

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
- Abteilung Köln -
Fachbereich Sozialwesen

Bachelor-Thesis
im Studiengang Soziale Arbeit BA

**Bindungsstörungen: Grundlagen und Präventions-
möglichkeiten in den Frühen Hilfen**

vorgelegt von

Lena Hofmann
Maarweg 135b
50825 Köln

Matr.-Nr.: 507836

am: 29. Mai 2015

Erstleser: Prof. Dr. Tanja Hoff

Zweitleser: Dipl.-Sozialpädagogin, Dipl.-Heilpädagogin Irmgard Wintgen

Inhaltsverzeichnis

0	Einleitung	1
Teil 1		
1	Bindungstheoretische Grundannahmen	4
1.1	John Bowlby	4
1.2	Mary Ainsworth	7
1.3	Mary Main: Das „A, B, C + D“- Modell	8
2	Die Weiterentwicklung der Bindungstheorie	9
3	Bindungsstörungen	11
3.1	Klassifikation der Bindungsstörung	12
3.2	Komorbiditäten	16
3.3	Epidemiologie	17
3.4	Ätiologie	18
3.4.1	Psychologische und soziale Risikofaktoren.....	18
3.4.1.1	Risikofaktoren beim Aufwachsen innerhalb der Familie	19
3.4.1.2	Risikofaktoren beim Aufwachsen außerhalb der Familie.....	19
3.4.2	Biologische Risikofaktoren.....	20
3.4.2.1	Neurobiologische Faktoren	20
3.4.2.2	Genetische Faktoren.....	24
3.4.3	Zusammenwirken der Risikofaktoren.....	26
3.4.4	Resilienz und Protektive Faktoren	27
3.5	Prognose	29
4	Grundlagen der Prävention	30
4.1	Bindung als Schlüsselkonzept bei Präventionsprogrammen.....	31
4.2	Förderung von Resilienz durch Präventionsprogramme.....	32
4.3	Evidenzbasierung und Kriterien der Bewertung von Präventionsprogrammen.....	33
Teil 2		
5	Frühe Hilfen in Deutschland	34
6	Frühpräventionsprogramme	36
6.1	Nurse-Family-Partnership-Programm.....	38
6.2	CAPEDP-Projekt	41
6.3	Pro Kind	45
6.4	STEEP™-Programm.....	52
6.5	Wie Elternschaft gelingt.....	53
6.6	Keiner fällt durchs Netz	56
7	Zusammenfassung und Ausblick	61
Abbildungsverzeichnis		64
Tabellenverzeichnis		65
Abkürzungsverzeichnis		66
Literaturverzeichnis		67

„Die Prävention von Psychopathologien ist zumeist eine Frage der Beziehung.
Nur in der Beziehung ist eine Prävention,
die Einfluss auf Beziehung oder Beziehungen ausübt,
zu leisten.“ (Guedeney, 2013, S. 273)

0 Einleitung

Die ersten Lebensjahre eines Kindes sind „entscheidend für den ungestörten Aufbau eines gesunden Gehirns, entscheidende Voraussetzung für Selbstbewusstsein, angemessene Selbstregulation und kompetentes Verhalten auf allen Ebenen“ (Trost, 2013, S. 83).

Was es für Kinder bedeutet, wenn die ersten Lebensjahre nicht „ungestört“ verlaufen, sondern sie über einen längeren Zeitraum schweren Belastungen ausgesetzt sind, konnte ich in meinem Praxissemester in dem Therapeutisch-Pädagogischen Zentrum (TPZ) Villa Löwenherz in Dortmund feststellen. Das Zentrum ist eine stationäre Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe, die sich auf Kinder, die einzelner oder wiederholter schwerer Traumatisierung ausgesetzt waren, spezialisiert hat. Kinder, die dort betreut werden, haben schwierige Bindungserfahrungen gemacht und zeigen schwere Verhaltensauffälligkeiten. Bei einigen Kindern konnten sogenannte „Bindungsstörungen“ festgestellt werden. Pädagogische Fachkräfte des TPZ Villa Löwenherz berichten, dass das Verhalten der Kinder bereits im Kindergarten als auffällig wahrgenommen wurde. Viele dieser Kinder wuchsen bei minderjährigen Müttern auf, die beispielsweise unter psychischen Krankheiten litten oder in sozioökonomischen Schwierigkeiten steckten. Die Eltern waren so belastet, dass es zu mangelnder Fürsorge kam und die Bedingungen für eine gesunde Entwicklung der Kinder nicht mehr gewährleistet werden konnten.

Angeregt durch meine Erfahrungen und Erkenntnisse aus meinem Praxissemester fasste ich den Entschluss, mich im Rahmen meiner Bachelor-Thesis vermehrt mit dem Thema der Bindungsstörungen auseinanderzusetzen. Bindungsstörungen werden, obwohl sie in der klinischen Literatur schon seit fünfzig Jahren vorhanden sind, erst seit zehn Jahren systematisch wissenschaftlich erforscht (Zeanah & Gleason, 2015). Durch die zunehmenden Erkenntnisse zu Bindungsstörungen und zu den Risiko- und Schutzfaktoren von Bindungsstörungen, insbesondere aus der Neurobiologie, wird eine bessere Beschreibung und Behandlung der tiefgreifenden Probleme, die z. B. durch Kindesmisshandlung und -vernachlässigung verursacht werden, ermöglicht (Strathearn, 2012, S. 227).

Vor dem Hintergrund meiner Erfahrungen aus meinem Praktikum und dem zusätzlichem Wissen über Bindungsstörungen habe ich mir die Frage gestellt, inwiefern es möglich ist,

die Entwicklung von Bindungsstörungen bei Kinder zu verhindern, wenn die Mütter bereits in den frühen Kindheitsjahren z. B. im Rahmen von Frühprävention Unterstützung bekommen. Der Bereich der Frühprävention hat ich in den letzten fünfzehn Jahren zu einem wichtigen Forschungsfeld entwickelt. Schon seit den 1970er Jahren werden in den USA Frühpräventionsprogramme, mit besonderem Fokus auf Familien mit hoher Risikobelastung, entwickelt. Einige dieser Programme weisen vor dem Hintergrund ihrer seit langem bestehenden Evaluationsforschung bereits valide Erkenntnisse zur Effektivität vor. Weitere wichtige Ergebnisse zur Frühprävention stammen von einer aktuellen Studie aus Frankreich, dem CAPEDEP-Projekt. In Deutschland werden Frühpräventionsprogrammen mit besonderem Fokus auf Familien mit hoher Risikobelastung erst seit 2007 im Rahmen der Frühen Hilfen als Modellprojekte verstärkt implementiert. Einige Programme dieser Modellprojekte orientieren sich stark an dem amerikanischen Vorbild.

Ziel der Bachelor-Thesis ist es darzulegen, inwieweit es bei den US-amerikanischen Vorbildern und in der französischen Studie bereits Möglichkeiten zur Prävention von Bindungsstörungen gab. Interessant ist hierbei die Fragestellung, ob diese nun auch in dem Kontext der deutschen Gesellschaft und dem deutschen Wohlfahrtsystem im Rahmen Früher Hilfen vorhanden sind. Dabei liegt der Fokus dieser Arbeit auf der Analyse von den Ergebnissen der Evaluationsforschung zu den Programmen, da durch diese deutlich wird, welche Familien erreicht werden, welche Fachkräfte sich für diese Aufgabe als geeignet herausstellen und inwiefern sich die Programme als effektiv erweisen. Folglich also, ob die bisherige Prävention von Bindungsstörungen erfolgreich ist.

Die vorliegende Bachelor-Thesis gliedert sich in zwei Teile. Im ersten Teil wird in den ersten vier Kapiteln das Grundlagenwissen für die Prävention von Bindungsstörungen darlegt. Im zweiten Teil, in den Kapiteln fünf und sechs, werden die Präventionsprogramme aus den USA und Frankreich dargestellt und die deutschen „Frühen Hilfen“ erläutert. Der erste Teil beginnt mit den bindungstheoretischen Grundannahmen, die anhand der historischen Entwicklung der Bindungstheorie erläutert werden. Ergänzt werden diese durch die Ausführung der Erweiterungen dieser Grundannahmen durch Mary Main sowie Peter Fonagy und Mary Target. Die Grundannahmen bilden einen Teil der Grundlage für die Notwendigkeit der Implementierung von Frühpräventionsprogrammen. Kapitel drei befasst sich mit dem Störungsbild der Bindungsstörung insbesondere mit der

Ätiologie, also den Risikofaktoren und Schutzfaktoren. Das Kapitel drei bildet damit den zweiten Teil der Grundlage für die Notwendigkeit von Frühpräventionsprogrammen. Kapitel vier stellt die Überleitung in das Themenfeld der Prävention dar und leitet somit den zweiten Teil der Bachelor-Thesis ein. Hier wird sich zunächst mit den wesentlichen Erkenntnissen zu Prävention, insbesondere zu der Frühprävention und zu der bindungstheoretischen Prävention befasst. Der letzte Punkt in Kapitel vier, die Evidenzbasierung, ist zentral für die Bewertung von Präventionsprogrammen. Kapitel fünf beschreibt die Frühen Hilfen. Zum Schluss werden in Kapitel sechs die Präventionsprogramme und die Modellprojekten der Frühen Hilfen ein, die anhand der Kriterien, die in Kapitel vier erläutert werden, ausgewählt wurden, ausführlich dargelegt.

Anmerkung:

Zur besseren Lesbarkeit der Bachelor-Thesis wird das generische Maskulinum verwendet. Ausnahme bilden „Beraterinnen“, „Psychologinnen“ und „Sozialpädagoginnen“, da für die Hausbesuche im Rahmen der Frühpräventionsprogramme, die in Kapitel sechs erläutert werden, nur Frauen eingesetzt wurden.

1 Bindungstheoretische Grundannahmen

Die Bindungstheorie stellt von den in der gegenwärtigen Zeit vorhandenen Theorien in der Psychologie eine der empirisch am besten untersuchten entwicklungspsychologischen Theorien dar. Die Bindungstheorie ist ein „Konzept für die Persönlichkeitsentwicklung des Menschen als Folge seiner sozialen Erfahrungen“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 65). In ihren Thesen setzt sie sich „mit den grundlegenden frühen Einflüssen auf die emotionale Entwicklung des Kindes [auseinander] und versucht, die Entstehung und Veränderung von starken gefühlsmäßigen Bindungen zwischen Individuen im gesamten menschlichen Lebenslauf zu erklären (Brisch, 2009, S. 35). In der Diagnostik und in der psychotherapeutischen Behandlung sowie in der Prävention und der Behandlung von Eltern-Kind-Interaktionsstörungen erfolgt ein erfolgreicher Einsatz der Bindungstheorie (Brisch, 2010, S. 353). Diese erfolgreiche Anwendung der Bindungstheorie in der klinischen Arbeit war ein großes Anliegen des Gründervaters der Theorie, John Bowlby, einem britischen Kinderpsychiater und Psychoanalytiker. Die frühe Bindungstheorie von John Bowlby und seinen Kollegen richtete sich auf die beobachtbaren Interaktionsprozesse in den ersten Entwicklungsphasen eines Kindes (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 67).

1.1 John Bowlby

John Bowlbys Ansätze und Forschungsarbeiten zur Bindungstheorie nahmen ihren Anfang nach dem Zweiten Weltkrieg. Zusammen mit seinem Kollegen James Robertson ging er in Krankenhäuser und Kinderheime und beobachtete dort Kleinkinder zum Zeitpunkt, als diese von ihren Eltern getrennt waren, und zu einem späteren Zeitpunkt, als die Trennung vorüber war. Er gelangte zu der Erkenntnis, dass die beobachtete Passivität der Kinder nicht etwa ein Zeichen von Eingewöhnung und Akzeptanz der neuen Situation war, sondern vielmehr Anzeichen für ein negatives, depressives und leidvolles Abfinden mit der Trennung und den Umständen. Mit dieser Ansicht stand er konträr zu damaligen Überzeugungen (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 68). Diese Beobachtungen bildeten den Grundstein für die Entwicklung der Bindungstheorie durch Bowlby. Dabei vereinte er klinisch-psychoanalytische Erkenntnisse mit evolutionsbiologischem Denken (ebd., S. 31-32).

Die elementaren Beobachtungen für die Bindungstheorie machte Bowlby in den 1950er und 1960er Jahren. 1956 untersuchte Bowlby erstmals zusammen mit Mary Ainsworth, einer Forschungskollegin, seine theoretischen Hypothesen auf empirischerer Basis. Zusammen führten sie Untersuchungen bei Schulkindern durch, die während ihrer Vorschulzeit längere Aufenthalte in Tuberkulose-Sanatorien gehabt hatten. Historisch betrachtet sind die Untersuchungen unter zwei Gesichtspunkten von besonderer Relevanz. Erstens gebrauchten Bowlby und Ainsworth den Begriff „Bindung“ zum ersten Mal. Bis dahin wurde im Bereich der Kinderpsychiatrie nicht von Bindung sondern von „Abhängigkeit“ gesprochen. Zweitens explizierten sie die Notwendigkeit von prospektiven Studien für die Untersuchung der Folgen von Mutter-Kind-Trennungen (ebd., S. 69).

Aus weiteren Beobachtungen in den 1950er und 1960er Jahren ergaben sich die sogenannten Grundannahmen zur Bindung. Bindung wird dabei definiert als die Organisation von Verhaltensweisen in einem jungen Kind, die so gestaltet ist, dass es zuzeiten, wenn es Trost, Unterstützung, Versorgung oder Schutz sucht, physische Nähe zu einer bevorzugten Bezugsperson herzustellen versucht (Boris & Zeanah, 2005). Bindung an sich beschreibt also eher eine Disposition als ein Verhalten (Shreeve, 2012) und ist ein motivationales System, welches jeder Mensch besitzt.

Bowlby geht also davon aus, dass es eine biologische Veranlagung gibt, die Menschen dazu befähigt, mindestens eine Bindung aufbauen zu können. Fast jedes Kleinkind baut mindestens eine Bindung auf, selbst wenn es von seiner Bindungsperson, z. B. der Mutter, missbraucht wird (Bowlby, 1956). Die Bindung wird zu einem Erwachsenen aufgebaut, der als stärker und als weiser wahrgenommen wird. Dabei kann bei jedem Kind im Alter von sieben bis neun Monaten beobachtet werden, dass es beginnt eine Vorsicht vor Fremden zu entwickeln und protestiert, wenn es von vertrauten Bezugspersonen getrennt wird. Zeigt das Kind diese Verhaltensweisen, so hat es Bindung zu seinen Bezugspersonen aufgebaut (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 2005, S. 1207). Bindungsverhalten wird von Bowlby als „das Aufsuchen und Aufrechterhalten der Nähe eines anderen Lebewesens“ (2006, S. 192) aufgefasst. Dabei wird Bindungsverhalten nur unter Belastung erkennbar, Bindung dagegen ist kontinuierlich, unabhängig von Raum und Zeit, vorhanden. Die wichtigste Funktion des Bindungsverhaltens ist gemäß Bowlby, dass dieses Verhalten dem Schutz des Kindes dient. Weitere zentrale Funktionen

sind das Lernen und die Anpassung an die Umwelt. Dabei beinhaltet Bindung zwei verschiedene Hauptgruppen von Verhaltensweisen: Signalverhalten und Annäherungsverhalten. Mit Signalverhalten, wie Schreien und Lächeln, später Rufen und Arm-Ausstrecken versucht das Kind das Kommen der Mutter herbeizuführen. Durch Annäherungsverhalten, wie Annäherung z. B. durch Fortbewegungstechniken, die vom Entwicklungsstand des Kindes abhängig sind, Festhalten, nichtnährendes Saugen oder Ergreifen der Brust, versucht das Kind die Trennung zu verhindern und die Nähe zur Mutter beizubehalten. Laut Bowlby (1956) kann die Kompetenz, Bindungen zu anderen Personen aufzubauen, sowohl in der Rolle als Schutz oder Nähe Suchender als auch Gebender, als ein wesentliches Merkmal einer effektiv funktionierenden Persönlichkeit und psychischer Gesundheit zusammengefasst werden.

„[D]er Drang, die Umwelt zu erkunden, zu spielen und an verschiedenen Aktivitäten mit Gleichaltrigen teilzunehmen“ ist gemäß Bowlby (2011, S. 21) ein wesentliches Merkmal der menschlichen Natur ist. Dieses Verhalten erfolgt nur, wenn sich ein Kind sicher fühlt. Nur dann entfernt es sich von seiner Bindungsperson. Wird das Kind jedoch erschreckt, ist ängstlich, müde oder fühlt sich unwohl, überwiegt das Bedürfnis des Kindes nach Nähe. Diese Form von Interaktion zwischen Kind und Bindungsperson, d.h. einerseits die Exploration, das Entfernen, und andererseits das die Nähe Suchen, ist ein typisches Verhaltensmuster bei Kleinkindern. Dies nennt man die „Exploration auf einer sicheren Basis“ (ebd., S. 21). Am häufigsten ist das Explorationsverhalten bei Kindern im Alter von etwa zwei Jahren zu beobachten. Hierbei ist das Ziel des Kindes nicht ein Objekt (z. B. die Mutter), sondern ein bestimmter Zustand, d.h. die Aufrechterhaltung einer erwünschten Entfernung von der Mutter. Dieser Zustand ist an den äußeren Umständen orientiert (Cassidy, 2008, S. 6). Folglich sind hier, bedingt durch die äußeren Umstände, zwei unterschiedliche Systeme wechselseitig aktiv: das Bindungssystem oder das Explorationsystem.

Eine weitere zentrale Eigenschaft der menschlichen Natur ist laut Bowlby die „elterliche Fürsorge“. Diese ist komplementär zum Bindungsverhalten des Kindes (Bowlby, 2011, S. 23). Das Verhalten elterlicher Fürsorge ist Verhalten, das Nähe und Wohlbefinden fördert, wenn der Elternteil z. B. erkennt, dass das Kind in potentieller oder echter Gefahr ist. Um ein angenehmes Maß an Nähe aufrechtzuerhalten, arbeiten in den meisten Fällen der Elternteil und das Kind zusammen. Wenn sich das Kind entfernt, wird der Elternteil

das Kind zurückholen. Entfernt sich der Elternteil, wird das Kind ihm folgen oder dem Elternteil signalisieren, dass er zurückkommen soll. Gemäß Bowlby (1969, 1982) ist das Fürsorgesystem verhältnismäßig aktiviert, wenn das Bindungssystem des Kindes verhältnismäßig deaktiviert. Deshalb ist kein Bindungsverhalten seitens des Kindes nötig, da der Elternteil Verantwortung für die Aufrechterhaltung von Nähe übernommen hat. Ist das Fürsorgesystem nicht verhältnismäßig aktiviert, so wird, wenn die Umstände es erfordern, das Bindungssystem des Kindes aktiviert. Deshalb kann das Verlassen des Kindes von dem Elternteil einerseits ein Grund für Verwirrung für das Kind und andererseits ein Grund für die Aktivierung vom Bindungsverhalten seitens des Kindes sein. Durch das Wissen über dieses dynamische Gleichgewicht fällt es leichter das Bild des Elternteils als eine sichere Basis, von der aus sich das Kind entfernen kann, zu verstehen (Cassidy, 2008). Im Gegensatz zu anderen Beziehungen ist die zentrale Eigenschaft einer Bindungsbeziehung, dass in Momenten der Angst sowohl das Bindungssystem aktiviert wird als auch das Kind die Nähe der Bindungsperson sucht. Die kontinuierliche und feinfühliges Fürsorge der Eltern hat in dieser Bindungsbeziehung eine besondere Funktion für die seelische Gesundheit des sich entwickelnden Kindes.

Die Bindungstheorie von John Bowlby wurde wesentlich von Mary Ainsworth erweitert. Sie konstruierte das „Konzept zur Feinfühligkeit“, das im nächsten Abschnitt erläutert wird.

1.2 Mary Ainsworth

Mary Ainsworth gewann wichtige Erkenntnisse durch Felduntersuchungen in Uganda in den frühen 1950er Jahren und dem Baltimore-Projekt in den USA in den frühen 1960er Jahren. In Baltimore machte sie detaillierte Beobachtungen bei 26 Mutter-Kind-Paaren aus der weißen Mittelschicht (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 85). Anhand dieser Untersuchungen entwickelte sie das „Konzept der Feinfühligkeit“. Dabei definierte Ainsworth in ihren Studien feinfühliges Fürsorgeverhalten mit konkreten, charakteristischen Verhaltensweisen. Als Kennzeichen von feinfühligem Verhalten führt sie die aufmerksame und unmittelbare Wahrnehmung von Signalen des Kindes, die richtige Deutung der Signale (z. B. Weinen = Hunger) und die angemessene und zügige Reaktion auf Signale (z. B. Brust geben oder füttern) auf (Ainsworth, 2003). Zudem entwickelte Ainsworth Ende der 1960er Jahre aus dem Baltimore-Projekt heraus das klassische Laborexperiment der „Fremden Situation“. Dieses sollte eine effiziente Erfassung des Zusammenspiels

zwischen Bindungs- und Explorationssystem unter verschiedenen Belastungsbedingungen ermöglichen. Die Laborsituation wurde unter der Annahme gewählt, dass sich dieses Zusammenspiel in nicht vertrauter Umgebung leichter beobachten ließe und eine Standardisierung der Situation ermöglicht werden könnte (Bretherton, 2011, S. 41). Die bei dem Experiment beobachteten Verhaltensmuster bezeichnete Ainsworth als Bindungsqualitäten. Sie definierte drei Stile bzw. Typen von Bindung, welche sie zusammen mit Bowlby als Typ „A, B & C“ definierte (Farnfield & Holmes, 2014, S. 2).

Tabelle 1 Bindungsmuster in der Fremden Situation nach Ainsworth (Aus: von Klitzing, 2009, S. 9)

Bindungstyp	Bindungsmuster	Verhalten des Kindes
Sicher		
Typ B	Sichere Bindung	Sucht Nähe zur Mutter Lässt sich von Mutter eher trösten als von der Fremden Mutter als sichere Basis
Unsicher		
Typ A	Unsicher-vermeidende Bindung	Zeigt keine deutliche Trennungsreaktion Ignoriert Mutter bei Rückkehr Vermeidet Nähe und Körperkontakt
Typ C	Unsicher-ambivalente Bindung	Ist sehr ängstlich Zeigt starke Trennungsreaktion Ist bei der Rückkehr von der Mutter kaum zu beruhigen Zeigt ambivalentes Verhalten

1.3 Mary Main: Das „A, B, C + D“- Modell

Bei den Untersuchungen von Ainsworth gab es eine Anzahl von Videos, die nicht in diese ABC-Kategorien eingeordnet werden konnten. 1982 diskutierte Ainsworth diese Ausnahmereischeinungen mit zwei ihrer Studentinnen. Eine dieser Studentinnen war Mary Main. Main konzeptionalisierte mit Solomon (1990) die Ausnahmereischeinungen als desorganisiertes oder desorientierte Verhalten, welches am besten zur ABC-Kategorie passte. Folglich fügte Main zu dem „A, B & C“- Modell eine vierte Kategorie von Bindungsstil hinzu: den desorganisierten Bindungsstil als Kategorie D (Farnfield & Stokowy, 2014, S. 49). Somit entstand das „A, B, C + D“- Modell.

Tabelle 2 Bindungsmuster in der Fremden Situation nach Main (Aus: von Klitzing, 2009, S. 9)

Bindungstyp	Bindungsmuster	Verhalten des Kindes
Unsicher		
Typ D	Desorganisierte Bindung	Starre, stereotype oder anderweitig stark auffällige Verhaltensweisen

2 Die Weiterentwicklung der Bindungstheorie

Die Forschungen zu Bindungsbeziehungen zwischen Erwachsenen haben in den 1970er Jahren sukzessiv begonnen. So trug Mary Main durch Ergebnisse von einer Längsschnittuntersuchung (Main, Kaplan & Cassidy, 1985) dazu bei, dass eine Erkundung psychologischer bzw. repräsentativer Aspekte von Bindung in Gang gesetzt wurde. Zu dieser Erkundung gehörte auch die Erforschung generationsübergreifender Übertragungen von Bindungsmustern, welche bereits bei Bowlby im zentralen Interesse gestanden haben. Main entwickelte zusammen mit ihren Mitarbeitern das „Adult Attachment Interview“ (AAI), womit eine differenzierte Bestimmung der Bindungsrepräsentation der Eltern möglich wurde und heute noch ist (Mertens, 2012, S. 37). Derweil können die Bindungsbeziehungen zwischen Erwachsenen ein starkes Forschungsinteresse verzeichnen. Auch auf dem Gebiet der Entwicklungspsychologie nimmt die Bindungstheorie und -forschung inzwischen bedeutenden Einfluss (Bretherton, 2011, S. 44-46).

Eine aktuelle Erweiterung der Bindungstheorie ist das Modell der Mentalisierungsfähigkeit. Die mentalisierungsbasierte Theorie und Behandlung ist ein Konzept, das mehr die psychoanalytische Denkweise in die Bindungstheorie und -forschung integriert und darauf aufmerksam macht, dass die mütterliche Feinfühligkeit allein nur einen geringen Varianzanteil der Bindung vorhersagen kann (Mertens, 2012). So ist der Ursprung der Erweiterung der klassischen Bindungstheorie durch Peter Fonagy und Mary Target die Feststellung, dass die Bindungssicherheit eines Kleinkindes sich nicht ausschließlich aufgrund von unmittelbarer mütterlicher Einfühlung entwickelt. Sie weisen darauf hin, dass „[die] Fähigkeit einer Mutter, anhand der mimischen und vokalen Affektäußerungen die darin zum Ausdruck kommenden Intentionen und Gefühle ihres Kindes zu verstehen und zu verbalisieren“ (Mertens, 2012, S. 115), einen viel größeren Einfluss auf die Entwicklung von Bindungssicherheit nimmt. Diese Fähigkeit wird als Mentalisierung definiert. Die Entwicklung der Fähigkeit zur Metakognition bzw. zur Mentalisierung ist ein Meilenstein in der kindlichen Entwicklung. Denn Kinder, die diese Fähigkeit erworben haben, lernen das Verhalten eines Erwachsenen, wie z. B. einen Wutausbruch des Vaters, nicht nur auf sich selbst als Ursache zu projizieren, sondern sie können den Wutausbruch z. B. auf Ereignisse, die dem Vater vor dem Wutausbruch zusetzten, ableiten (ebd., S. 121). Ihre Wurzeln hat diese Kompetenz in Bindungsbeziehungen (Luyten & Fonagy,

2014, S. 107). Der Zusammenhang von Bindung und Mentalisierung besteht darin, dass die Entwicklung von Mentalisierung abhängig ist

- von einem Zusammenspiel der Qualität der Bindungsbeziehungen,
- von der emotionalen Verfügbarkeit der Betreuer
- und von dem Umfang, in dem die subjektiven Erfahrungen angemessen von den Bindungspersonen gespiegelt werden.

Die Qualität der Mentalisierung des Kindes steht häufig im Zusammenhang mit der Qualität der Bindungsbeziehung und der Mentalisierungskapazität der Person mit der interagiert wird. Interviews wie das AAI, das CAI (Shmueli-Goetz, Target, Fonagy und Datta, 2008) und das „Object Relations Interview“ (Diamond, Blatt, Stayner und Kaslow, 1991), welche Narrative über verschiedene bedeutsame Personen auslösen, machen es möglich, Mentalisierung in Bezug auf das Selbst und auf Andere, sowie Mentalisierung in bestimmten Beziehungen zu bewerten (Luyten & Fonagy, S. 113-114).

Die wichtigste These des Modells ist die Aussage, dass die Fähigkeit zu Mentalisieren sich nur dann optimal ausbilden kann, wenn eine sichere Bindung vorhanden ist. Eine sichere Bindung ist allerdings nicht das alleinige Resultat von mütterlicher Verfügbarkeit und ihrem einfühlsamen Eingehen auf das kindliche Bindungsverhalten, sondern auch, besonders gemäß Fonagy und Target, ein Resultat von liebevollem und beständigem Verständnis und der Verbalisierung der durch Affekte ausgedrückten Kommunikationen der kleinen Kinder seitens der Mütter. Wenn eine Mutter also die Fähigkeit besitzt, Affekte, Bedürfnisse und Willensbekundung zu mentalisieren, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass auch ein Kind diese Fähigkeit ausbildet (Mertens, 2012, S. 115). Viele Studien unterstützen die Annahme, dass sicher gebundene Kinder bessere Kompetenzen haben zu mentalisieren als unsicher gebundene (z. B. Rosnay & Harris, 2002). Folglich erzielen sicher gebundene Kinder bessere Ergebnisse beim Verstehen von Emotionen als desorganisiert gebundene (Campell et al., 2014, S. 37).

Das Modell der Mentalisierungsfähigkeit lässt sich gut bei Menschen mit einem unverarbeiteten Trauma, einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und generell in psychoanalytischer Psychotherapie, in der präventiven Arbeit mit Problemfamilien, in der Sozialen Arbeit und in pädagogischen Handlungsfeldern anwenden (Mertens, 2012, S. 122).

3 Bindungsstörungen

Die bindungstheoretischen Grundannahmen haben einen umfangreichen Einblick in die Entwicklung von Bindung in den ersten Lebensjahren eines Kindes gegeben. Dabei beschrieben Bowlbys Grundannahmen den optimalen Verlauf und fokussieren den Bindungsaufbau zwischen Kind und einer spezifischen Bezugsperson. Auch die Bindungssicherheit und Bindungsdesorganisation, durch Ainsworth und Main untersucht, sind Ausprägungen innerhalb eines „normalen Varianzspektrums“ (Spangler, 2014). Bindungsstörungen dagegen stellen pathologische Formen dar. Eine Bindungsstörung wird als eine schwerwiegende Störung sozialer Fähigkeiten definiert (von Klitzing, 2009). Im Zentrum des Interesses steht hier nicht, wie bei den Bindungsstilen, die Beschreibung von einem Beziehungsmuster zwischen Kind und einer spezifischen Bezugsperson, sondern es werden Beziehungen und Settings des Kindes im Allgemeinen untersucht (Minnis et al. 2009, S. 932).

In der Literatur findet der Begriff „Bindungsstörungen“ sehr unterschiedliche Anwendungen. Dort wird als zentrale Definition die Störungsdefinition von DSM-IV und ICD-10 verwendet. In beiden Klassifikationssystemen werden Bindungsstörungen als Verhaltensweisen definiert, die in den meisten sozialen Kontexten entwicklungsunangemessen sind. Von anderen Autoren werden als Bindungsstörungen „alle möglichen psychopathologischen Symptommuster und psychische Störungsbilder aufgefasst, für deren Entwicklung das Vorhandensein unsicherer Bindungsmuster am Ende des ersten Lebensjahres ein bewiesenes und hypothetisiertes Risiko darstellt“ (von Klitzing, 2009, S. 14). Karl Heinz Brisch (1999), der sich mit objektivierbaren Studien zur Bindungsforschung als auch mit klinischer Psychoanalyse am Universitätsklinikum Ulm befasst, ordnet unter den Begriff Bindungsstörung eine große Spannweite von Verhaltens- und Störungsmustern ein, für deren Entstehen unsichere Bindungsmuster ursächlich sein können. Die unsicheren Bindungsmuster können zum Beispiel die Abwesenheit von Bindungsverhalten oder übersteigertes oder gehemmtes Bindungsverhalten sein. Es besteht also die Herausforderung zwischen einer Bindungsstörung und einer Störung, die mit unsicherer oder desorganisierter Bindung zusammenhängt, zu unterscheiden. Denn die unterschiedlichen Bindungsqualitäten, die von Ainsworth und Main definiert wurden, basieren nicht auf klini-

sche Stichproben, d.h. eine unsichere Bindung ist nicht mit einer Bindungsstörung gleichzusetzen (Minde, 2011, S. 363). Die Bindungsmuster, die von Ainsworth definiert wurden, werden als ein im Rahmen der Norm liegendes Adaptionsmuster aufgefasst. Die Verhaltensmuster von desorganisierter Bindung und die einer Bindungsstörung können dagegen nicht mit adaptiven Verhaltensmustern assoziiert werden (Brisch, 2010).

Es ist augenscheinlich, dass bezüglich der Terminologie Divergenzen bestehen. Die Diskussion um die Terminologie, Phänomenologie und Diagnose der Bindungsstörung ist eine fortwährende, die unter anderem im Zusammenhang mit dem geringen empirischen Wissen zu Bindungsstörungen steht (Newman & Mares, 2007). Deshalb orientiert sich diese Thesis bei der Verwendung des Begriffs an der diagnostischen Klassifikation gemäß ICD-10 und DSM-IV, da es die zentrale Störungsdefinition ist. Es wird hier noch der Einfachheit halber auf die alte Klassifikation des DSM-IV der Bindungsstörung mit den zwei Subtypen der gehemmten und enthemmten Bindungsstörung zurückgegriffen, da in der neuen Klassifikation eine Unterscheidung in Bindungsstörung und Beziehungsstörung stattgefunden hat. Das DSM-V wurde vor zwei Jahren veröffentlicht, d.h. in den Forschungsergebnissen ist noch keine Differenzierung in Bindungsstörung und Beziehungsstörung vorhanden, sondern hauptsächlich die ursprüngliche Klassifikation vorzufinden. Ausführlicher werden die Änderungen, die im DSM-V vorgenommen wurden, im Kapitel zur Klassifikation der Bindungsstörung behandelt. Der Begriff der Bindungsstörung in dieser Thesis schließt also die reaktive Bindungsstörung, noch nach DSM-IV definiert und die im ICD-10 unter F 94.1 und F 94.2 beschriebene, ein.

3.1 Klassifikation der Bindungsstörung

Die Leitkriterien der Bindungsstörung sind

- eine in den meisten Lebensbereichen deutlich gestörte und dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechende soziale Beziehungsfunktion,
- die pathogene Fürsorge, d.h. „eine Missachtung der grundlegenden emotionalen und/oder körperlichen Bedürfnisse und/oder wiederholte nicht entwicklungsangemessene Wechsel der wichtigen Bezugspersonen des Kindes“ (von Klitzing, 2009, S. 14) als Ursache für das gestörte Beziehungsverhalten
- und der Beginn der Störung vor dem fünften Lebensjahr.

Bevor die Klassifikation der Bindungsstörung im DSM-V erläutert wird, wird zunächst auf die Änderungen in der neusten Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) der „American Psychiatric Association“ hingewiesen. Das DSM-V führt die zuvor im DSM-IV in zwei Subtypen aufgeteilte reaktive Bindungsstörung als voneinander abgegrenzte Diagnosen auf: als „Reaktive Bindungsstörung“ und als „Beziehungsstörung mit Enthemmung“. Die DSM-IV Kriterien für die reaktive Bindungsstörung waren zu sehr auf abnormales soziales Verhalten und nicht spezifisch genug auf abnormales Bindungsverhalten fokussiert (Zeanah & Gleason, 2010, S. 7). Die Kriterien umfassten einerseits zu starke Vertrautheit mit Fremden, welches nicht Bindungsverhalten beschreibt. Andererseits hatten die Kriterien auch Mangel an Trennschärfe bei der Auswahl von Bindungsfiguren, welches Bindungsverhalten beschreibt, eingeschlossen. Diese Kriterien widersprachen den gegenwärtigen Erkenntnissen, dass der enthemmte Verhaltenstyp sowohl bei Kindern zu finden ist, die keine Bindung haben als auch bei Kindern, die Bindungen haben und bei Kindern, die sicher gebunden sind (ebd.). Als Zeanah und Gleason ihr Verhalten näher untersucht haben, haben sie erkannt, dass nicht unbedingt das Bindungsverhalten das Verhalten ist, das enthemmt ist, sondern vielmehr die sozialen Aktivitäten und das affiliative Verhalten (ebd., S. 10). Deshalb hängt nun gemäß DSM-V nur die reaktive Bindungsstörung mit einer unvollständig entwickelten oder fehlenden primären Bindung zusammen. Die zweite große Veränderung ist, dass die beiden Störungen unter den Bereich der Trauma- und belastungsbezogenen Störungen eingeordnet wurden. Untersuchungen von Boris und Zeanah im Kontext der „Practice parameter for the assessment and treatment of reactive attachment disorder“ (AACAP, 2005) haben diesen Zusammenhang bereits bestätigen können, denn sie haben Überschneidungen von den Symptomen der gehemmten reaktiven Bindungsstörung mit denen von überregten, betäubenden und emotionalen Rückzug bei traumatisierten Vorschulkindern herausgefunden.

Die reaktive Bindungsstörung ist im DSM-V an der Stelle 313.89 (F 94.1) definiert. Die diagnostischen Kriterien sind in Tabelle drei dargestellt.

Tabelle 3 Diagnostische Kriterien der reaktiven Bindungsstörung	313.89 (F 94.1)
<p>A. Ein durchgehendes Muster von gehemmten, emotional zurückgezogenem Verhalten gegenüber erwachsenen Bezugspersonen, das sich durch die folgenden Merkmale äußert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="229 1899 900 1928">1. Das Kind sucht selten oder nur geringfügig Trost, wenn es bedrückt ist. <li data-bbox="229 1928 954 1957">2. Das Kind reagiert selten oder nur geringfügig auf Trost, wenn es bedrückt ist. 	

Tabelle 3 Fortsetzung
<p>B. Eine andauernde soziale und emotionale Störung, die durch mindestens zwei der folgenden Merkmale gekennzeichnet ist:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimale soziale und emotionale Ansprechbarkeit auf andere. 2. Eingeschränkter positiver Affekt. 3. Episoden unerklärlicher Reizbarkeit, Traurigkeit oder Furcht, die sogar bei nicht bedrohlichen Interaktionen mit erwachsenen Bezugspersonen vorhanden ist.
<p>C. Das Kind hat ein Muster von extrem unzureichender Fürsorge erfahren, das durch mindestens eines der folgenden Merkmale gekennzeichnet ist:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soziale Vernachlässigung oder Deprivation in Form einer andauernden Missachtung der grundlegenden emotionalen Bedürfnisse des Kindes nach Geborgenheit, Anregung und Zuneigung durch die betreuenden Erwachsenen. 2. Wiederholter Wechsel der primären Bezugspersonen, der die Möglichkeit begrenzt, stabile Bindungen zu entwickeln (z. B. häufiger Wechsel der Pflegefamilien). 3. Aufwachsen in einem ungewöhnlichen Umfeld, das die Möglichkeit stark einschränkt, individuelle Bindungen einzugehen (z. B. Institutionen mit einem hohen Kinder-Betreuer-Verhältnis).
<p>D. Die in Kriterium C genannten Fürsorgemerkmale sind vermutlich für das gestörte Verhalten verantwortlich, das in Kriterium A beschrieben wird (d.h. die Störungen aus dem Kriterium A begannen im Anschluss an die mangelhafte Fürsorge aus Kriterium C).</p>
<p>E. Die Kriterien einer Autismus-Spektrum-Störung werden nicht erfüllt.</p>
<p>F. Die Störung ist vor dem Alter von 5 Jahren aufgetreten.</p>
<p>G. Das Kind hat ein Entwicklungsalter von mindestens 9 Monaten.</p>

Die Beziehungsstörung mit Enthemmung ist im DSM-V an der Stelle 313.89 (F 94.2) definiert. Die diagnostischen Kriterien sind in Tabelle vier dargestellt.

Tabelle 4 Diagnostische Kriterien der Beziehungsstörung mit Enthemmung	313.89 (F 94.2)
<p>A. Ein Verhaltensmuster bei dem das Kind aktiv zu unbekanntem Erwachsenen Kontakt aufnimmt und mit ihnen interagiert und dabei mindestens zwei der folgenden Verhaltensweisen zeigt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verminderte oder fehlende Zurückhaltung bei der Kontaktaufnahme und Interaktion mit unbekanntem Erwachsenen. 2. Übermäßig vertrautes verbales oder körperliches Verhalten (das die kulturell angemessenen und altersentsprechenden sozialen Grenzen überschreitet). 3. Verminderte oder fehlende Rückversicherung beim Entfernen von der erwachsenen Bezugsperson während eines gewagten Unterfangens selbst in unbekannter Umgebung. 4. Bereitschaft, ohne zu zögern oder mit geringem Zögern mit einem unbekanntem Erwachsenen wegzugehen. 	
<p>B. Die Verhaltensweisen in Kriterium A sind nicht allein auf Impulsivität zurückzuführen (wie bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung), sondern schließen soziale enthemmtes Verhalten ein.</p>	
<p>C. Das Kind hat ein Muster von extrem unzureichender Fürsorge erfahren, das durch mindestens eines der folgenden Merkmale gekennzeichnet ist:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Soziale Vernachlässigung oder Deprivation in Form einer andauernden Missachtung der grundlegenden emotionalen Bedürfnisse des Kindes nach Geborgenheit, Anregung und Zuneigung durch die betreuenden Erwachsenen. 5. Wiederholter Wechsel der primären Bezugspersonen, der die Möglichkeit begrenzt, stabile Bindungen zu entwickeln (z. B. häufiger Wechsel der Pflegefamilien). 6. Aufwachsen in einem ungewöhnlichen Umfeld, das die Möglichkeit stark einschränkt, individuelle Bindungen einzugehen (z. B. Institutionen mit einem hohen Kinder-Betreuer-Verhältnis). 	
<p>D. Die in Kriterium C genannten Fürsorgemerkmale sind vermutlich für das gestörte Verhalten verantwortlich, das in Kriterium A beschrieben wird (d.h. die Störungen aus dem Kriterium A begannen im Anschluss an die mangelhafte Fürsorge aus Kriterium C).</p>	
<p>E. Die Kriterien einer Autismus-Spektrum-Störung werden nicht erfüllt.</p>	
<p>F. Die Störung ist vor dem Alter von 5 Jahren aufgetreten.</p>	
<p>G. Das Kind hat ein Entwicklungsalter von mindestens 9 Monaten.</p>	

Im ICD-10 (WHO, 2013) ist die Bindungsstörung unter F 94 „Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ eingeordnet. Die „Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters“ ist an der Stelle F 94.1 definiert.

Tabelle 5 Diagnostische Kriterien der reaktiven Bindungsstörung des Kindesalters (F94.1)
A. Beginn vor dem fünften Lebensjahr
B. Deutlich widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen in verschiedenen sozialen Reaktionen (mit Variationen von Beziehung zu Beziehung).
C. Emotionale Störung mit Verlust emotionaler Ansprechbarkeit, sozialem Rückzug, mit aggressiven Reaktionen auf eigenes Unglücklichsein oder das anderer und/oder ängstliche Überempfindlichkeit.
D. Nachweis, dass soziale Gegenseitigkeit und Ansprechbarkeit möglich ist, und zwar durch Elemente normalen Bezogensens in der Interaktion mit gesunden Erwachsenen.
E. Die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.-) werden nicht erfüllt.

Die „Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung“ ist an der Stelle F 94.2 definiert.

Tabelle 6 Diagnostische Kriterien der Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (F 94.2)
A. Diffuse Bindungen als ein anhaltendes Merkmal während der ersten fünf Lebensjahre (nicht notwendigerweise bis in die mittlere Kindheit andauernd). Die Diagnose fordert ein relatives Fehlen selektiver sozialer Bindungen mit: <ol style="list-style-type: none"> 1. Der normalen Tendenz, beim Unglücklichsein Trost bei anderen zu suchen; 2. Abnormer (relativer) Wahllosigkeit bei der Auswahl der Personen, bei denen Trost gesucht wird.
B. Wenig modulierte soziale Interaktionen mit unvertrauten Personen.
C. Die Diagnose erfordert mindestens eins der folgenden Merkmale: allgemeines Anklammerungsverhalten in der Kindheit; oder aufmerksamkeitsheischendes und unterschiedslos freundliches Verhalten in der frühen oder der mittleren Kindheit.
D. Eindeutig keine Situationsspezifität der oben angegebenen Merkmale. Die Diagnose fordert, dass sich die beiden Merkmale A. und B. in einem großen Bereich des sozialen Umfelds des Kindes manifestieren.

Bei einem Vergleich von ICD-10 und DSM-V wird erkennbar, dass das ICD-10 Bindungsstörungen in sozialen Beziehungen im Zusammenhang mit schwerer elterlicher Vernachlässigung und Misshandlung auf führt, das DSM-V dagegen im Zusammenhang mit einer massiv pathologischen (elterlichen) Betreuungssituation (Ziegenhain & Fegert, 2012). Bei beiden Klassifikationssystemen wird vorausgesetzt, dass die Störung vor dem fünften Lebensjahr einsetzt.

Das zentrale Merkmal bei der reaktiven Bindungsstörung ist „ein deutlich gestörtes und dem Entwicklungsstand des Kindes nicht entsprechendes Muster von Bindungsverhalten, bei dem sich das Kind nur selten oder nur geringfügig einer Bezugsperson zuwendet, um von ihr Trost, Unterstützung, Sicherheit und Pflege zu erhalten“ (Falkai & Wittchen,

2015, S. 362-363). Zentral ist also das Fehlen einer Bindung oder eine stark unterentwickelte Bindung zwischen Kind und Betreuungsperson. Die Kinder zeigen kein selektives Bindungsverhalten (Gleason et al., 2011). Die reaktive Bindungsstörung wird erkennbar als internalisierte Störung mit depressiven Symptomen und gehemmten Verhaltensweisen: zu beobachten sind eine ausbleibende Suche nach Trost, eine geringe Reaktion auf erfahrenen Trost, geringer Ausdruck positiver Emotionen und eine Einschränkung der Emotionsregulation (Falkei & Wittchen, 2015, S. 363). Das zentrale Merkmal der Beziehungsstörung mit Enthemmung bzw. Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung nach ICD-10 „ist ein Verhaltensmuster unangemessenen, übermäßig vertrauten Verhaltens gegenüber relativ Unbekannten“ (Falkei & Wittchen, 2015, S. 366). Die Beziehungsstörung mit Enthemmung manifestiert sich in enthemmten und externalisierendem Verhalten (ebd., S. 362).

Neben den zentralen Kriterien unterscheiden sich die reaktive und die enthemmten Form grundlegend darin, dass bei Kindern mit reaktiven Bindungsstörungen auffälliges Bindungsverhalten in der Fremden Situation vorhanden ist, die aber durch Bindungsmuster nicht hinreichend dargelegt werden können. Dagegen ist bei Kindern, die eine Bindungsstörung mit Enthemmung haben, kein Zusammenhang mit dem Bindungsverhalten oder den Bindungsmustern der Fremden Situation erkennbar (Zeanah & Smyke, 2008).

3.2 Komorbiditäten

Vor dem Hintergrund, dass Kinder mit Bindungsstörungen aus einem vernachlässigenden Milieu kommen, ist plausibel, dass die Kinder oft mehrfach bedingte Risiken für Entwicklungsverzögerungen haben (von Klitzing, 2009, S. 50). Bei Kindern mit der Diagnose der Bindungsstörung treten gemäß DSM-V kognitive Entwicklungsverzögerungen, Sprachentwicklungsverzögerungen und stereotype Verhaltensweisen auf. Die Symptome der reaktiven Bindungsstörung können durch medizinisch relevante Zustände wie z. B. ausgeprägte Mangelernährung oder auch durch depressive Symptome begleitet werden. Bei der Beziehungsstörung mit Enthemmung bzw. Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung nach ICD 10 können die Kinder zur gleichen Zeit auch die Diagnose einer ADHS erfüllen (Falkei & Wittchen, 2015). Die häufigste komorbide Störung von Bindungsstörungen ist in einer Untersuchung von Minnis et al. 2013, in der Teilstichprobe mit Bindungsstörungen ($n = 13$), ADHS gewesen. Gemäß Franc et al. (2009) gibt es bei

einigen Kindern mit Bindungsstörung eine Überschneidung in dem Bereich der emotionalen Selbstregulation, die zu dieser Komorbidität führt. Folgende Abbildung zeigt die Ergebnisse von der Untersuchung von Minnis et al. (2013).

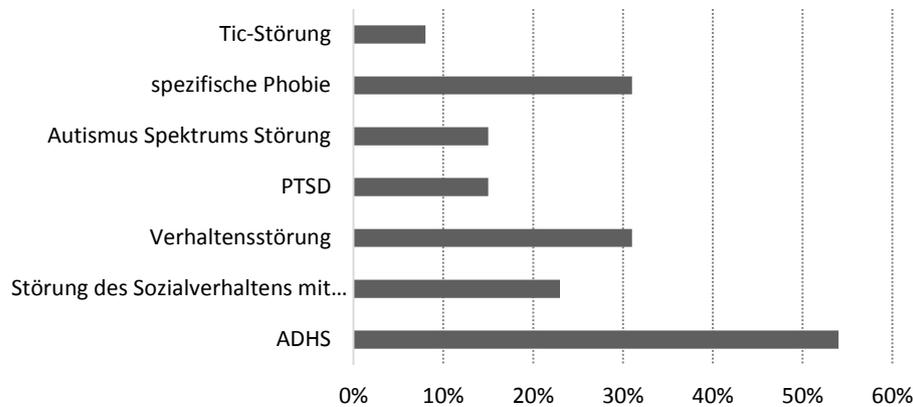


Abbildung 1: Komorbiditäten bei Bindungsstörungen (Zahlenmaterial nach Minnis et al., 2013, eigene Darstellung)

3.3 Epidemiologie

Insgesamt sind bisher wenige Ergebnisse zur Prävalenz von Bindungsstörungen in der Allgemeinbevölkerung vorhanden. Die wesentlichen Forschungsergebnisse zur Prävalenz von Bindungsstörungen stammen aus stichprobenartig durchgeführten Untersuchungen bei Kindern, die im institutionellen Kontext oder in Adoptiv- und Pflegefamilien aufwachsen. Es handelt sich also um Stichproben bei Risikogruppen für Bindungsstörungen. In den bisherigen Forschungsergebnissen wurde bei mehr als 25 % der Kinder aus Pflegefamilien, 10 % der Heimkinder und nur 1 % der Kinder, die bei der leiblichen Mutter aufwachsen (Fegert, 1998), sowie 40 % der misshandelten Kinder (Zeanah et al., 2004) eine Bindungsstörung festgestellt (reaktive und mit Enthemmung). Es wird bei Kleinkindern in der Allgemeinbevölkerung von einer Prävalenz von weniger als 1 % ausgegangen, bei 0.9 % der 1 ½-jährigen Kinder nach ICD-10 (Skovgaard, 2010) bzw. extrapoliert auf der Basis von Häufigkeiten von Misshandlung und Vernachlässigung (Rich- ters & Volkmar, 1994). Das aktuellste Ergebnis zur Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung ist von einer Untersuchung von Minnis et al. (2013) bei Schulkindern in einem sozial benachteiligten Bezirk in einem Ballungsgebiet in Großbritannien. Das Ergebnis dieser Studie war, dass 23 von 1646 Kindern eine Bindungsstörung hatten. 13 davon hatten eine sichere Diagnose einer Bindungsstörung und bei 10 wurde der Verdacht einer Bindungsstörung oder einer Borderline-Störung diagnostiziert. Daraus ergab sich eine Prävalenz

von 1.4 %, bei Einbezug der Kinder mit Verdacht einer Bindungsstörung oder eine Borderline-Störung eine Prävalenz von 2.37 %. Zehn (45 %) der Kinder lebten bei ihren leiblichen Eltern, neun (41 %) lebten bei Pflegeeltern und weitere drei (14 %) lebten bei Verwandten. Es ist unbekannt, ob diese Prävalenz generell auf Kinder im Schulalter in der Allgemeinbevölkerung übertragen werden kann, denn es fehlen Studien zur Prävalenz in anderen Populationen. Minnis und seine Kollegen waren 2013 die ersten, die eine epidemiologische Studie, die auf die Prävalenz von Bindungsstörungen bei Schulkindern in der Allgemeinbevölkerung ausgerichtet war, durchführten. Es sind hier also noch weitere Studien notwendig.

3.4 Ätiologie

In dem vorherigen Kapitel weisen Ergebnisse einer Studie von Minnis (2013) darauf hin, dass Bindungsstörungen in der Allgemeinbevölkerung gegenwärtiger sind als angenommen. Das wirft natürlich die Frage auf, wie es zur Entstehung einer Bindungsstörung kommt. Im Folgenden wird deshalb die Entstehung und Entwicklung dieser beschrieben und der Frage nachgegangen, welche Faktoren und Ursachenbündel dazu führen, dass Menschen Bindungsstörungen entwickeln bzw. ein erhöhtes Risiko ausgesetzt sind.

3.4.1 Psychologische und soziale Risikofaktoren

Die allgemeinen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Bindungsstörung können anhand der Merkmale und Formen der pathogenen Fürsorge, dem zweiten Leitkriterium bei der Diagnose einer Bindungsstörung, bestimmt werden. Im „Multiaxialen Klassifikationssystem für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters“ werden diese unter „assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (Fünfte Achse)“ aufgeführt (Remschmidt et al., 2012).

Tabelle 7 Die Kategorien der fünften Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas

0. Keine signifikante Verzerrung oder unzureichende psychosoziale Umstände
1. Abnorme intrafamiliäre Beziehungen
2. Psychische Störungen, abweichendes Verhalten oder Behinderung in der Familie
3. Inadäquate oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation
4. Abnorme Beziehungsbedingungen
5. Abnorme unmittelbare Umgebung
6. Akute belastende Lebensereignisse

Tabelle 7 Fortsetzung
7. Gesellschaftliche Belastungsfaktoren
8. Chronische zwischenmenschliche Belastungsfaktoren im Zusammenhang mit Schule und Arbeit
9. Belastende Lebensereignisse/Situationen infolge von Verhaltensstörungen/Behinderung des Kindes

Die in der Tabelle aufgeführten Kategorien wurden aufgrund ihrer Relevanz als psychiatrische Risikofaktoren ausgewählt. Hierbei beziehen sich die meisten Kategorien auf einen Zeitraum von sechs Monaten und werden anhand einer fünfstufigen Einschätzungsskala, die von „die beschriebenen Umstände waren in dem beschriebenen Zeitraum sicher vorhanden“ bis zu „sich im Normbereich bewegendende Ausprägung“ reicht, beurteilt.

3.4.1.1 Risikofaktoren beim Aufwachsen innerhalb der Familie

Wächst das Kind in der Ursprungsfamilie auf, werden als von den Eltern ausgehende Risikofaktoren „ein erhebliches Ausmaß von elterlicher Psychopathologie, elterlicher Suchtmittelmissbrauch, häufiger Wechsel von Bezugspersonen aufgrund familialer Notlagen und fehlende intuitive Elternschaft“ vermutet (von Klitzing, 2009; Petermann, Niebank und Scheithauer, 2004; WHO, 2002). Aufgrund des Mangels an Untersuchungen von Entstehungsbedingungen von Bindungsstörungen bei Kindern, die innerhalb der Familie aufwachsen, können hier nur Hypothesen aufgestellt werden (von Klitzing, 2009). Es ist bekannt, dass solche Risikobedingungen innerhalb einer Familie einen größeren Umfang an Verhaltensstörung und Psychopathologie bei Kindern bedingen können, es gibt aber nur unzureichende Informationen bezüglich der Spezifität der Bindungsstörungen. Die aufgelisteten Risikofaktoren werden als solche aufgefasst, weil sie die elterliche Kompetenz beeinträchtigen und folglich eine Kontinuität emotionaler Zuwendung für das Kind nicht gesichert ist (ebd.).

3.4.1.2 Risikofaktoren beim Aufwachsen außerhalb der Familie

Wenn das Kind jedoch außerhalb der Ursprungsfamilie aufwächst, gelten ein „inkonstantes Beziehungsangebot mit einem quantitativ zu geringen Pflegeschlüssel und/oder qualitativ nicht ausreichender Pflegequalität, durch unangemessene Einstellungen geprägtes Beziehungsangebot in Pflege- oder Adoptivfamilie [und] häufiger Wechsel der Betreuungsformen zwischen Kinderheimen, Pflegefamilien und Adoptivfamilie“ (von Klitzing, 2009, S. 49) als Risikofaktor. Trotz der Einführung der Bezugspersonenpflege und der Verbesserung des Stellenschlüssels sowie der Ausbildung der Pädagogen entstehen in

pädagogischen Einrichtungen immer noch Diskontinuitäten durch Einsparungsmaßnahmen sowie durch Krankheits- und Urlaubstage der im Schichtdienst tätigen Heimerzieher (ebd.). In Rahmen einer englisch-rumänischen Adoptionsstudie wurden zwei Gruppen von Kindern beobachtet: Kinder, die aus rumänischen Waisenhäusern kamen und von englischen Paaren adoptiert wurden und Kinder, die bereits aus England stammten und dort adoptiert wurden (O'Connor et al., 1998, 1999, 2000, 2003). Es konnte festgestellt werden, dass „für Bindungsstörungen typische Verhaltensweisen positiv mit der Dauer der schweren Deprivation, die die Kinder erlitten hatten, assoziiert waren“ (von Klitzing, S. 27). Ein weiteres Ergebnis war die Feststellung, dass bei den Kindern aus rumänischen Waisenhäusern das Symptommuster der Bindungsstörung im Vergleich zu den Kindern, die aus England stammten, häufiger vorkam. Dabei wurde davon ausgegangen, dass die Kinder aus England vergleichsweise geringere Deprivationserfahrungen als die aus Rumänien gemacht hatten. Weitere wesentliche Untersuchungen zu Bindungsstörungen bei außerfamilialem Aufwachsen stammen von dem Bukarester Frühinterventionsprojekt (Zeanah et al., 2003, 2005). Hier wurden Kinder im Alter von 12 bis 31 Monaten, die im institutionellen Kontext aufwachsen, im Vergleich zu Kindern, die in Familien aufwachsen, im Bereich Bindungsverhalten und Bindungsstörungen analysiert. Bei dem überwiegenden Teil der Kinder, die im institutionellen Kontext aufwachsen, wurden anhand der Erfassungsmethoden schwerwiegende Störungen des Bindungsverhaltens festgestellt. Dabei stand die Formung und Organisation von Bindung bei den Kindern in hohem Zusammenhang mit der Qualität des beobachteten Fürsorgeverhaltens von den Betreuungspersonen, die in den Institutionen für die Kinder zuständig waren.

3.4.2 Biologische Risikofaktoren

3.4.2.1 Neurobiologische Faktoren

Durch die Erkenntnisse zu der Neurobiologie der Bindung wird eine bessere Beschreibung und Behandlung der tiefgreifenden Probleme, die durch Kindesmisshandlung und -vernachlässigung verursacht werden, ermöglicht (Strathearn, 2012, S. 227). Zum neurobiologischen Aspekt von elterlichen Fürsorgeverhalten wurden verschiedene Untersuchungen an Ratten durchgeführt, aus denen ein neuroendokrines Modell mütterlichen Verhaltens entwickelt wurde. Anhand der Studien konnte festgestellt werden, dass das mütterliche Verhalten der Ratten einen Einfluss auf die kindliche Hirnreifung in den Bereichen der Stressreaktionen, der Kognition und des mütterlichen Verhaltens weiblicher

Nachkommen hat (ebd., S.222). Mittels funktioneller Kernspintomographie-Experimenten (fMRI) zu elterlichen Fürsorgeverhalten konnten erste Nachweise zur Physiologie von Elternschaft beim Menschen vorgelegt werden (Swain, Lorberbaum, Kose und Strathearn, 2007). Von besonderer Relevanz für die neurobiologische Entwicklung sind die Aktivität der HPA-Achse und deren hormonelles Endprodukt Cortisol bei Mutter und Kind. Die Cortisol-Konzentrationen von Mutter und Fötus korrelieren stark (Glaser, 2000). So können massive und langfristige Dysregulationen der HPA-Achse und damit zusammenhängende stressbedingte hormonelle Reaktionen gemäß Glaser (2000) durch eine Eltern-Kind-Beziehung und elterliches Fürsorgeverhalten, die aus dem Konzept geraten sind, herbeigeführt werden. Bei Untersuchungen von Rattenjungen, die häufiger in ihrer Kindheit gelect und gepflegt wurden, konnte als Reaktion auf Stress durch Bewegungseinschränkung ein reduzierter Stresshormonlevel festgestellt werden. Beim Menschen kann eine sichere Bindungsbeziehung, die mit feinfühligem elterlichem Verhalten verbunden ist, stressbezogene HPA-Achsen-Aktivitäten in stressbedingten Situationen reduzieren (Gunnar, 1998). Im Gegensatz dazu kann bei Kindern mit Missbrauchserfahrungen ein auffällig erhöhter Level an Stresshormonen (Cortisol) festgestellt werden (De Bellis et al., 1999). Diese Ergebnisse zeigen die Relevanz von Fürsorgeverhalten und Feinfühligkeit für eine gesunde neurobiologische Entwicklung des Kindes.

Neben Cortisol gibt es zwei weitere wichtige Hormone, die eine wesentliche Rolle bei der neurobiologischen Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung spielen, Oxytocin und Dopamin. Synthetisiert wird das Oxytocin in einem Kerngebiet de Hypothalamus. Dopamin wird aus Tyrosin in catecholaminergen bzw. dopaminergen Nervenzellen gebildet (Hülshoff, 2013). Das Oxytocin- und Dopaminsystem fördern zwei unterschiedliche, aber sich ergänzende Mechanismen (Strathearn, 2012). Anhand von Experimenten mit weiblichen Präriemäusen konnte nachgewiesen werden, dass im ventralen Striatum Dopamin so wie Oxytocin maßgebend für die Herstellung sozialer Bindungen sind (Liu & Wang, 2003). Deshalb ist gemäß Strathearn „eine ausgewogene und integrierte Reaktion des Oxytocin- und des Dopaminsystems die notwendige Voraussetzung für die Ausbildung optimaler Bindungsbeziehungen beim Menschen“ (2012, S. 231). Neuere Untersuchungen ziehen Wechselwirkungsprozesse zwischen dem Dopaminsystem, dem Oxytocinsystem und dem hormonalen Stresssystem des Gehirns in Betracht (Insel, 2003; Meaney,

Brake und Gratton, 2002). Bei diesen Prozessen ist die Erkenntnis von besonderer Relevanz, dass mütterliches und kindliches Verhalten sich gegenseitig bedingen, d.h. es gibt auch Schlüsselreize von Seiten des Kindes, wie Saugen und die auditiven und visuellen Reize, die mütterliches Pflegeverhalten aktivieren und sogar bereits vorhandene Verhaltensmuster verändern können (Rosenblatt, 1994; Stern, 1997). So regt bei menschlichen Müttern das Stillen die Freisetzung von Oxytocin an, wodurch bei den Müttern Angst vermindert wird und physiologische Stressreaktionen abgeschwächt werden (Chiodera & Coiro, 1987; Legros, Chiodera und Geenen, 1988). Des Weiteren führt die Oxytocin-Freisetzung zu besser angepasstem Verhalten (Champagne & Meaney, 2001; Uvnas-Moberg, 1998; Uvnas-Moberg & Eriksson, 1996) und einem verringerten Vernachlässigungsrisiko für Kinder (Strathearn, Mamun, Najman und O'Callaghan, 2009). Ist die Stimulation von Oxytocin-Freisetzung durch das Kind aufgrund von Trennung, mütterlicher postpartaler Depression (PPD) oder Substanzmissbrauch verringert oder aufgrund von extremer Frühgeburtlichkeit, Krankheit oder Geburtsdefekten fehlreguliert, kann das Risiko für gestörte Bindung und Misshandlung ansteigen (Strathearn, Gray, O'Callaghan und Wood, 2001; Weinfield, Sroufe und Egeland, 2000). Das Oxytocinsystem ist essenziell für die Entwicklung von sozialen und räumlichen Erinnerungen, von affiliativem Verhalten und von Emotionsregulation (Ferguson, Young und Insel, 2002).

Das Dopaminsystem ist von Relevanz beim Verstärkungslernen und bei Entscheidungsfindungen, die von zukünftig erwarteten Belohnungen abhängen (McClure, Daw und Montague, 2003). Erhöhte Leck- und Pflegeintensität bei Jungtieren von Ratten ist mit einer erhöhten Funktion der Dopaminsystem in Müttern verbunden (Champagne et al., 2004). Dagegen lösen wiederholte, frühe Trennungsepisoden von der Mutter Veränderungen bei der Funktion des Dopaminsystems in Kindheit und Erwachsenenalter aus (Meaney et al., 2002). Eine Veränderung bei der Aktivität des Dopaminsystem kann auch bei mehreren menschlichen Erkrankungen und psychopathologischen Auffälligkeiten wie Drogenabhängigkeit, ADHS, Fett- und Spielsucht und mehreren Persönlichkeitszügen festgestellt werden (Comings & Blum, 2000, Montague, Hyman und Cohen, 2004). Diese können alle im Zusammenhang mit widrigen frühen Lebensereignissen entstehen. Pruesner und seine Kollegen stellten 2004 anhand einer PET-Studie fest, dass ein Zusammenhang zwischen der Dopaminproduktion im menschlichen Gehirn und Selbstberichten über mangelhafte Versorgung durch die Mutter in der Kindheit besteht.

einnehmen, weniger in der Lage sind, angemessen auf die kindliche Signale zu reagieren oder diese Interaktionen selbst weniger belohnend erleben. Folglich hat Kokain enormen Einfluss auf den Motivationskreislauf, der normalerweise durch Elternschaft gesteuert werden würde (Swain et al., 2007, S. 270). So haben Light und ihre Kollegen (2004) signifikante Unterschiede bei peripheren Oxytocin Reaktionen, die durch den Kontakt mit dem Kind und einem Stressor ausgelöst wurden, bei Kokain konsumierenden Mütter im Vergleich zu denen bei den Müttern der Kontrollgruppe festgestellt. Soziales Bonding und Elternschaft kann auch durch Depressionen beeinträchtigt werden, da während einer Depression die Systeme, die Verlust von sozialer Bindung und kurzzeitiger Trauer bewältigen, abnormal aktiv sein können und dadurch die anderen Systeme, die für soziales Bonding und Elternschaft maßgebend sind, vernachlässigt werden (Brockington, 2004). Langzeitstudien haben zeigen können, dass depressive Mütter weniger sensibel auf ihre Säuglinge abgestimmt sind, dass sie weniger bestätigendes Verhalten zeigen und dass sie in der Beschreibung ihres Säuglings negativer sind (Swain et al., 2007, S. 272). Durch ein besseres Verständnis der Entwicklung in wohlbehaltener Elternschaft, in der Angst, Motivation und Belohnung normal reguliert sind, und andererseits der Fehlentwicklungen, die mit Vernachlässigung oder Missbrauch verbunden sein können, können neue Möglichkeiten erarbeitet werden, letztere zu verhindern oder zu behandeln (ebd., S. 270). Kinder psychisch oder suchtkranker Eltern sind also einer besonderen Belastung ausgesetzt und es ergeben sich daraus erhebliche Entwicklungsrisiken. Das Wissen um diese Zusammenhänge ist essentiell, um entsprechend früh betroffene Kinder bzw. Familiensysteme unterstützen zu können.

3.4.2.2 Genetische Faktoren

Tierexperimente bei Ratten (Kaffman & Meaney, 2007; Weaver et al., 2004) haben gezeigt, dass die Qualität des mütterlichen Pflegeverhaltens in den ersten Wochen nach der Geburt der Nachkommen eine bedeutsame modifizierende Funktion bei der neurobiologische Entwicklung der Nachkommen hat. Auf Grundlage der Ergebnisse wurde die These entwickelt, dass frühe Umweltreize eine dauerhafte Veränderung der Genexpression hervorrufen können. Dadurch könnte dargelegt werden, warum frühe Deprivationserfahrungen oftmals zu lebenslang anhaltenden Verhaltensänderungen, wie zum Beispiel Bindungsstörungen, führen können, selbst wenn das Kind in darauffolgenden Phasen seines Lebens bessere Betreuungserfahrungen macht (von Klitzing, 2009). Anhand einer

verhaltensgenetischen Untersuchung an einer nichtklinischen Stichprobe von Zwillingspaaren ($N = 13\,472$) untersuchten Minnis et al. 2007, ob das Ausmaß, mit dem sich Kinder mit den durch die Bindungsstörung bedingten typischen Verhaltensweisen von anderen Kindern (KG) differenzierten, nur durch Umweltfaktoren oder auch durch genetische Faktoren ausgelöst wird. Das Ergebnis war, dass die Symptome einer Bindungsstörung hauptsächlich mit negativen und unsensiblen elterlichen Verhaltensweisen, also Umweltfaktoren, assoziiert waren, dennoch wurde auch ein signifikanter genetischer Einfluss festgestellt. Die Erblichkeit bei Jungen war sehr viel höher als bei Mädchen.

Die Abweichungen im kindlichen Entwicklungs- und Reaktionsmuster, die zum Teil durch eine beeinträchtigte neurobiologische Entwicklung oder genetisch bedingt sind, können wiederum negative Wirkungen auf das elterliche Fürsorgeverhalten haben. Grund dafür kann zum Beispiel sein, dass der Säugling aufgrund prä- oder postnataler negativer Einflüsse irritabler, kognitiv verlangsamer und stressanfälliger ist als andere und es für die Eltern eine Herausforderung darstellt eine ausgewogene, entwicklungsfördernde intersubjektive Gegenseitigkeit zu entwickeln. Folglich verringert sich auch das Selbstvertrauen der Eltern und ihr Vertrauen in eine intuitive Elternschaft. Es entsteht so also ein spiralförmiger Kreislauf pathogener Fürsorge, bei dem die neurobiologischen Faktoren ein Teil des Ursachengefüges, welches sich noch aus psychosozialen und psychologischen Faktoren zusammensetzt, darstellen. Dieses Ursachengefüge erweist sich als Ausgangspunkt des pathogenen elterlichen Fürsorgeverhaltens mit Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauchshandlungen (von Klitzing, 2009).



Abbildung 3: Zusammenwirken von Faktoren seitens des Kindes und der Mutter (Aus: Trost, 2013, S. 87)

3.4.3 Zusammenwirken der Risikofaktoren

Die Bindungsstörung entwickelt sich aus einem Zusammenwirken von sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren. Gemäß der Definition der Bindungsstörung im DSM-V sind die pathogene Fürsorge und sowohl familiale als auch institutionelle Risikobedingungen die zentralen Charakteristika der Ätiologie. Umwelteinflüsse und genetische Einflüsse haben mediiierende Effekte und gelten als moderierende Faktoren. Pathogene Fürsorge kann sowohl im familialen als auch im institutionellen Kontext existieren. Bei pathogener Fürsorge ist ein Defizit an intuitiven elterlichen Kompetenzen und Handlungspositionen vorhanden. Diese ist oft gekennzeichnet durch Bezugspersonenwechsel, Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (von Klitzing, 2009, S. 40). Desorganisierte Bindungsmuster können hier eine Rolle als mediiierender Faktor spielen, müssen aber nicht, denn eine individuelle pathologische Symptomatik kann sich auch direkt aus der pathogenen Fürsorge entwickeln. Es bleibt jedoch immer zu berücksichtigen, dass pathogene Fürsorge nicht alleiniger Faktor bei der Entwicklung einer individuellen Pathologie ist. Auch andere Faktoren können je nach Kontext einen positiven oder einen negativen Einfluss auf die Entwicklung haben. Dazu gehören zum Beispiel genetische Faktoren, die

einerseits einen Vulnerabilitätsfaktor, andererseits einen Resilienzfaktor darstellen können. Des Weiteren nehmen biologische Risiken, das Temperament eines Kindes und soziale Schutzmechanismen Einfluss auf die Entwicklung. Es ist keinesfalls so, dass jedes Kind, das Missbrauch oder Vernachlässigung erfahren hat, eine Bindungsstörung entwickelt. An dieser Stelle liefert die Resilienzforschung wichtige Erkenntnisse darüber, warum sich Menschen trotz widriger Lebensumstände positiv entwickeln können.

3.4.4 Resilienz und Protektive Faktoren

Den Einflüssen von Risikofaktoren auf die Entwicklung stehen Ergebnisse von Langzeitstudien zur Persönlichkeitsentwicklung gegenüber. Diese zeigen, dass ein (möglichst frühzeitiger) Aufbau von Bewältigungsressourcen einer Entstehung pathologischer Entwicklungen gegensteuern kann. So konnte nachgewiesen werden, dass „positive Entwicklungen selbst unter hochriskanten Bedingungen, wenn Kinder dem kumulativen Risiko mehrerer Entwicklungsrisiken ausgesetzt waren“ (Fingerle, Grumm und Hein, 2012, S. 8), möglich sind. Dieses Phänomen wird mit dem Begriff der „Resilienz“ beschrieben, der sogenannten „funktionalen Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen“ (Noeker & Petermann, 2008, S. 255). Dieses kann als empirisch gut belegt betrachtet werden (Werner, 2010) und es hat sich gerade bei „Hochrisikokindern“ bei der Erzielung einer besseren Ansprechbarkeit für bzw. besserer Effekte von Unterstützungsangeboten, als evident erwiesen (Ellis, Boyce, Belsky, Bakermans-Kranenburg und van Ijzendoorn, 2011). Es bleibt zu beachten, dass es zu dem Konzept unterschiedliche Auffassungen gibt und somit der Begriff der Resilienz auf verschiedene Art und Weisen verwendet bzw. interpretiert wird. Folgende Interpretation des Resilienzphänomens sind vorhanden: Resilienz als Persönlichkeitseigenschaft (Skodol, 2010), als dynamisches Zusammenspiel von Risiken und Ressourcen (Kaplan, 2013; Karoly, 2010), als Bewältigungskapazität (z. B. Wustmann, 2012), als Bewältigungskapital (Coté & Levine, 2002; Fingerle, 2011) und als „Steeling“ (Rutter, 2012).

Durch die Kauai-Studie von Werner in den 1980er Jahren wurde dem Konzept der Resilienz eine umfassendere Rezeption zuteil. Bei resilienten Hochrisikokindern konnten im Gegensatz zu den anderen Kindern aus der Hochrisikogruppe auf mehreren Merkmalsdimensionen wesentliche Unterschiede festgestellt werden. Diese Merkmale wurden als protektive Faktoren bzw. Schutzfaktoren definiert, weil sie erstens die Kinder vor den

Auswirkungen der Entwicklungsrisiken schützen und sie zweitens die Wahrscheinlichkeit einer psychopathologischen Entwicklung trotz risikoreichen Bedingungen verringern konnten. Die Schutzfaktoren lassen sich in drei Kategorien differenzieren.

- Die erste Kategorie bilden die Eigenschaften des Individuums, also personale Schutzfaktoren, wie z. B. veranlagungsgemäße Eigenschaften und Intelligenz (Luthar & Zigler, 1992).
- Die zweite Kategorie ist die Qualität von Beziehungen, die ein Kind hat, also z. B. die Bindung
- und die dritte Kategorie sind die umweltbedingten Faktoren wie z. B. die Qualität von Schulen, die Sicherheit in der Nachbarschaft sowie Gesetze und Regelungen, die Kinder und Familien schützen und unterstützen (Carlson & Sroufe, 1995).

Gemäß Coie und seinen Kollegen (1993) kann ein Schutzfaktor auf verschiedene Art und Weise wirksam werden. Ein Schutzfaktor kann direkt Fehlfunktionen mindern, mit einem Risikofaktor interagieren und dessen Wirkung abschwächen, die Mediatoren-Kette, durch die ein Risiko zu einer Störung führt, unterbrechen oder in erster Linie das Auftreten von einem Risikofaktor verhindern (Fingerle, 2010, S. 153). Die folgende Abbildung fasst die nochmals die Entstehung der Bindungsstörungen zusammen und veranschaulicht, welche Faktoren und Ursachenbündel dazu führen, dass Menschen Bindungsstörungen entwickeln bzw. sich trotz erhöhtem Risikos gesund entwickeln.

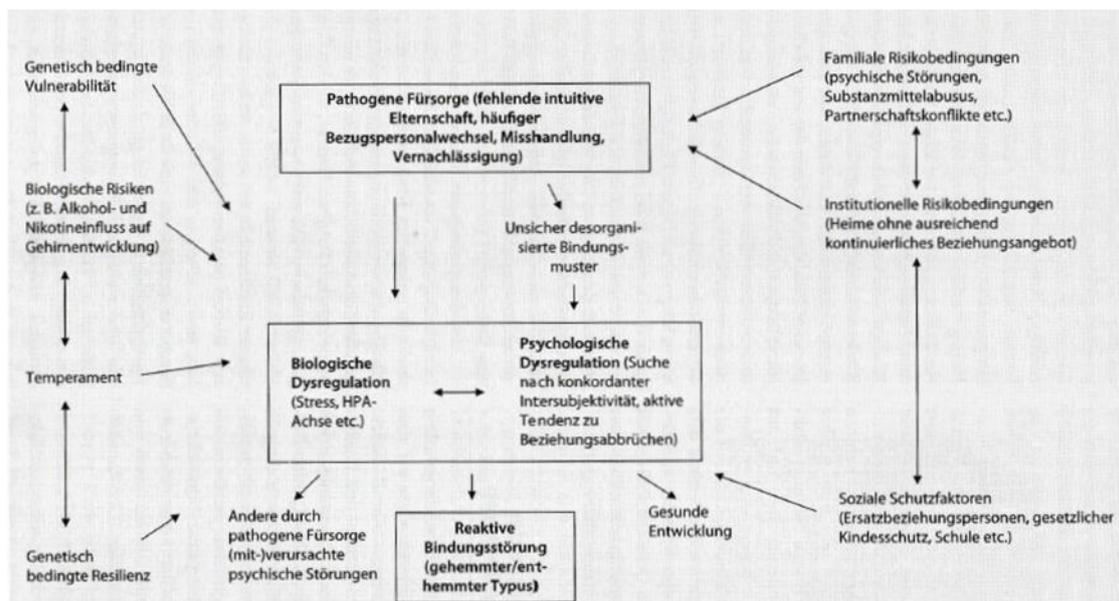


Abbildung 4: Zusammenwirken sozialer, psychologischer und biologischer Faktoren (Aus: von Klitzing, 2009, S. 36)

3.5 Prognose

Es gibt sechs mögliche prognostisch relevante Faktoren bei Bindungsstörungen. Diese sind (i) Geschlecht, (ii) biologische Risiken, (iii) Intensität und Dauer der pathologischen Fürsorge, (iv) Form der Bindungsstörung, (v) Kontinuität des Beziehungsangebots durch aufnehmende Ersatzeltern und (vi) Konsistenz und Qualität der Intervention durch das Helfersystem (von Klitzing, 2009, S. 118). Aus den Ergebnissen der internationalen Adoptionsstudien (O'Connor et al., 1998, 1999, 2000, 2003) und Bukarester Frühinterventionsstudie (Zeanah et al., 2003, 2005) können Rückschlüsse auf die Prognose der Störung bei einer gezielten umgebungsorientierten Intervention gezogen werden. Das Ergebnis der Bukarester Frühinterventionsstudie war, dass durch die Platzierung in Pflegefamilien die Zeichen von emotionalem Rückzug und sozialer Hemmung bei den bindungsgestörten Kindern deutlich abnahmen. Nur bei den Kindern mit dem enthemmten Typus konnte keine positive Veränderung des enthemmten indiskriminierenden Beziehungsverhaltens durch eine Fremdplatzierung festgestellt werden. Die Prognose bei dem enthemmten Typus ist also eher mit einer persistierenden Tendenz verbunden (O'Connor, 2002; Rushton et al., 1995). Langfristig entwickeln sich diagnostizierte Bindungsstörungen häufig zu Persönlichkeitsstörungen (Ziegenhain & Fegert, 2012).

Jedoch gibt es keine gesicherten Erkenntnisse zur Prognose der Bindungsstörung ohne Intervention, da auf Grund der eher schwierigen Durchführbarkeit bisher keine Langzeitstudien zum Verlauf von Bindungsstörungen vorhanden sind. Familien, in denen betroffenen Kinder aufwachsen, verfügen über eine sehr geringe Verbindlichkeit (Minnis et al., 2013; von Klitzing, 2009) und sind somit schwer in den Forschungskontext einzubinden. Demzufolge fehlen bisher ergänzend zu den Ergebnisse der internationalen Adoptionsstudien und Bukarester Frühinterventionsstudie Vergleichsdaten zu dem Verlauf ohne Intervention.

4 Grundlagen der Prävention

Das vorherige Kapitel hat vor Augen geführt, dass Bindungsstörungen ein sehr komplexes Krankheitsbild darstellen, dessen Ursache in der frühen Kindheit zu finden ist. Dabei kann sich eine diagnostizierte Bindungsstörung zu einer Persönlichkeitsstörung entwickeln, welche hohe gesundheitliche Folgekosten verursacht (Ziegenhain & Fegert, 2012). Aus diesem Grund sollte eine Intervention zur Verhinderung der Entwicklung einer Bindungsstörung früh beginnen.

Eine Form der Intervention ist die Krankheitsprävention (oft verkürzt auch nur „Prävention“). Diese „bezeichnet alle Eingriffshandlungen, die dem Vermeiden des Eintretens oder des Auftretens einer Krankheit dienen. Das Eingreifen (Intervenieren) richtet sich auf das Verhindern und Abwenden von Risiken für Eintreten und Ausbreitung von Krankheiten“ (Hurrelmann, Klotz und Haisch, 2014, S. 14). Die Basis für ein gezieltes Intervenieren ist das Wissen über die pathogenetischen und -physiologischen Dynamiken, ergo die Entwicklungs- und Verlaufsstadien des Krankheitsgeschehens. Dabei bezieht sich Prävention auf die Dynamik der Entstehung von Krankheit. Im Gegensatz zur Gesundheitsförderung, die sich auf die Dynamik der Entstehung von Gesundheit stützt. Beide haben das Ziel einen sowohl individuellen als auch kollektiven Gesundheitsgewinn zu erreichen, beschreiben aber unterschiedliche Interventionsformen mit verschiedenartigen Wirkungsprinzipien (Hurrelmann & Richter, 2013). Die handlungsleitende These der Prävention lautet, dass gezielte Interventionen zur Abwendung des Eintritts des Ereignisses „Krankheit“ und/oder seiner Folgen eingeleitet werden können, wenn die Voraussetzungen für das Eintreten der Krankheit früh erkannt und die Regeln des Krankheitsverlaufes antizipiert werden (Franke, 2012). Ausgangspunkt der präventiven Interventionshandlungen ist die Identifizierung von Risikofaktoren, die nachweislich bei der Entstehung und beim Verlauf der Krankheit auftreten. Wenn durch gezielte präventive Interventionen zu einem Zeitpunkt, zu dem die Risikofaktoren deutlich identifiziert werden können, eingegriffen wird, nimmt die Dynamik der Pathogenese einen anderen Entwicklungsverlauf als erwartet (Schwartz & Walter, 2012). Der Gesundheitsgewinn soll durch das Zurückdrängen von Krankheitslast erzielt werden, dementsprechend wird bei Prävention also der Schwerpunkt vor allem auf die Risikofaktoren für Krankheiten gelegt (Hurrelmann, Klotz und Haisch, 2014). Es gibt verschiedene Modelle zur Kategorisierung von

Prävention. Das geeignetste Präventionsmodell, das sog. „Spezifitätsmodell“, stammt von Gordon (1983), der präventive Maßnahmen nach Spezifität und Maß der Gefährdung kategorisiert hat:

1. *Universelle Präventionsprogramme* beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung bzw. auf große Teilpopulationen z. B. im Rahmen der Präventionsmöglichkeiten bei Bindungsstörungen durch Bildung über die schädliche Auswirkungen von Rauchen und dem Konsum von Alkohol während der Schwangerschaft oder durch öffentliche Kampagnen, die Mütter zum Stillen ermutigen
2. *Selektive Programme* richten sich an spezielle Gruppen, die ein offensichtliches Merkmal aufweisen aufgrund dessen das Risiko krank zu werden über dem Durchschnitt liegt, wie z. B. Hausbesuchsprogramme für Familie, die in extremer Armut leben oder für Einwanderungsgruppen, die unter Zusammenbrüchen und Traumata leiden.
3. *Indizierte Programme* legen ihren Fokus auf Personen und Gruppen mit gesicherten Risikofaktoren bzw. manifesten Störungen oder Devianzen. Es handelt sich also um Individuen, bei denen meistens über Screening Verfahren bereits Probleme oder Störungen identifiziert wurden.

4.1 Bindung als Schlüsselkonzept bei Präventionsprogrammen

In dem Zeitraum von der Schwangerschaft und den frühen Kindheitsjahren ergibt sich die Möglichkeit durch präventive Interventionen mit möglichst hoher Effektivität eine Bandbreite von Entwicklungsrisiken zu dezimieren. In diesem Zeitraum sind viele vulnerable Phasen der Kindheitsentwicklung zu finden. Bei präventiven Interventionsprogrammen für benachteiligte, misshandelte und vernachlässigte Kindern ist Bindung zurzeit eines der Schlüsselkonzepte. Eine Vielzahl von Studien hat die Möglichkeit einer bindungsorientierten Intervention vor und nach der Geburt getestet. (Bakermans-Kranenburg et al., 2003, 2005; Berlin, Ziv, Amaya-Jackson und Greenberg, 2005; Oppenheim & Goldsmith, 2007). Der Fokus liegt dabei auf desorganisierter Bindung, dem bedenklichsten Bindungsstil. Durch die frühen Interventionen sollen Entwicklungen von Bindungsunsicherheit oder Bindungsstörungen, insbesondere bei Risikokonstellationen innerhalb der Familie oder bei sozialen oder somatischen Risiken, die z. B. durch eine Frühgeburt verursacht werden können, vorgebeugt werden.

4.2 Förderung von Resilienz durch Präventionsprogramme

Auch die Befunde zur Resilienz weisen darauf hin, dass die wesentlichen Ansatzpunkte für die Förderung kindlicher Resilienz bei der Unterstützung einer entwicklungsförderlichen Eltern-Kind-Beziehung schon im frühen Kindesalter zu finden sind. Für die positive Entwicklung des Kindes ist in unterstützenden Eltern-Kind-Beziehungen ein stabiles Fundament notwendig. Infolgedessen werden „die Förderung von stabilen Eltern-Kind-Beziehungen, Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen zu den zentralen Ansatzpunkten für frühe Interventionen“ (Sarimski, 2013, S. 12).

Allerdings ist nur die Förderung von Resilienz als Bestandteil eines Präventionsprogramms nicht ausreichend. Kinder, die Resilienzfaktoren aufweisen, werden aufgrund der Interventionen nicht gegen schädigende Einflüsse vollständig immunisiert. „Armut und Massenarbeitslosigkeit, Verelendung von Migranten und Hartz-IV-Abhängigen, kleine, feuchte Wohnungen, Verwahrlosung und Missbrauch von Kindern, Alkoholismus, psychische Erkrankung und Gewalt in Familien sind und bleiben Bedingungen, die die Entwicklung der Kinder belasten“ (Sarimski, 2013, S. 13). Deshalb müssen Interventionsprogramme im Sinne von Präventionsprogramme immer neben der Förderung der Resilienz der Kinder mit sozialen Hilfen und Unterstützungsangeboten verbunden sein, die die Eltern entlasten, ihre Lebenslage verbessern und ihnen helfen psychische Stabilität (wieder-)zugewinnen. Gemäß Sarimski kann eine Intervention bei Kindern in Hochrisikofamilien nur „durch eine Kombination von sozialstaatlicher Grundsicherung, individuell abgestimmten Hilfen für die Eltern, damit sie trotz biografischer Belastung ihr Leben meistern, und einer fachlich qualifizierten Förderung der Kinder und ihrer sozialen Beziehungen“ (2013, S. 13) wirksam sein. Es geht also darum Schutzfaktoren zu fördern, aber zur gleichen Zeit auch Risikofaktoren zu verhindern. Bei der Untersuchung der folgenden Präventionsprogramme soll diese Tatsache insbesondere berücksichtigt werden, weil viele der Kinder mit Bindungsstörungen (oder desorganisierter Bindung) in Hochrisikofamilien aufwachsen und sich eine Intervention nur durch die Berücksichtigung dieser verschiedenen Aspekte als effizient erweisen kann.

4.3 Evidenzbasierung und Kriterien der Bewertung von Präventionsprogrammen

Sowohl im internationalen als auch im deutschsprachigen Bereich ist mittlerweile eine große Bandbreite an Präventionsprogrammen vorhanden, über die es schon fast keinen Überblick mehr gibt (z. B. Schick 2010, für einen Überblick zur schulischen Gewaltprävention). In den letzten Jahren wurde in Deutschland die Wichtigkeit, die Wirksamkeit der Angebote evidenzbasiert zu überprüfen, erkannt. Es wird gefordert, dass „Präventionsangebote angesichts der mit ihrem Einsatz einhergehenden Kosten und der in sie gesetzten Hoffnungen ihre Tauglichkeit durch Evaluationsstudien über die Präventionsprogramme nachweisen müssen, die den gängigen sozialwissenschaftlichen Standards entsprechen“ (Fingerle, Grumm & Hein, 2012, S. 8-9). Aufgrund dessen werden im Folgenden nur internationale und nationale Frühpräventionsprogramme aufgeführt, deren Wirksamkeit durch Evaluationsstudien überprüft wurde – teilweise noch werden. Im Rahmen der Evidenzbasierung liefern randomisierte Kontrollgruppendesigns die validesten Ergebnisse. Auf Grund ethischer Aspekte entscheiden sich Evaluationsgruppen von Frühpräventionsprogrammen gegen eine Randomisierung. Deren Studien können jedoch durch hochrangig, kontrollierte Studien Wirksamkeitsbelege nachweisen und werden in die Auswahl dieser Arbeit miteinbezogen.

5 Frühe Hilfen in Deutschland

Das Projekt „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ wurde 2007 vom Bundesfamilienministerium in die Wege geleitet. Seit 2010 wird es vom „Nationalen Zentrum Frühe Hilfen“ (NZFH) federführend getragen. Die Zielgruppe der Frühen Hilfen sind (werdende) Eltern mit Kindern im Alter zwischen null und drei Jahren. Es wird das Ziel verfolgt die elterlichen Erziehungskompetenzen zu stärken und Kindesvernachlässigung und -misshandlung vorzubeugen (NZFH, 2010). Primäres Anliegen des Modellvorhabens ist „die Entwicklung, Evaluation und flächendeckende Implementierung von frühen Unterstützungssystemen zur Förderung der sicheren Bindung und seelischen Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern und zur Prävention von Kindeswohlgefährdung“ (Sarimski, 2013, S. 111). Die verschiedenen Modellprojekte befinden sich an der Schnittstelle der Systeme „Gesundheitsversorgung“ und „Kinder- und Jugendhilfe“. Sie differieren im Umfang ihres Angebots und in der fachlichen Qualifikation des erforderlichen Personals, die sie umsetzen (Sarimski, 2013). Frühe Hilfen sind in Bezug auf die Gefährdung des Kindeswohls vor den Hilfen zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII) zu verorten (Brand & Jungmann, 2013, S. 25). Im Stufenmodell bedarfsorientierter Prävention sieht das folgendermaßen aus:

1. *Universelle Prävention*, d.h. Gesundheitsförderung für alle (werdenden) Eltern
2. *Selektive Prävention*, d.h. aktives Zugehen auf Familien in Problemlagen
3. *Indizierte Prävention*, d.h. Hilfen zur Erziehung:

Sobald eine drohende Gefährdung des Kindeswohls ermittelt wird, ist eine Einzelfallprüfung im Rahmen der Hilfen zur Erziehung notwendig. Deshalb sind die Hilfen zur Erziehung im Gegensatz zu den Frühen Hilfen eine Form der indizierten Prävention (Brand & Jungmann, 2013). Aufgrund dieser Aufteilung sind die Frühen Hilfen im neuen Kinderschutzgesetz im Bereich der allgemeinen Förderung der Erziehung in der Familie (§ 16 Abs. 3 SGB VIII) eingordnet worden.

Die Modellprojekte der Frühen Hilfen werden alle wissenschaftlich evaluiert. Durch die Evaluation kann die Qualität der Umsetzung und zur gleichen Zeit auch die Effektivität der Programme, insbesondere die spezifischen Wirkfaktoren, überprüft werden. Einige Programme, die in den Frühen Hilfen als Modellprojekte stattfinden, orientieren sich an bereits gut evaluierten Programmen aus den USA an. Aufgrund der unterschiedlichen

Gesundheits- und Sozialsysteme konnten diese jedoch nicht eins-zu-eins übernommen werden und es musste auch evaluiert werden, ob sich diese im deutschen Kontext im gleichem Maße als effektiv erweisen.

Eine Fachkraft, die in den Frühen Hilfen häufig eingesetzt wird, ist die Familienhebamme. Das Modell der Familienhebamme ist ein deutsches, das erst 1980 in Bremen entstanden ist. Die Familienhebamme stellt ein erweitertes Tätigkeitsspektrum zur Verfügung, welches über die Regelversorgung der Hebammen hinausgeht und nicht über die Krankenkasse bezahlt wird. Die Leistungen werden in der Regel mit Mitteln der Kinder- und Jugendhilfe finanziert. Es ist hier jedoch noch keine spezielle sozialgesetzliche Grundlage zur Gewährung dieser Leistungen vorhanden. Eine weitere Herausforderung ist, dass es noch keine einheitliche Fortbildung zur Familienhebamme gibt und der Begriff „Familienhebamme“ gesetzlich nicht geschützt ist. Somit ist es bisher nicht möglich eine Trennschärfe zwischen der Bezeichnung der Hebamme und Familienhebamme herzustellen. Deshalb wird es gemäß Lange in Zukunft „wichtig sein, die verschiedenen Modelle der kommunalen Einbindung von Hebammen und Familienhebammen weitergehend zu evaluieren und das Profil der Tätigkeitsbereiche zu schärfen. Die Fortbildung muss auf die Zieldefinitionen der Familienhebammenarbeit zugeschnitten werden. Außerdem gilt es, den Bedarf zu definieren und zu ermitteln, welche Inhalte, Stundenzahl und welches Format für eine gute Qualifizierung anzustreben sind.“ (2013, S. 60).

6 Frühpräventionsprogramme

Frühpräventionsprogramme können in zwei Strukturen unterteilt werden, die „Komm-“, und die „Geh-Struktur“. In Deutschland waren bislang die mit Komm-Strukturen dominant, bei denen Eltern aktiv einen Kurs besuchen. Als Beispiel kann hier eine Elternschule genannt werden. Die Programme mit „Geh-Strukturen“ sind niedrigschwelliger und werden eher von Hochrisikofamilien in Anspruch genommen. Als Beispiel kann hier ein Hausbesuchsprogramm genannt werden (Jungmann & Pfeiffer, 2010). Im Folgenden werden nur Programme, deren zentrales Element Hausbesuche sind, also Programme mit „Geh-Struktur“, thematisiert. Dieses methodische Vorgehen bei der Auswahl der Programme begründet sich einerseits darin, dass Programme mit dieser Struktur in der Frühprävention in Deutschland erst seit 2007 im Rahmen Frühen Hilfen implementiert wurden. Andererseits ist ein Grund, dass die Familien, in denen Kinder mit einer Bindungsstörung aufwachsen, über eine sehr geringe Verbindlichkeit verfügen (Minnis et al. 2013; von Klitzing, 2009). Um diese Familien besser zu erreichen, sollten insbesondere Programme mit "Geh-Struktur" angeboten werden. Es gibt an sich kein speziell konzipiertes Präventionsprogramm, das ausschließlich die Verhinderung von Bindungsstörungen zum Ziel hat. In den aufgeführten Präventionsprogrammen wird aber auf die potentiellen Risikofaktoren und Schutzfaktoren für Bindungsstörungen eingegangen. Letztlich kann dies als Prävention von Bindungsstörungen betrachtet werden.

Ein Großteil der Frühpräventionsprogramme mit „Geh-Struktur“ hat ihren Ursprung in den USA und viele Modellprojekte in Europa und Deutschland lehnen sich daran an. In den USA laufen manche Projekte bereits seit über 30 Jahren und weisen viele valide Wirksamkeitsbelege auf. Im Folgenden wird der besondere Fokus auf die Ergebnisse der Evaluationen der Präventionsprogramme in den Bereichen der Wirksamkeit und der eingesetzten Fachkräften gelegt. Zu den eingesetzten Fachkräften fanden nicht immer Evaluationen statt, deshalb sind dazu auch nicht immer Ergebnisse vorhanden. Kosten-Nutzen-Analyse oder Prävalenz- und Versorgungsforschung werden im Folgenden vernachlässigt, da diese im Kontext dieser Arbeit eine geringere Rolle spielen. Im Rahmen der zwölf Kriterien der „Good Practice“ wird also besonders auf das Kriterium der Innovation und Nachhaltigkeit der Präventionsprogramme geachtet.

Folgende Tabelle stellt eine Übersicht zu den Frühpräventionsprogrammen dar, die im weiteren Verlauf erläutert werden.

Tabelle 7 Frühpräventionsprogramme					
Programm-/Projektname	Zielgruppe	Aufnahme	Ende	Evaluation	Standort
Nurse-Family-Partnership-Programm	Erstgebärende Frauen in schwierigen Lebensumständen und ihre Familien	Zwischen der 12. und 28. Schwangerschaftswoche	2. Geburtstag des Kindes	Drei große randomisierte Kontrollgruppenstudien	USA
CAPDEP	Familien mit mittlerem Risiko	Zwischen der 29. und 40. Schwangerschaftswoche	2. Geburtstag des Kindes	Randomisierte Kontrollgruppenstudie	Frankreich (Paris)
Pro Kind	Erstgebärende Frauen in belasteten sozialen Lebenslagen und ihre Familien	Zwischen der 12. und 28. Schwangerschaftswoche	2. Geburtstag des Kindes	Längsschnittliche, multi-zentrische Kontrollgruppenstudie mit zufälliger, aber stratifizierter Zuweisung zu einer Treatment- und einer Kontrollgruppe	Deutschland (Niedersachsen, Bremen/Bremerhaven und Sachsen)
STEEP™-Programm	Eltern, die sich Unterstützung im Übergang zur Elternschaft wünschen Familien in Risikokontexten die Unterstützung benötigen	Zwischen der 29. und 40. Schwangerschaftswoche	2. Geburtstag des Kindes	Randomisierte Kontrollgruppenstudie	USA
Wie Elternschaft gelingt	Hoch risikobelastete Eltern-Kind-Paare mit HZE-Bedarf (§ 27,2 SGB VIII).	Zwischen der 29. und 40. Schwangerschaftswoche	2. Geburtstag des Kindes	Längsschnittliche Erhebung mit mehreren Messzeitpunkten mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe	Deutschland (Hamburg, Frankfurt und Offenburg)
Keiner fällt durchs Netz	Werdende Mütter und Väter bzw. Eltern von Neugeborenen mit dem vornehmlichen Fokus auf Familien mit besonderen Belastungen	Geburt	1. Geburtstag des Kindes	Kontrollierten Längsschnittuntersuchung mit drei Messzeitpunkten	Deutschland (Hessen, Saarland und Baden-Württemberg)

6.1 Nurse-Family-Partnership-Programm

Das „Nurse-Family-Partnership“ (NFP)-Programm ist ein Präventionsprogramm, das international zu den bestevaluiertesten Frühpräventionsprogrammen gehört. Es wird in den USA seit den 1970er Jahren von Professor David Olds konzeptionalisiert und läuft dort seit 1977 (Olds, 2006; Olds et al., 1999, 2004). Es wurde zunächst an der Ostküste der USA in Elmira, danach in Memphis und in Denver implementiert. Das Programm gründet sich auf den Theorien der Ökologischen Theorie (Bronfenbrenner, 1979), der Selbstwirksamkeitstheorie (Bandura, 1982) und der Bindungstheorie (Bowlby, 1988). Es setzt sich aus regelmäßigen Hausbesuchen während der Schwangerschaft und in den ersten beiden Lebensjahren zusammen. Die Zielgruppe sind erstgebärende Mütter in schwierigen Lebensumständen und ihre Familien. Die Hausbesuche erfolgen zwischen ein bis zwei Mal pro Monat. Begonnen wird mit den Hausbesuchen ab der 12. bis spätestens zur 28. Schwangerschaftswoche. Die Besuche dauern durchschnittlich 90 Minuten und werden von „Nurses“¹ ausgeführt, die regelmäßig durch Supervision begleitet werden können. Die „Nurses“ fungieren als Berater zur Unterstützung

- der Gesundheitsvorsorge während der Schwangerschaft,
- einer kompetenten und verantwortlichen Versorgung des Kindes nach der Geburt,
- der eigenen Lebensplanung der Mütter,
- der Mobilisierung von unterstützenden Beziehungen innerhalb des sozialen Netzwerks der Mütter,
- der Vermittlung an regionale Hilfeeinrichtungen.

Das Programm zielt darauf ab, die frühe Gesundheitsentwicklung des Kindes und die der Mutter und sowie deren Lebenschancen durch gezielte Unterstützungsmaßnahmen während der Schwangerschaft und während der Säuglings- und Kleinkindzeit zu verbessern.

Eine Evaluation des Programms fand mittels eines randomisierten Kontrollgruppendesign statt. Die Ergebnisse der drei großen randomisierten Kontrollversuche, die in unterschiedlichen Populationen und mit insgesamt über 3.000 Teilnehmer durchgeführt worden sind, zeigten, dass das Programm in zwei seiner wichtigsten Ziele Erfolge verzeichnen konnte:

¹ Die Profession der „Nurse“ existiert in Deutschland nicht in dieser Form, deshalb wird der Begriff nicht übersetzt und die englische Bezeichnung verwendet

- die *Verbesserung des elterlichen Fürsorgeverhaltens*, das anhand von reduzierter Zahl von Verletzungen und Vergiftungen der Kinder, n geringeren Raten von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung und einer besseren emotionalen Entwicklung und Sprachentwicklung des Kindes nachgewiesen werden konnte (Kitzman et al., 1997; Olds, 2006, 2007; Olds et al., 1997)
- die *Verbesserung der Lebensperspektive der Mütter*, welche sich an einer reduzierten Anzahl von dicht aufeinanderfolgenden Schwangerschaften, einer geringeren Arbeitslosigkeit und einer geringeren Fürsorge- und Sozialhilfeabhängigkeit verdeutlichte (Olds et al., 1997, 2004)

Insgesamt zeigte sich, dass eine besonders hohe Effektivität des Programms bei Hochrisikofamilien erzielt werden konnte (Olds et al., 2004, 2007). Auch Cicchetti und Kollegen konnten mittels einer aufwendigen randomisierten Kontrollgruppenstudie Wirksamkeitsbelege für das NFP-Programm vorlegen. Dabei wurden signifikante Effekte in der Förderung sicherer Eltern-Kind-Bindungen und in der Reduktion desorganisierter Bindungsmuster erzielt (Cicchetti, Rogosch und Toth, 2006). Die neusten Ergebnisse zeigen, dass die positiven Effekte bis ins Jugendalter anhielten. Dies konnte anhand geringerer Raten sozial-emotionaler Verhaltensauffälligkeiten, einem geringeren Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum sowie weniger Verhaftungen und Inhaftierungen nachgewiesen werden (Eckenrode, Campa, Luckey, Henderson, Cole et al., 2010; Kitman, Olds, Cole, Hanks, Anson et al., 2010). Insgesamt zeigen die zahlreichen Forschungsergebnisse aus den USA, dass die Wirksamkeit und Effizienz des NFP-Programms unbestreitbar sind. Dabei war eine Verminderung psychopathologischer Phänomene, vor allem Symptome von Bindungsstörungen, nicht ein ausdrückliches Ziel des Interventionsprogramms, dennoch präsupponiert von Klitzing, dass „aufgrund der beschriebenen Wirkmechanismen auch eine gewisse Wirksamkeit im Hinblick auf die Reduzierung solcher Symptome vorhanden ist“ (2010, S. 92).

Die Hausbesuche im NFP-Programm werden von „Nurses“ durchgeführt, obwohl das Programm Familien zur Zielgruppe hat, die oft erhebliche psychische und psychosoziale Belastungsfaktoren aufweisen. Viele der erstgebärenden, einkommensschwachen Mütter, die am Programm teilnehmen, haben Depressionen, erleben häusliche Gewalt oder weisen Substanzgebrauch auf (Nagle & Boris, 2004) und haben begrenzte psychologische Ressourcen (Olds & Korfmacher, 1998). Dennoch identifizierte Olds (1997) „Nurses“

aufgrund ihres Trainings in Mutter- und Kind-Gesundheit, ihrer Fachkompetenz in Lehrtätigkeit und in der Arbeit mit Familien mit komplexen Gesundheitsproblemen und ihrer Zuverlässigkeit als Dienstleister von Gesundheitsfürsorge als die passenden Fachkräfte für das NFP-Programm. Da der Schwerpunkt des Programms auf der „Nurse“-Klient Beziehung liegt, ist immer die erste Aufgabe für die dort involvierten „Nurses“, eine therapeutische Allianz mit den Müttern aufzubauen. Diese stellt das Mittel dar, durch das die „Nurse“ Bildung und Fähigkeiten vermitteln kann, wodurch wiederum die gewünschten Veränderungen erzielt werden sollen. Folglich bildet die Beziehung zwischen der „Nurse“ und den Klienten die Basis für die Umsetzung der Ziele des Programms. Dabei sind die Häufigkeit und Intensität der Hausbesuche und die Betonung der Verwendung der „Nurse“-Klient Beziehung als ein Mittel für Veränderung eher Eigenschaften eines psychotherapeutischen Modells von Intervention als eines medizinischen, welches die „Nurses“ eigentlich gewohnt sind.

In einer Studie von Zeanah et al. 2006 wurden neun „Nurses“ ($N = 9$), die das NFP-Programm durchführten, in drei Fokusgruppen untersucht. Diese hatten durchschnittlich eine Anzahl von 15 bis 20 Fällen. Dabei wiesen Mütter, die von den neun „Nurses“ betreut wurden, folgende psychiatrische Diagnosen: Depressionen, bipolare Störungen, Trichotillomanien, Substanzmissbrauch, Persönlichkeitsstörungen und Angststörungen, insbesondere PTSD. Bei der Schätzung, wie viel Prozent von ihrer Zeit psychische Probleme ausmachten, gab es eine beachtliche Uniformität, die Schätzung der „Nurses“ lag bei 40 % bis 75 %. Die meisten „Nurses“ nahmen sich dabei als gut ausgebildet für die Erkennung von Symptomen von Störungen wahr. Nichtsdestotrotz machten sich viele Sorgen, dass es schleichende Manifestationen von Problemen gegeben haben könnte, die unerkannt blieben. Des Weiteren hatten die „Nurses“ die Wahrnehmung, dass der große Teil der Zeit, der für den Umgang mit diesen Problemen gebraucht wurde im Zusammenhang mit der Komplexität der Probleme stand. Sechs „Nurses“ hatten einen Berater zu psychischer Gesundheit zur Verfügung stehen. Diese vermerkten, dass dieser hilfreich für die Unterstützung der Mütter in dem Umgang mit ihren Problemen und für sie selbst im Umgang mit ihren eigenen Emotionen war. Ein essentieller Bestandteil des Erfolgs des NFP ist gemäß Zeanah et al. (2006) die Person der „Nurse“ und ihre Kompetenz, eine sorgende und unterstützende Beziehung zu der Mutter und dem Kind aufzubauen. Ihre Anwesenheit und der Prozess, in dem sie ihre Arbeit leisten, sind therapeutisch. Deshalb sollte

gemäß der Studie von Zeanah et al. besonders darauf geachtet werden, dass die „Nurses“ genug Zeit haben, ihre Erfahrungen formal (Supervision, Fallkonferenzen und Beratung) und informal zu verarbeiten.

Zum Schluss sollen noch einmal drei Stärken des Programms resümiert werden. Das NFP-Programm zeichnet sich aus aufgrund seiner theoretischen Fundierung, seiner konsequenten Standardisierung der Intervention und der breiten empirischen Evaluation.

6.2 CAPEDP-Projekt

Das CAPEDP-Projekt ist ein Studie, die von 2006 bis 2011 in Paris durchgeführt wurde (Guedeney et al., 2014; Saias et al., 2013). Die Abkürzung steht für „Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance: Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience“, übersetzt „Elterliche Kompetenz und Bindung in der frühen Kindheit: Verminderung des psychischen Erkrankungsrisikos und Förderung von Resilienz“. Das Projekt stützt sich auf das NFP-Programm von Olds und richtet sich ebenso an Frauen ab dem dritten Trimester der Schwangerschaft und geht bis zum zweiten Geburtstag des Kindes. CAPEDP ist ein psychodynamisches und bindungsorientiertes Projekt und hat im Vergleich zu den meisten anderen Hausbesuchsprogrammen zwei Spezifitäten. Die erste ist, dass es die psychische Gesundheit bei Kindern in Familien fördert, die theoretisch schon freien Zugang zu einem der ausgedehntesten, umfassendsten und seit langem bestehenden Sozial- und Wohlfahrtsysteme in der westlichen Welt hat. Das Besondere an dem französischen System sind die sogenannte „Protection Maternelle et Infantile“ (PMI, Schutz für Mutter und Baby), landesweite, gemeindeorientierte Mutter-Kind Unterstützungs- und Präventionsdienste, die nicht aus der eigenen Tasche bezahlt werden müssen (Guedeney, 2013, S. 266). Diese wurde am Ende des Zweiten Weltkriegs entwickelt. Von Beginn der Schwangerschaft bis zum dritten Geburtstag haben die Mütter einen direkten Zugang zu den kostenlosen PMI Zentren. Jedoch wurden die PMI in der Vergangenheit nie im Hinblick auf Kosten und Effizienz geprüft (Ikounga N’Goma & Brodin, 2001). CAPDEP ist damit die erste französische, kontrollierte Studie über Frühprävention. Die zweite Spezifität ist, dass die Hausbesuche von qualifizierten Psychologinnen durchgeführt wurden. Die Durchführung des Projekts mit

Psychologen ist ein großer Paradigmenwechsel, weil es zuvor nur von „Nurses“ durchgeführt wurde. Im Rahmen der Beschreibung der Evaluation wird auf diese Spezifität des Projektes ausführlicher eingegangen (Tubach et al., 2012).

Das Manual von CAPEDP bezieht sich auf Weatherston's Werk zu Hausbesuchen und reflektierender Supervision (Weatherston, 2000), auf das Curriculum "Florida State Partners for a Healthy Baby Home Visiting" (Florida State University Center for Prevention and Early Intervention Policy, 2007) und auf das Steps Towards Effective Enjoyable Parenting (STEEPTM)-Programm (Erickson & Egeland, 2009). Der theoretische Hintergrund bildet Selma Fraibergs Konzept der "Gespenster im Kinderzimmer" (Fraiberg, 1980) mit den Leitgedanken zu entwicklungsbedingten Konflikten zwischen Säuglingen und jungen Müttern. Des Weiteren fand eine weitgehende Verwendung des Entwicklungsberatungsansatzes von McDonough (McDonough, 1993) statt. Das Motto von CAPEDP war: „Entwickle ein Arbeitsbündnis und stell dich der Mutter als Informationsquelle, als Unterstützung und Hilfe zur Verfügung, als Mensch, mit dem sie gemeinsam über sich selbst, über ihre Beziehungen zu ihrem Kind nachdenken kann“ (Guedeney, 2013, S. 269). Es gab vier Kriterien, die die Mütter zur Teilnahme erfüllen mussten (i) sie mussten jünger als 26 Jahre alt sein, (ii) weniger als 27 Wochen schwanger, (iii) ausreichend die französische Sprache beherrschen, um von der Intervention profitieren zu können und (iv) mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllen: Schulbesuch von weniger als 12 Jahren, geringer sozio-ökonomischer Status (Sozialleistungsempfänger oder nah an der Armutsgrenze) oder die Absicht verfolgen ihr Kind alleine groß zu ziehen. Die Ziele der Intervention sind die Verbesserung

- des Gesundheitsverhalten der Mütter (Verringerung mütterlicher postpartaler Depressionen),
- der persönlichen und professionellen Entwicklung der Mütter (eine sichere Mutter-Kind-Bindung),
- ihrer Bildung,
- ihres Einbezugs in soziale Netzwerke sowie ihrer elterlichen Fähigkeiten.

Während der Hausbesuche wurden mit dem Einverständnis der Mutter, alltägliche Interaktionen videografiert und bei dem darauffolgenden Hausbesuch wurde dieses Video angeschaut und diskutiert. Jede Intervention basierte dabei auf vier Themen: die Familie

und ihr soziales und kulturelles Netzwerk, die Bedürfnisse und die Gesundheit der Mutter, die Gestaltung einer sicheren und stimulierenden Umgebung für den Säugling und die Entwicklung des Säuglings.

Anhand eines randomisierten Kontrollgruppendesigns wurde die Wirksamkeit des Projektes evaluiert. Der Stichprobenbestand ($N = 440$) wurde bei zehn Entbindungsstationen in Frankreich anhand der oben beschriebenen vier Einschlusskriterien rekrutiert. Davon wurden diese per Randomisierung der Interventionsgruppe (IG: $n = 222$) und der Kontrollgruppe (KG: $n = 218$) zugeteilt. In der Stichprobe war das Durchschnittsalter der Mütter 22 Jahre, es war eine hohe Prävalenz an postpartaler Depression (PPD) (50%) mit hoher Rate an Suizidgedanken und ein hohes Auftreten von ungewollten Schwangerschaften vorhanden. Die Stichprobe war letztlich viel vulnerabler als erwartet (Saias et al., 2012). Eine Unterstichprobe von 120 Familien fand zusätzlich eine spezifische Beurteilung der Bindung und des Verhalten des Betreuers des Kindes. Diese wurde während der Hausbesuche von einem unabhängigen Beurteilungsteam und für die Bindungsuntersuchungen in einem spezifischen Labor, das für Bindungsbeurteilung gestaltet wurde, durchgeführt. Die zentrale Motivation für CAPEDP war herauszufinden, in welchem Ausmaß die Prävalenz von Psychopathologie bei einem zweieinhalbjährigen Kind (gemessen mit der Child Behavior Checklist) durch eine Abnahme der postpartalen Depression der Mutter (anhand der Edinburgh Parental Depression Scale (EPDS)) und durch die Zunahme von Bindungssicherheit beim Kind beeinflusst wird (durch das Home Observation Measurement of the Environment (HOME) gemessen). Des Weiteren wollte das Forschungsteam herausfinden, in welchem Ausmaß mütterliches desorganisiertes Verhalten durch eine Zunahme in mütterlichen Mentalisierungsfähigkeiten und eine Abnahme in mütterlicher Isolation beeinflusst werden kann (Guedeney et al., 2014).

Es stellte sich heraus, dass eines der Hauptziele der Intervention nicht erreicht werden konnte, da drei Monate nach der Geburt nicht eine signifikante Abnahme der postpartalen mütterlichen Depression gemessen wurde. In Bezug auf die PPD war ein Erfolg, dass trotz hoher Rate an Suizidgedanken bei der IG kein Suizidversuch zu verzeichnen war (Guedeney et al., 2014). Es gibt auch einige positive Ergebnisse der Evaluation der Intervention, die klinisch bedeutsam sind. So ist ein Ergebnis von besonderer Relevanz, dass die Intervention einen positiven Effekt auf die Nutzung von PMI und von psychiatrischen

Diensten hatte. Des Weiteren hat die Intervention zu einer signifikanten Zunahme in der sozialen Unterstützung der Kinder durch die Mütter geführt, d.h. es wurde mehr mit den Kindern gespielt und die Kinder wuchsen eher in einer altersentsprechenden Spielumgebung auf. Beachtlich war außerdem die Feststellung, dass die Intervention im Bereich Desorganisation einen signifikanten Unterschied machte und die Desorganisation in der Bindung des Kindes deutlich reduziert wurde (Guedeney et al., in press). Interessant ist dabei, dass dies nicht in Zusammenhang mit der Abnahme bei dem mütterlichen Level von PPD oder einer Zunahme an Mentalisierungsfähigkeiten (anhand des Insightfulness Assessment) (Oppenheim & Koren-Karie, 2002) steht. Die Verwendung von Videos innerhalb der auf Hausbesuchen basierenden Intervention scheint die Mütter dabei unterstützt zu haben, dass diesen, das desorganisierte Verhalten bewusst gemacht wurde. Einzig dadurch wurde eine Abnahme des mütterlichen desorganisierenden Verhaltens mit Hilfe der AMBIANCE Skala erzielt. (Lyons-Ruth & Melnick, 2004).

Insgesamt waren elf Psychologinnen im Projekt tätig, von denen sieben die Hausbesuche durchführten und vier die psychologischen Tests. Die eingesetzten Psychologinnen erhielten wöchentlich individuelle Supervision durch Therapeuten und zweiwöchentlich Gruppensupervision durch den Hauptversuchsleiter. Die Supervision stellte hierbei ein zentrales Element des Projektes dar, weil die Arbeit der Psychologinnen nur zu einem Teil aus Informationsweitergabe und Prävention bestand und zu anderem diese auch oftmals bei ihren Hausbesuchen Eltern-Kind Therapien, individuelle Therapien mit den Müttern oder sogar Paartherapien durchführten (Guedeney et al., 2014).

Basierend auf der Hypothese, dass Professionelle, die im Bereich der Psychologie über fundiertes Wissen verfügen, bessere Fähigkeiten haben, wurden die Hausbesuche von Psychologinnen durchgeführt. Das Ziel war, dass die Psychologinnen verschiedene potentielle Determinanten von psychischer Gesundheit von Kindern in Multi-Risiko Situationen identifizieren und adäquat darauf reagieren. Laut Rückmeldung der Psychologinnen war es für sie schwierig, auf die sozialen Probleme der Familie unterstützend einzugehen. Diese Rückmeldung weist auf die Relevanz von kontinuierlichem Training hin, bei dem die für die Hausbesuche eingesetzten Fachkräfte lernen, wie sie auf Herausforderungen eingehen können, wenn diese während der Intervention auftauchen (Guedeney

et al., 2014). Schlussendlich ist eine auf Hausbesuchen basierende Intervention anspruchsvoll und beansprucht, um effektiv zu sein, unabhängig von den eingesetzten Fachkräften, ein hohes Level an Supervision und Unterstützung (ebd.).

6.3 Pro Kind

„Pro Kind“ ist ein Modellprojekt aus Deutschland, das sich am Konzept des NFP-Programms orientiert. Wie bereits bei der Beschreibung des NFP-Programms erwähnt, belegen die amerikanischen Befunde die Wirksamkeit und Effizienz des Programms. In Deutschland muss dennoch untersucht werden, ob das Projekt Pro Kind im Kontext des bundesdeutschen Gesundheits- und Sozialsystems die Erwartungen erfüllt. Eventuell muss das Programm, obwohl es sich in den USA bewährt hat, mehr an die speziellen Gegebenheiten der deutschen Gesellschaft und des Wohlfahrtsystem angepasst werden, da es große Unterschiede zwischen dem US-amerikanischen und dem deutschen Gesundheits- und Sozialsystem und in der Zusammensetzung der Bevölkerung der jeweiligen Länder gibt. Bereits bei CAPEDP konnte eine Anpassung an den französischen Kontext festgestellt werden. Bei Pro Kind fand in einigen Teilen des Programms bereits im Vorhinein eine Anpassung an den bundesdeutschen Kontext statt, die besonders bei der Auswahl der Fachkräfte, die die Hausbesuche durchführt, offensichtlich wird (Brand & Jungmann, 2012).

Pro Kind wird derzeit in drei Bundesländern durchgeführt und evaluiert: in Niedersachsen, Bremen/Bremerhaven und Sachsen. Zielgruppe sind erstgebärende Mütter, die sich in einer finanziellen Problemlage befinden und weitere persönliche Belastungsfaktoren, wie Minderjährigkeit, alleinerziehend oder soziale Isolation aufweisen. Das Programm ist so aufgebaut, dass die entsprechenden Mütter zwischen der 12. und 28. Schwangerschaftswoche in das Projekt aufgenommen werden können und bis zum zweiten Geburtstag des Kindes betreut werden. Es gibt in Deutschland, im Gegensatz zum NFP-Programm in den USA, zwei Varianten der Betreuung entweder die durch ein Tandem aus Hebamme und Sozialpädagoginnen oder die durch eine im Projekt festangestellte Hebamme. Die eingesetzten Hebammen und Sozialpädagoginnen erhalten Fortbildungen zu den konzeptionellen Schwerpunkten des Projekts sowie wöchentliche oder 14tägliche Supervision, je nach Begleitvariante (Jungmann, Adamaszek und Kolanowski, 2008).

Das Projekt läuft folgendermaßen ab: Es werden zu Beginn wöchentlich und im weiteren Verlauf 14täglich Hausbesuche durchgeführt. Deren Ziel ist die Erreichung

- einer positive Beeinflussung der Gesundheit der Mutter und des Kindes bereits in der Schwangerschaft,
- eine verbesserte Nutzung von sozialen Netzwerken zur Unterstützung bei der Bewältigung schwieriger Lebenslagen, also Freisetzung von Ressourcen,
- eine Stärkung des Zutrauens in eigene Fähigkeiten zur Verhaltensänderung und zum Erwerb positiven Erziehungsverhaltens,
- eine Änderung dysfunktionaler Bindungsmuster durch eine verlässliche Beziehung zu einer respektvollen und empathischen Begleiterin und die Förderung feinfühligem und responsiven Erziehungsverhaltens (Jungmann, Kurtz und Brand, 2008).

Unterstützt wird die Arbeit mit dem Projektleitfaden des NFP-Programms durch die zur Hilfenahme von Arbeitsmaterialien, wie zum Beispiel Informationsblätter (Wissensvermittlung zu einzelnen Themen wie zum Beispiel Passivrauchen oder Stillen) oder Arbeitsblätter (Reflexion eigener Überzeugungen, Dokumentation von Veränderungen), durch weitere Programmmodule, wie dem psychoedukativen Curriculum PIPE (Partners In Parenting Education), durch die Arbeit mit einer Entwicklungstabelle sowie durch ein Modul zur zahnärztlichen Gesundheitsfrühförderung.

Die Begleitforschung zu dem Projekt wurde bis 2012 an allen Projektstandorten durchgeführt (Jungmann et al., 2008, 2010; Jungmann & Brand 2013; Kurtz, Brand und Jungmann, 2010). Die Evaluation fand durch eine längsschnittliche, multizentrische Kontrollgruppenstudie mit zufälliger, aber stratifizierter Zuweisung zu einer Treatment- und einer Kontrollgruppe statt. Die Kontrollgruppe hatte dabei nur Zugang zum regionalen üblichen Versorgungsangebot. Mit der Leitfrage, ob und in welchem Ausmaß das Projekt bei den Kindern und ihren Eltern die gewünschten Ergebnisse und Erfolge erzielt, wurde das pränatale mütterliche Gesundheitsverhalten und die kindliche Gesundheit und Entwicklung untersucht. Dabei fanden zwei Erhebungen während der Schwangerschaft statt. Nach der Geburt wurden die Mütter 6, 12 und 24 Monate postpartum befragt und der kindliche Entwicklungsstand wurde untersucht. Insgesamt wurden zwischen April 2006 und Dezember 2009 1157 schwangere Frauen an das Modellprojekt vermittelt. Aufgenommen wurden in das Projekt am Ende 755 Frauen ($N = 755$), dabei wurden die meisten

durch Frauenärzte (22%) und Beratungsstellen (18%) rekrutiert (Quelle: Brand & Jungmann, 2013, S. 58).

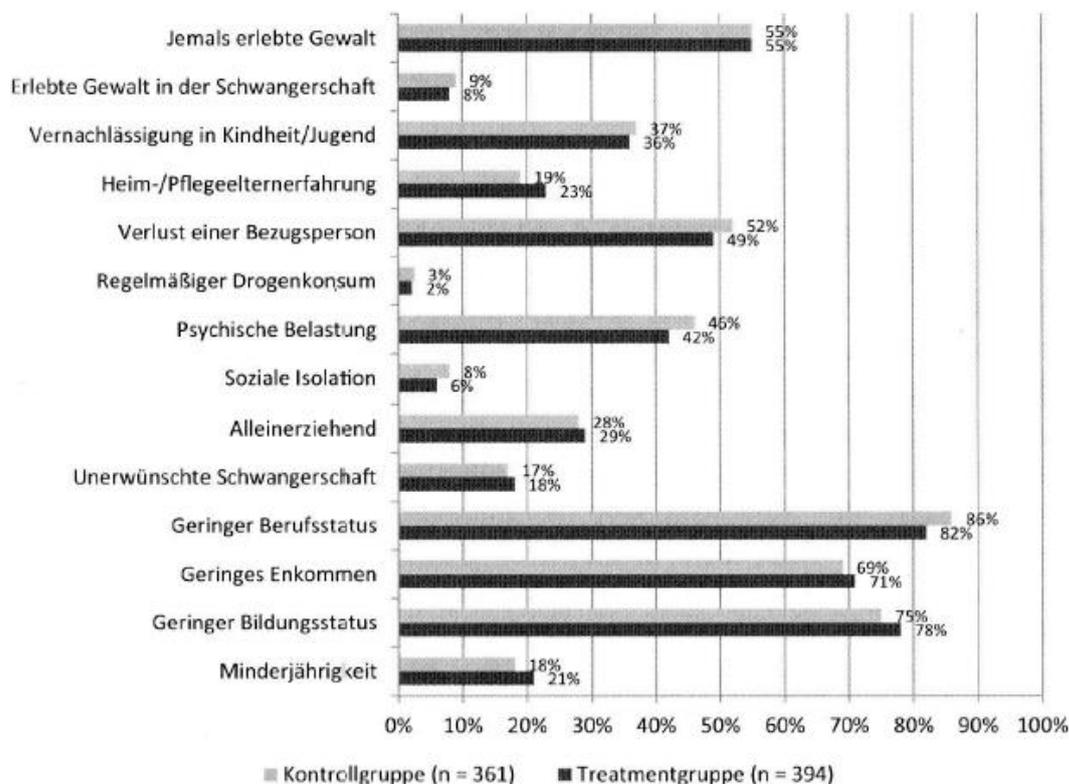


Abbildung 5: Belastungsfaktoren der aufgenommenen Frauen (Aus: Brand & Jungmann, 2013, S. 57)

Durch Abbildung fünf wird die erhöhte Belastung der Frauen durch verschiedene psychosoziale Risikofaktoren deutlich. Die Drop-out-Rate von 27% fiel besonders hoch aus. Ursachen hierfür lagen an einem mangelnden Interesse oder mangelnder Zeit (36%), Nichterreichbarkeit oder Umzug (22% bzw. 21%) bzw. an der Herausnahme des Kindes aus der Familie (5%). Folgende Instrumente wurden zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten eingesetzt. Das Gesundheitsverhalten während der Schwangerschaft wurde anhand von Selbstangaben in einem standardisierten Face-to-Face-Interview und anhand des Mutterpasses bzw. des U-Untersuchungshefts analysiert. Die kindliche Gesundheit wurde anhand des U-Untersuchungsheft (Angaben U1 bis U6) untersucht und die kindliche Entwicklung wurde anhand des Bayley Scales of Infant Development (BSID)-II festgestellt.

Bei den Ergebnissen zur Wirksamkeit von Pro Kind sind bisher in der Literatur hauptsächlich Ergebnisse von der Datenauswertung des Gesundheitsverhaltens der Mütter vorhanden. Die Auswertung der Daten, die bei den Kindern im Alter von 24 Monaten erhoben wurden, ist noch nicht veröffentlicht worden. Die vorhandenen Ergebnisse verweisen nicht auf einen positiven Effekt der Intervention auf das gesundheitsbezogene Verhalten der Mütter der IG während der Schwangerschaft im Vergleich zur KG. Es zeigten sich auch keine signifikanten Unterschiede bei den Entwicklungsmaßen der Kinder im Alter von einem Jahr. Des Weiteren konnte in den Fragebögen, die die Mütter ausfüllten, kein signifikanter Unterschied in den Beurteilungen der mütterlichen Selbstwirksamkeit und ihrer Erziehungskompetenzen festgestellt werden. Der einzige positive Effekt konnte anhand eines günstigeren Verlaufs der kognitiven Entwicklung bei den Kindern der Interventionsgruppe nachgewiesen werden.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass das Modellprojekt Pro Kind zwar das Ziel, die Zielgruppe multipel risikobelastete Schwangere zu erreichen, die Präventionsangebote üblicherweise nicht in Anspruch nehmen, realisieren konnte (Bundesministerium für Gesundheit, 2008; Lampert & Kurth, 2007). Dennoch konnten die Erwartungen von positiven Programmeffekten auf das mütterliche Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten nicht bestätigt werden. Des Weiteren sind ebenfalls bisher keine positiven Effekte der Intervention auf die Geburtsoutcomes und die weitere gesundheitliche Entwicklung der Kinder festgestellt worden. Einzig bei der kognitiven Entwicklung der Kinder konnte ein erster tendenzieller Treatmenteffekt im Alter von zwölf Monaten nachgewiesen werden (Jungmann et al., 2010). Nichtsdestotrotz bleiben die Ergebnisse für Auswertung der Daten, die im Alter von 24 Monaten erhoben wurden, abzuwarten.

Ein weiterer Aspekt, der untersucht wurde, war die Qualität der Umsetzung. Da das NFP-Programm in den USA professionelle Familienbegleiterinnen, sog. „Nurses“, einsetzt und dieses Berufsbild in Deutschland aber nicht existiert, wurden in Deutschland Hebammen, Kinderkrankenschwestern und Sozialpädagoginnen als Fachkräfte für das Modellprojekt Pro Kind ausgewählt. Bei der Auswahl dieser Fachkräfte gab es ein Anforderungsprofil, weil die Hausbesuche „durch die Nähe zu den Familien einerseits und deren vielfache Belastungen andererseits hohe fachliche persönliche Anforderungen an die Fachkräfte“

(Brand & Jungmann, 2013, S.61) stellen. In Tabelle neun wird dieses Anforderungsprofil dargestellt.

Tabelle 9 Anforderungsprofil für die Fachkräfte (Aus: Brand & Jungmann, 2013, S. 62)		
Wissen und Erfahrung		
Wissen	Profession	Hebamme, Kinderkrankenschwester, Sozialpädagogin
	Zusätzliche Qualifikation	Wünschenswert: Weiterbildung zur Familienhebamme, Fortbildung im systemischen, familientherapeutischen Bereich
Erfahrung	Allgemein	Mehrjährige Berufserfahrung
	Spezifisch	Erfahrung in der Arbeit mit sozial benachteiligten Familien
Fertigkeiten		
	Kompetentes Durchführen von Hausbesuchen	
Fähigkeiten		
	Ressourcenorientiertes Arbeiten	
	Lösungsorientiertes Arbeiten	
Persönlichkeitseigenschaften		
	Empathische, wertschätzende Haltung gegenüber den Familien	
	Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit	
	Bereitschaft, an Forschung und Dokumentation mitzuwirken	

An der Umsetzung der Betreuung der Familien im Modellprojekt waren schlussendlich 60 Fachkräfte beteiligt. Davon waren 23 Sozialpädagoginnen, 36 Hebammen (5 davon mit einer Weiterbildung zur Familienhebamme) und eine war Kinderkrankenschwester. Diese waren zu Arbeitsbeginn im Mittel 40,3 Jahre alt, hatten durchschnittlich 15,2 Jahre Berufserfahrung sowie 11,1 Jahre Erfahrung im Umgang mit sozial benachteiligten Familien. Alle hatten die deutsche Staatsangehörigkeit und sind neben ihrer Tätigkeit für Pro Kind in der Regel als freiberufliche Hebamme oder in der sozialpädagogischen Familienhilfe tätig (Jungmann et al., 2010).

Dabei gab es, wie bereits beschrieben, zwei verschiedene Betreuungsvarianten. Die erste war eine durchgängige Begleitung durch eine Hebamme oder Kinderkrankenschwester und die andere war eine Tandem-Variante mit jeweils einer Hebamme und einer Sozialpädagogin. Die erste Variante stützte sich stark auf das NFP-Programm, bei dem die Familien von der Schwangerschaft bis zum zweiten Geburtstag von einer „Nurse“ begleitet werden. Bei der zweiten Variante führte die Hebamme die Besuche in der Schwangerschaft und während des Wochenbetts durch. Um die achte Lebenswoche des Kindes fand dann ein Wechsel zur Sozialpädagogin statt, die dann die Besuche bis zum Ende des Programms durchführte. Zur Optimierung des Übergangs gab es gemeinsame Besuche von

Hebamme und Sozialpädagogin in der Schwangerschaft und nach Beendigung des Wochenbetts. Für die Begleitvariante werden verschiedene Begründungen aufgeführt. Eine wesentliche war, dass die ganzheitliche Prävention im Sinne von Pro Kind nicht im Rahmen der HebVO finanziert wird. Die HebVO finanziert bisher nur die dort aufgeführten Inhalte der Hebammentätigkeit. Durch die Aufteilung zwischen der Hebamme und der Sozialpädagogin konnten die Hebammenbesuche im Rahmen der regulären Schwangervorsorge und -nachsorge durch die GKV und der nachgeburtliche Einsatz von Sozialpädagoginnen im Rahmen der Sozialpädagogischen Familienhilfe § 31 SGB VIII finanziert werden. Diese Variante entspricht also den deutschen Finanzierungsstrukturen (Brand & Jungmann, 2012). Ein grundlegendes Element des NFP-Programms wird jedoch vernachlässigt. Denn durch den Wechsel zwischen Hebamme und Sozialpädagogin wird möglicherweise der vertrauensvolle Beziehungsaufbau, der als ein wesentliches Element für den Begleitungserfolg angesehen wird (Korfmacher, Green, Spellmann und Thornburg, 2007), beeinträchtigt. Des Weiteren gilt es zu berücksichtigen, dass Hebammen normalerweise nicht in Verbindung mit dem Jugendamt gesehen werden, sodass durch ihre Profession weniger die Kontrolle des Kindeswohl und mehr die präventive und gesundheitsförderliche Ausrichtung des Programms in den Blickwinkel der Mütter gerät und somit die Hemmschwelle der Mütter zur Teilnahme am Programm sinkt (Brand & Jungmann, 2012). Auf diesem Hintergrund spricht einiges für die Variante der Hebamme.

In einer Studie hat Brand et al. (2013) die beiden Modelle mittels eines quasi-experimentellen Designs anhand der Mütter der Treatmentgruppe ($n = 394$) evaluiert. 213 der Mütter erhielten eine durchgängige Begleitung und 173 eine Begleitung im Tandem. Die Ergebnisse der Evaluation bestätigen die vorherigen Annahmen in Bezug auf die Beeinträchtigung des Beziehungsaufbaus. Bei dem Tandem-Modell war es schwieriger eine enge Begleitbeziehung aufzubauen, „[dies] ist vor allem an den Tendenzen zu einer geringeren Rate an vorzeitigen Teilnahmebedingungen und einer positiveren Bewertung der Teilnahmezufriedenheit, der Begleitbeziehung und des Engagements während der Besuche in der durchgängigen Begleitung erkennbar“ (Brand & Jungmann, 2013, S.131). Es war also ein höherer Prozentsatz bei der Drop-Out-Rate der Mütter, die vom Tandem-Modell begleitet wurden, vorhanden (38,2 % vs. 29,9 %, Odds Ratio: 1.51, $p = .052$). Jedoch gab es keine allgemeine statistische signifikante Unterschiede bei den Gründen für den Drop-out ($\chi^2(df = 5, n = 144) = 4.467, p = .484$). Dennoch sind die 8 % Unterschied bei der

Drop-out-Rate zwischen den Modellen für die Hausbesuchs Praxis als bedeutungsvoll anzusehen. Die Bestätigung der Beeinträchtigung des Beziehungsaufbaus durch das Tandem-Modell weist darauf hin, dass das Modell bei dem nur die Hebamme die Familie begleitet, bevorzugt werden sollte. Bei den Hebammen ist dennoch ein Defizit in Bezug auf die fachlichen Qualifikation und die Gefahr der Überforderung aufgrund der hohen psychosozialen Belastungen der Familien vorhanden. Dies zeigte sich auch in den Ergebnissen. Die Hebammen mussten sich zusätzlich in umfangreiche Themenbereiche einarbeiten und es wurde deutlich, dass die Hebammen einen besonderen Fortbildungsbedarf in der Gesprächsführung hatten. Auch ist die Einschätzungsunsicherheit von Gefährdungssituationen von den Hebammen nicht zu vernachlässigen. Des Weiteren sind die strukturellen Rahmenbedingungen für diese Begleitvariante im Kontext von Finanzierung nicht vorhanden. Dennoch gibt es bereits bei der fachlichen Qualifikation und der Finanzierung Veränderungen, z. B. durch die Fortbildung der Hebammen zu Familienhebammen, diese Variante wurde in Kapitel fünf bereits erläutert. Das Modell der Familienhebamme könnte also in Bezug auf fachliche Qualifikation, Fortbildung und Finanzierung eine Lösung dieses Problems sein. Der Aspekt, dass bei den Familien hohe psychosoziale Belastungen vorhanden sind, die sehr herausfordernd sein können, ist bereits beim NFP-Programm und auch bei CAPEDP deutlich geworden. Bei dem NFP-Programm wurde bereits darauf verwiesen, wie wichtig es ist, den eingesetzten Fachkräften genügend Zeit für eine formale durch Supervision, Fallkonferenzen und Beratung sowie informale Verarbeitung der Erfahrungen zu gewähren. Dieser Aspekt sollte also auch beim Einsatz von Hebammen bedacht werden.

Die Betreuungsvariante durch das Tandem-Modell entspricht eher den Strukturen in Deutschland. Diese Variante vernachlässigt aber ein zentrales Element des Grundkonzepts des NFP-Programms: den Aufbau einer engen Begleitbeziehung. Diese ist das Mittel durch das in den Hausbesuchen Bildung und Fähigkeiten vermitteln werden können, durch die wiederum Veränderungen erzielt werden sollen. Für die Frühen Hilfen ist die Absicherung der Wirksamkeit der einzelnen Projekte von besonderer Relevanz. Kann die Wirksamkeit aber bei Pro Kind nicht nachgewiesen werden, da z. B. dem Grundkonzept des Programms nicht folgegeleistet wird, steht der Einsatz des Modellprojektes als Frühe Hilfe in Frage. Folglich müssen, damit die Wirksamkeit abgesichert werden kann, für die

effektive Umsetzung des Programms in Deutschland strukturelle Veränderungen stattfinden, z. B. der Ausbau des Berufsmodells der Familienhebamme, wodurch die für die Hausbesuche benötigte fachliche Qualifikation und die Finanzierung der Hebammen gewährleistet werden könnte.

6.4 STEEP™-Programm

Das „Steps Toward Effective Enjoyable Parenting“ (STEER™)-Programm wurde in den USA 1987 von Byron Egeland und Martha F. Erickson entwickelt. Es basiert auf der zentralen prospektiven Längsschnittstudie zu bindungstheoretischen Fragestellungen, dem Minnesota Parent-Child Project (MPCP), das 1975 in den USA begonnen wurde und bis heute andauert. Erkenntnisse des MPCP, bei dem inzwischen die vierte Generation teilnimmt, sind in die praktischen Interventionsstrategien des STEER™ eingeflossen (Kißgen & Suess, 2005b, S. 124). Das Programm bezieht sich also auf Forschungsergebnisse der Längsschnittstudie und als bindungsbasiertes Programm auch auf Erkenntnissen der Bindungsforschung und profitiert von dieser Kombination. Die Zielgruppen sind sowohl alle Eltern mit ihren Kleinkindern im Alter von null bis zwei Jahren, die sich Unterstützung im Übergang zur Elternschaft wünschen, als auch ganz spezifisch die Familien, die in einem Risikokontext leben und Unterstützung benötigen. Bei diesen geht es besonders um die Reduzierung von Gefahren von Vernachlässigung und Kindesmisshandlung und die Förderung eines angemessenen und feinfühligem Umgangs der Eltern mit ihren Kindern. Das Programm beginnt in der Regel im letzten Drittel der Schwangerschaft und läuft bis zum ersten Geburtstag des Kindes. Dabei findet ein wöchentlicher Wechsel zwischen Hausbesuchen und Gruppensitzungen statt. Die STEER™-Beraterinnen sind Fachkräfte mit einem abgeschlossenen Studium in einer pädagogischen Fachrichtung oder Psychologie. Ein zentraler Bestandteil bei den Hausbesuchen ist die regelmäßige Aufnahme und das gemeinsame Betrachten von videografierten Interaktionen zwischen der Mutter und ihrem Kind (Seeing is Believing SIB™). Diese dienen sowohl der Reflexion der angemessenen Interaktion mit dem Kind als auch der Beziehungsgeschichte der Mutter, im Sinne von „Rückschau, um vorwärts zu kommen“, damit ist gemeint, dass die Mütter eruieren sollen, was sie aus ihren eigenen Erfahrungen in ihrer Kindheit übernehmen und was sie verändern wollen. Die Gruppensitzungen finden mit maximal zehn teilnehmenden Müttern statt und dauern insgesamt ungefähr drei Stunden. Das Ziel von den Gruppensitzungen und auch von Einzelgesprächen ist unter anderem,

dass die Mütter eine Beziehung zu dem regional vorhandenen Unterstützungssystem herstellen.

Das Programm wurde Ende der 1980er Jahre durch eine randomisierte Kontrollgruppenstudie evaluiert (Egeland & Erickson 1993; 2004). Die Stichprobe setzte sich aus 154 Familien zusammen, einer der Interventionsgruppe ($n = 80$), die am Programm teilnahm und einer Kontrollgruppe ($n = 74$), die nicht am Programm teilnahm. Die Mütter wiesen alle aufgrund ihrer finanziellen Problemlage psychosoziale Belastungen auf.

Das Ergebnis war, dass die Mütter, die an dem STEEPTM-Programm teilgenommen hatten, im Vergleich zu den Müttern der KG ein besseres Verständnis für die Entwicklung ihres Kindes hatten, dass sie ihren eigenen Lebensalltag besser bewältigen konnten und sie eine geringere Neigung zu depressiven Symptomen zeigten. Unter anderem wurden bei den Müttern, die am STEEPTM-Programm teilgenommen hatten, höhere Feinfühligkeitswerte festgestellt. Das Hauptziel der Verbesserung der Feinfühligkeit der Mütter konnte also erreicht werden. Dennoch wurde bei der Bindungsqualität kein Unterschied zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe festgestellt (Egeland & Erickson, 2004). Hintergrund dafür ist, gemäß den Autoren, dass die Projektdauer von einem Jahr für einige der hoch belasteten Mütter zu kurz war, um ein stabiles Vertrauensverhältnis zur Beraterin entwickeln zu können. Infolgedessen wurde die Interventionsdauer in der Weiterentwicklung des Programms auf zwei Jahre ausgebaut. In darauffolgender Evaluation konnte aufgrund der Veränderung der Interventionsdauer festgestellt werden, dass die Entwicklung umso besser ist, je kontinuierlicher die Teilnahme am Programm und je vertrauensvoller die Beziehung zur STEEPTM-Beraterin ist (Kißgen & Suess, 2005b).

6.5 Wie Elternschaft gelingt

„Wie Elternschaft gelingt“ (WiEge) ist ein Praxisforschungsprojekt in Deutschland, in dem die Anwendung der deutschen Ausführung vom STEEPTM stattfindet. Es ist in Deutschland an drei Standorten durchgeführt und evaluiert worden: in Hamburg, Frankfurt und Offenburg (Suess, Bohlen, Mali und Frumentia Maier, 2010). Die STEEPTM-Beraterinnen sind in der Regel Fachkräfte mit einem abgeschlossenen (Fach-)Hochschulstudium in einer pädagogischen Fachrichtung oder Psychologie. Dies ist eine Voraussetzung für die Fortbildung zur STEEPTM-Beraterin (www.zepira-hamburg.de). STEEPTM

wird als Hilfe zur Erziehung im Auftrag des örtlichen Jugendamtes als Jugendhilfeleistungen angeboten und wird damit über die Jugendhilfe finanziert. Zielgruppe sind Mütter, die die Leistungsvoraussetzungen zur Hilfe zur Erziehung erfüllen (§ 27,2 SGB VIII).

Die Evaluation von STEEP™ fand anhand quasi-experimentellen Kontrollgruppendesign mit mehreren Messzeitpunkten (Suess et al. 2009a, b; 2010a, b) statt. Zielkriterien für die Stichprobenauswahl waren, dass die Mütter (i) nicht älter als 25 Jahre alt sein sollten, (ii) im Höchstfall einen Hauptschulabschluss hatten, (iii) von staatlichen Sozialleistungen lebten und/oder weitere psychosoziale Risiken aufwiesen. Insgesamt wurden 58 Mütter innerhalb der Schwangerschaft und bis zu dem 4. Lebensmonat des Kindes in das Projekt eingegliedert, als Kontrollgruppe dienten 12 Familien, die regional übliche Jugendhilfeleistungen bekamen (treatment as usual). Das Durchschnittsalter bei den Müttern der IG war 18,84 Jahre, das der KG 18,72 Jahre, weitere Merkmale der Mütter, die an der Evaluation teilnahmen, werden in Abbildung sechs dargestellt.

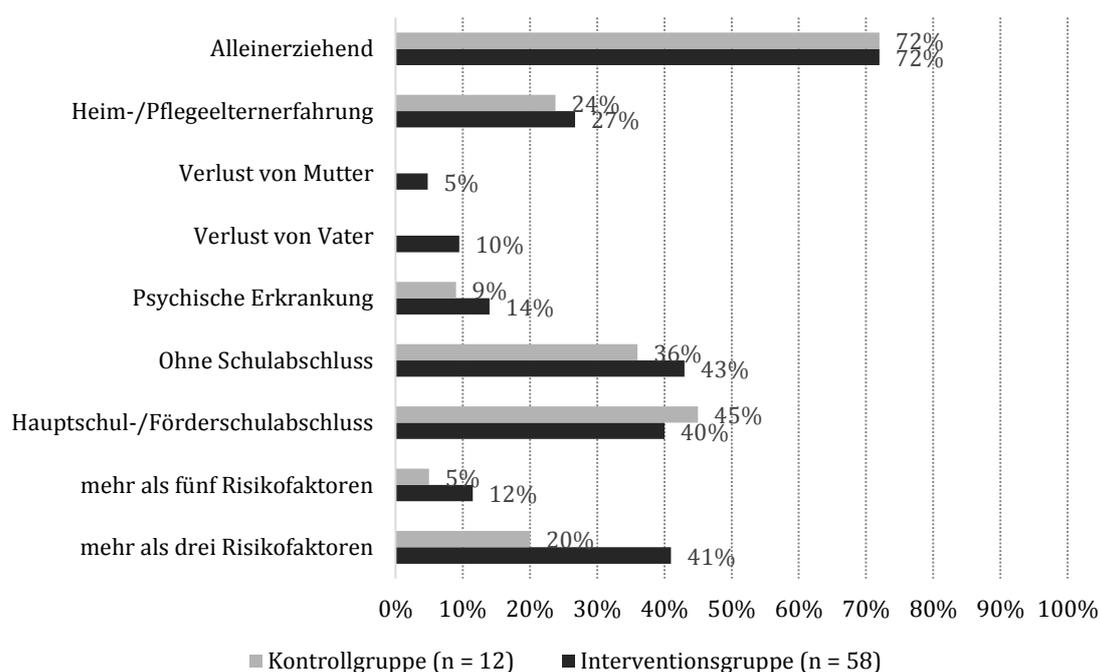


Abbildung 6: Merkmale der Mütter (Zahlenmaterial nach Suess et al., 2010b, eigene Darstellung)

In der Evaluation wurde die Bindungsqualität der Kinder (Attachment-Q-Sort und Fremde Situation) ermittelt und die Erziehungseinstellung (Adult Attachment Parenting Inventory), die erlebten Stressbelastungen (Parenting Stress Index - Short Form, PSI-SF) und die Depressivität (EPDS) der Mütter erhoben.

Die Ergebnisse zur Wirksamkeit waren, dass im Alter von 12 Monaten bei 59 % der Kinder der IG im Vergleich zu 33 % der KG im Rahmen des Fremde Situation Test eine sichere Bindung klassifiziert werden konnte, welches dem Wert, der normalerweise in Mittelschicht-Stichproben gefunden wird, entspricht. Eine desorganisierte Bindung wurde auch nach der Teilnahme am STEEP™-Programm bei 26 % der Kinder der IG im Vergleich zu 25 % bei der KG klassifiziert. Es gab hier also keinen signifikanten Unterschied zwischen IG und KG. Das Gesamtergebnis der Evaluation war, dass die Mütter es geschafft haben, trotz ihrer allgemeinen Belastung durch die Begleitung durch das STEEP™ feinfühlig auf die kindlichen Signale und Bedürfnisse einzugehen, mit dem Ergebnis, dass ihre Kinder (59 %) häufiger als in der KG (33 %) ($\chi^2_{1;95\%} = 2,56; p = 0,054$) eine sichere Bindung entwickelten. Diese Ergebnisse lassen sich gut mit der amerikanischen Evaluation des STEEP™ in Einklang bringen (Suess et al., 2010). Das Ziel der Bindungssicherheit wurde also erreicht, dennoch weist das Modellprojekt schlechte Ergebnisse zur Vermeidung von Bindungsdesorganisation auf Defizite im Projekt hin. Deshalb werden die Interventionsinstrumente in diesem Bereich überprüft und sollen verfeinert werden (Suess, 2010). Es muss berücksichtigt werden, dass dieses Modellprojekt nicht anhand einer randomisierten Kontrollgruppenstudie evaluiert wurde.

Eine weitere Untersuchung fand bezüglich des Bindungshintergrunds der STEEP™-Beraterinnen statt ($N = 32$), dieser wurde mittels „Adult Attachment Projective“ erfasst. Hier wurde ein deutlicher Zusammenhang zwischen einer sicheren Bindungsrepräsentation bei STEEP™-Beraterinnen und einer sicheren Eltern-Kind-Bindung gefunden (ebd.). Die Stichprobenauswahl der teilnehmenden Mütter wurde auch nach positiven Verzerrungen untersucht, wobei jedoch keinerlei Unterschiede zugunsten der STEEP™-Interventionsgruppe gefunden wurden, die eine positive Verzerrung nahelegen würden. Folglich sprechen die Ergebnisse für eine höhere Wirksamkeit der Beraterinnen mit sicherem Bindungshintergrund (Suess, Mali und Bohlen, 2009). Daraus folgt jedoch nicht, dass STEEP™ alle Beraterinnen mit unsicherem Bindungshintergrund von der Ausbildung ausschließt, sondern dass es im Rahmen von STEEP™ wichtig ist, dass die Beraterinnen „ihren eigenen unsicheren Bindungshintergrund kritisch reflektieren und seine negativen Auswirkungen auf die Interventionsprozess erkennen und kontrollieren“ (Suess, 2010,

S.205). Folglich können bei erfolgreicher Reflektion, Erkennung und Kontrolle die Wirkfaktoren und die zugrunde liegenden Prozesse besser erfasst werden. Des Weiteren haben die Beraterinnen dann den Prozess durchlaufen, welchen sie in der Intervention für die von ihnen betreuten Mütter anstreben, was für den Erfolg der Intervention von besonderer Relevanz sein kann (Suess, Mali und Bohlen, 2009). Denn den Kern der STEEPTM-Intervention bilden das Konzept der sicheren Basis und die vertrauensvolle beraterische Beziehung.

Diese positiven Ergebnisse zur Effektivität von WiEge entsprechen den Ergebnissen der amerikanischen Evaluation des STEEPTM. Die Fachkräfte, die bei WiEge eingesetzt werden, haben das Konzept von STEEPTM gut umgesetzt. Bei WiEge muss beachtet werden, dass der Zielgruppe Eltern mit HZE-Bedarf sind, d.h. es werden nur Eltern erreicht, die bereits im Kontakt mit dem Jugendamt sind. Die Zielgruppe ist bei WiEge also viel begrenzter als bei Pro Kind, das eher eine selektive Form von Prävention darstellt, da es schwangere Frauen in belasteten sozialen Lebenslagen und ihre Familien über das System der Gesundheitsversorgung erreicht. Folglich befindet sich WiEge im Gegensatz zu Pro Kind an der Schwelle zwischen selektiver und induzierter Prävention.

6.6 Keiner fällt durchs Netz

„Keiner Fällt durchs Netz“ (KfdN) ist ein Projekt, das von dem Institut für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg in die Wege geleitet wurde (Cierpka, 2009). Das KfdN ist ein Frühpräventionsprogramm, das erst 2007 in Deutschland im Rahmen der Frühen Hilfen gestartet ist. Dementsprechend gibt es noch nicht viele Ergebnisse zur Effektivität von Vorgängermodellen, wie zum Beispiel bei den Modellprojekten Pro Kind oder WiEge. Andererseits ist es dadurch vielleicht eher an die deutschen Verhältnisse angepasst.

Projektstandorte befinden sich in Hessen, Saarland und Baden-Württemberg. Die Bestandteile des Programms von KfdN sind der Elternkurs „Das Baby verstehen“, die aufsuchende Begleitung durch Familienhebammen oder Kinderkrankenschwestern und der Aufbau eines Netzwerkes für Eltern durch Einführung von Arbeitskreisen von regionalen Hilfeanbietern. Die Zielgruppe sind werdende Mütter und Väter bzw. Eltern von Neugeborenen mit dem vornehmlichen Fokus auf Familien mit besonderen Belastungen. Auf

den Geburtshilfe-Stationen in den acht Projektlandkreisen werden Eltern mittels einer Risikocheckliste für zwei Interventionsformen, entweder für eine Elternschule (nicht oder nur leicht belastete Familien) und für eine Begleitung durch eine Familienhebamme oder beides (stark belastete Familien), ausgesucht. Diese Interventionen werden im Rahmen des ersten Lebensjahres des Kindes durchgeführt. „Ziel von ‘Keiner fällt durchs Netz’ ist die Unterstützung eines gelingenden Übergangs in die Elternrolle sowie die Entwicklung und Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenzen“ (Renner, 2012). Integriert in das Projekt ist ein eigenes Fortbildungskonzept für die Familienhebammen und es wird regelmäßige Supervision angeboten.

Eine Evaluation des Projektes fand bisher flächendeckend im Saarland statt. Anhand einer kontrollierten Längsschnittuntersuchung mit drei Messzeitpunkten wurde das Projekt evaluiert. Aus ethischen Gründen hat sich die Forschungsgruppe gegen eine Randomisierung der Interventions- und Kontrollgruppe entschieden. Als Kontrollgruppe wurden Familien ausgewählt, die an Standorten lebten, an denen das Projekt nicht verfügbar war. Die Gesamtstichprobe bestand aus 302 Mutter-Kind-Dyaden (IG: $n = 150$; KG: $n = 152$).

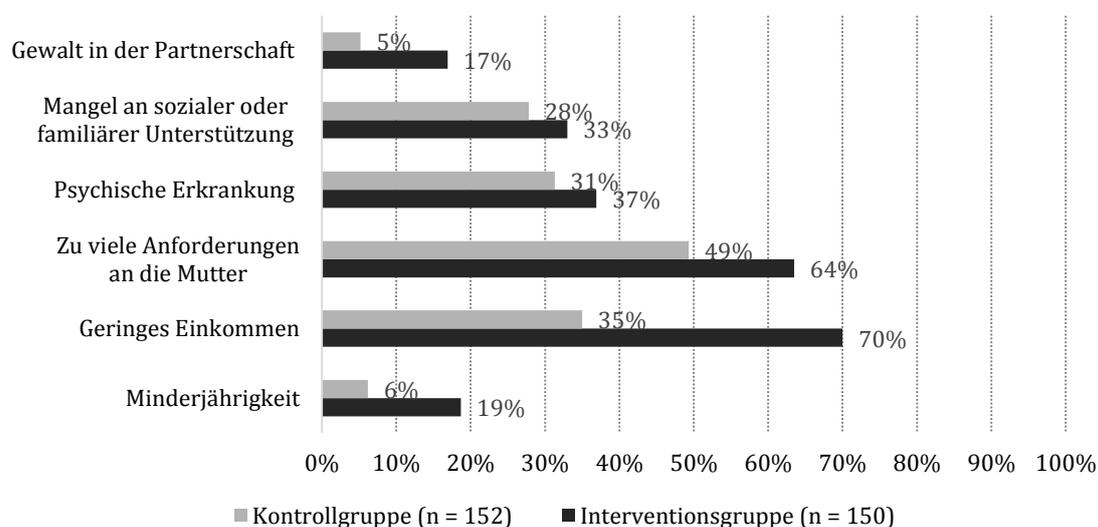


Abbildung 7: KfdN psychosoziale Risiken der Mütter (Zahlenmaterial nach Sidor et al., 2013, eigene Darstellung)

Es kann anhand von Abbildung sieben festgestellt werden, dass alle teilnehmenden Familien psychosozialer Risiken aufwiesen, sich also in einer belastenden Situation befanden (Sidor, Fischer und Cierpka, 2013). Zwischen der Stichprobe der IG und der KG sind größere Unterschiede besonders in den Bereichen Einkommen und Alter vorhanden gewesen. Dies hat zu einer methodischen Einschränkung in der Studie geführt. Insgesamt

lag die Drop-out-Rate bei 9,3 % ($n = 28$). Dabei fanden 13 % der Abbrüche aufgrund von Umzug, Krankheit oder anderen Gründe seitens der Eltern statt, 6 % aufgrund einer Inobhutnahme durch das Jugendamt und bei 16 % wurde die Begleitung aufgrund von fehlender Kooperation seitens der Eltern frühzeitig beendet (Renner, 2012). Grundlage für den Vergleich mit der KG waren Selbsteinschätzungen der Eltern zu ihrer Belastung und zur Eltern-Kind-Beziehung in Fragebögen, Beurteilungen der Belastungsfaktoren durch Familienhebammen und Videoanalysen der Eltern-Kind-Interaktion. Die mütterliche Feinfühligkeit wurde mit dem CARE-Index, die kindlichen Entwicklungsstadien mit dem „Ages & Stages Questionnaire“ (ASQ), mütterliche postpartale Depressionssymptome mit dem EPDS und dem „Parental Stress Index–Short Form“ (PSI-SF), die generelle Belastung der Familien mit Risiken mit dem HBS (Sidor, Eickhorst, Stasch und Cierpka, 2012) erhoben.

Das Ergebnis der Evaluation war eine seltenere dysfunktionale Beziehung von Mutter zu Kind der IG ($d = .27$) (mittels PSI-SF). Des Weiteren wurden gleichbleibende Symptome von Stress (mittels PSI-SF) und Depression (mittels EPDS erfasst) bei IG und verstärkte depressive Symptomatik bei KG festgestellt, welche an einem Anstieg der Skalenwerte beobachtet wurde. Darüber hinaus wurde häufiger ein altersgemäßer Entwicklungsstand im Bereich der sozialen und emotionalen Entwicklung der Kinder im Vergleich zur KG festgestellt ($d = .35$) (mittels ASQ). Die Mütter der KfdN-Gruppe schätzten ihre einjährigen Kindern als weniger schwierig ein als die in der KG ($d = .24$). Im Bereich der Feinfühligkeit beim Umgang mit dem Kind konnte anhand des CARE-Index kein statistisch signifikanter Unterschied im Vergleich zur KG festgestellt werden (Sidor et al., 2013).. Erklärt werden kann dies anhand der Ergebnisse der Meta-Analyse von Bakermans-Kranenburg et al. (2003). Demnach sind Programme, die nur auf elterliche Feinfühligkeit fokussieren, insbesondere mit Videofeedback, effektiver sind als Programme, die auf verschiedene Art und Weise Unterstützung bieten. Das KfdN ist ein Projekt, das nicht auf die Verbesserung der Feinfühligkeit der Eltern abzielt, sondern eher ein breiteres Spektrum an Themen zur Unterstützung anbietet. Die Ergebnisse konnten eine bessere Entwicklung der Kinder der IG im Vergleich zu denen der KG, insbesondere der sozialen Entwicklung, bestätigen. Die Rückmeldung der Mütter in einem Fragebogen bezüglich den Hausbesuchen und der Zuverlässigkeit der Familienhebammen als Ansprechpartnerinnen war durchweg positiv. Gemäß der Einschätzung der Mütter hatte die Unterstützung

vor allem dazu beigetragen, dass sie die Bedürfnisse des Kindes besser verstehen und mit kindlichen Stresssignalen besser umgehen konnten. Der Einsatz von Familienhebammen in frühen Interventionsprogrammen hat sich also in Bezug auf die soziale Entwicklung des Kindes bewährt. Trotz der positiven Ergebnisse sind noch längere Beobachtungszeiträume notwendig, um zum Beispiel Langzeiteffekte und mögliche Sleeper-Effekte zu erfassen.

KfdN ist ein Projekt, das generell die Unterstützung eines gelingenden Übergangs in die Elternrolle sowie die Entwicklung und Verbesserung der elterlichen Erziehungskompetenzen zum Ziel hat. Es bietet werdenden Mütter und Väter bzw. Eltern von Neugeborenen, insbesondere Familien mit besonderen Belastungen, ein breites Spektrum an Themen zur Unterstützung. Folglich ist es ein Präventionsprogramm, das im Stufenmodell bedarfsorientierter Prävention an der Schwelle zwischen universeller und selektiver Prävention einzuordnen ist. Es unterscheidet sich von Pro Kind und WieGe also nicht nur aufgrund des erstmaligen Einsatzes des Programms, sondern auch darin, dass es nicht spezifische Themen wie die frühe Gesundheitsentwicklung des Kindes oder Feinfühligkeit der Eltern zum Ziel hat. Darüber hinaus hat es auch nicht die Bindungstheorie als theoretische Grundlage für das Programm verwendet. Es eignet sich dennoch zur Prävention von Bindungsstörungen, da erstens die potentielle Risikogruppe von Bindungsstörungen erreicht wird und zweitens bei Bindungsstörungen aufgrund der breiten Komorbidität und der Bandbreite an Risikofaktoren Interventionen mit unterschiedlichen Facetten und unterschiedlichen Zielgruppen unausweichlich und von besonderer Notwendigkeit sind (Newman & Mares, 2007).

Die Ergebnisse der Evaluationen der Präventionsprogramme, die in diesem Kapitel aufgeführt wurden, sollen im Folgenden abschließend dargelegt werden. Die Ergebnisse aus den USA zu NFP und STEEPTM weisen darauf hin, dass es durch die Frühpräventionsprogramme im Sinne von Hausbesuchsprogrammen möglich ist, pathogene Fürsorge, also auch die potentielle Entwicklung von Bindungsstörungen, zu verhindern. Die Ergebnisse verweisen auch auf die Grenzen von Präventionsprogrammen wie zum Beispiel den begrenzten Einfluss von diesen auf die psychischen Erkrankungen der Mütter sowie auf die besondere Herausforderung bei dieser Form von Prävention. Letztere besteht darin,

dass die Zielgruppe dieser Form von Prävention Familien mit oftmals hohen psychosozialen Belastungen sind und dass das Ziel dieser Form von Prävention der Aufbau einer sorgenden und unterstützenden Beziehung zur Mutter und zum Kind ist. Der Aufbau dieser Form von Beziehung erfordert ein hohes Maß an professioneller Kompetenz seitens der Fachkraft. Der Prozess, in dem die Fachkräfte ihre Arbeit leisten, ist therapeutisch. Infolgedessen benötigen die in dem Präventionsprogramm eingesetzten Fachkräfte ein hohes Level an Supervision und Unterstützung um sowohl eine professionelle Begleitung der Mütter in dem Umgang mit ihren Problemen leisten zu können als auch um professionell mit den eigenen Emotionen umgehen zu können. Die Ergebnisse der CAPEDP Studie bestätigen die Ergebnisse zu den eingesetzten Fachkräften aus den USA, obwohl CAPEDP statt „Nurses“ Psychologinnen als Fachkräfte eingesetzt hatte.

Auch bei den Modellprojekte der Frühen Hilfen hat sich gezeigt, dass die Zielgruppe multipel risikobelasteter Schwangerer, die potentielle Risikofaktoren und Schutzfaktoren für eine Bindungsstörung aufwiesen, erreicht werden kann. Bei Präventionsprogrammen muss aber auch immer die Qualität der Umsetzung in Betracht gezogen werden. Die Ergebnisse zur Effektivität der Modellprojekte entsprechen nicht bei allen Modellprojekten den Erwartungen, besonders enttäuschend sind die vorläufigen Ergebnisse zu Pro Kind, noch liegen die endgültigen Ergebnisse nicht vor. Dabei muss berücksichtigt werden, dass erstens die Modellprojekte sowohl unterschiedliche Programm- als auch Evaluationsdesigns haben und zweitens sowohl die Zielgruppen als auch die Zugänge zur Zielgruppe verschiedene sind. So läuft der Zugangsweg bei dem Projekt WiEge über das System der Kinder- und Jugendhilfe, bei Pro Kind und KfdN führt dagegen der Hauptzugangsweg über das System der Gesundheitsversorgung. Durch die unterschiedlichen Zugangswege können aber unterschiedliche Zielgruppen erreicht werden, folglich eine größere Bandbreite an (werdende) Eltern.

7 Zusammenfassung und Ausblick

In der Einleitung habe ich mir die Frage gestellt, inwiefern es möglich ist, Bindungsstörungen im Rahmen der Frühen Hilfen zu verhindern. Ziel der Arbeit war darzustellen, inwieweit es bei den US-amerikanischen Vorbildern und in der Studie aus Frankreich bereits Möglichkeiten zur Prävention von Bindungsstörungen gab. Interessant war hierbei die Fragestellung, ob diese auch in dem Kontext der deutschen Gesellschaft und dem deutschen Wohlfahrtsystem im Rahmen Früher Hilfen vorhanden sind.

Dazu wurden im ersten Teil der Arbeit zunächst die bindungstheoretischen Grundannahmen aufgeführt, die auf die Relevanz der ersten Lebensjahre des Kindes und die Unterstützung einer positiven Entwicklung in diesen frühen Lebensjahren verwiesen haben. Anhand von Kapitel drei konnte dargestellt werden, dass eine Bindungsstörung eine komplexe und schwere, frühe Psychopathologie ist, deren Ursachen in dem Zeitraum der Schwangerschaft und der ersten Lebensjahre zu finden sind und die besonders in dem Zusammenhang mit pathogener Fürsorge steht. So konnten die Risikofaktoren und die Prognose von Bindungsstörungen durch die bisher vorhandenen Forschungsergebnisse dargestellt werden. Darüber hinaus wurde in Kapitel drei deutlich, dass noch mehr Forschung erforderlich ist, um einen besseren Konsens im Bereich der Bindungsstörungen zu erreichen und dass die Durchführung von Forschungen in diesem Bereich ein schwieriges Unterfangen darstellt. Im zweiten Teil dieser Arbeit wurde in Kapitel vier das methodische Vorgehen bei der Auswahl der Präventionsprogramme erläutert und im nachfolgenden Kapitel aufgezeigt, dass in Deutschland seit dem Jahr 2007 Bestrebungen zu einem besseren Kinderschutz, also auch zur Verhinderung von Störungen, die durch pathogene Fürsorge entstehen wie z. B. Bindungsstörungen, vorhanden sind.

Die niederschweligen Präventionsprogramme, die in Kapitel sechs untersucht wurden, beinhalten erfolgsversprechende Ansätze die frühen Entwicklungsbedingungen für Kinder zu verbessern, um so das Ausmaß an Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen zu verringern. Letztlich kann dies als Prävention von Bindungsstörungen betrachtet werden. Es wird versucht die pathogene Fürsorge, d.h. „eine Missachtung der grundlegenden emotionalen und/oder körperlichen Bedürfnisse und/oder wiederholte nicht entwicklungsangemessene Wechsel der wichtigen Bezugspersonen des Kindes“ (von Klitzing, 2009, S. 14) zu verhindern. Aufgrund der breiten Komorbidität und der Bandbreite

an Risikofaktoren bei Bindungsstörungen sind Interventionen mit unterschiedlichen Facetten unausweichlich und von besonderer Notwendigkeit (Newman & Mares, 2007).

Bei den Modellprojekten der Frühen Hilfen wird in Bezug auf die Effektivität insbesondere das Thema der einzusetzenden Fachkräfte deutlich, d.h. die Ergebnisse von Pro Kind müssen auch hierin genauer analysiert werden. Dass das Thema der zu einsetzenden Fachkräfte nicht irrelevant ist, hat eine Studie zu den Fachkräften beim NFP-Programm und CAPEDP bereits gezeigt. Durch die Studie zu den Fachkräften beim NFP-Programm wurde auch herausgestellt wie wichtig die Beziehung zwischen Fachkraft und Klient ist. In Deutschland wurde bei Pro Kind und auch bei STEEPTM die Arbeit der Fachkräfte, die Hausbesuche durchführen, evaluiert. Dabei setzten die beiden Modellprojekte zwar unterschiedliche Fachkräfte ein und hatten auch unterschiedliche Zielgruppen, dennoch hat sich bei beiden gezeigt, dass die Qualität der Beraterische Beziehung eine zentrale Rolle spielte. Zu Beginn dieser Arbeit wurde bereits mit dem Zitat von Guedeney auf den zentralen Aspekt der Beziehung zwischen Berater und Klienten hingewiesen. Die Ergebnisse der Evaluationen der Präventionsprogramme und der Modellprojekte haben diesen Aspekt noch einmal verdeutlicht. Folglich muss bei der Umsetzung der Präventionsprogramme darauf geachtet werden, dass Bedingungen, die den Aufbau dieser entscheidenden Beziehung ermöglichen, gewährleistet werden. Eine dieser Bedingungen ist z. B. die durchgängige Begleitung durch dieselbe Fachkraft. Damit die Fachkraft diese Begleitung leisten kann, benötigt diese zusätzlich zu den Fortbildungen zu konzeptionellen Schwerpunkten des Programms fachliches Wissen, dass sie durch zusätzliche Qualifikationen, wie der Weiterbildung zur Familienhebamme oder der Fortbildung im systemischen, familientherapeutischen Bereich, erlangen kann. Des Weiteren benötigt die Fachkraft ausreichend Zeit zur Verarbeitung ihrer Erfahrungen bei den Hausbesuchen sowohl formal in Form von Supervision, Fallkonferenzen und Beratung als auch informal in Form von Psychohygiene. Bei dem Zugangsweg über das System der Gesundheitsversorgung erweisen sich in Deutschland Hebammen bzw. Familienhebammen als die vorurteilsfreieren Fachkräfte. Dennoch benötigen diese, um diese Form von Intervention durchführen zu können, sowohl Fortbildungen als auch die Unterstützung von anderen Professionen, um mehr Sicherheit bei der Einschätzung von Gefährdungssituation zu erlangen und um Erfahrungen verarbeiten zu können. Dies kann zum Beispiel von Sozialpädagogen durch Supervision, Fallkonferenzen oder Beratung geleistet werden.

Frühprävention stellt eine sehr umfangreiche Intervention dar und darf in ihrem Umfang nicht unterschätzt werden. Sie beansprucht Zeit, Ausbildung, klare theoretische Grundlagen und ein hohes Maß an Stabilität und Professionalität. Diese Anforderungen sind besonders wichtig im Zusammenhang mit den Familien, die die Zielgruppe der Frühprävention darstellen. Das haben die Evaluationsforschungen aus den USA zu NFP und STEEP™, die auf fast vierzig Jahre Frühprävention zurückblicken können und somit bereits die Grundlagen dafür schaffen konnten, gezeigt. Insbesondere haben diese gezeigt, dass die Zielgruppe aufgrund ihrer hohen psychosozialen Belastungen von Fachkräften mit einem hohen Maß an professioneller Kompetenz betreut werden sollte. In Deutschland, wo im Gegensatz zu den USA die Frühprävention ein noch relativ neuer Bereich ist, müssen Aspekte wie Ausbildung, hohes Maß an Stabilität und Professionalität erst noch gewährleistet und auch im Rahmen von strukturellen Veränderungen geschaffen werden, wie zum Beispiel in Bereichen der Finanzierung oder der Ausbildung von Fachkräften. Denn erst wenn sich die Programme als effektiv erweisen, kann der Entwicklung von Bindungsstörungen vorgebeugt werden.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Komorbiditäten (Zahlenmaterial nach Minnis et al, 2013, eigene Darstellung).....	17
Abbildung 2: Externale Einflussfaktoren auf die Mutter-Kind Interaktion (Abbildung von Strathearn, 2012, S. 224).....	23
Abbildung 3: Zusammenwirken von Faktoren seitens des Kindes und der Mutter (Aus: Trost, 2013, S. 87).....	26
Abbildung 4: Zusammenwirken sozialer, psychologischer und biologischer Faktoren (Aus: von Klitzing, 2009, S. 36).....	28
Abbildung 5: Belastungsfaktoren der aufgenommenen Frauen (Aus: Brand & Jungmann, 2013, S. 57).....	47
Abbildung 6: Merkmale der Mütter (Zahlenmaterial nach Suess et al., 2010b, eigene Darstellung).....	54
Abbildung 7: KfdN psychosoziale Risiken der Mütter (Zahlenmaterial nach Sidor et al., 2013 eigene Darstellung).....	57

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bindungsmuster in der Fremden Situation nach Ainsworth (Aus: von Klitzing, 2009, S. 9).....8

Tabelle 2: Bindungsmuster in der Fremden Situation nach Ainsworth (Aus: von Klitzing, 2009, S. 9).....8

Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der reaktiven Bindungsstörung im DSM-V (Aus: Falkai & Wittchen 2015, S. 362).....13

Tabelle 4: Diagnostische Kriterien der Beziehungsstörung mit Enthemmung im DSM-V (Aus: Falkei & Wittchen, 2015, S. 366).....14

Tabelle 5: Diagnostische Kriterien der reaktiven Bindungsstörung des Kindesalters (Aus: Remschmidt et al., 2012, S. 57)..... 15

Tabelle 6: Diagnostische Kriterien der Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (Aus: Remschmidt et al., 2012, S. 59)..... 15

Tabelle 7: Die Kategorien der fünften Achse des Multiaxialen Klassifikationsschema (Aus: Remschmidt et al., 2012, S. 331-332).....18

Tabelle 8: Frühpräventionsprogramme.....37

Tabelle 9: Anforderungsprofil für die Fachkräfte (aus Brand & Jungmann, 2013, S. 62).....50

Abkürzungsverzeichnis

CAI: Child Attachment Interview

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

HebVO: Hebammen-Berufsverordnung

HPA-Achse: Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse

PET: Positronen-Emissions-Tomographie

PTSD: Posttraumatic Stress Disorder

Literaturverzeichnis

- Ainsworth, M.D.S. (2003). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys (1974). In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 414-421). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Albrecht, M., Burchardt, S., Ellsäßer, G., Fendrich, S., Kindler, H., Künster A.K. et al. (2013). *Datenreport: Frühe Hilfen*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen c/o BZGA.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 44 (11), 1206–1219.
- Bakermans-Kranenburg, M., van Ijzendoorn & M. & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions: A review and meta-analysis. *Infant Mental Health Journal* 26 (3), 191–216.
- Bakermans-Kranenburg, M., van Ijzendoorn M. & Juffer, F. (1998). Interventions with video-feedback and attachment discussions: Does type of maternal insecurity make a difference? *Infant Mental Health Journal* 19, 202–219.
- Bakermans-Kranenburg, M., van Ijzendoorn, M. & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin* 129, 195–215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37 (2), 122–147.
- Berlin L.J., Ziv Y., Amaya-Jackson L. & Greenberg M. T. (Eds.) (2005). *Enhancing Early Attachments: Theory, Research, Intervention, and Policy*. New York: The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1956). The growth of independence in the young child. *Royal Society of Health Journal* 76, 587-591.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment* (Vol. 1, 2nd ed.). New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base. Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2006). *Bindung* (Bd. 1). München [u.a.]: Reinhardt.
- Bowlby, J. (2011). Bindung: Historische Wurzeln, theoretische Konzepte und klinische Relevanz. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (6. Aufl., S. 17–26). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brand, T., Helm, G., Hartmann, S. & Maier-Pfeiffer, A. (2013). Hilfe im Doppelpack oder besser allein? Vergleich von zwei unterschiedlichen Begleitvarianten. In: T. Brand & T. Jungmann (2013), *Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der "Pro Kind"-Praxis und -Forschung* (S. 126-136). Weinheim: Beltz Juventa.

- Brand, T. & Jungmann, T. (2012). Implementation differences of two staffing models in the German home visiting program "Pro Kind". *Journal of Community Psychology* 40 (8), 891–905.
- Brand, T. & Jungmann, T. (2013). *Kinder schützen, Familien stärken. Erfahrungen und Empfehlungen für die Ausgestaltung Früher Hilfen aus der "Pro Kind"-Praxis und -Forschung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Bretherton, I. (2011). Die Geschichte der Bindungstheorie. In: G. Spangler & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. (6. Aufl., S.27-49). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. (1995). *Feinfühligkeitstraining für werdende Eltern*. Kongress Sozialpädiatrie. Universität München, 03.11.1995.
- Brisch, K.H. (1999). Grundlagen der Bindungsforschung und ihre Anwendung der psychotherapeutisch/pädagogischen Arbeit mit Kindern und Familien. *Frühe Kindheit* 2 (1), 14–17.
- Brisch, K.H. (2010). Bindungsstörungen. Theorie, Psychotherapie, Interventionsprogramme und Prävention. In: K. H. Brisch, K. Grossmann, K. E. Grossmann & L. Köhler (Hrsg.), *Bindung und seelische Entwicklungswege. Grundlagen, Prävention und klinische Praxis*. (3., neu bearbeitete Aufl., S.353–374). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brockington, I. (2004). Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 363, 303–310.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development. Experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bundesministerium für Gesundheit (2008). *Strategien der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit*. Bundesministerium für Gesundheit: Berlin.
- Campell, C., Fonagy, P., Lorenzini, N. & Luyten, P. (2014). Why are we interested in attachments? In: Holmes, P. & Farnfield, S. (Eds.), *The Routledge Handbook of Attachment: Theory* (pp. 31–48). London, New York: Routledge.
- Carlson, E.A. & Sroufe, L.A. (1995). Contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti D. & Cohen D.J. (Eds.): *Developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 518–617). New York: Wiley.
- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology* 25, 525–531.
- Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.) (2008). *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Champagne, F. & Meaney, M.J. (2001). Like mother, like daughter: Evidence for non-genomic transmission of parental behavior and stress responsivity. *Progress in Brain Research* 133, 287–302.
- Champagne, F.A., Chretien, P., Stevenson, C.W., Zhang, T.Y., Gratton, A. & Meaney M.J. (2004). Variations in nucleus accumbens dopamine associated with individual differences in maternal behavior in the rat. *Journal of Neuroscience* 24 (17), 4113–4123.
- Chiodera, P. & Coiro, V. (1987). Oxytocin reduces metyrapone-induced ACTH secretion in human subjects. *Brain Research* 420 (1), 178–181.

- Cicchetti, D., Rogosch F.A. & Toth S.L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and Psychopathology* 18, 623–649.
- Cierpka, M. (2009). „Keiner fällt durchs Netz“ Wie hoch belastete Familien unterstützt werden können. *Familiendynamik* 34 (2), 156–167.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnow, J.R., Markman, H.J. et al. (1993). The science of prevention. A conceptual framework and some directions for a national research program. *The American Psychologist* 48 (10), 1013–1022.
- Comings, D.E. & Blum, K. (2000). Reward deficiency syndrome: Genetic aspects of behavioral disorders. *Progress in Brain Research* 126, 325–341.
- Cote, J.E. & Levine, C.G. (2002): *Identity, formation, agency, and culture: A social psychological synthesis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crittenden, P.M. (2008). *Raising parents. Attachment, parenting and child safety*. Col-lumpton, UK: Willan Publishing.
- De Bellis, M.D., Baum, A.S., Birmaher, B., Keshavan M.S., Eccard, C.H., Boring A.M. et al. (1999). Developmental traumatology part I: biological stress systems. *Biological Psychiatry* 45 (10), 1259–1270.
- De Rosnay, M. & Harris, P.L. (2002). Individual differences in children's understanding of emotion: the roles of attachment and language. *Attachment and human development* 4 (1), 39–54.
- Diamond, A., Blatt, S.J., Stayner, D. & Kaslow, N. (1991). *Self-other differentiation of object representations*. Unpublished research manual: Yale University.
- Eckenrode, J., Campa, M., Luckey, D.W., Henderson, C.R. Jr., Cole, R., Kitzman, H. et al. (2010). Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 164 (1), 9-15.
- Egeland, B. & Erickson, M. (1987). Lessons from STEEP: Linking theory, research and practice on the well-being of infants and parents. In A. Sameroff, S. McDonough & K. Rosenblum (Eds.), *Treating Parent-Infant Relationship Problems* (pp. 213-242). New York: Guilford Press.
- Egeland, B. & Erickson, M.F. (1993). Implications of attachment theory for prevention and intervention. In: H. Parens & S. Kramer (Eds.), *Margaret S. Mahler, child development symposium, May 1992* (pp. 23–50), Philadelphia, PA: Jason Aronson, Lanham.
- Egeland, B. & Erickson, M.F. (2004):. Lessons from STEEPTM: Linking theory, research, and practice for the well-being of infants and parents. In: A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 213–242). London, New York: The Guilford Press.
- Ellis, B.J., Boyce, W.T., Belsky, J., Bakermans-Kranenbrug, M.J. & van Ijzendoorn, M.H. (2011): Differential susceptibility to the environment: An evolutionary-neurodevelopmental theory. *Development and Psychopathology* 23 (1), 7–28.
- Emde, R.N. & Leuzinger-Bohleber, M. (Eds.) (2014). *Early parenting and prevention of disorder. Psychoanalytic research at interdisciplinary frontiers*. London: Karnac Books Ltd.

- Erickson, M.F. & Egeland B. (2009). *Die Stärkung der Eltern-Kind-Bindung. Frühe Hilfen für die Arbeit mit Eltern von der Schwangerschaft bis zum zweiten Lebensjahr des Kindes durch das STEEPTM-Programm* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Falkei, P. & Wittchen, H. (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hofgrete.
- Farnfield, S. & Holmes, P. (2014). Overview: attachment theory, assessment and implications. In: P. Holmes & S. Farnfield (Eds.), *The Routledge Handbook of Attachment: Theory* (pp. 1–10). London, New York: Routledge.
- Farnfield, S. & Stokowy, M. (2014). The Dynamic-Maturational Model (DMM) of attachment. In: P. Holmes & S. Farnfield (Eds.), *The Routledge Handbook of Attachment: Theory* (pp. 49–72). London, New York: Routledge.
- Fegert, J.M. (1998). Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen in der Vorgeschichte von Pflegekindern. In: Stiftung "Zum Wohl des Kindes" (Hrsg.), *1. Jahrbuch des Pflegekindes* (S.20-31). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Ferguson, J.N., Young, L.J. & Insel, T.R. (2002). The neuroendocrine basis of social recognition. *Front Neuroendocrinology* 23 (2), 200–224.
- Fingerle, M. (2010). Risiko, Resilienz und Prävention. In: Kißgen, R. & Heinen, N. (Hrsg.), *Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention* (S. 148–160). Stuttgart: Klett Cotta,
- Fingerle, M. (2011). Resilienz deuten - Schlussfolgerungen für die Prävention. In: M. Zander (Hrsg.), *Handbuch Resilienzförderung* (S. 208–218). Wiesbaden: VS.
- Fingerle, M., Grumm, M. & Hein, S. (2012). Ein etwas anderes Buch über Präventionsprogramme zum Aufbau sozialer und emotionaler Kompetenzen bei Kindern und Jugendlichen. In: M. Fingerle (Hrsg.), *Prävention von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Programme auf dem Prüfstand* (S. 8–12). München: Reinhardt.
- Florida State University Center for Prevention and Early Intervention Policy (2007). *Partners for a healthy baby home visiting curriculum*. Tallahassee: FSU.
- Fonagy, P. & Target, M. (2006). *Psychoanalyse und die Psychopathologie der Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in Infant Mental Health*. New York: Basic Books.
- Franc, N., Maury, M. & Purper-Ouakil, D. (2009). Trouble déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH). Quels liens avec l'attachement? *L'Encéphale* 35 (3), 256–261.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Frith, C.D. & Frith, U. (1999). Interacting minds - a biological basis. *Science* 286 (5445), 1692–1695.
- Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. In: N. Garmezy & M. Rutter (Eds.), *Stress, coping, and development in children* (pp. 43–84). New York: McGraw-Hill.
- Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain - a review. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 41 (1), 97–116.

- Gleason, M., Fox, N., Drury, S., Smyke, A., Egger, H., Nelson, C. III et al. (2011). Validity of evidence-derived criteria reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 50 (3), 216–231.
- Goldstein, S. & Brooks, R.B. (Eds.) (2013). *Handbook of Resilience in Children* (2nd ed.). New York: Springer.
- Gordon, R. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports* 98 (2), 107–109.
- Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2012). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit* (5. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Guedeney, A. (2013). Psychoanalytisch und bindungstheoretisch orientierte Präventionsarbeit mit Risikofamilien. Was uns die französische CAPEDP-Studie lehrt. In: Leuzinger-Bohleber, M. Emde, R.N. & Pfeifer, R. (Hrsg.), *Embodiment - ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse* (S. 264–275). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Guedeney, A., Guedeney, N., Tereno, S., Dugravier, R., Saias, T., Tubach, F. et al. (2014). Fraiberg in Paris - early prevention through a mental health program for vulnerable families: Preliminary findings and what we have learned in conducting the French CAPEDDP study. In: R. N. Emde & M. Leuzinger-Bohleber (Eds.), *Early parenting and prevention of disorder. Psychoanalytic research at interdisciplinary frontiers* (pp. 73–89). London: Karnac Books Ltd.
- Gunnar M.R. (1998). Quality of early care and buffering of neuroendocrine stress reactions: Potential effects on the developing human brain. *Preventive Medicine* 27 (2), 201–211.
- Holmes, P. & Farnfield, S. (Eds.) (2014). *The Routledge Handbook of Attachment: Theory*. London, New York: Routledge.
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). *Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung* (8. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (Hrsg.) (2014). *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4., vollst. überarb. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Hülshoff, T. (2013). Neurobiologische Grundlagen der Psychiatrie. In: W. Schwarzer & A. Trost (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Für psycho-soziale und pädagogische Berufe* (5. Aufl., S. 39–70). Dortmund: Borgmann.
- Ikounga N’Goma, G.P. & Brodin M. (2001). Les certificats de santé: intérêt et limites. *Médecine & Enfance* 21 (9), 478-482.
- Insel T.R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology and Behavior* 79 (3), 351–357.
- Jones-Harden, B. (2010). Home visitation with psychologically vulnerable families. Developments in the profession and the professional. *Zero to Three* 30 (7), 44–51.
- Jungmann, T., Adamaszek, K. & Kolanowski, M. (2008). Prävention, die in der Schwangerschaft beginnt – Das Modellprojekt „Pro Kind“ und Familienhebammen in Niedersachsen und Bremen: Kooperation statt Konkurrenz. *Hebammenforum* 1, 25–28.

- Jungmann, T., Kurtz, V. & Brand, T. (2008). Das Modellprojekt „Pro Kind“ – Eine Verortung in der Landschaft früher Hilfen. *Frühförderung Interdisziplinär* 27 (2), 67-78.
- Jungmann, T., Kurtz, V., Brand, T., Sierau, S. & Klitzing, K. von (2010). Präventionsziel Kindergesundheit im Rahmen des Modellprojektes "Pro Kind". Vorläufige Befunde einer längsschnittlichen, randomisierten Kontrollgruppenstudie. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 53 (11), 1180–1187.
- Jungmann, T. & Pfeiffer, C. (2010). Zur Notwendigkeit von Prävention für Kinder sozial benachteiligter Familien – eine kriminologische Betrachtung. In: R. Kißgen & N. Heinen (Hrsg.), *Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention* (S. 17–46). Stuttgart: Klett Cotta.
- Kaffman, A. & Meaney, M.J. (2007). Neurodevelopmental sequelae of postnatal maternal care in rodents: Clinical and research implications of molecular insights. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 48 (3-4), 224–244.
- Kaplan, H.B. (2013). Reconceptualizing Resilience. In: S. Goldstein & R.B. Brooks (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (2nd ed., pp. 39–55). New York: Springer.
- Karoly, P. (2010). Psychopathology as dysfunctional self-Regulation: when resilience resources are compromised. In: Reich, J.W., Zautra, A.J. & Hall, J.S. (Eds.), *Handbook of Adult Resilience* (pp. 146–170). New York: The Guildford Press.
- Kißen, R. & Heinen, N. (Hrsg.) (2010). *Frühe Risiken und frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kißen, R. & Suess, G.J. (2005a). Bindung in Hoch-Risiko-Familien: Ergebnisse aus dem Minnesota Parent Child Project. *Frühförderung Interdisziplinär* 24 (1), 10–18.
- Kißen, R. & Suess, G.J. (2005b). Bindungstheoretisch fundierte Intervention in Hoch-Risiko-Familien: Das STEEP-Programm. *Frühförderung Interdisziplinär* 24 (3), S. 124–133.
- Kitzman, H.J., Olds, D.L., Cole, R.E., Hanks, C.A., Anson, E.A., Arcoleo, K.J. et al. (2010). Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on children: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 164 (5), 412–418.
- Kitzman, H., Olds, D.L., Henderson, C.R. Jr, Hanks, C., Cole, R., Tatelbaum, R. et al. (1997). Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial. *JAMA* 278 (8), 644–652.
- Klitzig, K. von (2009). *Reaktive Bindungsstörungen*. Heidelberg: Springer.
- Klitzig, K. von & Bürgin, D. (2005). Parental capacities for triadic relationships during pregnancy: early predictors of children's behavioral and representational functioning at preschool age. *Infant Mental Health Journal* 26 (1), 19–39.
- Kočovská, E., Puckering, C., Follan, M., Smillie, M., Gorski, C., Barnes, J. et al. (2012). Neurodevelopmental problems in maltreated children referred with indiscriminate friendliness. *Research in Developmental Disabilities* 33 (5), 1560–1565.
- Korfmaier, J., Green, B., Spellmann, M. & Thornburg, K.R. (2007). The helping relationship and program participation in early childhood home visiting. *Infant Mental Health Journal* 28 (5), 459–480.

- Kurtz, V., Brand, T. & Jungmann, T. (2010). Förderung der kindlichen Entwicklung im Rahmen Früher Hilfen? Erste Befunde zum Modellprojekt „Pro Kind“. *Prävention & Gesundheitsförderung* 5 (4), 347–352.
- Lampert, T. & Kurth, B.M. (2007). Sozialer Status und Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KIGGS). *Deutsches Ärzteblatt* 104, A2944–A2949.
- Lange, U. (2013). Newcomer oder Coming back - Familienhebammen in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.), *Datenreport: Frühe Hilfen* (S. 56-61). Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen c/o BZgA.
- Legros, J.J., Chiodera, P. & Geenen, V. (1988). Inhibitory action of exogenous oxytocin on plasma cortisol in normal human subjects: Evidence of action at the adrenal level. *Neuroendocrinology* 48 (2), 204–206.
- Leuzinger-Bohleber, M., Emde, R.N. & Pfeifer, R. (Hrsg.) (2013). *Embodiment - ein innovatives Konzept für Entwicklungsforschung und Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Light, K.C., Grewen, K.M., Amico, J.A., Boccia, M., Brownley, K.A. & Johns J.M. (2004). Deficits in plasma oxytocin responses and increased negative affect, stress, and blood pressure in mothers with cocaine exposure during pregnancy. *Addictive Behaviors* 29 (8), 1541–1564.
- Liu, Y. & Wang, Z.X. (2003). Nucleus accumbens oxytocin and dopamine interact to regulate pair bond formation in female prairie voles. *Neuroscience* 121 (3), 537–544.
- Luthar, S.S. (Ed.) (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Luthar, S.S. & Zigler, E. (1992). Intelligence and social competence among high-risk adolescents. *Developmental Psychopathology* 4 (2), 287–299.
- Luyten, P. & Fonagy, P. (2014). Metalizing in attachment contexts. In: P. Holmes & S. Farnfield (Eds.), *The Routledge Handbook of Attachment: Theory* (pp. 107–126). London, New York: Routledge.
- Lyons-Ruth, K. (1995). Broadening our conceptual frameworks: Can we reintroduce relational strategies and implicit representational systems to the study of psychopathology? *Developmental Psychology* 31 (3), 432–436.
- Lyons-Ruth K., Zoll, D., Connell, D. & Grunebaum, H.U. (1989). Family deviance and family disruption in childhood: Associations with maternal behavior and infant maltreatment during the first two years of life. *Development and Psychopathology* 1 (3), 219–236.
- Lyons-Ruth, K. & Melnick, S. (2004). Dose-response effect of mother-infant clinical home visiting on aggressive behavior problems in kindergarten. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 43 (6), 699-707.
- Lyons-Ruth, K., Connell, D., Grunebaum, H., & Botein, S. (1990). Infants at social risk: Maternal depression and family support services as mediators of infant development and security of attachment. *Child Development* 61 (1), 85–98.

- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 50 (1-2), 66–104.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth strange situation. In: M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention* (pp. 121–160). Chicago: University of Chicago Press.
- McDonough, S. (1993). Interaction guidance: understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbances. In: C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp.414–426). New York: Guilford.
- McClure, S.M., Daw, N.D. & Montague, P.R. (2003). A computational substrate for incentive salience. *Trends in Neuroscience* 26 (8), 423–428.
- Meaney M.J., Brake W. & Gratton A. (2002). Environmental regulation of the development of mesolimbic dopamine systems: a neurobiological mechanism for vulnerability to drug abuse? *Psychoneuroendocrinology* 27 (1–2), 127–138.
- Mertens, W. (2012). *Psychoanalytische Schulen im Gespräch. Psychoanalytische Bindungstheorie und moderne Kleinkindforschung* (Bd. 3). Bern: Hans Huber.
- Minde, K. (2011). Bindung und emotionale Probleme bei Kleinkindern: Diagnose und Therapie. In: G. Spangler, & P. Zimmermann (Hrsg.), *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (6. Aufl., S. 361–374). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Minnis, H., Green, J., O'Connor, T., Liew, A., Glaser, D., Taylor, E. et al. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 50 (8), 931–942.
- Minnis, H., Macmillan, S., Pritchett, R., Young, D., Wallace, B., Butcher, J. et al. (2013). Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *The British Journal of Psychiatry* 202 (5), 342–346.
- Minnis, H., Reekie, J., Young, D., O'Connor, T., Ronald, A., Gray, A. et al. (2007). Genetic, environmental and gender influences on attachment disorder behaviours. *The British Journal of Psychiatry* 190, 490–495.
- Montague, P.R., Hyman, S.E. & Cohen, J.D. (2004). Computational roles for dopamine in behavioural control. *Nature* 431 (7010), 760–767.
- Nagle, G.A., & Boris, N.W. (2004). Nurse home visiting impact on prenatal maternal depression and partner violence: Preliminary results. Unpublished manuscript.
- Newman, L. & Mares, S. (2007). Recent advances in the theories of and interventions with attachment disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 20 (4), 343–348.
- Noeker, M. & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 56 (4), 255–263.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2010). *Modellprojekte in den Ländern. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen c/o BZgA.

- O'Connor, T.G., Bredekamp, D. & Rutter, M. (1999). Attachment disturbances and disorders in children exposed to early severe deprivation. *Infant Mental Health Journal* 20 (1), 10–29.
- O'Connor, T.G., Deater-Deckard, K., Fulker, D., Rutter, M. & Plomin, R. (1998). Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Developmental Psychology* 34 (5), 970–981.
- O'Connor, T.G., Marvin, R.S., Rutter, M., Olrick, J.T., Britner, P.A. & English and Romanian Adoptees Study Team (2003). Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Development and Psychopathology* 15 (1), 19–38.
- O'Connor, T.G., Rutter, M., Beckett, C., Keaveney, L. & Kreppner, J.M. (2000). The effects of global severe deprivation on cognitive competence: extension and longitudinal follow-up. English and Romanian Adoptees Study Team. *Child Development* 71 (2), 376–390.
- O'Connor, T.G., Rutter, M. & Te ERAS (2000). Attachment disorder behavior following early severe deprivation. Extension and longitudinal follow-up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 39 (6), 703–712.
- Olds, D.L. (1997). *Prenatal and infancy home visitation by nurses: Blueprint*. Denver: University of Colorado Health Sciences Center, Prevention Research Center for Family and Child Health.
- Olds, D.L. (2006). The nurse–family partnership. An evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal* 27 (1), 5–25.
- Olds, D.L. (2007). Preventing Crime with Prenatal and Infancy Support of Parents: The Nurse-Family Partnership. *Victims and Offenders* 2, 205–225.
- Olds, D.L., Eckenrode, J., Henderson, C.R. Jr, Kitzman, H., Powers, J., Cole, R. et al. (1997). Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 278 (8), 637–643.
- Olds, D.L., Henderson, C.R. Jr, Kitzman, H.J., Eckenrode, J.J., Cole, R.E. & Tatelbaum, R.C. (1999). Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *Future Child* 9 (1), 44–65.
- Olds, D. L., Kitzman, H., Cole, R., Robinson, J., Sidora, K., Luckey, D.W. et al. (2004). Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: age 6 follow-up results of a randomized trial. *Pediatrics* 114 (6), 1550–1559.
- Olds, D.L., Kitzman, H., Hanks, C., Cole, R., Anson, E., Sidora-Arcoleo K., Luckey, D.W. et al. (2007). Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics* 120 (4), 832–845.
- Olds, D.L. & Korfmacher, J. (1998). Maternal psychological characteristics as influences on home visitation contact. *Journal of Community Psychology* 26, 26–36.
- Oppenheim, D. & Koren-Karie, N. (2002). Mothers' insightfulness regarding their children's internal worlds. The capacity underlying secure child-mother relationships. *Infant Mental Health Journal* 23 (6), 593–605.
- Oppenheim, D. & Goldsmith, D.F. (Eds.) (2007). *Attachment Theory in Clinical Work with Children: Bridging the Gap between Research and Practice Paperback*. New York: The Guilford Press.

- Panksepp, J., Nelson, E. & Siviy, S. (1994). Brain opioids and mother–infant social motivation. *Acta Paediatrica Supplement* 397, 40–46.
- Petermann, F.K., Niebank K. & Scheithauer H. (2004). *Entwicklungspsychologie*. Berlin: Springer.
- Peters, R.D., Leadbeater, B. & McMahon, R.J. (Eds.) (2010). *Resilience in children, families, and communities. Linking context to practice and policy* (2nd ed.). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Pruessner, J.C., Champagne, F., Meaney, M.J. & Dagher A. (2004). Dopamine release in response to a psychological stress in humans and its relationship to early life maternal care: A positron emission tomography study using [¹¹C]raclopride. *Journal of Neuroscience* 24 (11), 2825–2831.
- Reich, J.W., Zautra, A.J. & Hall, J.S. (Eds.) (2010). *Handbook of Adult Resilience*. New York: The Guildford Press.
- Remschmidt, H., Schmidt, M.H. & Poustka, F. (2012). *Multiaxiales Klassifikationschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO* (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Renner, I. (2012). *Wirkungsevaluation »Keiner fällt durchs Netz«: Ein Modellprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen c/o Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Richters, M. M., & Volkmar, F. R. (1994). Reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of Child & Adolescent Psychiatry* 33 (3), 328–332.
- Rosenblatt J.S. (1994). Psychobiology of maternal behavior: Contribution to the clinical understanding of maternal behavior among humans. *Acta Paediatrica* 397, 3–8.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology* 24 (2), 335–344.
- Rushton, A., Treseder, J. & Quinton, D. (1995). An eight year prospective study of older boys placed in permanent substitute families: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 36, 687–695
- Saias, T., Lerner, E., Greacen, T., Simon-Vernier, E., Emer, A., Pintaux, E. et al. (2012). Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PLoS ONE* 7 (5).
- Saias, T., Greacen, T., Tubach, F., Dugravier, R., Marcault, E., Tereno, S. et al. (2013). Supporting families in challenging contexts: the CAPEDP project. *Global Health Promotion* 20 (2), S. 66–70.
- Sameroff, A., Gutman, L.M., & Peck, S.C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks. In: Luthar, S.S. (Eds.) (2003), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 364–391). Cambridge: Cambridge University Press.
- Sameroff, A., McDonough, S. & Rosenblum, K. (Eds.) (2004). *Treating parent-infant relationship problems*. New York: The Guilford Press.
- Sarimski, K. (2013). *Soziale Risiken im frühen Kindesalter: Grundlagen und frühe Interventionen*. Göttingen: Hofgrefe.

- Schick, A. (2010). *Effektive Gewaltprävention. Evaluierte und praxiserprobte Konzepte für Schulen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schwarzer, W. & Trost, A. (Hrsg.) (2013). *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. für psycho-soziale und pädagogische Berufe* (5. Aufl.). Dortmund: Borgmann.
- Schwartz, F. W. (Hrsg.) (2012). *Public Health* (3. Aufl.). München: Elsevier, Urban und Fischer.
- Schwartz, F.W. & Walter, U. (2012). Prävention. In: F. W. Schwartz (Hg.), *Public Health* (3. Aufl., S. 196–211). München: Elsevier, Urban und Fischer.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P. & Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and validity. *Development Psychology* 44 (4), 993–956.
- Shreeve, D.F. (2012). *Reactive attachment disorder. A case-based approach*. New York: Springer.
- Sidor, A., Eickhorst, A., Stasch, M., & Cierpka, M. (2012). Einschätzung der Risikobelastung in Familien im Rahmen von Frühen Hilfen: Die Heidelberger Belastungsskala (HBS) und ihre Gütekriterien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 61 (10), 766–780.
- Sidor, A., Fischer, C. & Cierpka, M. (2013). Early regulatory problems in infancy and psychopathological symptoms at 24 months: A longitudinal study in a high-risk sample. *Journal of Child and Adolescent Behavior* 1 (3), 10–20.
- Skodol, A. (2010). The resilient personality. In: Reich, J.W., Zautra, A.J. & Hall, J.S. (Eds.), *Handbook of Adult Resilience* (pp. 112–125). New York: The Guildford Press.
- Skovgaard, A.M. (2010). Mental health problems and psychopathology in infancy and early childhood. An epidemiological study. *Dan Med Bull* 57 (10).
- Spangler, G. (2014): *Bindung und Bindungsstörungen: Einführung in die Thematik*. Zugriff am 25. Mai 2015 unter http://www.lwl.org/psychiatrie-marsberg-download/PDF/spangler_marsberg.pdf.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.) (1995). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (Hrsg.) (2011). *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung* (6. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern J.M. (1997). Offspring-induced nurturance: Animal–human parallels. *Developmental Psychobiology* 31 (1), S. 19–37.
- Stokowy M. & Sahhar N. (Hrsg.) (2012). *Bindung und Gefahr: Das dynamische Reifungsmodell der Bindung und Anpassung*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Strathearn, L. (2012). Bindung und Neurobiologie. Ratten, Gehirne und das DMM. In: Stokowy M. & Sahhar N. (Hrsg.), *Bindung und Gefahr: Das dynamische Reifungsmodell der Bindung und Anpassung* (S. 221–240). Gießen: Psychosozial Verlag.
- Strathearn, L., Gray P.H., O’Callaghan, F. & Wood, D.O. (2001). Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: A prospective study. *Pediatrics* 108 (1), 142–151.

- Strathearn, L., Mamun, A.A., Najman, J.M. & O'Callaghan, M.J. (2009). Does breast-feeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-Year cohort study. *Pediatrics* 132 (2), 483–493.
- Suess, G. (2010). Schritte zu einer effektiven, Freude bereitenden Elternschaft – Das STEEP-Programm. In: R. Kißgen & N. Heinen (Hrsg.), *Frühe Risiken und Frühe Hilfen. Grundlagen, Diagnostik, Prävention* (S. 194–208). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Suess, G., Bohlen, U., Mali, A. (2010a). *What works in attachment based early intervention? Results of a multisite longitudinal intervention study with young high-risk mothers using the STEEP™-program*. Poster presented at the 12th World Congress of the World Association for Infant Mental Health, June 29–July 3, 2010, Leipzig, Germany.
- Suess, G., Bohlen, U., Mali, A. & Frumentia Maier M. (2010b). Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“. *Bundesgesundheitsblatt* 53 (11), 1143–1149.
- Suess, G. & Pfeifer, W.-K. P. (Hrsg.) (1999). *Frühe Hilfen – Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung*. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Suess, G., Kissgen, R., Mali, A. (2009a). *The importance of attachment representations of professionals in attachment-based early intervention serving young high risk mothers*. Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Denver/ USA.
- Suess, G., Mali, A. & Bohlen, U. (2009b). *Multizentrische Interventionsstudie zur Überprüfung von Wirksamkeitsfaktoren des bindungsbasierten STEEP-Frühinterventionsprogramms in Deutschland*. XXXI. DGKJP-Kongress. Hamburg, 04.03.2009.
- Swain, J. E., Lorberbaum, J. P., Kose, S. & Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent-infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 48 (3–4), 262–287.
- Talge, N. M., Neal, C. & Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 48 (3-4), 254–261.
- Tubach, F., Greacen, T., Saias, T., Dugravier, R., Guedeney, N., Ravaud, P. et al. (2012). A home-visiting intervention targeting determinants of infant mental health: the study protocol for the CAPEDP randomized controlled trial in France. *BMC Public Health* 12.
- Trost, A. (2013). Entwicklungsstörungen und Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: W. Schwarzer, & A. Trost (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. für psycho-soziale und pädagogische Berufe*. (5. Aufl., S. 71–156). Dortmund: Borgmann.
- Uvnas-Moberg, K. (1998). Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* 23 (8), 819–835.
- Uvnas-Moberg, K & Eriksson, M. (1996). Breastfeeding: Physiological, endocrine and behavioral adaptations caused by oxytocin and local neurogenic activity in the nipple and mammary gland. *Acta Paediatrica* 85 (5), 525–530.
- Van Ijzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment. A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. In: *Psychological Bulletin* 117 (3), 387–403.

- Van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology* 11, S. 225–249.
- Weaver, I.C.G., Cervoni, N., Champagne, F.A., D'Alessio, A.C., Sharma S., Seckl J.R. et al. (2004). Epigenetic programming by maternal behavior. *Nature Neuroscience* 7 (8), 1017–1023.
- Weinfield, N.S., Sroufe L.A. & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development* 71 (3), 695–702.
- Werner, E.E. (2010). Resilience research: Past, present, and future. In: Peters, R.D., Leadbeater, B. & McMahon, R.J. (Eds.), *Resilience in children, families, and communities. Linking context to practice and policy* (2nd ed., pp. 3–12). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- WHO (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. In: WHO (Ed.), *World report on violence and health* (pp. 57–86). Genf: WHO.
- WHO (2002). *World report on violence and health*. Genf: WHO.
- WHO (2013). *ICD-10-WHO Version 2013*. Zugriff am 20. Mai 2015 unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/html-amtl2013/index.htm>.
- Wustmann, C. (2012). *Resilienz. Widerstandsfähigkeit von Kindern in Tageseinrichtungen fördern* (4. Aufl.) Berlin: Cornelsen.
- Zander, M. (Hrsg.) (2011). *Handbuch Resilienzförderung*. Wiesbaden: VS.
- Zeanah, C.H. (Ed.) (1993). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: The Guilford Press.
- Zeanah, C.H. (Ed.) (2000). *Handbook of Infant Mental Health* (2. Aufl.). New York: The Guilford Press.
- Zeanah, C.H. & Boris, N.W. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In: C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (2nd ed., pp. 353–368). New York: The Guilford Press.
- Zeanah C.H. & Gleason M.M. (2010). Reactive attachment disorder: A review for DSM-V. Zugriff am 15. April 2015 unter http://mouse.he.net/~hbft/uploadResources/0000042393-APA_DSM-5_RAD_Review.pdf
- Zeanah, C.H. & Gleason, M.M. (2015). Annual research review: Attachment disorders in early childhood-clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 56 (3), 207–222.
- Zeanah, C.H., Koga, S.F., Simion, B., Stanescu, A., Tabacaru, C.L., Fox, N.A. et al. (2006). Ethical considerations in international research collaboration. The Bucharest early intervention project. *Infant Mental Health Journal* 27 (6), 559–576.
- Zeanah, C.H., Mammen, O. & Liebermann, A. (1993). Disorders of attachment. In: C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health*. New York: The Guilford Press.

- Zeanah, C.H., Nelson, C.A., Fox, N.A., Smyke, A.T., Marshall, P., Parker S. et al. (2003). Designing research to study the effects of institutionalization on brain and behavioral development: The Bucharest Early Intervention Project. *Development and Psychopathology* 15 (4), 885–907.
- Zeanah, C.H., Scheeringa, M., Boris, N.W., Heller, S.S., Smyke, A.T. & Trapani, J. (2004). Reactive attachment disorder in maltreated toddlers. *Child Abuse and Neglect* 28 (8), 877–888.
- Zeanah, C.H. & Smyke, A.T. (2008). Attachment disorders in family and social context. *Infant Mental Health Journal* 29 (3), 219–233.
- Zeanah, C.H., Smyke, A.T., Koga, S.F. & Carlson E. (2005). Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Development* 76 (5), 1015-1028.
- Zeanah, P.D., Larrieu, J.A., Boris, N.W. & Nagle, G.A. (2006). Nurse home visiting: Perspectives from nurses. *Infant Mental Health Journal* 27 (1), 41–54.
- Ziegenhain, U. & Fegert J. (2012). Frühkindliche Bindungsstörungen. In: Fegert J., Eggers, C. & Resch, F. (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters* (2.Aufl., S. 937–948). Heidelberg: Springer Verlag.
- Ziegenhain, U., Dreisörner, R. & Derksen, R. (1999). Interventionen bei jugendlichen Müttern und ihren Säuglingen. In: G. J. Suess & W.-K. P. Pfeifer (Hrsg.), *Frühe Hilfen - Die Anwendung von Bindungs- und Kleinkindforschung in Erziehung, Beratung, Therapie und Vorbeugung* (S. 222–245). Gießen: Psychosozial Verlag.

Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Studienarbeit selbstständig angefertigt,
- keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt,
- die wörtlich oder dem Inhalt nach aus fremden Arbeiten entnommenen Stellen, bildlichen Darstellungen und dergleichen als solche genau kenntlich gemacht und
- keine unerlaubte fremde Hilfe in Anspruch genommen habe.

Köln, den

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass bei einer Bewertung meiner Bachelor-Thesis ab einschließlich 1,3 (sehr gut) oder besser diese in der Bibliothek der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen (KatHO NRW) Abteilung Paderborn eingestellt werden kann.

Köln, den