

Die Entwicklung von Unterstützungen der prä- und peripartalen Eltern-Kind-Beziehung

Helmut Niederhofer¹, Alfons Reiter²

¹ Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

² Institut für Psychologie, Universität Salzburg, Salzburg, Österreich

Schlüsselwörter: Eltern-Kind-Beziehung

Abstract: *The Development of Pre- and Perinatal Parent-Child Attachment Supporting Programs.* Recently, a discussion concerning prenatal prevention was started in Austria. This study summarizes the actual situation and presents a good validated questionnaire which enables to identify risk groups. It could be added to the existing prenatal prevention program.

Zusammenfassung: Auf politischer Ebene werden zur Zeit in Österreich eine Neuregelung der Kinderbeihilfe und eine Neukonzeption des Eltern-Kind-Passes diskutiert. Die vorliegende Arbeit faßt die bisherige Entwicklung zusammen und stellt ein einfaches, jedoch gut validiertes Erhebungsinstrument vor, mit dem eine Risikogruppe im Rahmen eines „Vorscreenings“ erfaßt werden kann. Der einfache Fragebogen kann dem Eltern-Kind-Paß beigelegt oder von den Eltern im Laufe der Schwangerschaft komplettiert werden und würde das konkrete Angebot von Unterstützungsmethoden an eine definitive Zielgruppe ermöglichen.

*

Bisherige Entwicklung

Im Jahre 1974 wurde in Österreich der Mutter-Kind-Paß eingeführt. Gedacht war er als Instrument für eine regelmäßige Überprüfung der Schwangerschaft und der frühkindlichen Entwicklung. Es standen zwar therapeutische Überlegungen im Vordergrund, aber dennoch war der präventive Aspekt dieses Unterfangens unverkennbar: die vorzeitige Diagnose allfälliger Störungen sollte spätere

Korrespondenzanschrift: Mag. DDr. Helmut Niederhofer, Abt. für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität Innsbruck, Anichstraße 35, 6020 Innsbruck, Österreich
Ao. Univ. Prof. Dr. Alfons Reiter, Institut für Psychologie, Universität Salzburg, Hellbrunnstraße 34, 5020 Salzburg, Österreich

teure Therapien vermeiden helfen. Auch der finanzielle Aspekt war neben dem primärpräventiven nicht zu vernachlässigen: eben diese Frühdiagnose trug dazu bei, teure Therapien zu vermeiden, wobei dabei nur die somatischen Erkrankungen Beachtung fanden.

Um die Akzeptanz zu fördern, wurde als finanzieller Anreiz die sogenannte erhöhte Geburtenbeihilfe in Aussicht gestellt: d. h. der Nachweis der planmäßig durchgeführten Untersuchungen wurde finanziell belohnt.

Das spätere Wegfallen dieses finanziellen Anreizes veranlaßte bereits viele Eltern, die empfohlenen Untersuchungen und Kontrollen nicht durchführen zu lassen.

Als einzige Maßnahme auf psychologischem Sektor war das Karenzgeld anzusehen, das an einkommensschwächere Familien ausbezahlt wurde. Es ermöglichte – neben dem gesetzlich festgelegten Kündigungsschutz – anfangs der Mutter, später wahlweise auch dem Vater ein Pausieren der Berufstätigkeit, sodaß sich zumindest ein Elternteil der frühkindlichen Erziehung widmen konnte. Eine optionale Ausdehnung der Karenzzeit bis in die spätere Kindheit brachte dann eine weitere Verbesserung. Die zur Verfügung stehenden Budgetmittel wurden somit vorrangig den ärmeren Bevölkerungsschichten zuteil. Ein akzeptierter geringer Nebenverdienst sicherte dem Kind die volle Verfügbarkeit zumindest eines Elternteils. Überlegungen, die Kindeserziehung als vollwertige Berufstätigkeit anzusehen und den damit betrauten Elternteil auch sozial adäquat abzusichern, wurden zwar angestellt, jedoch noch nicht realisiert.

Derzeitige Situation

Die Ausbezahlung des Karenzgeldes unabhängig vom Einkommen der Eltern und die gleichzeitige Möglichkeit des Nebenverdienstes in größerem Umfang würde nun bedeuten, daß die vorhandenen Budgetmittel unter bedeutend mehr Familien aufgeteilt werden müßten, und somit die ärmeren Bevölkerungsschichten – relativ gesehen – weniger erhielten. Die Möglichkeit und auch die Notwendigkeit des Dazuverdienens würden steigen und somit eine die Akzeptanz der Kindererziehung als Beruf sinken.

Ziel einer gerechten Aufteilung der vorhandenen Budgetmittel sollte aber eine Unterstützung vor allem der finanziell schwächeren Bevölkerungsgruppen sein. In einer vor kurzem erschienenen Arbeit (Niederhofer u. Reiter 2000) konnte u. a. auf die Bedeutung finanzieller und beruflicher Probleme neben zahlreichen anderen Faktoren für die Beziehung zum Kind hingewiesen werden.

Die finanzielle Unterstützung einkommensschwächerer Familien würde demnach die Beziehung der Eltern zum Kind in dieser Gruppe vermutlich erheblich verbessern. Speziell bei belasteten Familien – als "Risikogruppe", und in der Folge auch bei einkommensstärkeren Familien, könnten dann ebenfalls im Rahmen des Mutter-Kind-Passes grobe Screenings bezüglich der Eltern-Kind-Bindung durchgeführt werden, um problematische Familien zu identifizieren und diesen dann auf freiwilliger Basis Unterstützungsprogramme zu bieten. Die Ausbezahlung des Karenzgeldes könnte dann – ungeachtet des realen Einkommens der Eltern – mit der Inanspruchnahme dieser Unterstützungs- oder Begleitungsprogramme gekoppelt werden. Somit wäre das Karenzgeld allen Familien, ob nun einkom-

mensstark oder -schwach, In- oder Ausländer, zugänglich und würde keinerlei Diskriminierungen verursachen. Mehr noch, Frauen mit wenig Freiheit und wenig Möglichkeiten und Außenkontakten hätten Gelegenheit, ihre Situation zu verbessern. Im Sinne einer effizienten Primärprävention sollte dieses Screening möglichst früh durchgeführt werden; idealerweise bereits in der Pränatalphase, um rechtzeitig Unterstützungen anbieten zu können.

Die Problematik einer validen Bindungsdiagnostik

Besonders in der Zeit vor der Geburt stellt sich das Problem, daß die tatsächliche Mutter-Kind-Interaktion nur sehr schwer erfaßt werden kann; vielmehr kann nur die Einstellung der Mutter gegenüber dem Kind bzw. die Beziehung zu ihm aus ihrer subjektiv erlebten Sichtweise erfaßt werden. Es handelt sich somit um eine Selbsteinschätzung, die mittels Fragebogen – mit dem Risiko nicht überprüfbarer, nicht wahrheitsgetreuer Antworten – erhoben werden kann.

Es wäre notwendig, die so erhobene Mutter-Kind-Beziehung weiterzuverfolgen und in der Postnatalphase zu evaluieren: dies kann nun unter Zuhilfenahme ähnlicher Selbsteinschätzungsverfahren mit derselben Problematik geschehen oder mittels direkter Beobachtung der Mutter-Kind-Interaktion in Alltags- (Crittenden 1996) oder artifiziellen Situationen (Ainsworth 1978).

Außerdem wäre auch postnatal die Verwendung von Fragebögen zu befürworten. Sie geben einerseits in kostengünstiger Weise Auskunft über die Eltern-Kind-Beziehung und ermöglichen andererseits durch die methodische Vergleichbarkeit mit den oben beschriebenen pränatalen Erhebungsmethoden eine methodische Vergleichbarkeit.

Mögliche Konsequenzen der Bindungsdiagnostik

Fernziel sollte aber die Vermittlung erziehungsfördernder Kompetenzen an die Eltern durch die primären Beratungsinstanzen sein (Familienberatungsstellen und auch die betreuenden (Kinder-) Ärzte). Dies sollte auch im Sinne einer guten Primärprävention auf den pränatalen Zeitraum ausgedehnt werden (Hilfestellungen durch die Schwangerenberatungsstellen und die Frauenärzte).

Die oben angesprochenen Unterstützungsprogramme, welche den Risikoltern nach vorheriger genauerer Diagnostik durch Beobachtung angeboten werden könnten, wären in den bereits bestehenden Sozialsprengeln durchführbar; man bräuchte also keine neuen Strukturen aufzubauen.

Kurzfristig müßte gefordert werden, daß die Risikogruppen gezielt angesprochen werden. Durch diese Maßnahme wäre eine akute Entschärfung der Situation möglich – bis langfristige Maßnahmen wie oben erwähnt greifen könnten.

Ein Vorschlag zur Durchführung einer pränatalen Bindungsdiagnostik

Im Sinne einer guten Primärprävention sollten die Risikogruppen möglichst früh angesprochen werden. Niederhofer und Reiter (2000) wiesen auf die bereits pränatale Beeinflussung postnatal massiv modifizierter Bindungsmuster hin. In diesem Sinne wäre eine pränatale Bindungsdiagnostik zu fordern.

In den USA wurde mit der *Maternal- and Paternal-Fetal Attachment Scale* ein erster Schritt getan, jedoch noch keine Verbindung zu Unterstützungsprogrammen hergestellt. Wir könnten uns die Anwendung dieses Erhebungsinstrumentes auch im deutschsprachigen Raum vorstellen.

In einem weiteren Schritt könnte daran gegangen werden, aufgrund dieser Items drei Bindungsstile im Sinne Ainsworth' zu identifizieren; dies deshalb, da es – ebenfalls in den USA – bereits erste Bindungstrainingsprogramme gibt (z. B. STEEP), die sich aber auf diese relativ einfach zu diagnostizierenden Verhaltensweisen beziehen.

Die Anwendung dieses Erhebungsinstrumentes schließt die Notwendigkeit einer additiven Evaluierung durch Beobachtungsmethoden nicht aus, die aber aus Zeit- und Kostengründen nur bei einer bereits vorgescreeenten Gruppe durchgeführt werden kann.

Unser Vorschlag für einen derartigen Fragebogen (Anhang) basiert auf der Übersetzung von Cranley (1976). Dieses Erhebungsinstrument sollte als ein Versuch zur pränatalen Bindungsdiagnostik verstanden werden. Die 24 Items des Fragebogens, die auf einer fünfstufigen Rating-Skala zu beantworten sind, können in einfacher Art und Weise in 10 Minuten komplettiert werden. Somit ist der Fragebogen als ökonomisch zu bezeichnen, sowohl hinsichtlich der Beantwortung als auch hinsichtlich der einfachen Auswertung mittels Schablone oder Lochkarte. Auch läßt er hinlänglich gute Rückschlüsse auf das Konstrukt „Bindung“ zu.

Es soll an dieser Stelle nochmals darauf hingewiesen werden, daß die derzeitige Budgetsituation das Angebot bindungsunterstützender Programme für alle Bevölkerungsschichten unmöglich macht. Es erscheint auch nicht sinnvoll, das Familieneinkommen als Kriterium für das Angebot derartiger Programme zu definieren, vielmehr sollten etwaige Risikogruppen möglichst früh erkannt und so auch angesprochen werden. Dazu wird ein einfaches, kostengünstiges, aber doch hinreichend aussagekräftiges Erhebungsverfahren benötigt.

Die deutsche Version der *Maternal and Paternal-Fetal Attachment Scale* ist am Ende dieses Beitrags abgedruckt. Die einfach zu beantwortenden Fragen geben unseren Ergebnissen zufolge einen guten Hinweis, welcher der drei Hauptbindungskategorien die werdende Mutter und der werdende Vater am ehesten zuzuordnen sind. Der Mittelwert der Einschätzungen durch Mutter bzw. Vater sollten im Rahmen eines Screenings Angebote, speziell bei Hinweisen auf das Vorhandensein vermeidender oder ambivalenter Bindungsmuster, an die Eltern möglich machen. Um die Gefahr einer Stigmatisierung hintanzuhalten, würden wir vorschlagen, dieses Erhebungsinstrument dem Eltern-Kind-Paß anzuschließen und die Auswertung ohne Kenntnis der Identität der Eltern durch den Auswerter durchzuführen. Unterstützungsangebote sollten ausschließlich freiwillig in Anspruch genommen werden können.

Die *Maternal- and Paternal-Fetal Attachment Scale* wurde in einer Parallelstudie (Niederhofer, H.: „Fragebogen zur vorgeburtlichen Eltern-Kind-Bindung“; in diesem Heft) für den deutschen Sprachraum unter Berücksichtigung von Ainsworth' Bindungskategorien validiert. Es zeigte sich, daß die Gütekriterien ausreichend sind und dieses Erhebungsinstrument somit als Screening angewendet werden könnte.

Literatur

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S (1978) Patterns of Attachment: A psychological study of the strange situation. Erlbaum, Hillsdale NY
- Cranley MS (1981) Development of a Tool for the Measurement of Maternal Attachment During Pregnancy. Nursing Research 30(5): 281–284
- Crittenden PM (1995) Attachment and Psychopathology. In: Goldberg S, Muir R, Kerr J (eds) Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives. The Analytic Press, Hillsdale NY, pp 367–406
- Niederhofer H, Reiter A (2000) Einfluß von präpartalem Bindungsverhalten auf die Mutter-Kind-Bindung im Alter von 0;6 bzw. 6;0 Jahren. Int J of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 12(1): 1–13

Anhang: Fragebogen zur vorgeburtlichen Eltern-Kind-Bindung

Bitte beantworten Sie jede Frage mit: sicherlich ja / ja / unsicher / nein / sicherlich nein.

Mutter-Kind-Bindung

1. Ich spreche zu meinem ungeborenen Kind
2. Ich finde, die Schwangerschaft ist ihre Mühen wert.
3. Ich betrachte gerne meinen Bauch, wenn das Baby strampelt.
4. Ich stelle mir vor, das Kind zu füttern.
5. Ich freue mich schon darauf zu sehen, wie das Baby aussehen wird.
6. Ich glaube, das Baby fühlt sich eingeengt.
7. Ich spreche mein Baby mit einem Spitznamen an.
8. Ich stelle mir vor, für das Baby zu sorgen.
9. Aufgrund seiner Bewegungen kann ich schon erraten, welche Persönlichkeit das Baby haben wird.
10. Sollte das Baby ein Mädchen werden, habe ich schon einen Namen für es.
11. Ich tue Dinge, um gesund zu bleiben, die ich nicht täte, wäre ich nicht schwanger.
12. Ich glaube, mein Baby kann schon hören.
13. Sollte das Baby ein Bub werden, habe ich schon einen Namen für ihn.
14. Ich glaube, mein Baby kann schon denken und fühlen.
15. Ich esse Fleisch und Gemüse, um sicherzugehen, daß mein Baby gut ernährt wird.
16. Es scheint, als ob mich mein Baby treten würde, um mir zu signalisieren, daß es Essenszeit ist.
17. Ich stupse mein Baby, damit es zurückstupst.
18. Ich kann es kaum erwarten, mein Baby zu halten.
19. Ich versuche mir vorzustellen, wie mein Baby wohl aussehen wird.
20. Ich streichle meinen Bauch, um mein Baby zu beruhigen, wenn es zu viel strampelt.
21. Ich merke es, wen mein Baby Schluckauf hat.
22. Ich finde meinen Körper abstoßend.
23. Ich höre auf, bestimmte Dinge zu tun, um meinem Baby zu helfen.
24. Ich packe den Fuß meines Babys durch meinen Bauch, um es zu bewegen.

Vater-Kind-Bindung

1. Ich spreche zu meinem ungeborenen Kind
2. Ich finde, die Schwangerschaft ist ihre Mühen wert.
3. Ich betrachte gerne den Bauch meiner Frau, wenn das Baby strampelt.
4. Ich stelle mir vor, das Kind zu füttern.
5. Ich freue mich schon darauf zu sehen, wie das Baby aussehen wird.
6. Ich glaube, das Baby fühlt sich eingeengt.
7. Ich spreche mein Baby mit einem Spitznamen an.
8. Ich stelle mir vor, für das Baby zu sorgen.
9. Aufgrund seiner Bewegungen kann ich schon erraten, welche Persönlichkeit das Baby haben wird.
10. Sollte das Baby ein Mädchen werden, habe ich schon einen Namen für es.
11. Ich tue Dinge, um gesund zu bleiben, die ich nicht täte, wäre meine Frau nicht schwanger.
12. Ich glaube, mein Baby kann schon in meiner Frau hören.
13. Sollte das Baby ein Bub werden, habe ich schon einen Namen für ihn.
14. Ich glaube, mein Baby kann schon in meiner Frau denken und fühlen.
15. Ich ermutige meine Frau, Fleisch und Gemüse zu essen, um sicherzugehen, daß mein Baby gut ernährt wird.
16. Es scheint, als ob mein Baby meine Frau treten würde, um ihr zu signalisieren, daß es Essenszeit ist.
17. Ich stupse mein Baby, damit es zurückstupst.
18. Ich kann es kaum erwarten, mein Baby zu halten.
19. Ich versuche mir vorzustellen, wie mein Baby wohl aussehen wird.
20. Ich streichle den Bauch meiner Frau, um mein Baby zu beruhigen, wenn es zu viel strampelt.
21. Ich merke es, wenn mein Baby Schluckauf hat.
22. Ich finde den Körper meiner Frau abstoßend.
23. Ich ermutige meine Frau, damit aufzuhören, bestimmte Dinge zu tun, um meinem Baby zu helfen.
24. Ich packe den Fuß meines Babys durch den Bauch meiner Frau, um es zu bewegen.