswünsche.
• Bindungsverhalten mit psychosomatischen Beschwerden	Kinder reagieren auf bindungs- und trennungsrelevante Situationen mit somatoformen Beschwerden als Ausdruck der Erregung im Bindungssystem.

Tabelle 2: Klinische Klassifikation von Bindungsstörungen nach Brisch (1999)

körperlicher Bedürfnisse, wohingegen sonst wenig Interaktion stattfand. Die Mütter der sprachlich altersgemäß entwickelten Kinder hingeben gaben öfter an, mit dem Kind zu spielen und es zu ermutigen, neue Dinge zu lernen. Somit förderten diese Mütter ihre Kinder zusätzlich in ihrer Entwicklung, während die sprachlich retardierten Kinder von ihren Müttern als ständige Quelle der Frustration empfunden wurden. Auch Schenk-Danzinger (1976) befasste sich mit dieser Thematik. Ihrer Meinung nach gilt eine sanft-liebevolle Sprechweise als ein Merkmal einer feinfühlig Mutter. Kinder solcher Mütter bringen die meisten Lautäußerungen hervor, wobei im Alter von sechs bis zehn Monaten ein rapider Zuwachs von Lautäußerungen verzeichnet werden kann. Auch bei weniger feinfühlig bewerte-

ten Müttern, die mit einem trügen bis neutralen Sprachstil mit ihren Kindern sprachen, entwickelten sich viele Kinder sicher gebunden. Es war auffallend, dass diese Mütter trotz ihrer Distanziertheit ihren Kindern ausreichend Geborgenheit vermitteln konnten. Kinder von sehr laut und lebhaft sprechenden Müttern, aber guten Werten hinsichtlich ihrer Feinfühligkeit, wiesen häufig ein unsicheres Bindungsverhalten auf. Dieses überfordernde und stets aktivieren wollende Verhalten lässt den Kindern zu wenig Raum zu explorieren und verunsichert sie. Beebe (1979) berichten, dass vereinzelte Missverständnisse („mismatches“) zwischen Mutter und Kind eine sichere Bindungsentwicklung eher vorantreiben als ihr schaden, sofern sie schnell und eindeutig geklärt werden. So

äußerte ein Kind etwa einen fordernden Laut in Richtung seiner Mutter, worauf die Mutter dem Kind etwas zu essen geben wollte. Das Kind lehnte die Nahrung ab, so dass die Mutter neu zu interpretieren begann und schließlich entdeckte, dass die Äußerung des Kindes nicht dem Essen, sondern dem Spielzeug galt. Auf diese Weise wurde das Missverständnis rasch geklärt, und es kam zu keiner Interaktionsstörung.

Risikokinder für Sprachentwicklungs- und/oder Bindungsstörungen

Manche Kinder könnten ein erhöhtes Risiko haben, eine Bindungs- und/oder eine Sprachentwicklungsstörung auszubilden. Frühgeborene müssen gleich zu Anfang ihres Lebens oft wochenlang im Krankenhaus betreut werden

und haben zudem oft schlechtere physische Voraussetzungen für eine gesunde Entwicklung als Reifgeborene (Brisch, 2002; Huber, Brisch, Pohlant, Eckert, Knorpp, Mauch & Bode, 1996; Knorpp, 1999; Knorpp, Mauch, Bode, Huber, Paschke, Pohlant, Ripberger, Spraul & Brisch, 1997). Brisch, Bechinger, Betzler und Heinemann (2003) fanden in einer großen Längsschnittstudie mit sehr kleinen Frühgeborenen, dass neurologisch kranke Kinder auch signifikant häufiger unsicher gebunden waren im Vergleich zu neurologisch gesunden Kindern. Kißgen (2002) fand in seiner Untersuchung mit 27 motorisch entwicklungsverzögerten reifgeborenen Kindern (Kontrollgruppe N = 34) einen deutlichen Zusammenhang zwischen der Bindungssicherheit und motorischer Entwicklung: Eine sichere Bindungsqualität korrelierte signifikant häufiger mit einer motorisch altersgemäßen Entwicklung als mit einer motorischen Entwicklungsverzögerung. Das Gegenteil traf für die unsichere Bindungsentwicklung zu. (Kißgen, 2002, S. 129). Wulbert et al. (1975) betonen, dass insbesondere auch Kinder mit Sprachentwicklungsstörungen gefährdet sind, zusätzlich emotionale Probleme mit Interaktions- und Kommunikationsstörungen zu entwickeln. Sie werden häufig von ihren Müttern körperlich genauso gut versorgt wie sprachlich unauffällige Kinder oder solche mit Down-Syndrom. Allerdings erhalten sie signifikant seltener emotionale Zuwendung und liebevolle Förderung als die beiden anderen genannten Gruppen. Die Mütter sprachentwicklungsgestörter Kinder berichten häufig, dass ihnen ihr Kind seltsam oder fremdartig vorkomme. Zudem werden sprachentwicklungsgestörte Kinder häufig in ihrer kognitiven Entwicklung unterschätzt, weil sie ihre Ideen nicht adäquat in verbale Strukturen umsetzen beziehungsweise ihre Bedürfnisse nicht altersadäquat äußern können (Grimm, 1999). Aber auch ein umgekehrter Entwicklungsweg von der Bindungsstörung zur Sprachentwicklungsstörung ist denkbar. Eine Bindungs-

störung wird sich am ehesten dann auch in der Sprachentwicklung niederschlagen, wenn sie in einem Zeitraum ent- beziehungsweise besteht, in dem das Kind wichtige Schritte in der Angleichung des sprachlich-kommunikativen Systems vollzieht. Als kritische Zeitspanne können in etwa die ersten 36 Lebensmonate angesehen werden. Bekommt das Kind etwa durch eine belastete Mutter-Kind-Interaktion keine ausreichende Chance, die Bedeutung und den Aufbau des linguistisch-kommunikativen Systems zu erfassen sowie die dahinter liegenden Strukturen zu erkennen und zu verinnerlichen, besteht die Gefahr, dass sich hieraus im weiteren Verlauf Defizite ausbilden. Es gilt für die Sprachentwicklung die gleiche Voraussetzung wie für die Bindungsentwicklung: Kann die Bezugsperson nicht feinfühlig und emotional verfügbar auf die verbalen wie nonverbalen Signale des Kindes reagieren, ist das Kind nicht in ausreichendem Maße in der Lage, aus der Interaktion Schlüsse für seine eigene Entwicklung zu ziehen (Beebe et al., 2002).

Überlegungen zur therapeutischen Arbeit mit bindungs- und sprachentwicklungsgestörten Kindern

Sowohl PsychotherapeutInnen als auch andere Berufsgruppen sollten über die Diagnostik sowie den Umgang mit Kindern mit Bindungsstörungen ausreichende Kenntnisse besitzen, denn es werden häufiger Störungen in mehreren Entwicklungsbereichen als nur in einem isolierten Bereich, wie etwa der Sprache allein, auftreten. In vielen Fällen ist es nahezu unmöglich zu rekonstruieren, welches der vorhandenen Probleme am Anfang stand oder welche Probleme sich daraus zusätzlich entwickelt haben, etwa ob zunächst eine Sprachstörung bestand und sich daraus eine emotionale Störung entwickelte oder umgekehrt.

Brisch (1999, S. 200) gibt in Anlehnung an Bowlby (1988) folgende Hin-

weise zum Verhalten des/r Therapeuten/in in der Behandlung bindungsgestörter Kinder und Jugendlicher:

„Der Kindertherapeut muss in seinem Zuwendungsverhalten als verlässliche psychische und physische Basis fungieren, damit sich trotz der Bindungsstörung des Kindes eine sichere Bindungsbeziehung entwickeln kann.

Der Therapeut ermöglicht Spielverhalten, das sowohl in der direkten Interaktion als auch im Symbolspiel die Darstellung von bindungsrelevanten Inhalten aus den erlebten Beziehungen zu seinen bisherigen Bezugspersonen fördert.

Der Therapeut deutet bindungsrelevante Interaktionen zwischen sich und dem Kind direkt verbal oder durch teilnehmende Spielinteraktion auf der symbolischen Ebene.

Der Therapeut fördert emotionale Äußerungen des Kindes, die sich auf die Bindungsaspekte in der Übertragung beziehen, und setzt sie in Beziehung zu den erfahrenen Bindungserlebnissen der Vergangenheit.

Der Therapeut ermöglicht durch neue sichere Bindungserlebnisse, dass das Kind sich von früheren destruktiven unsicheren Bindungsmustern lösen und eine sichere Bindungsqualität entwickeln kann.

Der Therapeut muss das therapeutische Bündnis behutsam lösen als Vorbild für den Umgang mit Trennungen: Die Trennung sollte vom Patienten und/oder den Eltern initiiert werden. Dann wird sie weniger leicht als Zurückweisung durch den Therapeuten erlebt. Die physische Trennung ist nicht gleichbedeutend mit dem Verlust einer 'sicheren Basis', weil für das Kind und die Eltern die Möglichkeit bestehen bleibt, bei erneuter 'Not und Angst' zu einem späteren Zeitpunkt auf den Therapeuten zurückzugreifen.“

Speziell im Bereich der Sprachtherapie spielt der Aufbau einer vertrauensvollen, sicheren Beziehung eine große Rolle. Bei einem bindungsgestörten Kind kann es vor der eigentlichen Übungsbehandlung erst einmal nötig sein, über einen langen Zeitraum eine

Expressive Sprachstörung	Rezeptive Sprachstörung
<ul style="list-style-type: none"> • Expressive Sprache deutlich unter der Altersnorm und dem Intelligenzalter des Kindes • Keine längeren Phasen mit normaler Sprache • Normales oder nur gering gestörtes Sprachverständnis • Relativ ungestörte nonverbale Kommunikation • Begleitende Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Beeinträchtigungen und leichter Hörverlust sind möglich 	<ul style="list-style-type: none"> • Sprachverständnis deutlich unter der Altersnorm und dem Intelligenzalter des Kindes • Meist zusätzliche Beeinträchtigung der expressiven Sprache und Artikulation • Begleitende Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Beeinträchtigungen und leichter Hörverlust sind möglich

Tabelle 3: Einteilung der Sprachstörungen im ICD 10

vertrauensvolle, sichere Beziehung zwischen Kind und Therapeut/in aufzubauen, da sonst keine lernfördernde Kommunikationssituation und Interaktion möglich wird. Der/die Therapeut/in muss die Interessen des Kindes einbeziehen, so dass die Inhalte der Therapie für das Kind lebensbedeutend werden können und es bereit ist, die Anregungen in sich aufzunehmen.

Ausblick

Die mittlerweile recht umfangreiche Bindungsforschung belegt eindeutig die lebenslange Bedeutung der Bindungserfahrungen. Sicher gebundene Kinder sind flexibler in ihrem kognitiven Problemlöseverhalten und haben eine ausgeprägtere soziale Kompetenz. Sie werden von ihren KommunikationspartnerInnen als freundlicher und umgänglicher beschrieben. Emotional unsichere Kinder hingegen haben ein gesteigertes Risiko, psychische Probleme zu entwickeln.

Jede/r Therapeut/in, egal welcher Disziplin, sollte die grundlegende Bedeutung der Bindungsentwicklung beim Aufbau seiner/ihrer therapeutischen Arbeitsbeziehung zum Kind berücksichtigen und Kenntnisse hinsichtlich Symptomen von Bindungsstörungen besitzen, damit sie/er entsprechend darauf reagieren kann. Dadurch kann

keine notwendige Psychotherapie ersetzt werden, aber über hilfreiche Verhaltensstrategien im Umgang mit bindungsgestörten Kindern informiert zu sein, erleichtert die Arbeit und den Beziehungsaufbau mit ihnen.

Zusätzlich können betroffene Kinder durch das Wissen um die typischen Symptome von Bindungsstörungen schneller und gezielter an eine/n entsprechend ausgebildete/n Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten/in überwiesen werden.

L I T E R A T U R

Ainsworth, M. D. S. (1967a). *Infancy in Uganda: Infant care and the growth of attachment*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Ainsworth, M. D. S. (1967b). *Infant care and the growth of love*. Baltimore: John Hopkins University Press.

Ainsworth, M. D. S., & Witting, B. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In B. M. Foss (Hrsg.), *Determinants of infant behavior* (S. 113-136). New York: Basic Books.

Beebe, B. (1979). The kinesic rhythm of mother-infant interactions. In I. Siegman, Feldstein, S. (Hrsg.), *Of speech and time* (S. 23 - 33). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Beebe, B., Jaffe, J., Lachmann, F., Feldstein, S., Crown, C., & Jasnow, M. (2002). Koordination von Sprachrhythmus und Bindung - Systemtheoretische Modelle. In K. H. Brisch, K. E. Grossmann, K. Grossmann, & L. Köhler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege - Grundlagen, Prävention und klinische Praxis* (S. 47-85). Stuttgart: Klett-Cotta.

Bowlby, J. (1965). *Child care and the growth of love*. London: The Whitefriars Press Ltd.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical implications of attachment theory*. London: Routledge. (Vol. Dt. (1995): Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie. Dexter: Heidelberg).

Bretherton, I. (1990a). Communication patterns, internal working models and the intergenerational transmission of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal*, 11(3), 237-252.

Bretherton, I. (1990b). Open communication and internal working models: Their role in the development of attachment relationships. In R. A. Thompson (Hrsg.), *Nebraska Symposium on Motivation* (Vol. Socioemotional Development, S. 57-114). Lincoln, NEB: University of Nebraska Press.

Bretherton, I., & Bates, E. (1979). The emergence of intentional communication. In I. C. Uzgiris (Hrsg.), *Social interaction and communication during infancy. New directions for child development* (S. 81-100). San Francisco: Jossey-Bass.

Bretherton, I., Bates, E., Benigni, L., Camaioni, L., & Volterra, V. (1979). Relationships between cognition, communication and quality of attachment. In E. Bates, L. Benigni, I. Bretherton, L. Camaioni, & V. Volterra (Hrsg.), *The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy* (S. 223-381). New York: Academic Press.

Bretherton, I., & Beeghly, M. (1982). Talking about internal states: The acquisition of an explicit theory of mind. *Developmental Psychology*, 18, 906-921.

Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen - Von der Bindungstheorie zur Therapie*. (6. Auflage 2005). Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, K. H. (2002). Neurologische Entwicklung und Bindung von sehr kleinen Frühgeborenen. In U. Lehmkuhl (Hrsg.), „*Seelische Krankheit im Kindes- und Jugendalter - Wege zur Heilung*“. 27. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berlin (S. 32). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Brisch, K. H., Bechinger, D., Betzler, S., & Heineemann, H. (2003). Early preventive attachment-oriented psychotherapeutic intervention program with parents of a very low birth weight premature infant:

Results of attachment and neurological development. *Attachment & Human Development*, 5(2), 120-135.

Bruner, J. S. (2002). *Wie das Kind sprechen lernt*. Bern: Huber.

Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. IDC-10. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.

Grimm, H. (1999). *Störungen der Sprachentwicklung*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Huber, S., Brisch, K. H., Pohlandt, F., Eckert, D., Knorpp, D., Mauch, D., & Bode, H. (1996). Entwicklungsneurologische Befunde bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1000 g im Alter von 2-4 Jahren. In G. Gross-Selbeck (Hrsg.), *Aktuelle Neuropädiatrie 1995* (S. 309-312). Weinheim, Basel, Cambridge, New York: Ciba Geigy.

Kißgen, R. (2002). Bindungsqualität einjähriger motorisch entwicklungsverzögerter Kinder. *Heilpädagogische Forschung*, 28(3), 118-130.

Klann-Delius, G. (2002). Bindung und Sprache in der Entwicklung. In K.-H. Brisch, K. E. Grossmann, K. Grossmann, & L. Köhler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege* (S. 87 - 108). Stuttgart: Klett-Cotta.

Knorpp, D. (1999). *Querschnittsuntersuchung zur somatischen, kognitiven und sozialen Entwicklung von extrem kleinen Frühgeborenen (<1000g) im Alter von 3-4 Jahren*. Unveröffentlichte medizinische Dissertation, Universität Ulm.

Knorpp, D., Mauch, A., Bode, H., Huber, S., Pasch-

ke, R., Pohlandt, F., Ripberger, R., Spraul, C., & Brisch, K. H. (1997). Querschnittsuntersuchung zur somatischen, kognitiven und sozialen Entwicklung von ehemals extrem kleinen Frühgeborenen (<1000 g) im Alter von 2 - 4 Jahren. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 23(201), 191.

Lenneberg, E. H. (1975). *New directions in the study of language*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

Meins, E. (1998a). The effect of security of attachment and maternal attribution of meaning on children's linguistic acquisitional style. *Infant Behavior and Development*, 21(2), 237-252.

Meins, E. (1998b). *Mind-mindedness: A working models approach*. International Conference: Development, Structure, and Functioning of Internal Working Models, University of Regensburg, Regensburg/Germany, July, 6.-7.

Meins, E. (1999). Sensitivity, security and internal working models: Bridging the transmission gap. *Attachment & Human Development*, 1(3), 325-342.

Meins, E., Fernyhough, C., Russell, J., & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7(1), 1.

Papousek, H., & Papousek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In J. D. Osofsky (Hrsg.), *Handbook of early infant intervention* (S. 669-720). New York, NY: Wiley.

Sander, L. (1977). The regulation of exchange in the infant-caregiver system and some aspects of the context-content relationship. In M. Lewis & L. Ro-

senblum (Hrsg.), *Interaction, conversation and the development of language* (S. 133-156). New York: Wiley.

Schenk-Danziger, L. (1976). *Entwicklungspsychologie*. Wien: Österreichischer Bundesverlag für Unterricht, Wissenschaft und Kunst (ÖBV).

Vygotskij, L. S. (2002). *Denken und Sprechen - psychologische Untersuchungen*. Weinheim: Beltz.

Wulbert, M., Inglis, S., Kriegsmann, E., & Mills, B. (1975). Language delay and associated mother-child interactions. *Developmental Psychology*, 11(1), 61 - 70.

Zollinger, B. (1987). *Spracherwerbsstörungen*. Bern: Haupt.



AutorInnen:
Dipl.-Päd. Silke Dieter
Dipl.-Päd. Melanie Walter
Dr. med. Karl Heinz Brisch
Kinderklinik und Poliklinik im
Dr. von Haunerschen Kinderspital
Abteilung Pädiatrische Psychosomatik und
Psychotherapie
Pettenkofenstr. 8a
80336 München
Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de

„Back to life“ - Ein neues Therapiekonzept für SchlaganfallpatientInnen

Jedes Jahr trifft rund 350.000 Deutsche der Schlag. Nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs ist der Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache: etwa 70 Prozent der Betroffenen sterben daran. Zudem ist der Schlaganfall die häufigste Ursache für Behinderungen: 80 Prozent der PatientInnen bleiben auf irgendeine Weise behindert. Das Spektrum reicht dabei von schwersten Armlähmungen über Gehstörungen bis zu Sprach- und Verständnisproblemen. Insgesamt sind in Deutschland, so schätzen ExpertInnen, mehr als eine Million Menschen von den Folgen eines Schlaganfalls betroffen. Übliche stationäre Reha-Maßnahmen nach dem Krankenhausaufenthalt können zwar den Schritt zurück ins normale Leben erleichtern, viele PatientInnen benötigen aber eine deutlich längere und intensivere therapeutische Betreuung – und das möglichst in ihren eigenen vier Wänden. Diese Erfahrung machte der Physiotherapeut und Bobath-Instructor Helmut Gruhn. Er entwickelte deshalb ein neuartiges Therapiekonzept mit dem Titel „Back to life“. Das Prinzip: SchlaganfallpatientInnen werden professionell zu Hause betreut.

„Die Therapie erfolgt dort, wo sich die Patientin, der Patient am wohlsten fühlt und wo man seine Wünsche am besten erfüllen kann - in seinem Zuhause“, erklärt Gruhn. Wie wichtig eine gewohnte Umgebung für den Therapieerfolg ist, hätten neurologische Studien eindeutig bewiesen. „Dabei spielen nicht nur die Angehörigen eine wichtige Rolle, sondern auch die vertraute Umgebung.“ Eine Intensivtherapie dauert sieben bis neun Monate und umfasst bis zu 120 Therapiestunden. Die Betreuer sind speziell dafür ausgebildet und arbeiten nach anerkannten wissenschaftlichen Methoden. In vielen Städten Deutschlands sei ei-

ne „Back to life“-Therapie bereits möglich“, sagt Gruhn und verweist auf die wachsende Zahl an PhysiotherapeutInnen, die sich in seinem Ausbildungszentrum in Hainburg in der Nähe von Frankfurt für „Back to life“ schulen lassen.

Neben der Intensivtherapie bietet Gruhn auch eine Kompakttherapie an. Sie findet in seiner Praxis statt, dauert vier Tage mit jeweils vier Therapiestunden und sei vor allem für solche PatientInnen geeignet, die ihr Zuhause verlassen können. „Die Wiederherstellung der Selbstständigkeit des Betroffenen wird dabei enorm vergrößert“, erklärt Gruhn. „Über die lange tägliche Behandlungszeit wird eine hohe Intensität der Therapie gewährleistet. Durch den ständigen Informationsfluss erfährt das Gehirn über die vier Tage sozusagen ein Feuerwerk an Reizen und kann damit sein Regenerationspotenzial voll entfalten.“ Möglich sei außerdem noch eine Intervalltherapie wahlweise in der Praxis oder in den Wohnungen der PatientInnen. Diese Behandlung dauert drei bis sechs Monate mit insgesamt 16 Therapiestunden und soll das Erreichte erhalten und Hilfe zur Selbsthilfe geben.

Helmut Gruhn ist Physiotherapeut und Bobath Instructor mit über 30jähriger Berufserfahrung. Er ist autorisiert zur Ausbildung von Physio-, Ergo- und PflgeherapeutInnen mit Zertifikatsposition gegenüber allen gesetzlichen Krankenkassen. Seine Spezialisierung umfasst die Erwachsenentherapie bei zerebralen, neurologischen Ausfällen unter Einbeziehung der persönlichen Umgebung. Gruhn führt Fortbildungen für Physio-, Ergo- und PflgeherapeutInnen durch und arbeitet als Supervisor in verschiedenen Kliniken, beispielsweise in der Universitätsklinik Frankfurt am Main.

Mehr Informationen über: Helga Gruhn-Pospischil und Helmut Gruhn
Carl-Ulrich-Straße 30, 63512 Hainburg, Fon: 06182 - 4749, Fax: - 825683
backtolife@perzeptionshaus.de, www.perzeptionshaus.de/backtolife/ ke