

**Körperkontakt und Körperkontaktstörungen**  
**Grundlagen und Therapie**  
**Babys, Kinder & Erwachsene**  
**IntraActPlus-Konzept**

# Fähig zum Körperkontakt

**Jansen · Streit**



 Springer

**Fähig zum Körperkontakt**

Fritz Jansen  
Uta Streit  
(Hrsg.)

# Fähig zum Körperkontakt

Körperkontakt und Körperkontaktstörungen – Grundlagen und  
Therapie – Babys, Kinder & Erwachsene – IntraActPlus-Konzept

Mit 120 Abbildungen

 Springer

*Herausgeber*

**Dr. Fritz Jansen**

www.intraactplus.de; info@intraactplus.de  
Kiel, Deutschland

**Uta Streit**

www.intraactplus.de; info@intraactplus.de  
Neuried, Deutschland

ISBN 978-3-642-41117-5  
DOI 10.1007/978-3-642-41118-2

ISBN 978-3-642-41118-2 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Planung: Joachim Coch, Heidelberg

Projektmanagement: Lisa Geider, Heidelberg

Lektorat: Daniela Böhle, Berlin

Projektkoordination: Eva Schoeler, Heidelberg

Umschlaggestaltung: deblik Berlin

Fotonachweis Umschlag: © Garrelda Meyer

Herstellung: Crest Premedia Solutions (P) Ltd., Pune, India

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer-Verlag ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media  
[www.springer.com](http://www.springer.com)

# Inhaltsverzeichnis

---

1	<b>Körperkontaktstörungen – ein erstes Verstehen</b> .....	1
	<i>Fritz Jansen, Uta Streit</i>	
1.1	<b>Körperkontakt als Voraussetzung für Gesundheit</b> .....	2
1.2	<b>Körperkontaktstörungen</b> .....	2
1.2.1	Entstehung einer Körperkontaktstörung .....	2
1.2.2	Aufrechterhaltung einer Körperkontaktstörung .....	4
1.2.3	Beispiele für eine Körperkontaktstörung .....	4
2	<b>Die Bedeutung von Körperkontakt und Körperkontaktstörungen</b> .....	7
	<i>Fritz Jansen, Uta Streit</i>	
2.1	<b>Einleitung</b> .....	9
2.2	<b>Unterschiedlich hohe Bewusstheit im Zusammenhang mit Körperkontakt</b> .....	12
2.3	<b>Körperkontakt zu bekommen bedeutet mehr positive Erfahrungen, positive Gefühlszustände und Gesundheit</b> .....	13
2.3.1	Körperkontakt vermindert Stress und wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus .....	13
2.3.2	Körperkontakt hemmt die Schmerzwahrnehmung .....	20
2.3.3	Körperkontakt bei Menschen mit einer Körperkontaktstörung .....	20
2.3.4	Positive Gefühlszustände im Körperkontakt und allgemeine Zufriedenheit .....	22
2.3.5	»Angenommen-werden ohne Leistung« als Grundlage sozialer Selbstsicherheit .....	23
2.4	<b>Auch Körperkontakt zu geben bedeutet mehr Gesundheit, Selbstsicherheit und Lebensqualität</b> .....	24
2.5	<b>Körperkontakt trainiert soziale Fähigkeiten</b> .....	27
2.6	<b>Körperkontakt ist selbst eine soziale Fähigkeit</b> .....	28
2.7	<b>Körperkontakt, Körperkontaktstörung und Oxytocin</b> .....	31
2.7.1	Oxytocin, das Bindungs- oder Kuschelhormon .....	31
2.7.2	Körperkontaktstörungen beeinträchtigen oder blockieren die Oxytocinausschüttung .....	33
2.7.3	Oxytocin und Bindung .....	39
2.7.4	Oxytocin vermindert Stress und Schmerz .....	41
2.7.5	Oxytocin hat einen positiven Einfluss auf soziales Vertrauen .....	41
2.7.6	Oxytocin verbessert den Blickkontakt .....	42
2.7.7	Oxytocin erhöht die emotionale Empathie .....	44
2.7.8	Oxytocin verbessert das Lernen bei Belohnung .....	44
2.8	<b>Körperkontaktstörungen als Ursache von Verhaltens- und emotionalen Störungen</b> .....	46
2.9	<b>Körperkontaktstörung und Sprachentwicklung</b> .....	51
	<b>Literatur</b> .....	52
3	<b>Auswirkungen einer Körperkontaktstörung auf das Verhalten in Alltagssituationen</b> .....	57
	<i>Kerstin Andes, Karina Wolf, Uta Streit, Sabine Nantke</i>	
3.1	<b>Einleitung</b> .....	58
3.2	<b>Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Kleinkindern, Kindergartenkindern, Schulkindern</b> .....	59
3.2.1	Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt .....	59
3.2.2	Gefühl in körperlicher Nähe .....	60
3.2.3	Aktivierungsniveau im Körperkontakt .....	60

3.2.4	Blickkontakt in körperlicher Nähe .....	62
3.2.5	Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe .....	62
3.3	<b>Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Erwachsenen.</b> .....	63
3.3.1	Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt .....	63
3.3.2	Gefühl in körperlicher Nähe .....	65
3.3.3	Aktivierungsniveau im Körperkontakt .....	66
3.3.4	Blickkontakt in körperlicher Nähe .....	67
3.3.5	Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe .....	67
3.4	<b>Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Säuglingen.</b> .....	68
3.4.1	Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt .....	69
3.4.2	Gefühl in körperlicher Nähe .....	70
3.4.3	Aktivierungsniveau im Körperkontakt .....	70
3.4.4	Blickkontakt in körperlicher Nähe .....	70
3.4.5	Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe .....	70
4	<b>Der Einfluss von frühem Körperkontakt auf Gesundheit und Entwicklung</b> .....	71
	<i>Uta Streit</i>	
4.1	<b>Körperkontakt nach der Känguru-Methode</b> .....	72
4.2	<b>Positiver Einfluss des Körperkontakts auf die Gesundheit</b> .....	73
4.3	<b>Positiver Einfluss von Körperkontakt auf die Selbstregulation</b> .....	73
4.4	<b>Positiver Einfluss von Körperkontakt auf die Befindlichkeit der Mutter und die Eltern-Kind-Interaktion.</b> .....	76
4.5	<b>Positiver Einfluss von Körperkontakt auf Lernen und Entwicklung.</b> .....	77
	<b>Literatur.</b> .....	77
5	<b>Entstehung und Aufrechterhaltung einer Körperkontaktstörung</b> .....	81
	<i>Fritz Jansen, Uta Streit</i>	
5.1	<b>Unzutreffende oder ungünstige Erklärungsmodelle</b> .....	82
5.2	<b>Unterscheidung zwischen Entstehung und Aufrechterhaltung</b> .....	83
5.3	<b>Vermeiden des Körperkontaktes</b> .....	84
5.4	<b>Warum vermeiden die Betroffenen Körperkontaktsituationen?</b> .....	86
5.5	<b>Konditionierung: Körperkontakt – unangenehme Gefühle</b> .....	87
5.6	<b>Unangenehme Alltagserfahrungen.</b> .....	88
6	<b>Zusammenhang zwischen Störungen der sensorischen Integration und Körperkontaktstörungen</b> .....	91
	<i>Uta Streit, Sabine Nantke, Kirsten Anne Hinrichsen</i>	
6.1	<b>Störungen der sensorischen Integration.</b> .....	92
6.2	<b>Zusammenhang mit Körperkontaktstörungen.</b> .....	93
6.3	<b>Taktils System: Tast- bzw. Berührungssinn.</b> .....	94
6.3.1	Taktile Überempfindlichkeit .....	94
6.3.2	Taktile Überempfindlichkeit und Körperkontaktstörung .....	96
6.4	<b>Vestibuläres System: Gleichgewichtssinn.</b> .....	97
6.4.1	Vestibuläre Überempfindlichkeit .....	97
6.4.2	Vestibuläre Überempfindlichkeit und Körperkontaktstörung .....	99
6.4.3	Anzeichen einer vestibulären Unterinformiertheit .....	99

6.4.4	Vestibuläre Unterinformiertheit und Körperkontaktstörung .....	100
6.5	<b>Propriozeptives System: Eigenwahrnehmung</b> .....	101
6.5.1	Anzeichen einer propriozeptiven Störung .....	101
6.5.2	Propriozeptive Störung und Körperkontaktstörung.....	102
6.6	<b>Auditives System und Körperkontaktstörung</b> .....	103
6.7	<b>Visuelles System und Körperkontaktstörung</b> .....	104
6.8	<b>Geschmacks- und Geruchssinn</b> .....	104
6.9	<b>Guter Körperkontakt unterstützt die sensorische Integration</b> .....	105
	<b>Literatur</b> .....	106
7	<b>Die Körperbezogene Interaktionstherapie (KIT) – ein Therapiebaustein des IntraActPlus-Konzepts</b> .....	107
	<i>Fritz Jansen, Uta Streit</i>	
7.1	<b>Einleitung</b> .....	109
7.2	<b>Körperbezogene Interaktionstherapie: eine Expositionstherapie</b> .....	109
7.2.1	Expositionstherapien nutzen eine genetisch gegebene Fähigkeit .....	110
7.2.2	Typischer Verlauf von Expositionstherapien.....	111
7.2.3	Expositionstherapien sind hoch effektiv .....	112
7.2.4	Hemmung der Amygdala als wesentliche Ursache für den Therapieerfolg von Expositionstherapien .....	112
7.2.5	Grundlegende Mechanismen von Expositionstherapien .....	116
7.3	<b>Wahl des Therapiepartners für die Körperbezogene Interaktionstherapie</b> .....	119
7.4	<b>Bereich 1: Intuitiver Therapieversuch</b> .....	119
7.4.1	Säuglinge und Kleinkinder .....	120
7.4.2	Kinder .....	121
7.4.3	Jugendliche und Erwachsene .....	122
7.5	<b>Bereich 2: Systematische Therapie</b> .....	122
7.5.1	Was geschieht zwischen Anfang und Ende einer Exposition?.....	123
7.5.2	Möglichkeit zeitlicher Beschleunigung .....	123
7.5.3	Übertragung auf die Körperbezogene Interaktionstherapie: Ein Beispiel .....	124
7.5.4	Der Schwierigkeitsgrad und die Anzahl der einbezogenen sensorischen Kanäle .....	126
7.5.5	Sitz- und Liegepositionen .....	127
7.5.6	Überempfindlichkeit in einem oder mehreren Sinnessystemen berücksichtigen .....	129
7.5.7	Feedback im Sekundenfenster .....	133
7.5.8	Grundlegendes zur Dauer der Exposition .....	134
7.5.9	Pausen innerhalb der Exposition .....	135
7.5.10	Wie lang ist lang? .....	137
7.5.11	Expositionen müssen positive Gefühle aufbauen.....	138
7.5.12	Widerstände und Machtkämpfe von Kindern.....	140
7.5.13	Vorbereitung auf eine Körperbezogene Interaktionstherapie .....	149
7.5.14	Prüfkriterium, ob die Therapie im Einzelfall grundsätzlich erfolgreich ist .....	150
7.6	<b>Bereich 3: Nutzen des Körperkontaktes für andere Fördermaßnahmen</b> .....	151
7.7	<b>Bereich 4: Vernetzung mit anderen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen</b> .....	152
7.8	<b>Gegenindikationen</b> .....	152
7.9	<b>Mögliche Nebenwirkungen</b> .....	154
	<b>Literatur</b> .....	155

8	<b>Studien zur Wirksamkeit der Exposition mit Körperkontakt</b> .....	157
	<i>Uta Streit, Fritz Jansen</i>	
8.1	<b>Einleitung</b> .....	158
8.2	<b>Autismus</b> .....	159
8.2.1	Saposnek (1972).....	159
8.2.2	Rohmann und Hartmann (1985).....	159
8.3	<b>Störungen des Sozialverhaltens</b> .....	161
8.3.1	Vollmer (1999) .....	161
8.3.2	Welch et al. (2006).....	162
8.3.3	Wimmer, Vonk und Bordnick (2009) .....	164
8.4	<b>Regulationsstörungen im Säuglingsalter</b> .....	164
8.4.1	Streit, Nantke et al. (2014).....	164
8.5	<b>Studien ohne Prüfung der Ergebnisse auf Signifikanz</b> .....	166
	<b>Literatur</b> .....	168
9	<b>Prävention und Therapie von Körperkontaktstörungen in Zusammenhang mit Störungen der sensorischen Integration</b> .....	169
	<i>Sabine Nantke, Uta Streit, Kirsten Anne Hinrichsen</i>	
9.1	<b>Aktivierungsniveau</b> .....	170
9.2	<b>Überempfindliche Menschen</b> .....	171
9.2.1	Grundlegendes .....	171
9.2.2	Taktile Überempfindlichkeit.....	171
9.2.3	Vestibuläre Überempfindlichkeit .....	178
9.2.4	Auditive Überempfindlichkeit.....	181
9.2.5	Überempfindlichkeit in anderen Sinnessystemen .....	183
9.3	<b>Unteraktivierte Menschen</b> .....	184
9.3.1	Vestibuläre Unterinformiertheit .....	184
9.3.2	Propriozeptive Störung .....	188
9.4	<b>Videounterstützte Elternanleitung</b> .....	192
	<b>Literatur</b> .....	192
10	<b>Körperkontaktstörungen bei Frühgeborenen verhindern, erkennen und behandeln</b> .....	193
	<i>Sabine Nantke, Uta Streit</i>	
10.1	<b>Frühgeborene als besondere Risikogruppe für Körperkontaktstörungen</b> .....	194
10.1.1	Körperkontakt nach der Geburt – Unterschiede zwischen normaler Geburt und Frühgeburt .....	194
10.1.2	Unreife des autonomen Nervensystems .....	196
10.1.3	Sorgen und Stress der Eltern .....	198
10.2	<b>Einer Körperkontaktstörung bei Frühgeborenen vorbeugen</b> .....	200
10.2.1	Körperkontakt in Form der Känguru-Methode .....	200
10.2.2	Umgang mit den jeweiligen Besonderheiten.....	200
10.2.3	Frühe Kommunikation mit dem Frühgeborenen .....	203
10.2.4	Wenn Körperkontakt noch nicht möglich ist .....	206
10.2.5	Körperkontakt in unangenehmen Situationen .....	208
10.2.6	Umgang mit Schwierigkeiten im Körperkontakt im weiteren Verlauf.....	209
10.3	<b>Videoarbeit nach dem IntraActPlus-Konzept im Frühgeborenen- und Säuglingsbereich</b> .....	210
	<b>Literatur</b> .....	211

11	<b>Autismus und Körperkontaktstörungen</b> .....	213
	<i>Fritz Jansen, Uta Streit</i>	
11.1	<b>Oxytocin und autistische Störungen</b> .....	215
11.1.1	Autismus geht mit einem erniedrigten Oxytocinspiegel einher .....	215
11.1.2	Oxytocinsystem, Gene und Beziehungsverhalten .....	219
11.1.3	Warum gleichen autistische Menschen ihren erniedrigten Oxytocinspiegel nicht aus? .....	221
11.2	<b>Ein Kernsymptom von Autismus: angemessene Verarbeitung von Sinnesreizen</b> .....	221
11.3	<b>Zurückbildung von Synapsen und Verkleinerung von Hirnarealen bei Nichtgebrauch</b> .....	222
11.4	<b>Schlussfolgerungen für eine Therapie des Autismus</b> .....	225
	<b>Literatur</b> .....	226
12	<b>Regulationsstörungen im Säuglingsalter und Körperkontakt</b> .....	229
	<i>Uta Streit, Sabine Nantke</i>	
12.1	<b>Körperkontakt bei Säuglingen mit Regulationsstörungen</b> .....	230
12.2	<b>Wechselwirkung mit Störungen der sensorischen Integration</b> .....	233
12.3	<b>Diagnostik bei Säuglingen mit Regulationsstörungen nach dem IntraActPlus-Konzept</b> .....	233
	<b>Literatur</b> .....	240
13	<b>Störungen des Sozialverhaltens und Körperkontaktstörungen</b> .....	241
	<i>Uta Streit, Fritz Jansen</i>	
14	<b>Essstörungen und Körperkontaktstörungen</b> .....	245
	<i>Kerstin Andes, Karina Wolf</i>	
15	<b>Traumatisierungen und Körperkontaktstörungen</b> .....	249
	<i>Kerstin Andes, Karina Wolf</i>	
15.1	<b>Traumatisierungen</b> .....	250
15.2	<b>Traumatisierungen bei Pflege- und Adoptivkinder</b> .....	251
16	<b>Die Bedeutung des Körperkontakts für Sprachentwicklung und Sprachtherapie</b> .....	253
	<i>Ruth Seidler-Mälzer</i>	
16.1	<b>Wann beginnt die Sprachentwicklung?</b> .....	254
16.2	<b>Die Eltern-Kind-Kommunikation im 1. Lebensjahr</b> .....	255
16.2.1	Aufbau der Fähigkeit zum gemeinsamen Gespräch .....	255
16.2.2	Der Körperkontakt: ein wesentlicher Bestandteil der vorsprachlichen Kommunikation .....	256
16.3	<b>Entwicklungsstörungen: eine ernste Gefahr für vorsprachlichen Dialog und spätere Sprachentwicklung</b> .....	257
16.3.1	Störung der Eltern-Kind-Beziehung .....	257
16.3.2	Auswirkungen auf spätere therapeutische Beziehungen .....	258
16.4	<b>Therapeutische Konsequenzen für die Behandlung bei sprachgestörten Kindern</b> .....	260
16.4.1	Bisher gezeigte Konsequenzen: die Arbeit an der Beziehung .....	260

16.4.2	In Zukunft zu ziehende Konsequenz: die Arbeit am Körperkontakt .....	261
16.5	<b>KIT in der Sprachtherapie: ein Fallbeispiel</b> .....	262
	<b>Literatur</b> .....	266
17	<b>AD(H)S, Körperkontaktstörung und Körperbezogene Interaktionstherapie (KIT)</b> .....	267
	<i>Wolf-Dietrich Smikalla</i>	
17.1	<b>AD(H)S und Körperkontaktstörung</b> .....	268
17.2	<b>AD(H)S und das Neurotransmittersystem</b> .....	268
17.3	<b>Gegenseitige Beeinflussung der Störungen</b> .....	271
17.4	<b>Therapie</b> .....	274
	<b>Literatur</b> .....	277
18	<b>Ethische Aspekte zur Körperbezogenen Interaktionstherapie (KIT)</b> .....	279
	<i>Hendrik Karpinski</i>	
18.1	<b>Einführung</b> .....	280
18.2	<b>Prozess zur Entscheidung beim Einsatz von KIT</b> .....	283
18.3	<b>Medizinische Indikation</b> .....	284
18.4	<b>Patientenpräferenzen, Informed Consent und Informed Assent</b> .....	287
18.5	<b>Lebensqualität</b> .....	293
18.6	<b>Kontextgebundene Faktoren</b> .....	293
18.7	<b>Zusammenfassung</b> .....	294
	<b>Literatur</b> .....	297
	<b>Anhang: Fragebögen zum Körperkontakt</b> .....	299

# Danksagung

---

Ein Dank aus tiefstem Herzen an die engagierten Menschen, die dieses Buch ermöglicht haben.

Wir bedanken uns bei den Eltern, Kindern, Paaren und anderen Erwachsenen, die Bilder von sich zur Verfügung gestellt haben. Alle haben dies getan, damit anderen daraus eine Hilfe erwächst und sie damit eine höhere Chance auf eine bessere Gesundheit und Lebensqualität haben. Auch im Namen aller, denen hierdurch geholfen wird, nochmals ein tiefes »Dankeschön«:

*Frau Retzlaff mit Sohn Jonah*

*Eltern Lichtenstein mit Sohn Leander*

*Anni mit ihrer Mutter*

*Eltern Kikillus mit Sohn Thees*

*Ama und Emmanuel*

*Eltern Müller mit Julius und Jonas*

*Siebertje Meyer und Beata Moscato*

*Barbara Streit mit Enkel Lukas*

*Petra Barchfeld mit Tochter*

*Katharina und Britta Wiehe*

*Frances und Johanna*

*Juri mit seiner Mutter*

*Jannes mit Mutter*

*Dieter und Andrea Ridder*

*Familie Klammer mit Erek und Eskil*

*Antje und Tochter Leni*

*Noah und seine Mutter*

*Frau Salasinska mit Tristan*

*Inga Karten mit Sohn Karl*

*Corinna und ihr Sohn*

*Michaela Kuhlmann*

*Finley*

*Tina und Jan-Luca Krüger*

*Garrela Meyer* kommen große Verdienste zu. Mit einem riesigem Engagement hat sie an verschiedenen Orten in Deutschland fotografiert und eine so große Menge von Bildern hergestellt, dass es möglich war, zu den verschiedensten Inhalten dieses Buches passende Fotos zur Verfügung zu haben. Herzlichen Dank, *Garrela!*

Von ganzem Herzen möchten wir den vielen Freunden und Mitarbeitern danken, die immer wieder die verschiedenen Kapitel kritisch geprüft haben und uns in Gesprächen mit wichtigen Informationen und Anregungen unterstützt haben:

*Barbara Dittmann* hat geduldig die einzelnen Kapitel überprüft und dabei immer wieder noch übersehene Fehler gefunden.

*Claudia Ulmer* und *Carola Wiesbauer* haben uns bei den Kapiteln zur sensorischen Integration unterstützt.

Zutiefst dankbar sind wir auch den Mitarbeitern des Springer-Verlags:

*Herr Joachim Coch*, Senior Editor des Springer-Verlags, hat uns bei der Entstehung dieses Werks erneut mit hoher Fachkompetenz, hohem persönlichen Engagement und tiefer menschlicher Wärme unterstützt.

*Daniela Böhle* hat uns als Lektorin mit hoher Genauigkeit beim Fertigstellen dieses Buches geholfen. Nicht nur für ihre Fachkompetenz, sondern auch für ihre herzliche und engagierte Art der Kommunikation möchten wir uns an dieser Stelle besonders bedanken.

*Frau Dr. Renate Scheddin*, Leiterin des Bereichs Medizin, war entscheidend dafür, dass dieses Buch möglich wurde. Wie bereits bei dem Thema »Lesen und Rechtschreiben« entschied sie sich aufgrund ihrer hohen Wissenschaftlichkeit und ihrem Gespür für die Bedeutung der Thematik für die Produktion des vorliegenden Buches.

*Hanne Rothmayr* hat uns als unsere Mitarbeiterin im Büro über die lange Zeit der Entstehung dieses Buches durch ihre große Selbstständigkeit und unzählige Überstunden gleichbleibend freundlich und energisch den Rücken freigehalten. Ein ganz dickes Dankeschön für Dich, Hanne!

*Bernd Kastner* hat in allen Phasen der Produktion für das Funktionieren der EDV gesorgt. Hierbei war er im Übermaß geduldig mit allen Mitarbeitern. So geduldig und fürsorglich, wie es nur wenige Menschen sein können. Auch Dir, Bernd, ein ganz dickes Dankeschön!

*Professor Niels Birbaumer*, Träger des Leibnizpreises und der Wilhelm-Wundt-Medaille, vermittelte uns mit seinem bahnbrechenden Buch »Psychophysiologie der Angst« die wesentlichen theoretischen Grundlagen für die Entwicklung der Körperbezogenen Interaktionstherapie. Ohne diese Grundlagen wäre für uns das Verständnis von Körperkontaktstörungen sowie die Entwicklung des Therapiebausteines »Körperbezogene Interaktionstherapie« nicht möglich gewesen.

Dieses Buch hätte nicht entstehen können ohne die Unterstützung durch unsere Familien. So mussten unsere Partnerinnen bzw. Partner und Kinder aushalten, dass wir – das betrifft alle Autoren – abends und an den Wochenenden regelmäßig lange am Buch arbeiteten. Die meisten Familienangehörigen stellten gelegentlich vorsichtig die Frage: »Wann ist das Buch denn fertig?« Wenn sie dann zur Antwort bekamen, dass es doch noch eine Weile dauert, haben sie uns alle mit viel Liebe, Geduld und Rücksichtnahme weiter unterstützt. Jetzt ist es fertig. Danke an Euch alle!

## Autorenbiografie

---



### Kerstin Andes

Kerstin Andes (geb. 1964) ist Diplom-Psychologin und lebt mit ihrer Familie in Hanau. Nach mehreren Jahren als Krankenschwester auf einer onkologischen Station im Klinikum Hanau Psychologiestudium an der Goethe-Universität. Seit 1999 Therapeutin nach dem IntraActPlus-Konzept, seit 2008 zusätzlich Dozentin für das Lehrinstitut Jansen & Streit. Ihre Arbeitsschwerpunkte: videogestützte Lern- und Verhaltenstherapie nach dem IntraActPlus-Konzept im Kinder- und Erwachsenenbereich, Coaching von Kindern und Erwachsenen mit AD(H)S und die Behandlung von Körperkontaktstörungen bei Säuglingen, Kindern und Erwachsenen.



### Kirsten A. Hinrichsen

Ergotherapeutin, Fachtherapeutin für Sensorische Integration, Säuglingstherapeutin IntraActPlus, Lehrreferentin IntraActPlus. Sie arbeitet in der Praxis Görl in Berlin mit Schwerpunkt Säuglinge, Frühgeborene und Kleinkinder mit Regulationsstörungen (Schreibabys, Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Essstörungen), Entwicklungsstörungen und Beziehungsstörungen. Die Begleitung der Familien ist ihr sehr wichtig, aus diesem Grund ist die Mitarbeit an diesem Buch entstanden. Frau Hinrichsen lebt mit ihrer Familie in Blankenfelde-Mahlow bei Berlin.



### Dr. Fritz Jansen

Nach dem Staatsexamen in Germanistik und Geografie studierte der 1952 geborene Fritz Jansen an der Universität Tübingen Psychologie mit Abschluss als Diplom-Psychologe. Es folgte eine Anstellung als wissenschaftlicher Angestellter und anschließende Promotion in Tübingen. Darüber hinaus führte er Lehraufträge an den Universitäten Tübingen, Konstanz und München durch. Er arbeitete in der Sozialpädiatrie Ludwigsburg, um anschließend die psychologische Leitung der Klinik des Kinderzentrums München zu übernehmen. Fritz Jansen ist Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie und führt seit 1998 im Rahmen einer eigenen Fortbildungseinrichtung für Verhaltenstherapie gemeinsam mit Frau Streit Seminare und Vorträge für verschiedenste Berufsgruppen im In- und Ausland durch.

Kontakt: [www.intraactplus.de](http://www.intraactplus.de), [info@intraactplus.de](mailto:info@intraactplus.de)



### **Hendrik Karpinski**

Hendrik Karpinski wurde 1962 geboren und hat 1990 ein Medizinstudium an der Humboldt-Universität Berlin (Charité) abgeschlossen. Nach seiner Facharztweiterbildung war er als Kinderarzt auf einer Frühgeborenenintensivstation tätig. Seit 2000 ist er Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin im Klinikum Niederlausitz. 2002 übernahm er neben dieser Funktion auch die Krankenhausgeschäftsführung des Klinikums und übt beide Tätigkeiten weiterhin aus. Er ist verheiratet und hat 4 Kinder.



### **Dr. Sabine Nantke**

Fachärztin für Kinderheilkunde, Fachbezogene Psychotherapeutin, Manuelle Therapie/Chirotherapie, IBCLC Laktations- und Stillberaterin, Lehrzertifikat der Internationalen Vojta-Gesellschaft, Lehrreferentin IntraActPlus. Bis 2009 Oberärztin des von ihr mit aufgebauten Sozialpädiatrischen Zentrums des Krankenhauses Berlin-Friedrichshain. Seit Abgabe der Leitung neben der weiter bestehenden ärztlichen Tätigkeit Ausweitung ihrer Aus- und Fortbildungstätigkeit für Ärzte, Therapeuten, Schwestern, Hebammen und Pädagogen. Die Schwerpunkte dieser Arbeit sind:

- Nachbetreuung von Frühgeborenen und ihren Eltern von Beginn an,
- Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern mit Regulations-, Entwicklungs- und Beziehungsstörungen,
- Begleitung von traumatisierten Säuglingen und ihren Familien.

Frau Dr. Nantke lebt mit ihrer Familie in Schöneiche bei Berlin.



### **Ruth Seidler-Mälzer**

Ruth Seidler-Mälzer (geb. 1961) ist Logopädin und Dipl.-Psychologin, tätig als Psychologin der Kinderklinik des Klinikums Niederlausitz sowie in eigener Praxis in Nidderau bei Frankfurt am Main. Ausbildung in Verhaltenstherapie nach dem IntraActPlus-Konzept, seit 2011 auch als Trainerin und Referentin tätig. Ein wichtiger Arbeitsschwerpunkt im Rahmen der videogestützten Verhaltenstherapie ist die Behandlung von Kindern und ihren Eltern bei Sprach- und Kommunikationsstörungen.

Kontakt: [kontakt@seidler-maelzer.de](mailto:kontakt@seidler-maelzer.de)

**Wolf-Dietrich Smikalla**

Wolf-Dietrich Smikalla (geb. 1945) ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und Verhaltenstherapeut. Seit 1983 niedergelassen in Berlin-Lichtenrade. Nach ersten Behandlungen von Kindern und Jugendlichen mit einem AD(H)S 1991 Aufbau einer Schwerpunktpraxis AD(H)S mit einem multimodalen Therapieansatz. Gleichzeitig Referent im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen. Durchführung von Elternkursen und Fortbildungen für Lehrer, Psychologen und Erzieher zum Thema AD(H)S. Seit 2010 als Referent in der Ausbildungseinrichtung »Therapie nach dem IntraActPlus-Konzept« von Fritz Jansen und Uta Streit zum Thema AD(H)S für Heilberufe, Pädagogen sowie Erzieherinnen und Erzieher.

**Uta Streit**

Uta Streit (geb. 1962) war nach dem Abitur zunächst in England im Bereich der Behindertenpädagogik tätig. Es folgte ein Psychologiestudium in Tübingen mit Abschluss als Diplom-Psychologin. Sie war zunächst als wissenschaftliche Angestellte an der Universität Tübingen beschäftigt. Danach arbeitete sie als Psychologin in der Sozialpädiatrie Ludwigsburg sowie im klinischen und ambulanten Bereich des Kinderzentrums München. Frau Uta Streit ist approbierte Psychologische Psychotherapeutin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin. Gegenwärtig führt sie im Rahmen einer eigenen Fortbildungseinrichtung für Verhaltenstherapie gemeinsam mit Herrn Jansen Seminare und Vorträge für verschiedenste Berufsgruppen im In- und Ausland durch.

Kontakt: [www.intraactplus.de](http://www.intraactplus.de), [info@intraactplus.de](mailto:info@intraactplus.de)

**Karina Wolf**

Studium der Sozialen Arbeit. Anstellung als Diplom-Sozialpädagogin an der Begabungspsychologischen Beratungsstelle mit Lehrauftrag an der Ludwig-Maximilian-Universität München. Weiter tätig im Sozialdienst der Sozialpädiatrie des Kinderzentrums München. Referentin und Lehrtherapeutin für das IntraActPlus-Konzept, mit dem Schwerpunkt Körperbezogene Interaktionstherapie.

# Körperkontaktstörungen – ein erstes Verstehen

*Fritz Jansen, Uta Streit*

- 1.1 Körperkontakt als Voraussetzung für Gesundheit – 2
- 1.2 Körperkontaktstörungen – 2
  - 1.2.1 Entstehung einer Körperkontaktstörung – 2
  - 1.2.2 Aufrechterhaltung einer Körperkontaktstörung – 4
  - 1.2.3 Beispiele für eine Körperkontaktstörung – 4

## 1.1 Körperkontakt als Voraussetzung für Gesundheit

2001 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen ihrer 54. Vollversammlung ein neues bahnbrechendes Klassifikationssystem »Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit« (ICF). Dieses Klassifikationskonzept ist eingeordnet in die grundlegenden Menschenrechte und berücksichtigt internationale Konventionen. Es versucht weltweit allen, die im weitesten Sinne im Bereich »Gesundheit« arbeiten, eine gemeinsame Sprache bezüglich der Klassifikation von Gesundheit oder »Nicht-Gesundheit« zu geben. Das Klassifikationssystem fand erstaunlich schnellen Eingang in die deutsche Gesetzgebung und Rechtsprechung und wird immer mehr für die unterschiedlichsten Aufgaben im Gesundheitssystem eingesetzt, beispielsweise für Therapieplanung, Ermittlung von Förderbedarf, Kommunikation bei interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Das Klassifikationssystem ICF erfasst alle menschlichen Funktionen und Aktivitäten, die für Gesundheit Voraussetzung sind. Die Fähigkeit zum Körperkontakt wird in diesem System als elementare zwischenmenschliche Aktivität eingeordnet und steht damit auf der gleichen Stufe wie andere elementare soziale Fähigkeiten, beispielsweise soziale Interaktionen zu beginnen und aufrechtzuerhalten oder soziale Signale zu erkennen und angemessen zu beantworten (vgl. ICF und ICF-CY Ziffern d7105, d71040, d71041, d7104).

Die aufgezählten Fähigkeiten – und damit auch der Körperkontakt – werden als elementar für zwei der wichtigsten Gesundheitsziele im Konzept des Klassifikationssystems gesehen: einerseits Autonomie und Selbstständigkeit und andererseits die Teilhabe an allen Bereichen der Gesellschaft. Wie wir weiter unten sehen werden, können genau diese Ziele durch eine Störung des Körperkontaktes bedroht sein oder unerreichbar werden. Hierdurch sind für die Betroffenen Teilbereiche ihrer »Gesundheit« berührt – manchmal in extrem massiver Weise. Die Fähigkeit zum Körperkontakt ist damit nicht nur eine Frage des pädagogischen Bereiches, sondern in gleicher Weise auch eine Frage des Gesundheitsbereiches.

Wie wir ebenfalls weiter unten sehen werden, kann aus dem Klassifikationssystem ICF eine weitere zukunftsorientierte Sichtweise für den Bereich »Körperkontakt« bzw. »Störung des Körperkontaktes« abgeleitet werden. Das Klassifikationssystem geht davon aus, dass grundsätzlich jede Funktion und jede Fähigkeit entweder ausfallen oder beeinträchtigt sein kann – und damit auch die Fähigkeit zum Körperkontakt. Die in dieser Sichtweise enthaltene grundsätzliche Vorstellung entspricht der Lebenserfahrung, wird in technischen Bereichen als Selbstverständlichkeit angesehen und ist auch im Gesundheitsbereich normalerweise Allgemeinwissen. Die Betonung liegt hier auf »normalerweise«. Die Fähigkeit zum Körperkontakt wird in weiten Bereichen des Gesundheitssystems so gehandhabt, als wenn sie nicht ausfallen oder beeinträchtigt sein könnte. Sie wird in den wenigsten stationären und ambulanten Einrichtungen wie etwa in Krankenhäusern, Praxen, sozialpädiatrischen Zentren etc. diagnostisch erfasst oder gar behandelt, selbst bei Kindern mit schwersten Verhaltens- und emotionalen Störungen. Es gibt Ausnahmen von dieser Regel, aber das sind eben Ausnahmen – wenngleich sie immer mehr werden. Wir möchten mit dem hier vorliegenden Buch einen Beitrag dazu leisten, dass sich diese Situation weiter verbessert.

## 1.2 Körperkontaktstörungen

Wir unterscheiden zwischen **Entstehung** und **Aufrechterhaltung** einer Körperkontaktstörung.

### 1.2.1 Entstehung einer Körperkontaktstörung

Im Gegensatz zu dem, was oft angenommen wird, ist eine ungünstige Beziehung in den meisten Fällen **nicht der Grund** dafür, dass es zu einer Körperkontaktstörung kommt. Wenn man in Zusammenhang mit Körperkontaktstörungen eine geringere Wärme oder Feinfühligkeit der Eltern beobachtet, so ist diese meist nicht die **Ursache** für das Entstehen der Körperkontaktstörung, sondern eine **Folge** des mangelnden oder schwierigen Körperkontakts zwischen Bezugsperson und Kind.

Folgende Ursachen können zu einer Körperkontaktstörung führen:

- Die häufigste Ursache für das Entstehen einer Körperkontaktstörung sind unangenehme Erfahrungen im Zusammenhang mit Körperkontakt. Dies führt dazu, dass die Betroffenen anschließend den Körperkontakt vermeiden.
- Auch neurologische und biochemische Besonderheiten können der Grund für eine Körperkontaktstörung sein. Dies betrifft u. a. die Verfügbarkeit wichtiger Überträgerstoffe im Gehirn wie z. B. Oxytocin. Das spielt beispielsweise bei autistischen Störungen eine Rolle.
- Die beiden erstgenannten Faktoren können zusammenwirken. Dies ist beispielsweise bei den meisten autistischen Störungen der Fall. Hier wirken neurologische bzw. biochemische Besonderheiten und unangenehme Erfahrung mit Körperkontakt zusammen. Auf diese Weise kommt es zu einer sehr tiefen Körperkontaktstörung.

#### ■ Beispiele für unangenehme Erfahrungen in Zusammenhang mit Körperkontakt

Das Risiko, dass es zu unangenehmen Erfahrungen in Zusammenhang mit Körperkontakt kommt, ist dann besonders hoch, wenn ein Mensch bezüglich bestimmter Sinnesreize überempfindlich ist. Dies betrifft besonders Überempfindlichkeiten im Bereich des Berührungssinns, des Gleichgewichtssinns, des Hörens oder Sehens. Je stärker eine entsprechende Überempfindlichkeit ausgeprägt ist, desto eher können in Zusammenhang mit Körperkontakt auftretende Sinnesreize unangenehme Gefühle auslösen. Weitere Ursachen können beispielsweise eine schmerzhafte Blockierung im Bereich der Halswirbelsäule (z.B. das Kiss-Syndrom, eine kopfgelenkinduzierte Symmetriestörung) oder im Bereichs des Rückens sein. Schmerzhafte Erfahrungen in Zusammenhang mit Körperkontakt können auch durch medizinische Maßnahmen entstehen. Entsprechende Erfahrungen werden nicht selten bereits im Säuglingsalter gesammelt, beispielsweise in Zusammenhang mit Blutabnahmen oder dem Sondenwechsel bei beatmeten Frühgeborenen. Weitere Gründe für unangenehme Erfahrungen wären ein Ablehnen von Körperkontakt durch die Bezugspersonen sowie unangenehme Beziehungs-

signale bei gleichzeitigem Körperkontakt. Auch das Fehlen einer Bezugsperson ist eine unangenehme Erfahrung: Wenn Kinder das Bedürfnis haben Körperkontakt aufzunehmen und ihn nicht bekommen, wird das als unangenehme Erfahrung wahrgenommen. Wenn sich solche Situationen häufig ergeben, versuchen die Betroffenen den Wunsch nach Körperkontakt erst gar nicht aufkommen zu lassen.

Das folgende Beispiel soll einen ersten Eindruck vermitteln, wie es aufgrund einer Wahrnehmungsstörung im Bereich der Berührung zu einer Körperkontaktstörung kommen kann. Ein Kind mit einer Überempfindlichkeit für Berührung kann normales Streicheln, das sich für andere Kinder äußerst angenehm anfühlt, als sehr unangenehm empfinden. Im Zusammenhang mit körperlicher Nähe wird das Kind häufig gestreichelt. Aufgrund seiner Überempfindlichkeit kommt es also häufig zu unangenehmen Empfindungen in Zusammenhang mit Körperkontakt. Diese führen dazu, dass das Kind versucht, Körperkontakt zu vermeiden. Die Körperkontaktstörung hat begonnen.

Eine Körperkontaktstörung besteht also nicht in der Überempfindlichkeit auf taktile Reize, sondern in dem gelernten Vermeiden des Körperkontaktes einschließlich der damit einhergehenden unangenehmen Gefühle. Eine Körperkontaktstörung entsteht also nicht, wenn die taktile Überempfindlichkeit rechtzeitig erkannt wird und im Umgang mit dem Kind berücksichtigt wird (► Kap. 9). Auf der anderen Seite bleibt die einmal gelernte Körperkontaktstörung zunächst weiter bestehen, auch wenn die taktile Überempfindlichkeit erfolgreich behandelt wurde. Erst wenn korrigierende positive Erfahrungen mit Körperkontakt gemacht werden, kann sich die Körperkontaktstörung auflösen. Die als Beispiel gewählte taktile Überempfindlichkeit und die Körperkontaktstörung sind **zwei getrennte Störungen**.

- **Genetische Fähigkeiten bleiben erhalten**
- **Wenn unangenehme Erfahrungen die Ursache der Körperkontaktstörung sind, bleibt die genetisch gegebene Fähigkeit zum Körperkontakt trotzdem erhalten. Die Körperkontaktstörung verhindert in**

diesem Fall nur, dass die Fähigkeit zum Körperkontakt abgerufen wird. Diese Aussage gilt nur eingeschränkt, wenn die Körperkontaktstörung durch neurologische oder biochemische Faktoren mit ausgelöst wird.

### 1.2.2 Aufrechterhaltung einer Körperkontaktstörung

Eine Körperkontaktstörung wird dadurch aufrechterhalten, dass der Körperkontakt dauerhaft vermieden wird:

- Durch das Vermeiden werden keine neuen positiven Erfahrungen mit Körperkontakt gemacht. Die Betroffenen erleben so keine korrigierenden Erfahrungen. Die alten unangenehmen Erfahrungen bleiben alleine wirksam.
- Falls – wie bei autistischen Störungen – neurologische bzw. biochemische Besonderheiten ein zusätzlicher Grund für die Körperkontaktstörung sind, findet aufgrund des Vermeidens kein Üben von Körperkontakt statt. Hierdurch kann die organisch bedingte Besonderheit nicht positiv beeinflusst werden. In praktisch allen anderen Gesundheitsbereichen gilt: Wenn bestimmte Fähigkeiten beeinträchtigt sind, versucht man, diese durch intensives Üben so gut wie möglich wieder herzustellen. So wird bei motorischen Auffälligkeiten eine Therapie so früh wie möglich und so intensiv wie möglich durchgeführt. Entsprechendes gilt für Störungen in den Bereichen Sprache, Wahrnehmung oder Feinmotorik. Für die Körperkontaktstörung ist ein solches Vorgehen gegenwärtig noch nicht Standard.

Die **Vermeidung** des Körperkontaktes stellt damit auf Dauer die wichtigste aufrechterhaltende Größe dar, weil sie eine positive Auflösung oder eine positive Beeinflussung der Störung für die Betroffenen verhindert. Eine vertiefende Darstellung der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Körperkontaktstörung findet sich in ► Kap. 5.

### 1.2.3 Beispiele für eine Körperkontaktstörung

- Wenn wir auf den nachfolgenden Seiten Beispiele für Körperkontaktstörungen darstellen, dann möchten wir Betroffenen vorweg etwas Ermutigendes sagen: Menschen mit einer Körperkontaktstörung können ihre körperbezogenen Schwierigkeiten durch ausreichend neue positive Erfahrungen in diesem Bereich lebenslang überwinden – und zwar in jedem Alter. Bei autistischen Störungen kann es Ausnahmen geben.

Körperkontaktstörungen entstehen am häufigsten in den ersten Lebensjahren. Wir möchten betonen, dass dies bei den meisten Betroffenen der Fall ist. Im Einzelfall kann eine Körperkontaktstörung auch zu jedem späteren Zeitpunkt im Leben entstehen. Dies kann immer dann passieren, wenn im Zusammenhang mit körperlicher Nähe unangenehme Gefühle hervorgerufen werden und in der Folge der Körperkontakt vermieden wird. Bei den meisten Betroffenen im Erwachsenenalter können wir allerdings feststellen, dass der Körperkontakt bereits im Kindesalter schwierig war. Machen die Betroffenen keine neuen, angenehmen Erfahrungen, bleibt ihre Körperkontaktstörung erfahrungsgemäß lebenslang erhalten.

Auf den ■ Abb. 1.1a–c sieht man bei einem 4-jährigen Jungen typische Verhaltensweisen, die mit einer Körperkontaktstörung einhergehen. Entsprechende Verhaltensweisen zeigt er **regelmäßig** gegenüber **beiden** Eltern, wenn diese versuchen, mit ihm Körperkontakt aufzunehmen. Auf den oberen beiden Bildern sieht man das typische Wegdrücken des Oberkörpers, durch das der Junge den Körperkontakt vermeiden kann. Auch auf dem unteren Bild vermeidet der Junge körperliche Nähe. Er macht den Rücken rund, um möglichst wenig Berührung mit der Mutter zu haben. Er legt seine Hand nicht an den Körper der Mutter, sondern auf die Stuhllehne. Sein ausdrucksloses Gesicht auf dem unteren Bild zeigt, dass er innerlich abgeschaltet hat. Dies hilft ihm, den Körperkontakt weniger wahrzunehmen, und stellt auch eine Form von Vermeidungsverhalten dar. **Die Körperkontaktstörung bei diesem Jungen wurde und wird nicht durch das Verhalten seiner Eltern ausgelöst.** Diese sind beide



■ **Abb. 1.1** a–c Typische Verhaltensweisen eines 4-jährigen Jungen mit einer Körperkontaktstörung bei körperlicher Nähe. (© Jansen & Streit)



■ **Abb. 1.2** Sechs Monate altes Mädchen mit einer Körperkontaktstörung. (© Jansen & Streit)

sehr warme Menschen und beide fähig zum Körperkontakt. Dennoch lässt sich vor allem in ■ Abb. 1.1 b und c im Gesicht der Eltern eine verminderte Wärme feststellen. Dies ist jedoch nicht die Ursache, sondern die Folge der Körperkontaktstörung ihres Sohnes. Diese macht die Eltern u. a. hilflos.

Auch das Baby auf ■ Abb. 1.2 hat eine deutliche Schwierigkeit mit Körperkontakt. Hier sehen wir, wie die sehr einfühlsame Mutter ihr Verhalten bereits an die Schwierigkeit ihrer kleinen Tochter angepasst hat. Sie hält ihre Tochter so, dass diese mit

dem Oberkörper nicht mit ihrem Körper in Berührung kommt. Ein solches Halten ist für die Mutter sichtbar körperlich schwierig und kann auf Dauer anstrengend werden. Indem sie ihre Tochter in körperlichem Abstand in den Arm nimmt, verhindert die Mutter, dass diese schreit. In dieser Position kann sich ihre Tochter jedoch nicht an Körperkontakt gewöhnen. Sie kann keine korrigierende Erfahrung machen. Dies führt zu einer Stabilisierung ihrer Körperkontaktstörung. Auf dem Bild sieht man auch, dass das Kind den Blickkontakt vermeidet.

➤ **Mit einer Körperkontaktstörung geht sehr häufig eine Blickkontaktstörung einher.**

Im nachfolgenden Kapitel wird die Bedeutung des Körperkontaktes dargestellt. Bei den Ausführungen in diesem Kapitel ist sich immer wieder vor Augen zu führen, dass Menschen nur in dem Maße die Vorteile des Körperkontaktes nutzen können, in dem sie sich auf Körperkontakt einlassen können. Anders ausgedrückt: Körperkontaktstörungen blockieren teilweise oder vollständig die positiven Auswirkungen des Körperkontaktes, die in dem nachfolgenden Kapitel aufgezeigt werden.

# Die Bedeutung von Körperkontakt und Körperkontaktstörungen

*Fritz Jansen, Uta Streit*

- 2.1 **Einleitung – 9**
- 2.2 **Unterschiedlich hohe Bewusstheit im Zusammenhang mit Körperkontakt – 12**
- 2.3 **Körperkontakt zu bekommen bedeutet mehr positive Erfahrungen, positive Gefühlszustände und Gesundheit – 13**
  - 2.3.1 Körperkontakt vermindert Stress und wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus – 13
  - 2.3.2 Körperkontakt hemmt die Schmerzwahrnehmung – 20
  - 2.3.3 Körperkontakt bei Menschen mit einer Körperkontaktstörung – 20
  - 2.3.4 Positive Gefühlszustände im Körperkontakt und allgemeine Zufriedenheit – 22
  - 2.3.5 »Angenommen-werden ohne Leistung« als Grundlage sozialer Selbstsicherheit – 23
- 2.4 **Auch Körperkontakt zu geben bedeutet mehr Gesundheit, Selbstsicherheit und Lebensqualität – 24**
- 2.5 **Körperkontakt trainiert soziale Fähigkeiten – 27**
- 2.6 **Körperkontakt ist selbst eine soziale Fähigkeit – 28**
- 2.7 **Körperkontakt, Körperkontaktstörung und Oxytocin – 31**
  - 2.7.1 Oxytocin, das Bindungs- oder Kuschelhormon – 31
  - 2.7.2 Körperkontaktstörungen beeinträchtigen oder blockieren die Oxytocinausschüttung – 33
  - 2.7.3 Oxytocin und Bindung – 39
  - 2.7.4 Oxytocin vermindert Stress und Schmerz – 41

- 2.7.5 Oxytocin hat einen positiven Einfluss auf soziales Vertrauen – 41
- 2.7.6 Oxytocin verbessert den Blickkontakt – 42
- 2.7.7 Oxytocin erhöht die emotionale Empathie – 44
- 2.7.8 Oxytocin verbessert das Lernen bei Belohnung – 44
  
- 2.8 Körperkontaktstörungen als Ursache von Verhaltens- und emotionalen Störungen – 46**
  
- 2.9 Körperkontaktstörung und Sprachentwicklung – 51**
  
- Literatur – 52**

## 2.1 Einleitung

Die Bedeutung des Körperkontaktes zu begreifen ermöglicht einen Zugang zum Verständnis einer Körperkontaktstörung. Körperkontaktstörungen zu verstehen ermöglicht ein tieferes Erfassen der Bedeutung von Körperkontakt. Entsprechend wechseln wir in diesem Kapitel immer wieder unseren Betrachtungswinkel – mal steht der positive Körperkontakt im Vordergrund, mal die Körperkontaktstörung.

Vor etwa 20 Jahren hätte dieses Kapitel in dieser Form nicht geschrieben werden können. Die Bedeutung des Körperkontaktes und der Körperkontaktstörung ließ sich damals v. a. über eigene Erfahrungen und Beobachtungen erfassen. Es waren kaum Studien vorhanden. Dies brachte zwangsläufig Schwierigkeiten für die Verständigung unter Menschen mit sich. Diese waren zum Teil unüberwindbar.

Menschen mit viel Erfahrung im Bereich Körperkontakt kommen zu einer ganz anderen Bewertung des Körperkontaktes als Menschen, die weniger Körperkontakt leben oder ihn vielleicht auch vermeiden – zumindest in sehr vielen Situationen. Unterschiedliche Erfahrungen führen jedoch nicht nur zu unterschiedlichen gedanklichen Einschätzungen und Bewertungen, sondern auch zu unterschiedlichen gefühlsmäßigen Beurteilungen des Körperkontaktes. Diese werden – wenn andere Informationen nicht zur Verfügung stehen – zur wesentlichen Grundlage für Entscheidungen und Handlungen.

➤ **Unglücklicherweise geben individuelle Einschätzungen und Bewertungen meist jedem Beurteiler das gleiche Gefühl von Sicherheit, auch wenn vollkommen unterschiedliche Einschätzungen oder Handlungsentscheidungen getroffen werden.**

So ist sich vielleicht eine Ehefrau gefühlsmäßig sicher, dass Körperkontakt zum wesentlichen Bestandteil von Beziehung gehört, während ihr Ehemann das »nicht so eng« sieht. Auch er ist sich gefühlsmäßig sicher. Dabei dienen beiden ihre unterschiedlichen Erfahrungen mit Körperkontakt

als Grundlage ihrer gefühlsmäßigen Sicherheit. Eine schwierige Situation für beide.

Vergleichbare Schwierigkeiten ließen sich vor 20 Jahren auch im medizinischen und psychotherapeutischen Bereich antreffen. Unterschiedliche Meinungen und Einstellungen trafen aufeinander. Die hinter den Meinungen und Einstellungen liegenden Erfahrungen konnten oft schwer vermittelt werden. Zu häufig diente die gefühlsmäßige oder »aus dem Bauch« erfolgende Beurteilung als einzige Entscheidungsgrundlage – ohne dass das immer ausgesprochen wurde.

Heute stellt sich die Situation einfacher dar. Zu den Erfahrungen kommt eine schnell wachsende Anzahl von Erkenntnissen aus der medizinischen und psychologischen Grundlagenforschung. Mit methodisch kontrollierten Experimenten werden Erfahrungen unterstützt oder infrage gestellt. An manchen Stellen ermöglichte der Wissensgewinn durch eine moderne Grundlagenforschung bereits revolutionäre Veränderungen im Praxisfeld und bietet so beispielsweise im medizinischen Bereich einer breiteren Mehrheit neue Erfahrungen und damit eine veränderte Einstellung zur Wichtigkeit von Körperkontakt. Wir denken hier beispielsweise an die Bedeutung des Körperkontaktes im Rahmen der Versorgung frühgeborener Säuglinge (s. hierzu ► Kap. 4 und 10).

■ Abb. 2.1 zeigt ein Beispiel für eine deutliche Körperkontaktstörung. In diesem Fall ist es ein Kind. Es versucht den Körper- und Blickkontakt mit seiner Mutter zu vermeiden. In dieser Weise reagierte es auf alle nahen Personen.

In ■ Abb. 2.2 sieht man, wie Kind und Mutter sich **gegenseitig** grundlegende Erfahrungen vermitteln, etwa Entspannung, Gemeinsamkeit und Annahme ohne Leistung. Ein solches gegenseitiges Geschenk kann in dieser Form nicht gegeben werden, wenn entweder das Kind oder die Mutter eine Körperkontaktstörung hat. Die Zusammenhänge lassen sich auf alle nahen Beziehungen in allen Altersgruppen übertragen, beispielsweise auch auf Paare.

➤ **Körperkontaktstörungen sind altersunabhängig.**



■ **Abb. 2.1** Diese Mutter und ihr Kind haben es schwer. Das Kind hat eine deutliche Schwierigkeit mit körperlicher Nähe. Es versucht sowohl die körperliche Nähe als auch den Blickkontakt zu seiner Mutter zu vermeiden. Dieses Verhalten gehörte zu seinem normalen Verhalten und wurde in der Situation nicht zufällig ausgelöst. Das Kind zeigte dieses Verhalten auch bei allen anderen nahen Bezugspersonen. Aufgrund der Therapie sind diese Schwierigkeiten vollständig verschwunden. (© Jansen & Streit)

Das bedeutet, es können sowohl Babys und Kinder als auch Jugendliche und Erwachsene betroffen sein. Wie jede Störung ist auch die Störung des Körperkontaktes bei den einzelnen Betroffenen unterschiedlich stark ausgeprägt.

In Abhängigkeit vom Schweregrad versuchen die Betroffenen mit geringer bis sehr hoher Anstrengung Körperkontakt zu vermeiden. Daraus ergibt sich für sie eine veränderte Wirklichkeit.

➤ **In dem Maße, in dem die Betroffenen Körperkontakt vermeiden, verringern sie die Häufigkeit von Lebenssituationen mit Körperkontakt – von wenig bis vollständig. Dies hat Auswirkungen: Wenn positiver Körperkontakt weniger häufig oder gar nicht stattfindet, dann kommt es auch weniger häufig oder gar nicht zu den damit verbundenen positiven Erfahrungen und Gefühlszuständen.**



■ **Abb. 2.2** Die Fähigkeit zum Körperkontakt – hier von Mutter und Kind – ist eine grundlegende Voraussetzung für das Gefühl und die Erfahrung von Gemeinsamkeit. Deutlich ist die Entspannung der Mutter zu sehen. Auch das Baby ist entspannt. Sowohl die Mutter als auch das Kind vermitteln sich gegenseitig das Gefühl von Annahme. (© Jansen & Streit)

Beispiele für solche positiven Erfahrungen und Gefühlszustände sind:

- Entspannung,
- Geborgenheit,
- Sicherheit,
- Gemeinsamkeit und
- Angenommen-werden ohne Leistung.

Die große Bedeutung von Körperkontakt zeigt sich jedoch nicht nur an den beispielhaft aufgezählten positiven Gefühlszuständen, sondern lässt sich jedoch auch an Folgendem erkennen: Die meisten Fähigkeiten erwirbt der Mensch erst im Laufe von Monaten, Jahren oder Jahrzehnten. Sprechen, Laufen, Konsequenzen erfassen, komplexeres Sozialverhalten, Sexualität, Mutter- oder Vatersein wären nur einige Beispiele hierfür. Anders ist es mit der Fähigkeit zum Körperkontakt.

➤ **Die Fähigkeit zum Körperkontakt ist normalerweise bereits lange vor dem Geburtstermin vorhanden und bleibt lebenslang erhalten.**

Positive Auswirkungen von Körperkontakt wurden bereits bei Frühgeborenen ab der 25. Schwangerschaftswoche gefunden (► Kap. 4). ■ **Abb. 2.3** zeigt fünf Bilder, die aus einer Videoaufnahme zweier frühgeborener Jungen während des Körperkontakts



■ **Abb. 2.3 a–e** Ausschnitte aus einer Videoaufzeichnung von frühgeborenen Zwillingen. Der rechte Junge legt wiederholt seine Hand auf die Hand des Bruders. Auf den beiden unteren Bildern erkennt man gut, dass dieser die Berührung als angenehm wahrnimmt. Er lächelt (Bild d) und öffnet kurz danach die Augen (Bild e). (© Jansen & Streit)

mit ihrem Vater stammen. Man sieht im Video mehrmals, wie der rechte Junge seine Hand auf die Hand des Bruders legt. Daraufhin reagiert sein Bruder zunächst mit einem deutlichen Lächeln und macht kurz darauf die Augen auf.

Da Körperkontakt für die meisten Menschen etwas so intuitives und Selbstverständliches ist, gab es lange Zeit in diesem Bereich wenig Forschung. Dies hat sich, wie bereits festgestellt, grundlegend geändert: Aufgrund vieler qualitativ hochwertiger

Forschungsarbeiten beginnen wir heute zu verstehen, warum Körperkontakt lebenslang für die physische und psychische Gesundheit eine grundlegende Bedeutung hat.

## 2.2 Unterschiedlich hohe Bewusstheit im Zusammenhang mit Körperkontakt

Gefühlszustände und Erfahrungen wie Entspannung, Geborgenheit, Sicherheit, Gemeinsamkeit und Angenommen-werden ohne Leistung sind grundlegend für eine hohe Lebens- und Beziehungsqualität. Dass diese Gefühlszustände und Erfahrungen eng mit Körperkontakt in Verbindung stehen, ist Menschen unterschiedlich stark bewusst. Dies führt im Alltag zu teilweise erheblichen – und manchmal unlösbaren – Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Gesprächspartnern. Hiervon sind Menschen in allen Lebensbereichen betroffen, beispielsweise Paare, professionelle Helfer der Heilberufe und Patienten. Weil dieser Sachverhalt so wichtig ist, hier einige Ausführungen dazu.

Die meisten Menschen **ohne** eine Schwierigkeit im Bereich des Körperkontakts geben und bekommen körperliche Nähe, **ohne dass ihnen dies besonders bewusst ist**. Eltern nehmen ihre Kinder auf den Schoß und in den Arm. Intuitiv trösten sie ihre Kinder mit Körperkontakt. Erzieherinnen spüren, wie wichtig es ist, die Kinder in den Arm zu nehmen. Freunde umarmen sich, sitzen dicht beieinander und fassen sich viel an. Partner sitzen oder liegen auch ohne Sex lange nebeneinander und schmusen. Auch in unterschiedlichsten Alltagssituationen nehmen sie immer wieder Körperkontakt auf – vorausgesetzt, keiner der beiden hat eine Schwierigkeit mit Körperkontakt. All dies läuft bei den meisten Menschen ohne Körperkontaktblockierung überwiegend unbewusst ab.

Unter denjenigen Menschen, die Körperkontakt mit hoher Leichtigkeit leben, gibt es auch eine Untergruppe, die bezogen auf den Körperkontakt **über eine hohe Bewusstheit verfügt**. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Es gibt beispielsweise Menschen, die überhaupt sehr bewusst leben und denen es leicht fällt, ihre eigenen Gefühle und deren Veränderung wahrzunehmen. Gleichzeitig verfügen

sie über eine ausgeprägte Fähigkeit zum Körperkontakt. Diese Menschen erfassen die Bedeutung des Körperkontaktes für ihre Lebensqualität und für ihre Beziehungen zu Menschen im täglichen Alltag immer wieder neu. Weil sie dies sehr stark bewusst tun, neigen sie in aller Regel dazu, häufig darüber zu sprechen. Diese Gespräche vertiefen die bewusste Wahrnehmung des Körperkontaktes und seiner Bedeutung.

Auch unter denjenigen, die eine Schwierigkeit im Bereich des Körperkontakts haben und die Körperkontakt nicht oder nur wenig selbst leben können, gibt es Menschen, die die Bedeutung des Körperkontaktes **sehr stark bewusst** erfassen. Die Bewusstheit im Zusammenhang mit Körperkontakt ist ein Ergebnis der bewussten Beobachtung von anderen, die Körperkontakt eingehen. Oft beginnen diese Beobachtungen als Kind. Kinder mit einer Körperkontaktstörung leiden oft unter dem Vergleich mit ihrem Geschwisterkind oder ihren Geschwisterkindern. Sie nehmen beispielsweise wahr, dass ihre Schwester oder ihr Bruder mit ihrer Mutter oder ihrem Vater im körperlichen Bereich sehr nah sein kann. Sie beobachten die glückliche Gemeinsamkeit zwischen den anderen und spüren, dass sie in diesen Augenblicken nicht dazugehören. Sie lernen in diesen Situationen das Hinschauen auf die körperliche Nähe von anderen. Gleichzeitig leiden sie unter dem Vergleich mit den eigenen Fähigkeiten und der eigenen Situation. Dies tun sie dann auch als Jugendliche und als Erwachsene. Ihnen ist die Bedeutung des Körperkontaktes bewusst.

In dem Maße in dem Menschen sich selbst oder andere **weniger bewusst** beobachten, nehmen die Möglichkeiten ab, die Bedeutung des Körperkontaktes bewusst zu erfassen. Hiervon sind zunächst auch die betroffen, die einen guten Körperkontakt leben. Weniger häufig bewusst die Wirkung des Körperkontaktes erfasst, bedeutet weniger Training in diesem Bereich. Hier ist es im Bereich des Körperkontaktes nicht anders als in vielen anderen Lebensbereichen auch. Was normal ist und normal zum Leben gehört, wird oft weniger in seiner Wichtigkeit erfasst. So erfassen viele die wirkliche Bedeutung von Gesundheit so lange nicht, wie sie in ihrem Lebensbereich normal ist. Erst wenn sich dies ändert, verändert sich auch die Einschätzung ihrer Wichtigkeit.

Bewusste Wahrnehmung oder Bewusstheit sind nicht immer von Vorteil – auch wenn dies oft so gesehen wird. Unter bestimmten Bedingungen bedeutet bewusste Wahrnehmung oder Bewusstheit auch größeres Leiden. Sofern Betroffene davon ausgehen, dass bestimmte Zustände sich nicht verändern lassen, liegt eine von vielen sinnvollen Strategien darin, den Anteil von Bewusstheit herabzusetzen, um Leiden und unangenehme Gefühle zu verringern.

Dies ist bei Körperkontaktstörungen nicht anders. Wenn Kinder oder Erwachsene von einer Körperkontaktstörung betroffen sind und sie gleichzeitig keine Lösung dieses Problems sehen können, dann fühlen sie sich in aller Regel zunächst besser, wenn sie sich nicht ständig ihre schwierige Situation bewusst vor Augen führen. Ein solches Vermeiden von bewusster Wahrnehmung stellt einen nachvollziehbaren Lösungsweg dar, der – ebenfalls nachvollziehbar – häufig gewählt wird, auch wenn er langfristig Lösungsmöglichkeiten verhindern mag.

Ein entsprechender Lösungsweg kann durch andere Bedingungen noch gefestigt oder unterstützt werden. Beispiele hierfür sind hoher beruflicher oder privater Erfolg – auch mit einer Körperkontaktstörung. Ohne dass dies im Einzelfall zutreffen muss, neigen Menschen dazu, den Körperkontakt als nicht so bedeutsam einzuschätzen, wenn folgende Bedingungen zusammentreffen: Sie sind von einer Körperkontaktstörung betroffen. Sie denken bewusst wenig oder gar nicht über die Bereiche Körperkontakt und Körperkontaktstörung nach. Sie sind gleichzeitig sehr erfolgreich in ihrem beruflichen oder vielleicht auch privaten Lebensbereich.

Menschen, auf die diese Bedingungen zutreffen, sind nicht selten sehr intelligent und anstrengungsbereit. Aufgrund dieser Fähigkeiten nehmen sie oft berufliche Spitzenpositionen in allen gesellschaftlichen Bereichen ein. Viele positive Bereiche unserer Gesellschaft beruhen auf diesen Menschen.

Mit dem hier vorliegenden Buch wollen wir ganz bewusst auch diese Entscheidungsträger in unserer Gesellschaft erreichen. Wir werden deshalb bei den nachfolgenden Ausführungen die Informationen aus Verhaltensbeobachtung, Befragung und Anamnese gezielt durch Ergebnisse der experimen-

tellen Grundlagenforschung ergänzen. Dieser Weg ermöglicht dann einen intellektuellen Zugang zu der Bedeutung des Körperkontaktes. Aus diesem Grund beginnen wir mit der Darstellung einiger wichtiger Experimente.

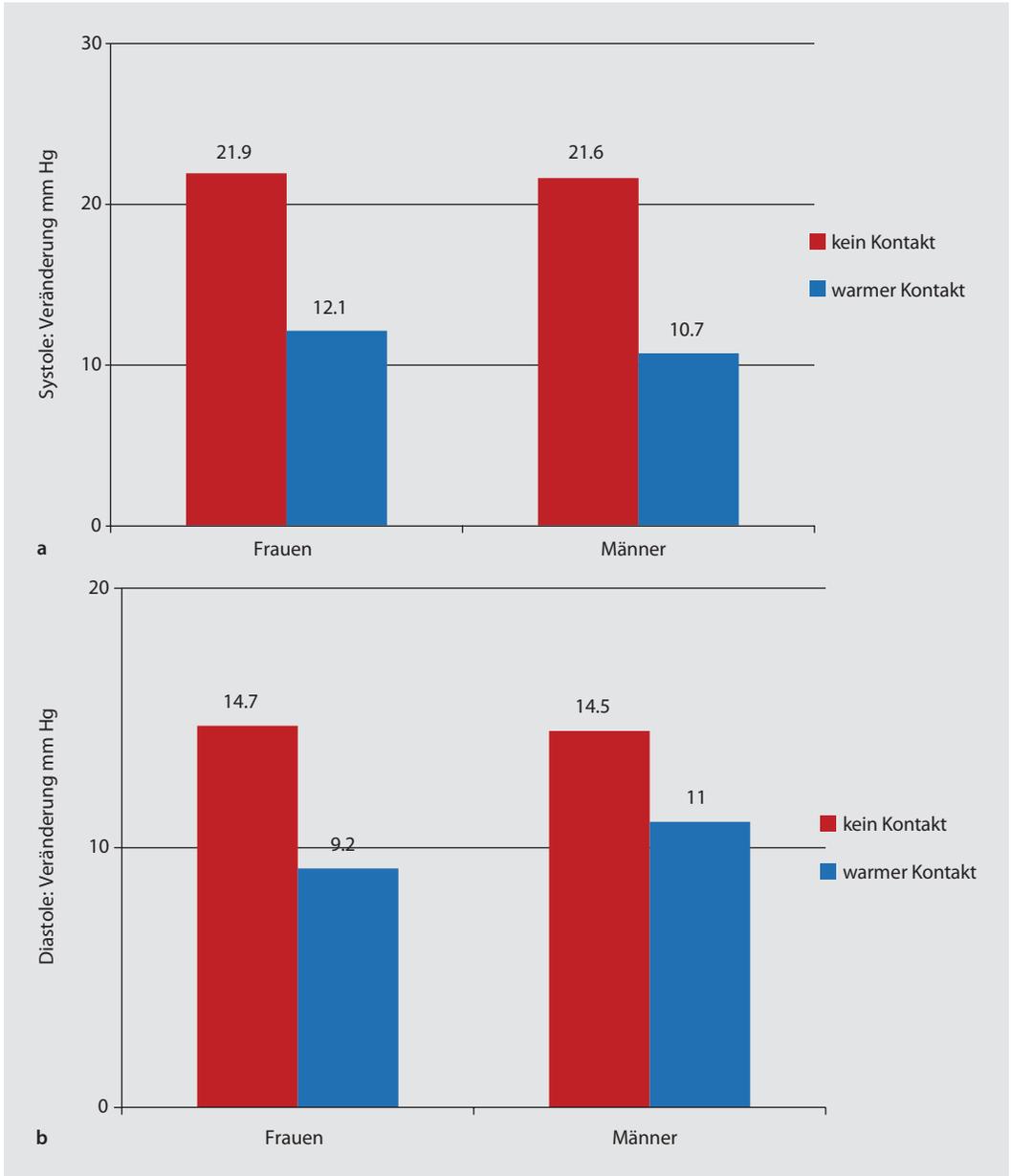
➤ **Die nachfolgend dargestellten Studienergebnisse sind - wenn nicht ausdrücklich anders erwähnt - immer statistisch signifikant. Was dies bedeutet, findet sich in ► Abschn. 8.1).**

## 2.3 Körperkontakt zu bekommen bedeutet mehr positive Erfahrungen, positive Gefühlszustände und Gesundheit

### 2.3.1 Körperkontakt vermindert Stress und wirkt sich positiv auf die Gesundheit aus

Körperkontakt vermindert Stress, bewirkt Entspannung und wirkt sich messbar auf gesundheitlich bedeutsame Größen aus wie z. B. die Herzrate, den Blutdruck, das Stresshormon Cortisol und das Speichelenzym Alpha-Amylase, das besonders auf psychosozialen Stress reagiert (Rohleder et al., 2004).

Körperkontakt wirkt jedoch nicht nur in dem aktuellen Augenblick entspannend, in dem er stattfindet. Er wirkt auch »in die Zukunft hinein«. Beispielsweise erleben Menschen eine Stresssituation, in der sie alleine sind, dann als weniger belastend, wenn sie vorher mit einer nahestehenden Person Körperkontakt erlebt haben. Dies zeigt beispielsweise die Arbeit von Grewen et al. (2003). Im Rahmen dieser Studie sollten Männer und Frauen jeweils alleine einen 3-minütigen Kurzvortrag halten, der zur Erhöhung des Stresses auf Video aufgezeichnet wurde. Bezogen auf die Zeit vor dem Stress waren die Teilnehmer nach Zufall in zwei Gruppen aufgeteilt worden. Die Teilnehmer der einen Gruppe verbrachten die 10 Minuten vor dem Vortrag gemeinsam mit ihrem Ehe- oder Lebenspartner. Sie waren aufgefordert, dicht neben dem Partner zu sitzen, sich zu berühren und über ein positives gemeinsames Erlebnis zu sprechen.



■ **Abb. 2.4** Veränderungen des systolischen (oben) und diastolischen Blutdrucks (unten) in einer Stresssituation. Alle Versuchspersonen waren in der Stresssituation alleine. Die Versuchspersonen der Gruppe »warmer Kontakt« hatten zuvor mit ihrem Partner Körperkontakt. Die Männer und Frauen der Gruppe »kein Kontakt« waren vorher alleine. (Nach Grewen et al., 2003)

Anschließend umarmten sich die Partner 20 Sekunden lang. Die Teilnehmer der zweiten Gruppe verbrachten die Zeit vor dem Vortrag alleine. ■ **Abb. 2.4** zeigt, dass bei denjenigen Versuchspersonen, die zuvor Körperkontakt mit dem Partner

hatten, der Blutdruck anschließend während des Stresses weniger anstieg – obwohl sie in der Stresssituation selbst alleine waren. Entsprechendes wurde bezüglich der hier nicht abgebildeten Herzrate gefunden.

Eine ähnliche Studie führten Ditzen, Neumann, Bodenmann, von Dawans, Turner, Ehlert und Heinrichs (2007) durch. Hier wurde als Stress auslösende Situation der Trierer Stresstest gewählt (Kirschbaum, Pirke & Hellhammer, 1993). Hierbei müssen die Versuchspersonen vor einer zweiköpfigen Jury, die sich distanziert verhält, zunächst einen 5-minütigen Vortrag halten. Anschließend sollen sie 5 Minuten lang Kopfrechnen und zwar von 2034 in 13er-Schritten rückwärts zählen. Gerade Kopfrechnen stresst die Teilnehmer in der Regel besonders, da sie davon ausgehen, dass sie dies können müssen. An dieser Studie nahmen nur Frauen teil. Sie waren durch Zufallszuweisung drei unterschiedlichen Gruppen zugeordnet worden, die jeweils in den 10 Minuten vor dem Stress eine andere Situation erlebten:

- **Kein** Partnerkontakt;
- Partnerkontakt **rein sprachlich**, ohne Berührung;
- **Körperkontakt** mit dem Partner. Die Teilnehmer bekam von ihrem Partner Nacken und Schulter massiert, wobei nicht gesprochen werden sollte.

Ziel war es, zu überprüfen, ob allein die Anwesenheit des Partners stressmindernd wirkt oder ob hierfür der Körperkontakt mit dem Partner entscheidend ist. ■ Abb. 2.5 gibt die Ergebnisse dieser Studie wieder. Es wird deutlich, dass nur der Körperkontakt mit dem Partner und nicht die soziale Unterstützung, die durch den Partner im Rahmen eines Gesprächs gegeben wurde, die Stressparameter »Herzrate« und »Cortisol« positiv beeinflusste. Auch hier zeigte sich eine Wirkung »in die Zukunft hinein«. Der positive Einfluss des Körperkontakts auf den Cortisolspiegel war noch 50 Minuten nach Ende des Körperkontakts zu beobachten.

Ähnliche positive Effekte von Berührung auf unterschiedliche Stressmaße wurden in folgenden Studien gefunden:

- Berührung führte zu einer Erniedrigung der Herzrate (Drescher, Gantt & Whitehead, 1980).
- Körperliche Nähe mit der Mutter führte bei 7–12 Jahre alten Mädchen zu einer Verminderung des Blutdruckanstiegs in einer Stresssituation (Seltzer, Ziegler & Pollak, 2010).

- Eine 4-wöchige Intervention mit einfühlsamer Massage und Körperkontakt bewirkte bei Männern und Frauen einen erniedrigten Spiegel des Stressenzym Alpha-Amylase und führte bei den Männern auch zu einem niedrigeren systolischer Blutdruck (Holt-Lunstad, Birmingham & Light, 2008). Diese Studie werden wir weiter unten in Zusammenhang mit dem Einfluss von Körperkontakt auf das »Beziehungshormon« Oxytocin ausführlich darstellen.
- Light, Grewen und Amico (2005) untersuchten den Blutdruck von 59 Frauen im Alter von 20–49 Jahren, die in einer stabilen Partnerschaft lebten. Mithilfe eines Fragebogens wurden verschiedene Verhaltensweisen des partnerschaftlichen Kontakts erfasst. Dabei zeigte sich: Je mehr gegenseitige Umarmungen (mit einander zugewandtem Körper, also Brust an Brust) die Frauen mit ihren Männern erlebten, desto niedriger war ihr Blutdruck. Auch auf diese Studie werden wir weiter unten bezüglich des Einflusses des Körperkontakts auf den Oxytocinspiegel noch einmal eingehen.

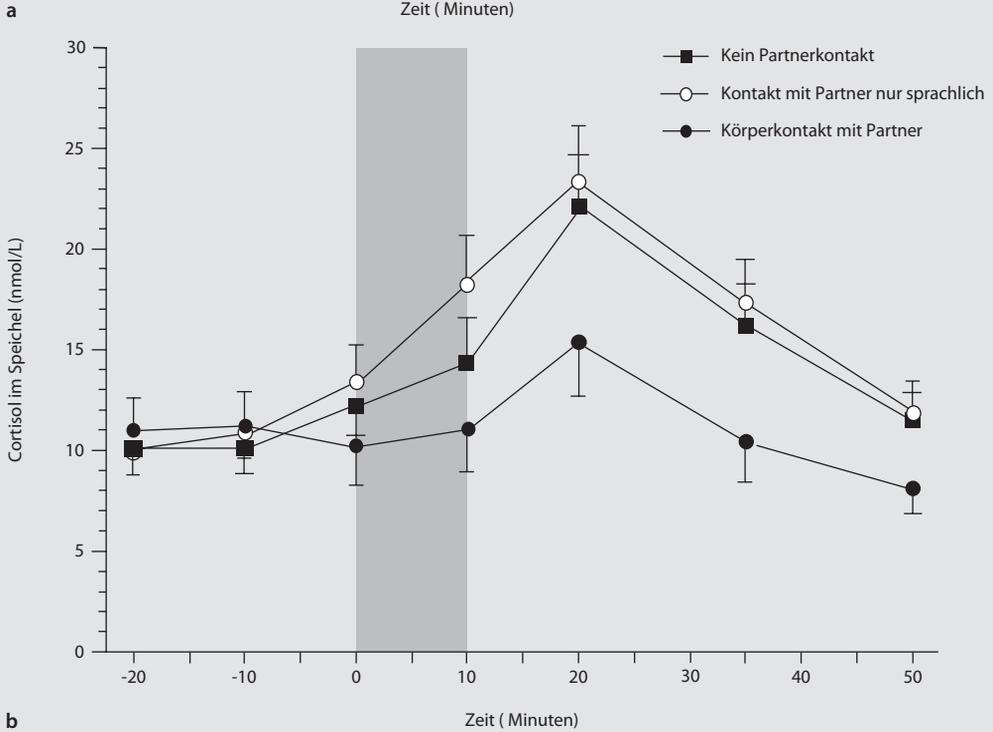
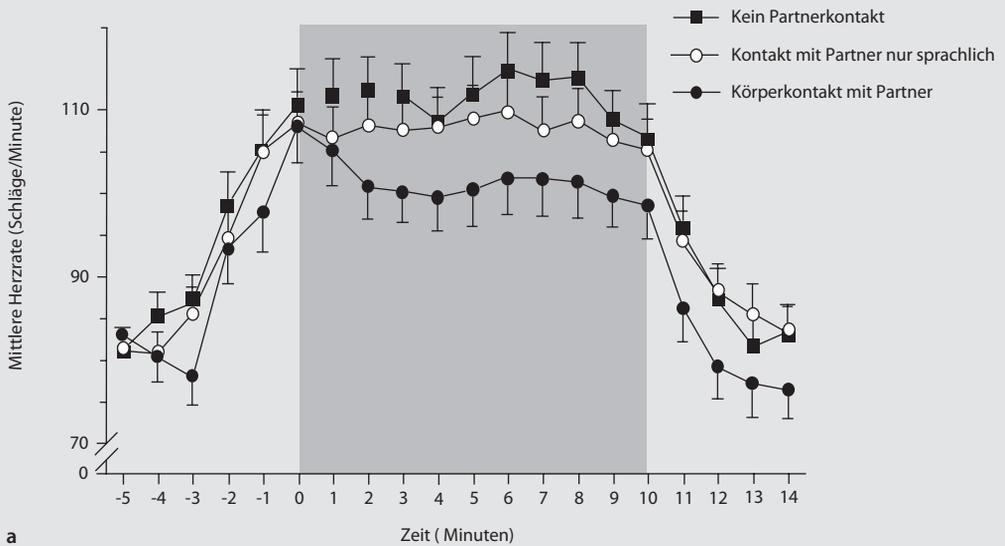
#### ■ Studien mit frühgeborenen und normalgeborenen Säuglingen

Körperkontakt wirkt sich positiv auf die Gesundheit, die Schmerz- und Stressempfindlichkeit, die Schlaf-Wach-Regulation und die längerfristige körperliche und geistige Entwicklung von früh- und normalgeborenen Säuglingen aus. Einen Überblick über die Forschung hierzu gibt ► Kap. 4.

#### Studien mit älteren Menschen

Die meisten, die ältere Menschen betreuen, wissen, wie wichtig Berührung gerade für diese ist. Viele Betreuende, gleich ob Angehörige, Therapeuten oder professionelle Betreuungskräfte, spüren intuitiv, dass dem Betreuten der Körperkontakt gut tut. Sie nehmen wahr, dass der ältere Mensch über den Körperkontakt entspannter wird. Sie erkennen, dass sich sein Gesicht verändert und mehr Freude ausdrückt. Viele ältere Menschen werden über den Körperkontakt offener für andere Formen der Kommunikation. Gerade dann, wenn andere Sinnesleistungen wie Sehen oder Hören nachgelassen

2



■ **Abb. 2.5** Ein 10-minütiger Körperkontakt vor einer Stresssituation führt dazu, dass der anschließende Stress zu einem geringeren Anstieg der Herzrate (oben) und des Stresshormons Cortisol (unten) führt. Die Anwesenheit des Partners ohne körperliche Berührung hatte keine entsprechende Auswirkung. Der graue Bereich gibt jeweils die Zeit an, in der der Stress stattfand. (Aus Ditzen et al., 2007)

haben, können über einfühlsamen Körperkontakt unmittelbar positive Gefühle ausgelöst werden. Dies ist noch einmal wichtiger, wenn Hirnleistungen infolge einer Demenzerkrankung beeinträchtigt sind.

Eaton, Mitchell-Bonair und Friedmann (1986) untersuchten den Einfluss von Berührung auf das Essverhalten von älteren Menschen in einem Heim. Die 42 teilnehmenden Patienten hatten unterschiedliche chronische Beeinträchtigungen ihrer Hirnfunktionen und gleichzeitig kardiovaskuläre Erkrankungen. Sie wurden durch Zufallszuweisung entweder einer Gruppe mit oder einer Gruppe ohne körperliche Berührung zugeordnet. Für alle Patienten wurde 3 Wochen lang die Nahrungsaufnahme während des Frühstücks und Mittagessens registriert. Alle Patienten wurden während dieser Zeit sprachlich motiviert, zu essen. Zusätzlich wurden die Teilnehmer der Versuchsgruppe in der zweiten Woche während jeder Mahlzeit 5-mal in angenehmer Weise am Unterarm berührt. ■ Abb. 2.6 gibt die Ergebnisse dieser Studie wieder. Es wird deutlich, dass diejenigen Patienten, die berührt worden waren, mehr Nahrung zu sich genommen hatten. Dieses Ergebnis zeigte sich sowohl im Kalorien- als auch im Proteinkonsum. Hoch interessant ist das Ergebnis auch insofern, als der Effekt in der 3. Woche anhielt, ohne dass die Patienten in dieser Zeit Körperkontakt erhielten.

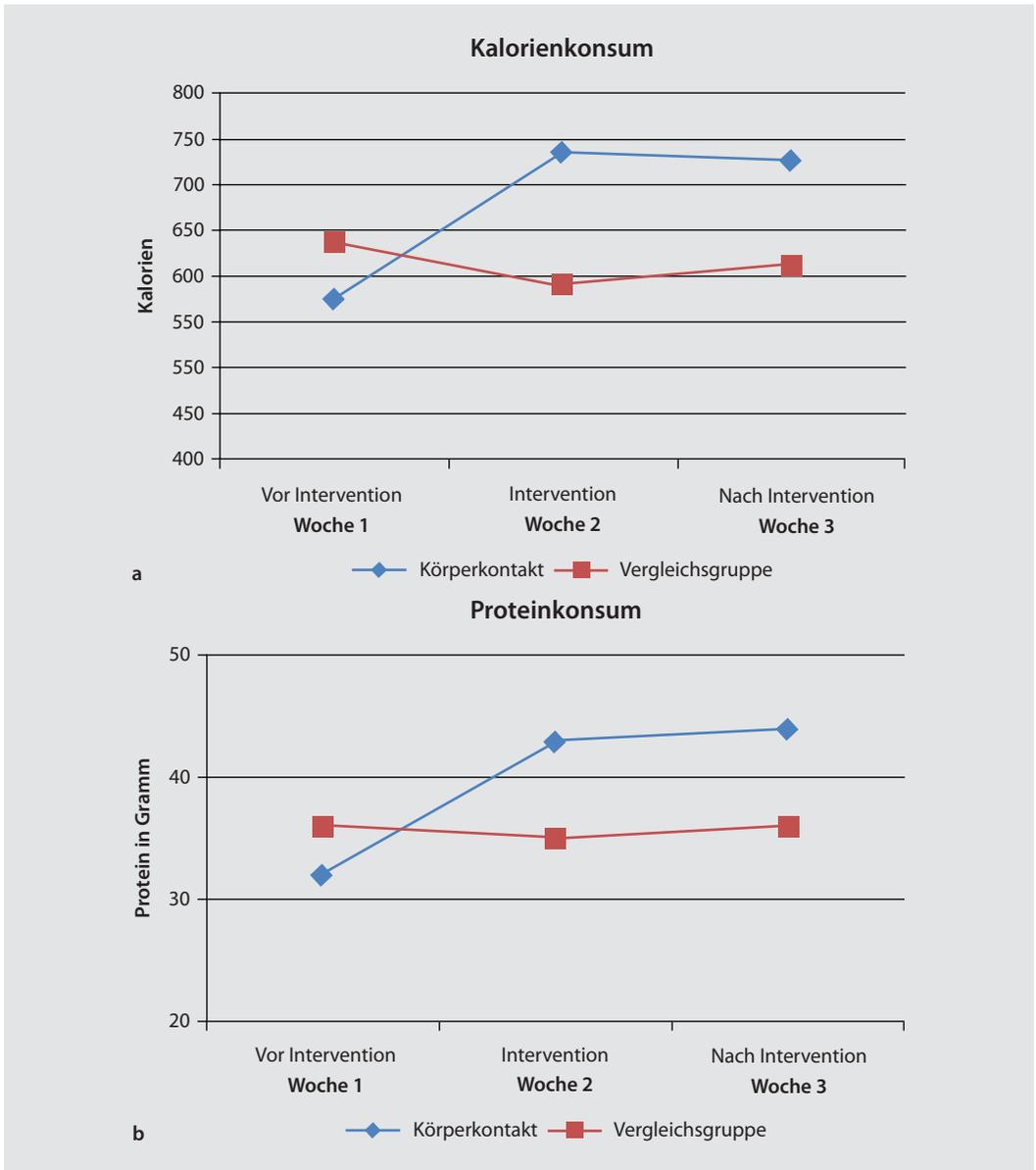
Zentrales Symptom von Alzheimer-Erkrankungen ist ein kontinuierlicher Abbau aller kognitiven Fähigkeiten. Dieser Abbau bedeutet, dass auch eine Kommunikation über den sprachlichen Inhalt immer weniger möglich ist. Dadurch wird für die Patienten die Umwelt immer weniger vorhersagbar, was – verständlicherweise – bei den meisten von ihnen mit einem Anstieg von Frustration, Stress und Angst einhergeht. All dies führt oft zu psychotischen Verhaltenssymptomen wie Unruhe, Argwohn, Halluzinationen und verbalen oder körperlichen Aggressionen. Kim und Buschmann (1999) erfassten diese psychotischen Verhaltenssymptome. Sie prüften, inwieweit sich Körperkontakt auf diese typische Pathologie in Zusammenhang mit der Alzheimererkrankung auswirkte. Hierzu führten sie mit insgesamt 27

Patienten eine standardisierte Intervention durch, bei der sie jede Hand des Patienten 2½ Minuten lang massierten. Davor und danach wurden die Patienten behutsam am Arm und an der Schulter berührt. Dieser insgesamt 5½ Minuten dauernde körperliche Kontakt wurde an 10 aufeinanderfolgenden Tagen jeweils zweimal täglich durchgeführt. Das Verhalten der Patienten wurde zu insgesamt 5 Zeitpunkten erfasst: vor der Intervention, während der Intervention (nach 5 und nach 10 Tagen) und nach beendeter Intervention (5 und 10 Tage danach).

Die Ergebnisse dieser Studie haben wir in ■ Abb. 2.7 wiedergegeben. Aus der Abbildung wird deutlich, dass sich das Verhalten der Patienten aufgrund der 2-mal täglichen Berührung deutlich verbessert hatte, und zwar nach 10 Tagen noch einmal deutlicher als nach 5 Tagen. Auch hier ließ sich, wie bereits in anderen Studien, feststellen, dass die zusätzliche körperliche Berührung »in die Zukunft« wirkte: Auch 5 Tage später war das Verhalten der Patienten gegenüber den Werten vor der Intervention noch verbessert. Zusätzlich fand sich auch in dieser Studie eine erniedrigte Herzrate nach der Berührung. Die Autoren sehen dies als einen Indikator dafür, dass die typischen Stressgefühle und Ängste, die mit der Alzheimer-Erkrankung einhergehen, durch das regelmäßige Berühren der Patienten vermindert werden konnten.

### Studien mit Patienten mit Herzerkrankungen

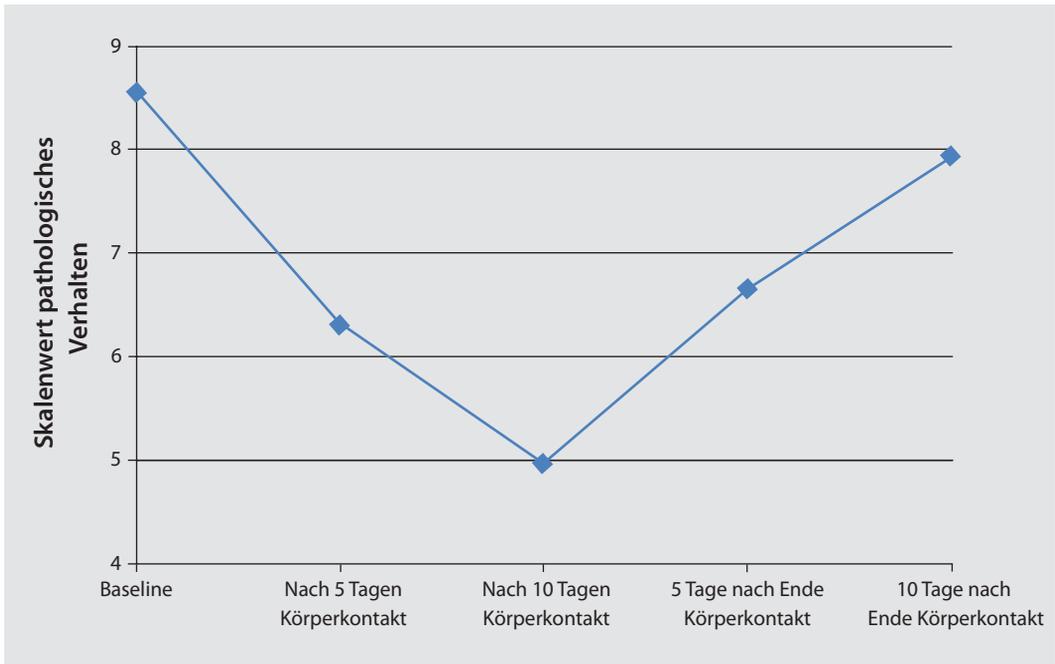
Weiss (1990) führte eine Studie an insgesamt 59 Patienten durch, die wegen Herzinfarkten oder anderen Herzerkrankungen stationär im Krankenhaus waren. Es sollte überprüft werden, ob Gespräche und Berührungen in ähnlicher Weise entspannend auf diese Patienten wirken. Mit allen Patienten wurden zwei kurze Gespräche und vier unterschiedliche körperliche Berührungen durchgeführt. Wie ■ Abb. 2.8 zeigt, hatten Gespräch und Berührung einen unterschiedlich starken Einfluss auf die Herzrate: Wenn die Patienten berührt wurden, war ihre Herzrate niedriger als wenn mit ihnen gesprochen wurde. Der Unterschied ist statistisch signifikant.



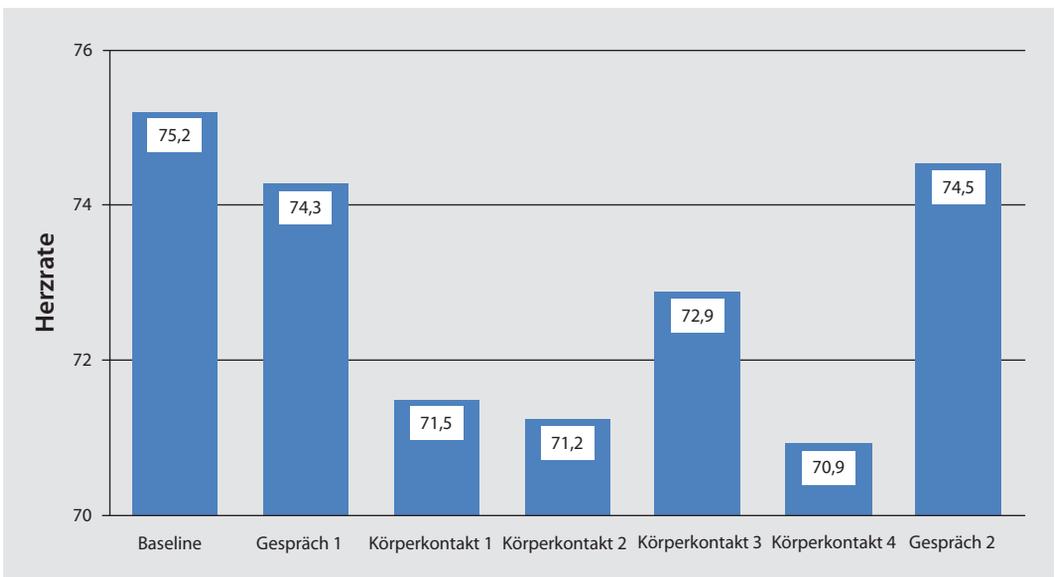
■ **Abb. 2.6** Nahrungsaufnahme vor, während und nach einer Intervention mit Körperkontakt. Diejenigen Patienten, die in der zweiten Woche während der Mahlzeiten berührt wurden, aßen mehr. Dies ließ sich sowohl über den Kalorienkonsum (oben) als auch über den Proteinkonsum (unten) feststellen. (Nach den Daten von Eaton, Mitchell-Bonair & Friedman, 1986)

Zu einem entsprechenden Ergebnis kamen Bauer et al. (2010) und Braun et al. (2012). Eine andere Studie fand, dass herzkrankte Patienten nach einer abendlichen Massage besser schliefen. Dies betraf sowohl die Qualität als auch die Dauer des

anschließenden Schlafs. Die Patienten schliefen im Anschluss an die Massage etwa eine Stunde länger als die Patienten einer Vergleichsgruppe, die während der gleichen Zeit eine Entspannungsübung machte (Richards, 1998).



■ **Abb. 2.7** Abnahme typischer pathologischer Verhaltensweisen bei Alzheimer-Patienten durch eine Intervention mit zweimal täglicher Massage und Berührung. Mit zunehmender Dauer der Intervention nahm der Therapieeffekt zu. Die positiven Auswirkungen der Therapie waren auch 5 Tage nach Ende des Körperkontaktes noch zu beobachten. (Nach Kim & Buschmann, 1999)



■ **Abb. 2.8** Herzrate bei herzkranken Patienten bei 2 kurzen Gesprächen und 4 unterschiedlichen Berührungen. Es wird deutlich, dass Körperkontakt stärker entspannend wirkt als die Gespräche. (Nach Weiss, 1990)

- **Die positiven Auswirkungen von Körperkontakt im Gesundheits- und Pflegebereich bekommen nochmals eine tiefere Bedeutung, wenn man sich vor Augen führt, dass Menschen mit einer Körperkontaktstörung diese Auswirkungen kaum oder gar nicht erfahren können.**

### 2.3.2 Körperkontakt hemmt die Schmerzwahrnehmung

Körperkontakt, Massage und andere Formen der Berührung hemmen Schmerzen. Dieser Zusammenhang wurde in unterschiedlichsten Bereichen gefunden. Einige Beispiele:

- In Tierstudien zeigte sich, dass langsames Streicheln mit etwas Druck die Schmerzempfindlichkeit vermindert (z. B. Lund et al., 2002).
- Früh- und normalgeborene Säuglinge erleben bei einer Impfung oder Blutabnahme weniger Schmerz, wenn sie im Körperkontakt sind (► Abschn. 4.3).
- Patienten erleben nach einer Operation weniger Schmerz, wenn sie massiert werden (Mitchinson et al., 2007; Wang & Keck, 2004).
- Auch Schmerz nach Verbrennungen wird durch Massage vermindert (Field et al., 1998).

Wie lässt sich ein solcher Zusammenhang erklären? Bereits im Jahr 1965 gingen Melzack und Wall in ihrer »Gate-control«-Theorie der Schmerzwahrnehmung davon aus, dass die Weiterleitung von Schmerzinformation schon auf Ebene des Rückenmarks beeinflusst wird. Wie bei einem Tor (engl.: gate), das offen oder geschlossen sein kann, wird Information aus den Schmerzrezeptoren entweder durchgelassen und an das Gehirn weitergeleitet oder blockiert. Melzack und Wall beschrieben in ihrer Arbeit zwei neuronale Mechanismen, die darüber entscheiden, inwieweit Schmerzinformationen an das Gehirn weitergeleitet werden:

Ein erster Hemmungsprozess entsteht über Neurone im Hinterhorn des Rückenmarks, die sowohl auf Schmerz- als auch auf Berührungsreize reagieren. Die Information aus Berührung (z. B. Massage, Streicheln, Wärme, nichtschmerzhafter

Druck) wird über dickere und damit schneller leitende Nervenfasern (A-Beta-Fasern) an diese Neurone im Hinterhorn weitergeleitet und hemmt dort die über langsamer leitende Neurone eingehenden Signale aus Schmerzrezeptoren (A-Delta-Fasern; vgl. auch Mancini et al., 2014).

Ein zweiter hemmender Mechanismus geht vom Gehirn aus. So hemmen vom Hirnstamm absteigende Bahnen auf Rückenmarksebene die Weiterleitung von Schmerzinformation. Seit einiger Zeit weiß man, dass im Rahmen dieses absteigenden Systems der Wirkstoff Oxytocin (► Abschn. 2.7) eine wichtige Rolle spielt:

- In einer neuen Übersicht fanden Rash, Aguirre-Camacho und Campbell (2014) zu dieser Fragestellung insgesamt 33 Tierstudien. In 29 dieser Studien wurde gefunden, dass Oxytocin Schmerzen verringert.
- Oxytocin, das über ein Nasenspray verabreicht wird, mindert Kopfschmerz (Wang et al., 2013) und Schmerz in Zusammenhang mit einer Reizdarmkrankung (Louvel et al., 1996). In beiden Studien war der schmerzreduzierende Effekt umso ausgeprägter, je höher die Oxytocindosis.

- **Wie wir unter ► Abschn. 2.7.1 darstellen werden, stimulieren Körperkontakt, Massage und Streicheln im Gehirn die Oxytocinausschüttung. Oxytocin wirkt schmerzsenkend. Ein für die Praxis extrem wichtiger Gesichtspunkt ist hierbei: Je öfter Streicheln bzw. Massage stattfindet, desto deutlicher ist die Schmerzreduzierung (vgl. Lund et al., 2002). Dies gilt auch für den Umgang mit Schmerzpatienten. Hier ist beispielsweise eine Massagetherapie, die über mehrere Tage erfolgt, wirkungsvoller als eine einmalige Behandlung (Moyer, Rounds & Hannum, 2004).**

### 2.3.3 Körperkontakt bei Menschen mit einer Körperkontaktstörung

Menschen mit einer Körperkontaktstörung versuchen, Körperkontakt zu vermeiden und verzichten damit auf dessen Vorteile.

Diese Betrachtung stand bisher im Vordergrund. Es gibt jedoch Situationen im Leben, in denen es den Betroffenen nicht gelingt, den Körperkontakt zu vermeiden, obwohl sie ihn nicht wollen. Dies sind insbesondere Situationen im Pflege- oder Medizinbereich.

Weiss und Puntillo (2001) erhoben bei herzkranken Patienten zunächst folgende Informationen:

- das Ausmaß ihrer Empfindlichkeit gegenüber unterschiedlichen Sinnesreizen. Hier bewerteten die Patienten insbesondere ihre Gefühle in Zusammenhang mit unterschiedlichen Berührungen;
- Erfahrungen mit Berührung im Verlauf des bisherigen Lebens des Patienten. Welche Erfahrungen machte er als Kind mit Berührungen in Situationen, in denen er beispielsweise gebadet, angezogen oder bei Krankheit versorgt wurde? Welche Erfahrungen machte er als Erwachsener, wenn er beispielsweise massiert oder bei Krankheit versorgt wurde? Diese früheren Erfahrungen wurden in Abhängigkeit davon, wie der Patient sie erlebt hatte, als negativ, neutral oder positiv kategorisiert;
- von den Familienangehörigen beurteiltes introvertiertes (zurückgezogenes) Verhalten des Patienten.

Dann führte eine trainierte Krankenschwester 8 Minuten lang in standardisierter Weise typische Versorgungstätigkeiten mit den Patienten durch, beispielsweise Blutdruckmessung und Abhören. Danach erhielten die Patienten eine 8-minütige Entspannungsmassage. Vor und während dieser Intervention wurden Blutdruck, Herzrate und Störungen des Herzrhythmus (Arrhythmien) und die in Zusammenhang mit dieser Versorgung erlebte Angst erfasst.

Weiss und Puntillo fanden folgende Zusammenhänge:

- Je empfindlicher der Patient auf Sinnesreize reagiert, desto höher waren seine Herzrate sowie sein diastolischer Blutdruck während des Körperkontakts.
- Je stärker der Patient sich an unangenehme Erfahrungen mit Berührung in der Vergangenheit erinnerte, desto stärker war die

von ihm in Zusammenhang mit dem Körperkontakt erlebte Angst.

- Bei Patienten, die von ihren Familiengehörigen als eher sozial introvertiert (zurückgezogen) beschrieben wurden, traten während des Körperkontakts eher Herzrhythmusstörungen auf.

Der Sachverhalt, dass nicht alle Menschen Berührung als entspannend wahrnehmen, sondern manche Menschen hierdurch eher besonders gestresst sind, wurde auch in der oben beschriebenen Studie an Alzheimer-Patienten beschrieben (Kim & Buschmann, 1999). Dort wurden Patienten, die Berührung unangenehm empfanden, von der Studienteilnahme ausgeschlossen.

Auch die bekannte Professorin für Physiologie Frau Uvnäs-Moberg stellt fest, dass nicht alle Menschen Körperkontakt als angenehm und entspannend empfinden. Uvnäs-Moberg hat sich als Wissenschaftlerin seit den 1980er-Jahren intensiv mit der Bedeutung von Körperkontakt und Berührung beschäftigt und dabei insbesondere den Zusammenhang von Berührung und Oxytocin untersucht (vgl. Übersichtsarbeit von Uvnäs-Moberg und Petersson, 2005). In ihrem vor kurzem erschienenen Buch, das den Titel »The Hormone of Closeness – the Role of Oxytocin in Relationships« trägt, schreibt sie:

»Es gibt auch eine große Gruppe von Menschen, die insgesamt Berührung nicht mögen. Manche von ihnen hatten vorher unangenehme Erfahrungen mit Berührung. Bei diesen Menschen könnten unangenehme, vergessene Erinnerungen in Zusammenhang mit Berührung an die Oberfläche kommen und in diesem Zusammenhang werden Stress und Abwehrreaktionen ausgelöst statt Ruhe und Entspannung.« (Uvnäs-Moberg, 2013)

Sie schreibt weiter, dass die Betroffenen Berührung so unangenehm empfinden »als ob es reibt oder sticht« (Uvnäs-Moberg, 2013, Übers. durch die Autoren).

Die ältere Dame in  Abb. 2.9 hatte vor einigen Jahren im hohen Alter eine Körperbezogene Interaktionstherapie mit ihrer Tochter durchgeführt und hierbei ihre Körperkontaktstörung über-



■ **Abb. 2.9** Für manche Menschen kommt einmal eine Zeit, in der sie von anderen Menschen versorgt und gepflegt werden. Dies kann auch nur ein Krankenhausaufenthalt sein. Dieser älteren Dame geht es mit Körper- und Blickkontakt richtig gut. Sie kann den positiven Einfluss von Körperkontakt und Beziehung für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden nutzen. Das war nicht immer so. Die Fähigkeit zum Körperkontakt, so wie wir sie hier im Bild sehen, hat sie sich erst vor ein paar Jahren über die Körperbezogene Interaktionstherapie erworben. (© Jansen & Streit)

wunden. Vor einem halben Jahr stürzte sie und ist seitdem auf intensive Hilfe angewiesen – auch durch Pflegepersonal. Hierbei hilft es ihr, dass sie den Körperkontakt als sehr positiv erlebt. Zu ihrer Möglichkeit, in der jetzigen Situation Körperkontakt leben zu können, sagt sie:

» Jetzt lebe ich. Ich kann Körperkontakt von anderen jetzt annehmen und er tut mir gut. Ich bin dankbar, weil ich jetzt weiß, dass ich ohne Beziehung sehr einsam wäre. Ich bin so zufrieden, dass ich den Körperkontakt leben darf, denn es entspricht meinem tiefsten Glauben, dass Beziehung zu Menschen das Einzige ist, was im Leben Bestand hat. «

### 2.3.4 Positive Gefühlszustände im Körperkontakt und allgemeine Zufriedenheit

Wir beschäftigen uns seit mehr als 25 Jahren mit den Themen »Körperkontakt« und »Körperkontaktstörungen«. In solch einem langen Zeitraum

konnten wir in den unterschiedlichsten Situationen Informationen zu diesen Themen sammeln. Die drei folgenden Quellen brachten uns in diesem Zusammenhang die meisten Erkenntnisse:

**Videoaufzeichnungen von Eltern-Kinder-Interaktionen.** Seit etwa 25 Jahren nehmen wir – mit extrem wenigen Ausnahmen – jedes Kind, mit dem wir arbeiten, in unterschiedlichen Alltagssituation auf Video auf, beispielsweise während es mit seinen Eltern spielt, lernt oder Gespräche führt. Immer nehmen wir auch eine Situation auf, in der das Kind Körperkontakt mit seinen Eltern eingeht. Diese Videoaufzeichnungen werden am Anfang einer Therapie oder eines gemeinsamen Arbeitens aufgenommen. Ihre Analyse gibt zunächst einmal Hinweise darauf, ob das Kind, die Mutter oder der Vater von einer Körperkontaktstörung betroffen ist oder nicht. In Verbindung mit den anderen auf Video aufgezeichneten Situationen lässt sich dann u. a. prüfen:

- Wie verhalten sich Kinder mit und ohne Körperkontaktstörungen in einer Spielsituation, in einer Lernsituation oder in Gesprächen mit ihren Eltern?
- Wie verhalten sich die Eltern ihrem Kind gegenüber?
- Wie verhalten sich Mütter und Väter, wenn sie selbst Schwierigkeiten mit Körperkontakt haben?

Bei einem solchen Vorgehen ist bereits am Anfang einer Therapie bekannt, welches Kind, welche Mutter und welcher Vater sich mit körperlicher Nähe schwer tun. So konnten wir über die Jahrzehnte Erfahrungen sammeln, wie sich Menschen mit einer Körperkontaktstörung verhalten und auf welche therapeutischen Maßnahmen sie positiv reagieren. Diese verglichen wir mit den Informationen von Kindern und Erwachsenen, die keine Körperkontaktstörung hatten.

**Paartherapien.** Im Rahmen von Paartherapien können wir besonders dann viel über die Bedeutung des Körperkontaktes lernen, wenn ein Partner

positiv Körperkontakt leben kann und der andere eher dem Körperkontakt ausweicht. Aufgrund der hierdurch eintretenden Schwierigkeiten zwischen beiden ist die Notwendigkeit gegeben, darüber zu sprechen. Mit diesen Gesprächen sind Informationen verbunden, die ein Verstehen ermöglichen – von jedem Partner.

**Verhaltensänderungen als Folge einer verbesserten Fähigkeit zum Körperkontakt.** Gelernt haben wir auch aus den Veränderungen von Menschen mit einer Körperkontaktstörung, wenn sie später aufgrund der therapeutischen Maßnahmen über die Fähigkeit zum Körperkontakt verfügten. Diese Veränderungen treten eher »schnell« ein, oft schon nach Minuten, Stunden oder wenigen Tagen. Der enge zeitliche Zusammenhang hilft bei der Zuordnung von Therapiemaßnahme und Erfolg. Dies betrifft Säuglinge, Kinder und Erwachsene. In aller Regel beobachtet man Verhaltensänderungen sowohl in Situationen mit Körperkontakt als auch in Situationen, in denen kein Körperkontakt stattfindet. So gut wie immer ist die bewusste Beurteilung der Bedeutung des Körperkontaktes verändert. Dies trifft auch für die oben angesprochene Gruppe von Menschen zu, die von einer Körperkontaktstörung betroffen sind und gleichzeitig beruflich oder privat sehr erfolgreich sind. Sobald sie über die Fähigkeit zum Körperkontakt im vollen Umfang verfügen, schätzen sie aufgrund ihrer dann vervollständigten Erfahrungen die Bedeutung des Körperkontaktes höher ein als vorher.

Eines der wichtigsten Ergebnisse aus all diesen Beobachtungen ist für uns: Die Fähigkeit zum Körperkontakt hat einen hohen Einfluss auf den inneren Zustand »Zufriedenheit«. Am deutlichsten wird dies, wenn Kinder oder Erwachsene mit einer Körperkontaktstörung im Therapieprozess die Fähigkeit zum Körperkontakt aufbauen. Erwachsene äußern in aller Regel, dass sie sich zufriedener fühlen. Dies gilt auch für die, die bereits vorher mit ihrer Körperkontaktstörung beruflich und privat erfolgreich waren. Bei Kindern geben v. a. die Eltern die Rückmeldung, dass ihr Kind mit zunehmender Fähigkeit zum Körperkontakt zufriedener wirkt. Sie erkennen dies beispielsweise am Gesichtsausdruck ihres Kindes, seiner Stimme

und seinem veränderten Verhalten in unterschiedlichen Alltagssituationen.

Zufriedenheit bedeutet mehr Lebensqualität. Hierin stimmen die meisten Menschen überein. Dennoch ist es von Mensch zu Mensch unterschiedlich, wie wichtig Körperkontakt für sein Gefühl von Zufriedenheit ist. Dabei spielt eine entscheidende Rolle, inwieweit einem Menschen andere Möglichkeiten zur Verfügung stehen, Zufriedenheit zu erreichen.

Unter sonst gleichen Bedingungen nimmt die Bedeutung des Körperkontaktes zu, je weniger erfolgreich eine Person in anderen Lebensbereichen ist. Wenn beispielsweise in einer Lebenskrise aus dem beruflichen Bereich keine Zufriedenheit gewonnen werden kann, steigt die Bedeutung der Zufriedenheit, die aus dem Körperkontakt erwächst. Wenn in einer solchen Krise noch erschwerende Bedingungen hinzutreten, beispielsweise mangelnder finanzieller Rückhalt oder eingeschränkte Gesundheit, dann nimmt die Bedeutung des Körperkontaktes weiter zu. Im Einzelfall spielt sie die Rolle des sprichwörtlich letzten Strohhalms. Wohl dem, der in solchen Situationen Körperkontakt leben und bekommen kann.

Der Faktor Zufriedenheit beeinflusst jedoch nicht nur die Lebensqualität, sondern auch beispielsweise Selbstsicherheit, positives Sozialverhalten und Gesundheit. Unter sonst gleichen Bedingungen verhalten sich Menschen umso selbstsicherer und sozial positiver, je zufriedener sie sind.

### 2.3.5 »Angenommen-werden ohne Leistung« als Grundlage sozialer Selbstsicherheit

In den vielen tausend Videoaufzeichnungen, die wir in den Jahrzehnten im Rahmen von Therapie und Ausbildung analysiert haben, konnten wir feststellen: In unserem Kulturkreis erfolgt das meiste Lob und die meiste Zuwendung von Eltern und anderen Bezugspersonen dann, wenn ein Kind erfolgreich Leistung erbringt.

Beispielsweise werden Kinder mehr gelobt, wenn sie bei einer Rechenaufgabe zum richtigen Ergebnis kommen und sich dabei **nicht** anstrengen,

als wenn sie einen Fehler machen und sich dabei anstrengen. Eine solche Wirklichkeit wird vom Kind wahrgenommen. Entsprechend bewusste oder unbewusste Schlüsse der Kinder liegen auf der Hand, etwa »Ich werde mehr angenommen, wenn ich erfolgreich bin« oder sogar »Ich werde nur angenommen, wenn ich erfolgreich bin«.

Um hier kein Missverständnis aufkommen zu lassen: Loben bei Leistung ist richtig und notwendig. Es geht hier um das »nur« oder »fast immer«. Wenn ein Kind die Erfahrung macht, nur oder überwiegend dann gelobt zu werden, wenn es Leistung erbringt, entwickelt es ein Bild der Wirklichkeit, das man wie folgt beschreiben kann: »Ich werde angenommen, wenn ich etwas leiste« oder »Ich werde nur angenommen, wenn ich etwas leiste«.

Wie stark die Unsicherheit ist, die durch eine solche Einschätzung der Wirklichkeit entsteht, ist von Mensch zu Mensch verschieden. Menschen, die weniger leisten können, entwickeln oft eine stärkere Unsicherheit als Menschen, die sehr leistungsstark sind.

Aber auch sehr leistungsstarke Menschen können sich trotz aller Leistungsstärke in bestimmten Situationen unsicher fühlen. Sie werden sich immer dann unsicher fühlen, wenn sie in einer Situation ihre Leistung nicht einschätzen können. Oft reicht es, dass sie nicht sicher sind, ob sie die Leistung erbringen können. Sie wissen dann nicht, ob sie angenommen werden. Aufgrund ihrer Erfahrungen gehen sie eher davon aus, dass dem nicht so sein wird.

Entsprechende Unsicherheiten treten gar nicht oder weniger auf, wenn Menschen die Erfahrung machen, dass sie auch ohne Leistung angenommen werden. Eine der wesentlichsten Situationen, in denen dies erlebt werden kann, ist naher Körperkontakt. Im nahen Körperkontakt gelingt diese Erfahrung ohne Sprache und ohne Anstrengung – bei Babys, Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.

Die wirkliche Bedeutung des Körperkontaktes für die soziale Selbstsicherheit hängt auch hier von zusätzlichen Größen ab. Eine entscheidende Frage ist in diesem Zusammenhang, in welchen anderen Lebenssituationen die Betroffenen die Erfahrungen machen können, dass sie ohne Leistung angenommen werden. Grundsätzlich ist dies möglich. Beispielsweise kann es sein, dass sich gute Freunde diese Erfahrung vermitteln.

Die Betonung liegt hier auf »kann«. Das kann so sein, muss aber nicht. Auch Geschwisterkinder haben hier – wie Kinder überhaupt – ein großes Potenzial. Erwachsene Bezugspersonen von Kindern, so zeigt sich regelmäßig in den Videoaufzeichnungen, tun sich hier eher schwer. Dies gilt auch für professionelle Helfer aus den Bereichen der Therapie, Pädagogik oder Medizin. Am leichtesten tun sich die Erwachsenen in der Rolle der Großmutter oder des Großvaters. Sich ohne Leistung anzunehmen, gelingt aber allen Erwachsenen dann leicht, wenn sie nahen Körperkontakt eingehen. Im Körperkontakt können das aufgrund ihrer genetischen Ausstattung alle, **sofern sie selbst oder ihr Gegenüber keine Körperkontaktstörung haben.**

## 2.4 Auch Körperkontakt zu geben bedeutet mehr Gesundheit, Selbstsicherheit und Lebensqualität

Wir haben auf den bisherigen Seiten einen ersten Eindruck erhalten, welch tiefen Einfluss Körperkontakt auf Gefühlszustände, Verhalten und physiologische Prozesse nimmt. Das ganz Besondere am Körperkontakt ist: Diese Einflussnahme erfolgt allein durch die Tatsache, dass Körperkontakt stattfindet. Ein aktives Handeln ist nicht nötig. Die Person, die vom Körperkontakt profitiert, kann sich vollständig passiv verhalten.

Körperliche Nähe vermittelt jedoch noch eine weitere einzigartige Lernerfahrung. Diese entsteht dadurch, dass die Auswirkungen des Körperkontakts bei jeder beteiligten Person gleichzeitig entstehen. Man kann diesen Sachverhalt auch sprachlich anders ausdrücken. Körperliche Nähe kennt keine besondere Richtung. Sie wirkt gleichzeitig immer auf jeden Beteiligten (■ Abb. 2.10).

Aufgrund dieser Besonderheit macht jeder am Körperkontakt Beteiligte die Erfahrung, dass er auf den anderen einen tiefgründigen positiven Einfluss nehmen kann. Jeder macht die Erfahrung, dass er im anderen beispielsweise Entspannung, Geborgenheit, Sicherheit, Gemeinsamkeit, »Angenommen-Werden auch ohne Leistung« auslösen kann.



■ **Abb. 2.10** Körperliche Nähe wirkt immer gleichzeitig auf jeden Beteiligten. Großmutter und Enkel vermitteln sich gegenseitig positivste Erfahrungen wie Gemeinsamkeit, Sicherheit und Annahme. (© Jansen & Streit)

➤ **Da die Gefühlszustände Entspannung, Geborgenheit, Sicherheit, Gemeinsamkeit, Angenommen-Werden auch ohne Leistung etc. mit extrem deutlichen Verhaltenssignalen und extrem deutlichen Veränderungen in Gesicht und Stimme einhergehen, lässt sich der eigene Einfluss auf den anderen nicht übersehen und wird in jedem Augenblick mindestens unbewusst wahrgenommen.**

Wenn Menschen die Erfahrungen machen, dass sie andere in dieser Weise beeinflussen können, dann stellen sich evolutionär grundlegende Gefühlszustände ein. Zwei davon sind »Erfolg« und »Kontrolle«. Diese Gefühle sind umso stärker, je wichtiger die Bezugspersonen sind, mit denen der Körperkontakt eingegangen wird.

Auch andere Erfahrungen können das Gefühl von Erfolg und Kontrolle auslösen. Eine Besonderheit des Körperkontaktes ist jedoch, dass die Gefühle von Erfolg und Kontrolle bei **allen** Beteiligten ausgelöst werden. Es gibt keinen Verlierer, es gibt keinen Schwächeren. Das führt im Augenblick des Körperkontaktes zu einer besonderen Situation und zu einer weiteren besonderen Lernerfahrung. Der Schwächere in der Beziehung bewegt sich auf Augenhöhe mit dem Stärkeren – solange keine Körperkontaktstörung dies verhindert. Eine Körperkontaktstörung führt dazu, dass – unter sonst

gleichen Bedingungen – beispielsweise folgende positive Erfahrungen und Lernmöglichkeiten weniger oder gar nicht auftreten:

- Ich kann dem anderen etwas Wichtiges geben.
- Ich bin gleichwertig.
- Ich bin wichtig.

Solche für die Persönlichkeitsentwicklung extrem wichtigen Erfahrungen werden bereits von Säuglingen gemacht – sofern keine Körperkontaktstörung dies verhindert. Auch ein mehrfach behindertes Kind kann sich im Körperkontakt als gleichwertig mit allen anderen Menschen erleben. Gleiches gilt für die sog. »schwarzen Schafe« in einer Familie. Während in weiten Bereichen dem als »schwarzes Schaf« bezeichneten Kind Erfolgs- und Kontrollgefühle fehlen, wird die Welt im Körperkontakt normal. Unter solchen Umständen ist der ohnehin schon wichtige Körperkontakt mit gewaltigem Effekt und höchster Bedeutung verbunden – nicht nur für die Kinder, sondern auch für ihre Bezugspersonen. Das Gleiche gilt sinngemäß für Paare, bei denen ein Partner in sehr vielen Lebensbereichen überlegen ist, oder für ältere Menschen, die ihre Fähigkeiten in vielen Bereichen verlieren. Im Körperkontakt können sie trotzdem noch uneingeschränkt erfolgreich sein.

➤ **Der Körperkontakt wirkt in jede Richtung. Er begrenzt seine Wirkung nicht auf eine Person. Jeder, der am Körperkontakt teilnimmt, hat in gleicher Weise die Möglichkeit für die damit verbundenen Erfahrungen (vgl. ■ Abb. 2.11). Durch diese Besonderheit erhält jeder im Augenblick des Körperkontaktes eine starke Position gegenüber dem anderen. Jeder macht die Erfahrung, für den anderen wichtig zu sein. Jeder macht die Erfahrung im anderen etwas Wesentliches auslösen zu können. Diese Zusammenhänge haben ihre Geltung über den gesamten Lebensbereich.**

Wie die Studien zu frühem Körperkontakt zeigen, wirkt sich der Körperkontakt mit dem Frühgeborenen auch auf dessen Mutter aus. Mütter, die mit ihren frühgeborenen Babys von Anfang an engen Körperkontakt erleben durften, hatten weniger Wochenbettdepressionen und ein besseres



■ **Abb. 2.11** Das Baby geht aktiv auf die Mutter zu. Die Mutter verhält sich spürend, ruhig und reagierend. Das Geschehen löst im Baby ein extrem positives Gefühl aus. Initiative ergreifen und auf andere zugehen sind mit einem tollen Gefühl verbunden und erfolgreich. Solche Situationen sind grundlegend für Erfahrungen von Kontrolle und Selbstsicherheit. (© Jansen & Streit)

Selbstwertgefühl. Auch fand sich im Verlauf des Körperkontakts mit dem Baby bei Müttern eine Abnahme des Cortisolspiegels und der Herzfrequenz (► Kap. 4).

Damit löst das Baby tiefgreifende Veränderungen in seiner Mutter aus. Das, was im Experiment gemessen wurde, geht mit entsprechenden Veränderungen im Verhalten, im Gesichtsausdruck und der Stimme der Mutter einher. Hierdurch kann ein Baby seinen tiefgreifenden Einfluss auf seine Mutter erfassen. Wie sich an den Studien mit z. T. sehr kleinen Frühgeborenen feststellen lässt, stehen uns die notwendigen Programme hierfür bereits lange vor dem eigentlichen Geburtstermin zur Verfügung. Sie laufen überwiegend unbewusst ab und bleiben bis ans Lebensende erhalten.

Die Bedeutung solcher Erfahrungen ist für einige Bereiche selbsterklärend. Eine hohe Selbstsicherheit und ein positives Selbstwertgefühl fußen auf solchen Lernerfahrungen. Für manche auch naheliegend, aber von anderen nicht unbedingt vermutet, ist der enorme Einfluss dieser Erfahrungen auf den Bereich der Gesundheit.. Hier zur Erinnerung: Im Körperkontakt erlebt jeder Kontrolle – das Baby, das Kind, der Jugendliche und der Erwachsene.

Kontrolle ist eine der entscheidenden Größen in Zusammenhang mit psychosomatischen Erkrankungen und depressiven Störungen. Entsprechend umfangreich ist die Forschungsliteratur.

Vereinfacht lässt sich Folgendes feststellen: Unter sonst gleichen Bedingungen wird derjenige zuerst psychosomatisch krank oder depressiv, der keine »Kontrolle« über wesentliche Lebensgeschehnisse wahrnimmt. Kontrolle beinhaltet in aller Regel, Erfolg zu haben.

Zum Beispiel wirkt übermäßiger Stress im besonderen Maße krankmachend, wenn die Betroffenen das Gefühl haben, sie haben keine Kontrolle über die Stresssituation oder innerhalb der Stresssituation. Umgekehrt gilt: Die krankmachende Wirkung von übermäßigem Stress wird erheblich gemindert oder sogar ausgeglichen, wenn die Betroffenen das Gefühl haben, die Situation kontrollieren zu können.

Ein Beispiel soll dies verdeutlichen. Stellen Sie sich zwei Angestellte in zwei unterschiedlichen Firmen vor, die beide eine leitende Stelle in einer sehr schwierigen Abteilung antreten. In beiden Abteilungen gibt es eine Unzahl ungelöster Sachprobleme bei gleichzeitig sehr schwierigen Mitarbeitern. Der Stress ist in beiden Abteilungen objektiv vergleichbar. Unter sonst gleichen Bedingungen hat der Abteilungsleiter die höhere Wahrscheinlichkeit krank zu werden, der am wenigsten oder keine Kontrolle über die Geschehnisse wahrnimmt.

Welche Gründe könnten dazu führen, dass Abteilungsleiter in einer oben beschriebenen Situation weniger Kontrolle über das Geschehen in ihrer Abteilung wahrnehmen? Unter sonst gleichen Bedingungen wird zunächst einmal der Abteilungsleiter mehr Kontrolle wahrnehmen, der objektiv mehr Kontrolle hat. Dies könnte z. B. dadurch zustande kommen, dass die Geschäftsführung dem Abteilungsleiter mehr selbstständige Entscheidungsmöglichkeiten einräumt. Eine weitere Möglichkeit wäre, dass sie ihn bei einzelnen Entscheidungen entschieden stärker unterstützt.

Es gibt aber die Möglichkeit, dass ein solcher Abteilungsleiter objektiv gesehen gar nicht mehr Kontrolle über die Geschehnisse erhält, er aber trotzdem mehr Kontrolle wahrnimmt. Ein solcher Sachverhalt könnte beispielsweise dadurch zustande kommen, dass dieser Abteilungsleiter einen solchen Prozess schon einmal **erfolgreich** durchlebt hat. In diesem Zusammenhang hat er die Erfahrung gemacht, dass er nach drei Jahren die Abteilung verändert hatte. Die Mitarbeiter waren kooperativ



■ **Abb. 2.12** Mutter und Tochter sind sich ganz nah. Solche Situationen sind extrem effektiv für soziales Lernen. Die Aufmerksamkeit ist ganz auf den anderen gerichtet. Gesichtsausdruck, Stimme, Atmung und jede kleinste Veränderung können wahrgenommen werden. Einfühlung und Empathie werden auf die einfachste Weise gefördert. (© Jansen & Streit)

und die Sachprobleme auf ein übliches Maß gesunken. Eine solche Erfahrung führt zu dem Denken: Ich kann diese Abteilung verändern. Ich brauche nur Zeit. Mit einer solchen Sicht tritt der Faktor ein, der die Gesundheit unterstützt: »Wahrnehmen der Kontrolle«.

Seligman (1972) hat in seinem bahnbrechenden Buch »Erlernte Hilflosigkeit« gezeigt, dass das Gefühl, keine Kontrolle zu haben, einer der wichtigsten Gründe für eine depressive Reaktion ist. Eine aktuelle Darstellung zur Bedeutung der erlernten Hilflosigkeit in Zusammenhang mit der Entstehung von Depression findet sich in einer Diskussion sechs prominenter Forscher, die insbesondere auch über neurobiologische und psychopathologische Prozesse geführt wird (Forgeard et al., 2011).

Der Verlust von Kontrolle wird auch mit der Entstehung bzw. dem Verlauf organischer Erkrankungen in Verbindung gebracht. So fanden Stern, Dhanda und Hazuda (2009), dass das Gefühl von Hilflosigkeit ein wichtiger Prädiktor für einen noch Jahre später erhöhten Blutdruck ist. Hilflosigkeit wird auch mit einem ungünstigeren Verlauf von Krankheiten wie beispielsweise der entzündlichen Polyarthrit in Verbindung gebracht (Camacho et al., 2013; Camacho, Verstappen & Symmons, 2012).

Wenn ein Abteilungsleiter in seinem beruflichen Bereich Kontrolle wahrnimmt und es ihm im Allgemeinen gut geht, dann **erhöht die Fähigkeit zum Körperkontakt** sein Lebensgefühl und seine

Lebensqualität zusätzlich. Wenn ein Abteilungsleiter in seinem beruflichen Bereich Kontrolle wahrnimmt und es ihm im Allgemeinen gut geht, dann **senkt eine Körperkontaktstörung** seine Lebensqualität. Wenn ein Abteilungsleiter in seinem beruflichen Bereich keine Kontrolle wahrnimmt und es beispielsweise zusätzlich zuhause Schwierigkeiten mit der Erziehung der Kinder und Auseinandersetzungen mit der Partnerin gibt, dann wird die Fähigkeit zum Körperkontakt immer entscheidender. Ist sie vorhanden, baut sie auf und stützt, weil sie wenigstens in diesem Bereich das Gefühl von Kontrolle ermöglicht. Ist sie nicht vorhanden, verschärft sich das Gefühl »keine Kontrolle« zu haben. Für manche Menschen entscheidet damit die Fähigkeit zum Körperkontakt über Krankwerden oder Gesundbleiben.

## 2.5 Körperkontakt trainiert soziale Fähigkeiten

Bei den meisten Dingen, die Menschen gemeinsam miteinander tun, steht der Inhalt der Tätigkeit im Vordergrund und beansprucht große Teile oder manchmal sogar die gesamte Aufmerksamkeit. Dies ist beispielsweise so, wenn Menschen gemeinsam Karten, »Mensch-ärgere-dich-nicht« oder Tennis spielen, wenn sie miteinander musizieren, wandern oder fernsehen. In dem Maße, in dem die Aufmerksamkeit für einen ganz bestimmten »Inhalt« verwendet wird, steht sie weniger für ein Lernen in anderen Bereichen zur Verfügung – beispielsweise für soziales Lernen (■ Abb. 2.12).

Körperkontakt erfährt normalerweise weniger oder keine Ablenkung durch Inhalte. Durch diese Sondersituation kommt es zu einer besonders deutlichen Wahrnehmung von Verhaltenssignalen und hierdurch zu einem intensiven Lernen. Babys, Kinder und Erwachsene lernen hinzuschauen und kleinste Veränderungen wahrzunehmen, beispielsweise feine Veränderungen im Gesichtsausdruck, in der Stimme, der Körperhaltung, der Atmung, der Sprache und manchmal auch dem Herzschlag – in Abhängigkeit vom Körperkontakt.

Diese Wahrnehmungsfähigkeiten sind die Grundlage für das, was wir im Bereich des Sozialverhaltens als Spüren oder Empathie bezeichnen.

Naher Körperkontakt ist nicht die einzige, aber wahrscheinlich die wichtigste Übungssituation für ein Spüren des andern bzw. für das Erlernen von Empathie.

Den anderen gut zu spüren und empathisch zu sein sind wiederum notwendige Voraussetzungen für ein erfolgreiches und effektives Sozialverhalten. Wer den anderen spürt, weiß besser, welches Verhalten in einer bestimmten Situation für den anderen am angemessensten ist. Wer den anderen spürt, kann besser soziale Zusammenhänge erlernen. Wer in der Gegenwart den Zusammenhang besser erfasst zwischen dem eigenen Verhalten und der Reaktion des anderen, weil er besser spürt, wird sich in der Zukunft erfolgreicher verhalten. Anders ausgedrückt: Wer in der Gegenwart besser spürt, kann für die Zukunft treffsicherere Vorhersagen machen, wie der andere reagieren wird.

Den anderen gut zu spüren und empathisch zu sein bedeutet jedoch nicht nur passendere und angemessenere Verhaltensmöglichkeiten dem anderen gegenüber, sondern auch angenehmere. Menschen empfinden es als angenehm, wenn sie wahrgenommen und gespürt werden.

In nahen Beziehungen besteht in der Regel bei allen Beteiligten der tiefe Wunsch oder das tiefe Bedürfnis, vom anderen gespürt zu werden. Die Erfüllung dieses Bedürfnisses oder dieses Wunsches nimmt in vielen Beziehungen stärksten Einfluss darauf, in welchem Maße Zufriedenheit oder Unzufriedenheit erlebt wird.

Den anderen gut zu spüren und empathisch zu sein nimmt jedoch noch auf einen anderen Bereich einen entscheidenden Einfluss. Unangemessenes, zynisches und arrogantes Verhalten geht praktisch immer damit einher, dass der Betroffene sein Gegenüber nicht spürt und nicht emphatisch sein kann.

Entsprechend sehen wir im therapeutischen Alltag folgende Zusammenhänge:

- Naher Körperkontakt trainiert die soziale Wahrnehmung.
- Naher Körperkontakt trainiert ein Spüren des anderen und Empathie.
- Je stärker bei einem Menschen soziale Wahrnehmung und Empathie eingeschränkt sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass er eine Körperkontaktstörung hat.

- Wenn ein Baby, Kind oder Erwachsener von einer Körperkontaktstörung betroffen ist und sich im Rahmen der Therapie die Fähigkeit zum Körperkontakt verbessert, führt dies auch zu einer Verbesserung seiner sozialen Wahrnehmung und seiner Fähigkeit, andere Menschen zu spüren und empathisch zu sein.
- Mit der zunehmenden Fähigkeit, andere Menschen zu spüren und empathisch zu sein, **verringert** sich aggressives, zynisches und arrogantes Verhalten.

Die Betonung liegt beim letzten Punkt auf »verringern«. Der Körperkontakt ist nicht die einzige Größe, die Einfluss nimmt. Es kommt auch auf den Automatisierungsgrad des Verhaltens an und inwieweit das aggressive, zynische und arrogante Verhalten im lerntheoretischen Sinne durch Belohnungen unterstützt wird (vgl. Jansen & Streit, 2006).

## 2.6 Körperkontakt ist selbst eine soziale Fähigkeit

Menschen haben unterschiedliche Berufe. Jeder Mensch nimmt mehrere unterschiedliche Rollen ein. Jeder Beruf und jede Rolle stellt an die Fähigkeit zum Körperkontakt andere Anforderungen. Die meisten Erwachsenen sind zum Körperkontakt fähig und setzen Körperkontakt unbewusst in jedem Augenblick passend um. Weil dies so normal ist und in aller Regel auch unbewusst geschieht, wird die Bedeutung des Körperkontaktes in vielen Alltagssituationen von den meisten unterschätzt. Ein Beispiel soll dies verdeutlichen.

Wenn sich zwei Menschen kennenlernen und näher kommen, um dann vielleicht ein Paar zu werden, gibt es einen Augenblick, an dem die beiden sich zum ersten Mal berühren werden oder besser gesagt berühren sollten. Dieser Augenblick entscheidet darüber, wie es weitergeht – und ob es weitergeht. Wenn es gutgeht, kann es sein, dass keiner von beiden bewusst weiß, wann die erste Berührung stattgefunden hat. Irgendwann wird ihnen bewusst, dass es passiert sein muss.

Das Unbehagen oder die Angst vor körperlicher Nähe greift in einen solchen Prozess blockierend

ein. Im besten Fall verzögert sich das Zueinanderfinden – um Minuten, um Stunden, um Tage oder länger. Im schlimmsten Fall verhindern die ungu-ten Gefühle das Zueinanderfinden ganz. Der Weg hin zu einem solchen Ausgang kann sehr unterschiedlich sein. Missverständnisse entstehen und belasten die Beziehung. Vielleicht trägt das Unvermögen zu sprechen zur weiteren Verschlechterung der schon schwierigen Situation bei. Vielleicht löst die schwierige Situation angreifendes oder sich verteidigendes Verhalten aus, das zu einer weiteren Verschlechterung der Beziehung führt.

Vielleicht ist es bei manchen ähnlich wie bei dem Studenten, der um Rat fragte, weil er ein Problem hatte. Er sieht gut aus, hatte aber mit 23 Jahren noch keine Freundin oder Partnerin gehabt. Er erzählt, dass jedes Treffen mit einer Frau, die er mag, immer gleich abläuft. Zunächst verläuft alles sehr angenehm. Es fällt ihm leicht, ein Gespräch mit der Frau zu beginnen, und es fällt ihm auch leicht, das Gespräch aufrechtzuerhalten. Dann merkt er, dass er das Gespräch mit Absicht immer länger aufrechterhält. Dies tut er ab dem Moment, in dem er spürt, dass es passend wäre, sie zu berühren. Er weiß nicht, wie dies geht, und fühlt sich unwohl. Er hat Angst, aufgrund seines Verhaltens abgelehnt zu werden. Er weiß auch nicht, wie anfänglich begonnene Berührungen weiter fortgesetzt werden können. Er hat außerdem keine Erfahrungen mit Körperkontakt aus seiner Kindheit. In einer solchen Situation flüchtet er sich immer mehr ins Sprechen. Dabei nimmt der Druck auf ihn beständig zu. Ab einem bestimmten Punkt des Druckes tut und sagt er dann immer sinngemäß das Gleiche: Er sieht auf die Uhr, verweist darauf, einen bestimmten Termin zu haben, verabschiedet sich überhastet und verlässt den Raum.

Die Fähigkeit zum Körperkontakt ist aber nicht nur Voraussetzung für den Beginn einer tieferen Beziehung, sondern beispielsweise auch für das Zeigen von Zuneigung und das Leben von Sexualität. In dem Maße, in dem unangenehme Gefühle im Zusammenhang mit Körperkontakt blockierend einwirken, verändert sich das Leben von Sexualität und das Zeigen von Zuneigung. Letzteres ist auf andere Kanäle angewiesen, was in der Praxis bedeutet, dass die Häufigkeit sinkt.

Auch das Leben der Sexualität verändert sich. In den meisten Fällen von Körperkontaktstörungen können die Betroffenen im Augenblick der Sexualität sehr wohl Körperkontakt eingehen, aber sie brauchen dafür die Unterstützung durch die Sexualität. Diese Besonderheit führt dazu, dass Körperkontakt entweder nur oder fast ausschließlich im Zusammenhang mit Sexualität stattfindet. Das hat beispielsweise unter zwei Bedingungen Nachteile. Wenn die Partnerin oder der Partner Bedürfnisse von Nähe hat, die über die Sexualität hinausgehen, entsteht über die Zeit eine Unzufriedenheit aufgrund der nicht gelebten Bedürfnisse. Dies stellt in der Regel eine Gefährdung für die Beziehung dar. Eine solch schwierige Situation ist häufig anzutreffen. Der Grund hierfür ist einfach. Üblicherweise muss man eine Körperkontaktstörung als an der Oberfläche angesiedelt sehen. Der Wunsch nach Beziehung und nach Körperkontakt ist genetisch angelegt vorhanden, kann aber wegen der Körperkontaktstörung nicht umgesetzt werden. Dies führt zu einem häufigen Lösungsversuch. Die von einer Körperkontaktstörung Betroffenen suchen sich sehr häufig eine emotional sehr warme Partnerin oder einen gefühlsmäßig warmen Partner aus – leider haben diese Partner dann aber eben ein starkes Bedürfnis nach körperlicher Nähe.

Aber auch wenn beide Partner eine Körperkontaktstörung haben, die für den Moment der Sexualität aufgehoben ist, gibt es langfristig Auswirkungen auf die Beziehung. Unter sonst gleichen Bedingungen wird die Bindung zwischen beiden Partnern in dem Maße weniger gefestigt, in dem der Körperkontakt insgesamt weniger stattfindet. Diese Situation verschärft sich, wenn über die Jahre die Sexualität weniger werden sollte. Der Grund hierfür ist Folgender: Über Körperkontakt wird das Bindungshormon Oxytocin ausgeschüttet. Dieses erzeugt Bindung. Unter sonst gleichen Bedingungen bedeutet dies: Je weniger Körperkontakt, desto weniger Bindungshormon und desto weniger Bindung. Diese Zusammenhänge werden weiter unten vertieft.

Wie bereits gesagt, können die meisten Menschen mit einer Körperkontaktstörung Sexualität leben. Aber das bedeutet nicht, dass die Anzahl derjenigen gering ist, deren Körperkontaktstörung die Sexualität selbst blockiert – manchmal fast

vollständig. Unter diesen Bedingungen ist der ungünstige Einfluss der Körperkontaktstörung auf die Beziehung langfristig gesehen in der Regel sehr groß.

In dem Maße, in dem sowohl körperliche Nähe als auch Sexualität nicht gelebt werden kann, fehlt die Unterstützung der langfristigen Bindung durch das Hormon Oxytocin. Darüber hinaus entstehen aufgrund der meist unterschiedlichen Bedürfnisse nach Nähe und Sexualität über die Zeit sich zuspitzende Auseinandersetzungen über diese Bereiche. Es kommt zu einer Zerreißprobe für die Beziehung. Körperkontakt und Sexualität stehen als Hilfsmittel nicht wie bei anderen Paaren zu Verfügung. Das dann verbleibende wichtigste Mittel »Gespräch« versagt oft. Der Grund hierfür ist einfach. Gespräche führen gewöhnlich nur dann zu einem guten Ende, wenn innerhalb des Gespräches der eine Partner den anderen versteht. Dies ist nun aber dann besonders schwierig, wenn der eine Partner eine Situation aufgrund einer Körperkontaktstörung vollständig anders empfindet als der andere ohne Körperkontaktstörung und ausgeprägten Wünschen nach körperlicher und sexueller Nähe.

Eine weitere Besonderheit belastet die Gespräche und damit die Beziehung. Wenn Paare sich über Enttäuschungen, Ärger und vielleicht auch Wut unterhalten, die der andere aufgrund seines Verhaltens herbeigeführt hat, dann besteht eine Lösungsmöglichkeit immer auch in einer Verhaltensänderung. Viele Verhaltensweisen lassen sich recht einfach verändern. Der gute Wille ist gefragt. Körperkontaktstörungen lassen sich auch verändern, aber es bedarf hierzu sehr viel Wissen. Der gute Wille alleine reicht in aller Regel nicht. Wenn dann keine Lösungen in den Gesprächen gefunden werden können, gestalten sie sich oft sehr schwierig. Nicht selten verlaufen die Gespräche so ungünstig, dass sie selbst zu einer Belastung für die Beziehung werden.

Aber noch eine andere Schwierigkeit kann die Beziehung belasten: Wenn Menschen so starke Körperkontaktstörungen haben, dass sie der Sexualität ausweichen, dann verändern sie oft ihr Verhalten vorbeugend und sie denken und planen vorbeugend. Das tun sie, um nicht in Situationen zu geraten, in denen ihnen ihr Partner Körperkontakt und Sexualität abverlangen könnte. In solchen

Augenblicken sind sie nicht mehr sie selbst und die Unehrlichkeit wird oft zum gewohnten Begleiter. Ein scheußlicher Gefühlszustand.

Vorbeugendes Planen und vorbeugend verändertes Verhalten, um Körperkontaktsituationen frühzeitig auszuweichen, sind nicht auf den Bereich der Partnerschaft begrenzt. Vielmehr versuchen Menschen mit einer Körperkontaktstörung, in allen Situationen, in denen es zu Körperkontakt kommen könnte, diesen vorbeugend zu vermeiden. Je unangenehmer der Körperkontakt empfunden wird, desto größer die Anstrengung, die der Betroffene aufbringt, um körperliche Nähe zu verhindern. Insofern kann jede soziale Situation zum Auslöser werden wie:

- Begrüßungen,
- naher Umgang auf Feiern,
- Körperkontakt im Zusammenhang mit Sport,
- Trost geben,
- Angst nehmen,
- Sicherheit geben,
- Unterstützung in schwierigen Situationen,
- sich trösten lassen,
- sich Angst nehmen lassen,
- sich Sicherheit geben lassen,
- Konflikte lösen sowie
- berufliche Situationen, in denen Körperkontakt stattfinden kann.

Die Bedeutung des Körperkontaktes in den beispielhaft aufgezählten Situationen besteht also nicht nur darin, dass Körperkontakt stattfinden kann oder nicht und er dann helfen kann oder nicht. Die negative Bedeutung kann im Einzelfall durch einen weiteren Prozess verstärkt werden: das vorbeugende Planen und Vermeiden. Mit diesem Verhalten können unterschiedliche Gefühle einhergehen, beispielsweise Angestrengt-Sein, Überforderung, Angst, Nicht-Genügen, Nicht-kompetent-Sein. Die Gefühle können unterschiedlich sein, je nachdem in welcher Rolle man sich befindet: Tröstet man oder wird man getröstet, gibt man Sicherheit oder bekommt man Sicherheit?

In manchen Rollen oder Berufen hat Körperkontakt weniger Bedeutung, in manchen mehr. Wenn ein Vater oder eine Mutter aufgrund einer Körperkontaktstörung keine oder wenig Körperkontakt eingehen kann, kann dies hohe Bedeutung

erhalten. Die Bedeutung für die Kinder lässt sich aus den bisherigen Darstellungen bereits ableiten. Die Bedeutung für die Mütter oder Väter ist nicht ganz so klar. Denn zu all dem, was bisher angesprochen wurde, kommen häufig noch quälende Selbstvorwürfe und Schuldgefühle. Diese werden erfahrungsgemäß dann besonders stark, wenn ein Kind eine Verhaltensproblematik zeigt. Die betroffenen Eltern spüren, dass sie ihrem Kind etwas nicht geben können.

Auch viele Berufe sind mit einem guten Körperkontakt kompetenter und effektiver durchzuführen, beispielsweise Krankenschwester und Krankenpfleger, Krankengymnastin und Krankengymnast, Erzieherin und Erzieher, Sozialarbeiterin und Sozialarbeiter. Heilberufe, pädagogische und andere soziale Berufe sind ohne guten Körperkontakt **in vielen Augenblicken** nicht wirklich erfolgreich durchzuführen. Trost und Sicherheit geben, Angst nehmen, Konflikte lösen oder vielleicht auch nur begleiten, sind Situationen, die grundlegend zum Arbeitsbereich dieser Berufsgruppen gehören. Mit Körperkontakt gelingen viele dieser Situationen besser.

Bei Berufen, die nicht im sozialen Bereich angesiedelt sind, vermuten hingegen wahrscheinlich nur wenige, dass der Körperkontakt sie erfolgreicher macht:

- Kellnerinnen bekamen **sowohl von weiblichen** als auch von männlichen Gästen ein höheres Trinkgeld, wenn sie diese zuvor kurz am Arm oder an der Schulter berührt hatten (Crusco & Wetzels, 1984).
- Studenten, die zuvor vom Dozenten leicht berührt worden waren, meldeten sich zu einem späteren Zeitpunkt eher freiwillig, um an der Tafel eine Lösung vorzuführen (Guéguen, 2004).
- Kunden in einem Supermarkt bewerteten im Rahmen einer Umfrage die Produkte positiver und zeigten eine größere Absicht, diese zu kaufen, wenn sie zuvor von einem Mitarbeiter des Supermarkts leicht berührt worden waren (Hornik, 1992).
- Busfahrer ließen eine Person eher umsonst mitfahren, wenn diese Person sie während ihrer Bitte, mitgenommen zu werden, leicht berührte (Guéguen & Fischer-Lokou, 2003).
- Männliche und weibliche Besucher einer Bücherei waren zufriedener, wenn der Biblio-

thekar oder die Bibliothekarin sie während des Besuchs an der Hand berührt hatte. Der Effekt war für die weiblichen Besucher besonders deutlich (Fisher, Rytting & Heslin, 1976).

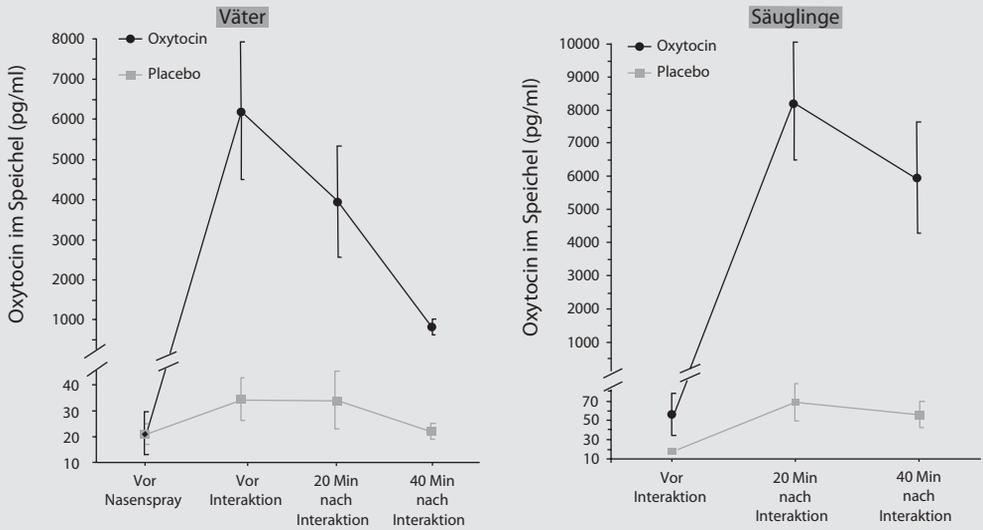
Wie aus den Experimenten ersichtlich ist, spielt Körperkontakt in vielen Berufen eine einflussreiche Rolle. Wer immer unter diesen Lesern selbst zu einer solchen Berufsgruppe gehört oder ganz privat diese Ergebnisse auf seinen Alltag überträgt, sollte bei der Umsetzung von Körperkontakt auch Menschen mit einer Körperkontaktstörung berücksichtigen.

Diese reagieren auf Körperkontakt eher ungünstig. Deshalb ist es wichtig, vor dem eigentlichen Körperkontakt zu prüfen, wem der beabsichtigte Körperkontakt unangenehm ist und wem nicht. Hierzu deuten Sie beispielsweise den beabsichtigten Körperkontakt nur an und achten auf die Reaktionen des Gegenübers. Möchten Sie beispielsweise den Arm um eine Person legen, können Sie zunächst nur den Arm in die Position bringen und etwa einen Zentimeter vor dem eigentlichen Körperkontakt halten. Achten Sie darauf, ob die Person versucht auszuweichen. Erst wenn sie dies nicht tut, macht es Sinn, den Arm auf die Schulter zu legen. Achten Sie dann weiter darauf, ob sich die Person wohlfühlt.

## 2.7 Körperkontakt, Körperkontaktstörung und Oxytocin

### 2.7.1 Oxytocin, das Bindungs- oder Kuschelhormon

Oxytocin ist ein Hormon, Neurotransmitter und Neuroregulator. Es wird auch als »Bindungshormon« oder »Kuschelhormon« bezeichnet, da es die entscheidende Rolle beim Aufbau von Nähe, Beziehung und Bindung spielt. Oxytocin baut jedoch nicht nur Bindung auf. Es hat einen umfassenden Einfluss auf das gesamte Verhalten. Diesen Einfluss werden wir im Verlauf dieses Unterkapitels ausführlich darstellen. Um die tiefgreifende Wirkung des Oxytocins zu verdeutlichen, möchten wir zunächst eine Studie von Weisman, Zagoory-Sharon und Feldman (2012) beschreiben, die zu einem geradezu unglaublichen Ergebnis kam. Väter bekamen in Form eines Nasensprays entweder Oxytocin oder



■ **Abb. 2.13** Väter bekamen in Abwesenheit ihrer Babys über ein Nasenspray entweder Oxytocin oder ein Placebopräparat. Das Oxytocin führte zunächst bei den Vätern - erwartungsgemäß - zu einem starken Anstieg ihres Oxytocinspiegels. 40 Minuten später fand eine insgesamt 7-minütige Interaktion zwischen Vater und Baby statt. Wenn der Vater Oxytocin bekommen hatte, war nach der Interaktion auch der Oxytocinspiegel seines Babys extrem erhöht - ohne, dass das Baby selbst ein oxytocinhaltes Nasenspray bekommen hatte. (Nach Weisman, Zagoory-Sharon & Feldman, 2012)

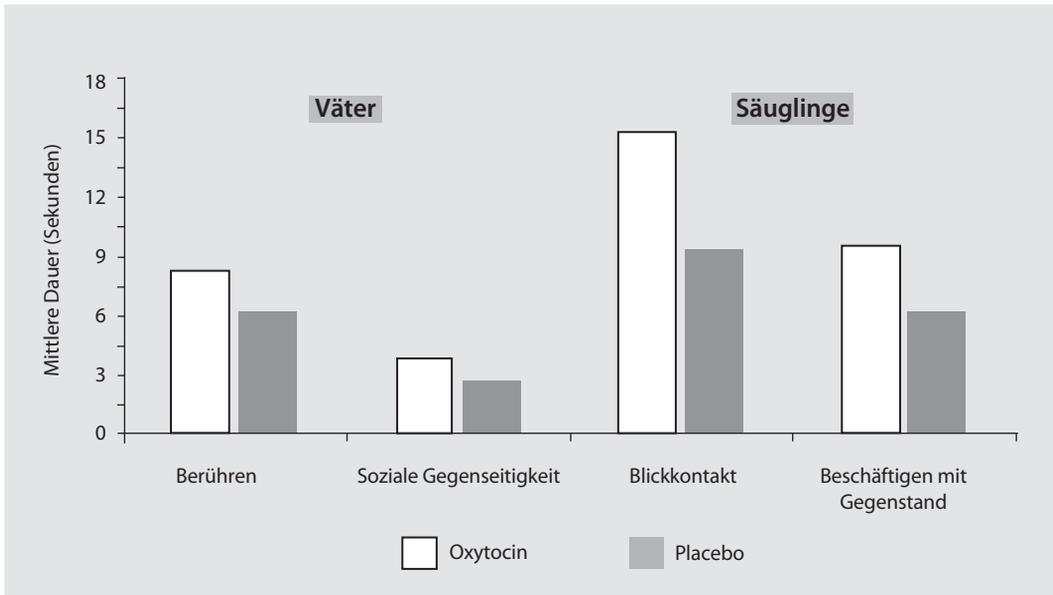
ein Placebopräparat. Ein Placebo ist ein »Scheinmedikament«, das äußerlich genauso aussieht wie das Medikament, dessen Wirkung überprüft werden soll, jedoch keinen Wirkstoff enthält. Bevor die Väter das Nasenspray bekamen, wurden sie von ihren Babys getrennt. Erst 45 Minuten später wurde das Baby wieder zu seinem Vater gebracht. Nun fand zwischen Vater und Kind eine Interaktion statt, die auf Video aufgezeichnet wurde.

Sowohl bei den Vätern als auch bei ihren Babys wurde zu verschiedenen Zeitpunkten der Oxytocinspiegel über Speichelproben gemessen. Was dabei passierte zeigt ■ Abb. 2.13. Der steile Anstieg des Oxytocins im Speichel bei den Vätern, den das linke Diagramm in dieser Abbildung zeigt, ist ein aufgrund des Nasensprays zu erwartendes Ergebnis. Was jedoch höchst spannend ist: Ohne dass die Babys dieser Väter Oxytocin erhielten, kam es auch bei ihnen zu einem extremen Anstieg des Oxytocinspiegels (rechtes Diagramm).

Die Auswertung der Videoaufzeichnungen der Vater-Kind Interaktionen gab hierfür eine Erklä-

rung. Diejenigen Väter, die das Oxytocin über das Nasenspray bekamen, zeigten ein verbessertes Beziehungsverhalten. Beispielsweise berührten sie ihre Babys häufiger und gingen in der Interaktion feiner und abgestimmter auf ihr Baby ein (■ Abb. 2.14). Mit ihrem verbesserten Beziehungsverhalten lösten diese Väter bei ihren Babys den starken Oxytocinanstieg aus. Dies wiederum veränderte das Verhalten der Babys. Auch im Verhalten der Kinder zeigten sich Unterschiede: Diejenigen Säuglinge, deren Väter Oxytocin bekommen hatten, nahmen länger Blickkontakt auf und beschäftigten sich länger mit einem vom Vater angebotenen Spielzeug. Beides sind Verhaltensweisen, die für die Entwicklung des Säuglings in allen Bereichen grundlegend sind, beispielsweise für Wahrnehmung, soziale Kompetenz und Sprache.

Oxytocin veränderte also das Verhalten des Vaters im Rahmen der anschließenden Interaktion. Dies führte wiederum bei seinem Baby zu einer Reihe von Veränderungen. Die Ergebnisse dieser



■ **Abb. 2.14** Unterschiede im Verhalten von Vätern und Babys nach Oxytocinspray bzw. nach Placebo. (Aus Weisman, Zagoory-Sharon & Feldman, 2012)

Studie geben einen ersten Hinweis auf die Bedeutung des Oxytocins. Weiter unten werden weitere Studien vorgestellt, die die Funktion umfassend im Zusammenhang mit Körperkontakt verdeutlichen.

## 2.7.2 Körperkontaktstörungen beeinträchtigen oder blockieren die Oxytocinausschüttung

In Experimenten wird Oxytocin meist über ein Nasenspray verabreicht. Wie aber kommt es dazu, dass Oxytocin auf natürliche Weise ausgeschüttet wird? Nach heutigem Wissensstand kann eine Freisetzung von Oxytocin über die folgenden vier Wege bewirkt werden:

- **Körperkontakt,**
- **Blickkontakt,**
- **beziehungsmäßiges Hören und**
- **höchstwahrscheinlich Riechen.**

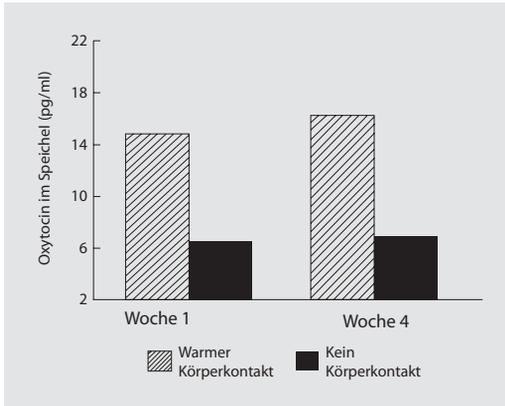
Zwei dieser Wege werden von einer Körperkontaktstörung in den meisten Fällen direkt beeinträchtigt oder blockiert -**Körperkontakt und Blickkontakt**. Zur Erinnerung: Eine Körperkontaktstörung be-

einträchtigt normalerweise sowohl den Körperkontakt als auch den Blickkontakt. Der Weg der Oxytocinfreisetzung über den Geruchssinn wird indirekt beeinträchtigt oder verhindert, weil die für ein **Riechen** notwendige Nähe aufgrund der Körperkontaktstörung vermieden wird. Darüber hinaus ist in nicht wenigen Fällen der vierte Kanal -**beziehungsmäßiges Hören**- bei einer Körperkontaktstörung in Mitleidenschaft gezogen. Menschen mit einer Körperkontaktstörung können im Durchschnitt weniger empathisch zuhören. Dies beeinflusst die Oxytocinproduktion ungünstig.

Die experimentellen Ergebnisse und die Erfahrungen im therapeutischen Alltag legen nahe, dass Beeinträchtigungen oder Blockierungen der zwei Wege **Körperkontakt** und **Blickkontakt im normalen Alltag** nicht über die anderen Wege ausgeglichen werden, obwohl dies ja rein theoretisch denkbar wäre.

### Erster Weg: Körperkontakt stimuliert die Oxytocinproduktion

Um die Bedeutung von Körperkontakt und die Auswirkungen einer Körperkontaktstörung zu verdeutlichen, möchten wir im Folgenden Ergebnisse von



■ **Abb. 2.15** Ergebnisse der Studie von Holt-Lunstad, Birmingham und Light (2008). Zu beiden Messzeitpunkten, also sowohl in der ersten als auch in der vierten Woche der Studie, hatten diejenigen Teilnehmer einen höheren Oxytocinspiegel, die sich einfühlsam berührt und massiert hatten.

Studien darstellen, bei denen der Zusammenhang zwischen Körperkontakt und Oxytocin im Vordergrund steht. Es sei noch einmal in Erinnerung gerufen: Unter sonst gleichen Bedingungen beeinträchtigt oder vermindert eine Körperkontaktstörung die Häufigkeit und die Qualität von Situationen mit Körperkontakt. Dies ist sowohl dann der Fall, wenn beide Sozialpartner eine Körperkontaktstörung haben, als auch dann, wenn nur einer der beiden davon betroffen ist.

Eine Studie, die den Zusammenhang zwischen Körperkontakt und Oxytocin sehr eindrucksvoll zeigt, ist die Arbeit von Holt-Lunstad, Birmingham und Light (2008). Diese Studie ist deshalb so bemerkenswert, weil hier darauf geachtet wurde, dass der Körperkontakt möglichst emotional warm gestaltet wird. An der Studie nahmen 34 Ehepaare teil, die durch Zufallszuweisung entweder einer Gruppe ohne Körperkontakt oder einer Gruppe mit Körperkontakt zugewiesen wurden. Die Teilnehmer der Gruppe mit Körperkontakt wurden im Rahmen zweier Termine angeleitet: Während des ersten Termins lernten die Teilnehmer, den Partner einfühlsam im Bereich von Schultern, Nacken und Händen zu berühren. Das Augenmerk lag dabei auf einem Spüren des Partners. Geübt wurde in Form von Rollenspielen. Zusätzlich bekamen die Teilnehmer eine Anleitungskassette mit nach Hause. Beim

zweiten Termin übten die Teilnehmer videounterstützt, ihren Partner im Bereich der Schultern, des Nackens und der Stirn sanft zu massieren. In entsprechender Weise sollten die Teilnehmer während 4 Wochen dreimal wöchentlich jeweils 30 Minuten lang Körperkontakt mit dem Partner aufnehmen.

In der ersten und vierten Woche wurde bei beiden Gruppen abends das Oxytocin im Speichel gemessen. Das Ergebnis ist in ■ Abb. 2.15 wiedergegeben. Wie diese Abbildung verdeutlicht, zeigte sich sowohl in der ersten als auch in der vierten Woche ein deutlich erhöhter Oxytocinspiegel in der Gruppe, in der sich die Partner regelmäßig einfühlsam massierten.

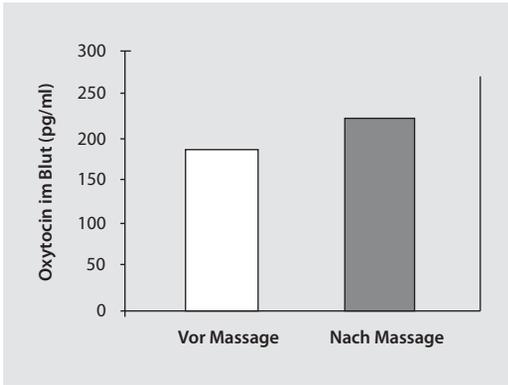
Die Ehepaare der Kontrollgruppe ohne Körperkontakt wurden nur zu Verhaltensbeobachtungen angehalten und sollten ansonsten ihren Umgang mit ihrem Ehepartner so wie immer gestalten. Damit zeigen die Ergebnisse dieser Studie auch, dass diese Paare ihren geringeren Körperkontakt im normalen Alltag nicht durch andere Wege der sozialen Wahrnehmung ausgeglichen haben, beispielsweise indem sie sich sahen oder miteinander sprachen.

Die Studie von Light, Grewen und Amico (2005) bestätigt dieses Ergebnis. Light und ihre Mitarbeiter untersuchten 59 Frauen im Alter von 20–49 Jahren. Diese gaben anhand eines Fragebogens an, wie häufig im Rahmen ihrer Partnerschaft bestimmte Verhaltensweisen stattfanden:

- Massage,
- sich umarmen (Brust an Brust),
- sich an den Händen halten,
- dicht nebeneinander sitzen oder liegen,
- sich küssen.

Berechnet wurde der Zusammenhang zwischen den einzelnen partnerschaftlichen Verhaltensweisen und dem Oxytocinspiegel. Dabei zeigte sich, dass die Höhe des Oxytocinspiegels mit zwei Verhaltensweisen zusammenhing: Der Häufigkeit des Umarmens und der Häufigkeit gegenseitigen Massierens. Je mehr die Frauen diese Form des Körperkontaktes in ihrer Beziehung erlebten, desto höher war ihr Oxytocinspiegel.

In den beiden bisher beschriebenen Studien wurde jeweils der Einfluss von Körperkontakt mit dem Ehe- bzw. Lebenspartner auf den Oxytocinspiegel untersucht. Im Folgenden stellen wir zwei



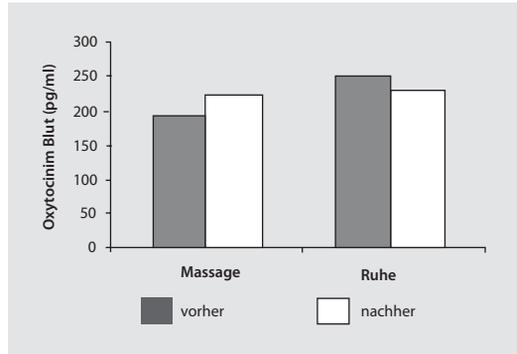
■ **Abb. 2.16** Nach einer 30-minütigen Massage war der Oxytocinspiegel im Blut statistisch signifikant angestiegen. (Nach Carter et al., 2007)

weitere Studien vor. Diese prüften, inwieweit Körperkontakt auch dann einen Einfluss auf das Oxytocin hat, wenn er im Rahmen einer Massage durch eine andere Person als den Partner gegeben wird.

Carter et al. (2007) konnten einen statistisch signifikanten Anstieg des Oxytocins nach einer 30-minütigen Massage feststellen (■ Abb. 2.16).

Auch Morhenn, Beavin und Zak (2012) beobachteten einen Anstieg des Oxytocins nach einem einmaligen 15-minütigen Massagetermin (■ Abb. 2.17). Statt massiert zu werden, ruhten die Teilnehmer der Vergleichsgruppe 15 Minuten lang. Bei allen Teilnehmern wurde vor- und nachher das Oxytocin im Blut gemessen. Dabei zeigte sich, dass bei den Teilnehmern, die die Massage bekommen hatten, der Oxytocinspiegel im Durchschnitt um 17% gestiegen war. In der Vergleichsgruppe war hingegen der Oxytocinspiegel um 9% gesunken. Dies macht einen Unterschied von 26% aus. Obwohl dies einen deutlichen Effekt darstellt, ist der Effekt nicht so stark wie bei Holt-Lunstad, Birmingham und Light (2008). Dies erklärt sich sowohl durch die unterschiedliche Dauer als auch durch die unterschiedliche Qualität des Körperkontakts in diesen Studien.

➤ **Ein soziales Signal löst einen umso höheren Anstieg des Oxytocins aus, je höher seine beziehungsmaßige Qualität ist.**



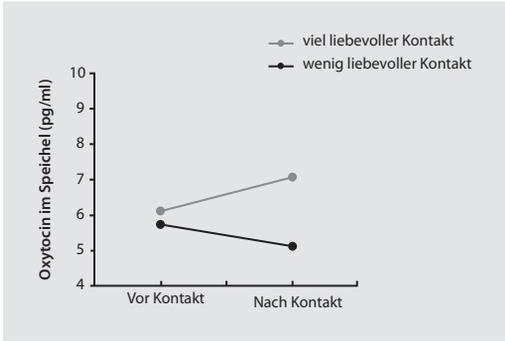
■ **Abb. 2.17** Ergebnisse der Studie von Morhenn, Beavin und Zak (2012). Nach einer 15-minütigen Massage war der Oxytocinspiegel statistisch signifikant angestiegen. Bei den Teilnehmern der Vergleichsgruppe kam es hingegen zu einem leichten Abfallen des Oxytocins im Blut.

Auch in der Säuglingsforschung konnte beobachtet werden, dass Körperkontakt mit hoher Qualität zu einem Anstieg des Oxytocinspiegels führt. Feldman et al. (2010) untersuchten zunächst allgemein, ob sich nach einer kurzen Interaktion mit ihrem Baby der Oxytocinspiegel bei den Müttern verändert hatte. Dabei zeigte sich: Im Durchschnitt aller teilnehmenden Mütter war es nach der Interaktion mit dem Baby zu keiner Veränderung des Oxytocinspiegels gekommen. Anhand der Auswertung der Videoaufzeichnungen der Mutter-Kind-Interaktion wurden die Mütter dann für eine weitere Analyse der Daten in zwei Gruppen aufgeteilt:

**Gruppe 1: Mütter, die viel liebevollen Kontakt aufnahmen** Diese Mütter nahmen ihre Babys viel in der typischen Wiegeposition in den Arm und zeigten viel liebevolle Berührung.

**Gruppe 2: Mütter, die wenig liebevollen Kontakt aufnahmen** Diese Mütter nahmen ihre Babys wenig in die Wiegeposition und zeigten wenig liebevolle Berührung.

■ **Abb. 2.18** verdeutlicht, warum es im Gruppendurchschnitt zu keinem Effekt des Kontakts mit dem Baby auf den Oxytocinspiegel kam: Nur bei denjenigen Müttern, die viel liebevollen Kontakt mit ihrem Baby aufnahmen, stieg der Oxytocinspiegel. Bei der anderen Gruppe von Müttern kam es hingegen zu einem **Abfallen** des Oxytocins.



■ **Abb. 2.18** Die Qualität entscheidet: Oxytocinspiegel bei Müttern vor und nach dem Kontakt mit ihrem Säugling. Nur wenn die Mütter ihr Baby oft liebevoll in den Arm nahmen und liebevoll berührten, kam es zu einem Anstieg des Oxytocinspiegels. (Aus Feldman et al., 2010)

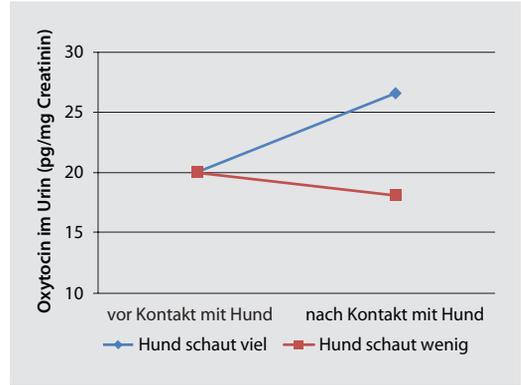
## Zweiter Weg: Blickkontakt stimuliert die Oxytocinproduktion

Nagasawa et al. (2009) untersuchten den Einfluss des Blickkontakts auf den Oxytocinspiegel von Hundebesitzerinnen und -besitzern. Diese wurden während eines 30-minütigen Kontakts mit ihrem Hund gefilmt. In dieser Zeit sollten sie den Hund insgesamt fünfmal im Abstand von jeweils 5 Minuten auffordern, sich zu setzen. Darüber hinaus bekamen sie keine weiteren Anweisungen, wie sie mit ihrem Hund in Kontakt treten sollten.

Diese Interaktionen mit dem Hund wurden auf Video aufgezeichnet. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden die ersten 5 Minuten jedes Videos ausgewertet. Anhand der Ergebnisse dieser Auswertung wurden die Hundebesitzerinnen und -besitzer bezüglich der Dauer, mit der ihre Hunde jeweils zu ihnen schauten, in zwei Gruppen aufgeteilt:

- Hund schaut viel;
- Hund schaut wenig.

■ **Abb. 2.19** gibt die Ergebnisse dieser Studie wieder. Es wird deutlich, dass vor dem Kontakt mit dem Hund bezüglich des Oxytocinspiegels kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen bestand. Im Anschluss an die 30-minütige Interaktion zeigte sich hingegen ein deutlicher und statistisch signifikanter Unterschied: Wenn der Hund viel zu seinem Besitzer geschaut hatte, war es bei diesem zu einem



■ **Abb. 2.19** Nach einem 30-minütigen Kontakt mit dem Hund kam es dann zu einem Anstieg des Oxytocinspiegels bei den Besitzern, wenn ihr Hund viel zu ihnen schaute (blaue Linie). Dieser Effekt trat bei Hunden, die wenig schauten, nicht ein. (Ergebnis der Studie von Nagasawa et al., 2009)

Anstieg des Oxytocins gekommen. Hatte der Hund wenig geschaut, so zeigte sich sogar eine leichte Erniedrigung des Oxytocinspiegels.

## Dritter Weg: Beziehungsmäßiges Hören stimuliert die Oxytocinproduktion

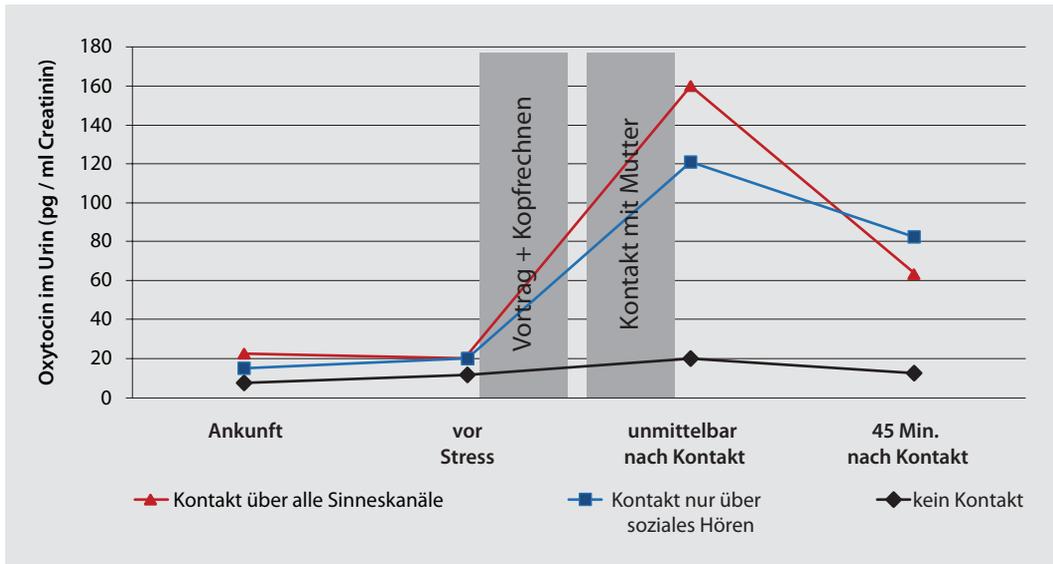
Seltzer, Ziegler und Pollak (2010) führten eine Studie mit Mädchen im Alter von 7–12 Jahren durch. Diese sollten vor Zuhörern einen kurzen Vortrag halten und kopfrechnen. Unmittelbar im Anschluss an diese Stresssituation erlebten die Mädchen 15 Minuten lang eine unterschiedliche Situation.

**Gruppe 1** Die Mädchen dieser Gruppe hatten direkten Kontakt mit ihrer Mutter. Diese konnte ihre Tochter über alle Sinneskanäle einschließlich körperlichen Kontakt beruhigen.

**Gruppe 2** Hier erfolgte der Kontakt mit der Mutter über das Telefon. Das Kind konnte seine Mutter also nur hören.

**Gruppe 3** Es fand kein Kontakt mit der Mutter statt. Stattdessen sahen die Mädchen einen Film.

Das Oxytocin wurde zu insgesamt vier Zeitpunkten erfasst: zweimal vor dem Stress, einmal direkt nach dem Kontakt mit der Mutter und dann



■ **Abb. 2.20** Sowohl bei den Mädchen, die über alle Sinne mit ihrer anwesenden Mutter Kontakt aufnehmen konnten, als auch bei den Mädchen, die nur mit ihrer Mutter telefonierten, kam es zu einem Anstieg des Oxytocins. Der Gruppenunterschied ist sowohl für den Zeitpunkt unmittelbar nach dem Kontakt mit der Mutter als auch 45 Min. später statistisch signifikant. (Ergebnis der Studie von Seltzer, Ziegler & Pollak, 2010)

noch einmal 45 Minuten nach Ende des Kontakts mit der Mutter. ■ **Abb. 2.20** gibt die Ergebnisse wieder: Sowohl bei den Mädchen, bei denen die Mutter direkt anwesend war, als auch bei den Mädchen, die nur die Stimme ihrer Mutter über das Telefon gehört hatten, war es nach dem Stress zu einem deutlichen Anstieg des Oxytocinspiegels gekommen. Dies war bei den Kindern, die einen Film anschauten, nicht der Fall. Zusätzlich zeigte sich auch in dieser Studie ein positiver Einfluss des Kontakts mit der Mutter auf das Stresshormon Cortisol. Hier war der direkte und über alle Sinneskanäle mögliche Kontakt mit der Mutter der Bedingung überlegen, in der nur mit der Mutter telefoniert wurde.

#### Vierter Weg: Wahrscheinlich wird die Oxytocinausschüttung auch durch Riechen beeinflusst

Es ist sehr wahrscheinlich, dass auch über den Geruchssinn eine Ausschüttung von Oxytocin ausgelöst werden kann. In Tierstudien wurde ein entsprechender Zusammenhang beobachtet. Nähere Informationen hierzu finden sich beispielsweise in den Übersichtsarbeiten von Uvnäs-Moberg und Pettersson (2005) und Nagasawa et al. (2012). Es

spricht vieles dafür, dass dies beim Menschen auch so ist.

Zunächst einmal bezieht sich eine Körperkontaktstörung nicht auf den Geruchssinn. Indirekt gibt es jedoch einen Einfluss. Menschen mit einer Körperkontaktstörung versuchen, die körperliche Nähe zu vermeiden. Hierbei stellen sie eine Entfernung zum Körper her. Durch diese Entfernung ist das Riechen betroffen, weil das umso besser funktioniert, je geringer Personen voneinander entfernt sind.

#### Fehlender Körperkontakt wird im Alltag nicht einfach ausgeglichen

Die dargestellten Befunde verdeutlichen die Bedeutung von Körperkontaktstörungen. Wenn Menschen Schwierigkeiten mit Körperkontakt haben, sind bei ihnen in der Regel zunächst zwei der wichtigsten Wege beeinträchtigt, über die die Produktion von Oxytocin stimuliert wird: Körper- und Blickkontakt. Sollte sich in der weiteren Forschung zeigen, dass auch der Geruchssinn eine Rolle spielt, wäre dieser zumindest mitbetroffen. Ein Riechen des anderen setzt voraus, dass man ihm nahe kommt, da der Geruchssinn umso besser

arbeiten kann, je näher jemand an eine andere Person herantritt. Am stärksten ist der Geruch, wenn Menschen sich im Körperkontakt ganz nah sind.

In diesem Zusammenhang drängt sich die Frage auf, ob diese Beeinträchtigungen im Alltag ausgeglichen werden können. Hier käme die Möglichkeit des beziehungsmaßiger Hörens in Frage, da der Oxytocinspiegel auch über das Hören von sozialen Signalen wie Sprache beeinflusst wird. Wie bereits dargestellt, zeigten Seltzer, Ziegler und Pollak (2010), dass sich bei Kindern, die mit ihrer Mutter telefonierten, der Oxytocinspiegel erhöhte. Rein theoretisch wäre also denkbar, dass Menschen mit einer Körperkontaktstörung über mehr Zuhören einen hinreichenden Ausgleich ihrer Oxytocinproduktion erreichen könnten.

Im Alltag scheinen Menschen diese theoretische Möglichkeit zumindest im Gruppenmittel nicht umzusetzen. In der Studie von Holt-Lunstad (2008) glichen die Paare der Kontrollgruppe den zusätzlichen Körperkontakt der Experimentalgruppe nicht durch soziales Sehen oder soziales Hören in dieser Zeit aus. Auch die Studie von Light, Grewen und Amico (2005) zeigt dies. Entscheidend für die Oxytocinproduktion war hier eine Kultur des »In-den-Arm-Nehmens«. Ganz offensichtlich konnte auch hier die Gruppe mit weniger Körperkontakt ihre Oxytocinproduktion **nicht** mithilfe anderer Sinneskanäle ausgleichen, beispielsweise über Zuhören und Ansehen.

Diese experimentellen Befunde decken sich mit den Beobachtungen im therapeutischen Alltag noch aus einer ganz anderen Sicht. Wie mehrere Studien gezeigt haben, spielt bei der Oxytocinproduktion die Qualität des sozialen Signales eine entscheidende Rolle. Die Erfahrungen im therapeutischen Alltag zeigen nun: Eine Körperkontaktstörung verschlechtert – unter sonst gleichen Bedingungen – die beziehungsmaßige Qualität des sozialen Hörens. Das bedeutet z. B.: Unter sonst gleichen Bedingungen hören Menschen mit einer Körperkontaktstörung bei Gesprächen weniger empathisch und mit weniger Einfühlung zu. Dies mag im Einzelfall anders sein, für den Durchschnitt trifft das unserer Erfahrung nach zu.

### Oxytocin: Neurotransmitter, Neuromodulator und Hormon

Die vielfältigen Auswirkungen des Oxytocins, von denen wir einige in diesem Kapitel darstellen, stehen damit in Zusammenhang, dass Oxytocin eine große Zahl physiologischer Prozesse beeinflusst. Das Polypeptid Oxytocin wird im Hypothalamus produziert. Von dort wird es einerseits über die Hypophyse als Hormon in den Blutkreislauf abgegeben. Andererseits wirkt Oxytocin auch als Überträgerstoff (Neurotransmitter) zwischen Nervenzellen. Zusätzlich wirkt Oxytocin auch als sog. »Neuromodulator«, d. h. es beeinflusst die Wirkung anderer Überträgerstoffe im Gehirn.

Eine wichtige Funktion des Oxytocins als **Hormon** wurde erstmals 1906 von Sir Henry Dale beschrieben: Kurz vor der Geburt kommt es zu einer starken Erhöhung der Zahl der Oxytocinrezeptoren in der Gebärmutter. Über diese Rezeptoren bewirkt Oxytocin, dass sich die Gebärmutter zusammenzieht, damit das Baby geboren wird. Aufgrund dieser Funktion des Oxytocins erhielt es auch seinen Namen: Er setzt sich aus den altgriechischen Wörtern »ökys« (schnell) und »tokos« (Geburt) zusammen. In der Geburtsmedizin wird Oxytocin zur Einleitung und Stimulation der Wehentätigkeit eingesetzt.

Wie man heute weiß, spielt Oxytocin als Hormon jedoch nicht nur in Zusammenhang mit der Geburt eine wichtige Rolle. Es beeinflusst die Funktion vieler Organe wie beispielsweise Geschlechtsorgane, Nieren, Herz und Bauchspeicheldrüse. Auch das Immunsystem wird durch Oxytocin beeinflusst.

Vom Hypothalamus produziertes Oxytocin wirkt auch als **Neurotransmitter** (Überträgerstoff) im Gehirn. Oxytocinerge Neurone übertragen Informationen in eine Vielzahl von Hirnregionen (vgl. Uvnäs-Moberg & Petersson 2005). Dies sind u. a.:

- Die **Amygdala**: Sie spielt eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Angst.
- Das **Frontalhirn**: Dieser Bereich unseres Gehirns ist v. a. für Aufmerksamkeit und bewusste Handlungssteuerung wichtig.
- Der **Hippocampus**: Diese Hirnstruktur ist für die Bildung von Gedächtnisinhalten, d. h. für die Übertragung neuer Informationen von einer Kurz- in eine Langzeitspeicherung von entscheidender Bedeutung. Sind beide Hippocampi geschädigt, kann der Mensch keine neuen Gedächtnisinhalte bilden. Alte Erinnerungen bleiben jedoch in der Regel erhalten. Der Hippocampus ist eine der wenigen Hirnstrukturen, die in jedem Alter neue Nervenzellen bilden kann (diesen Vorgang bezeichnet man als Neurogenese). Wie Tierstudien zeigten, haben Nachkommen von fürsorglichen Müttern im Vergleich zu weniger fürsorglichen Müttern eine höhere Dichte von Nervenzellen im Hippocampus (Liu et al., 2000; Liu et al., 1997).
- Der **bulbus olfactorius** (Riechkolben): Dieses Hirnareal liegt unterhalb des Frontalhirns und ist für die Geruchswahrnehmung wichtig.
- Der **Locus coeruleus**: Eine Struktur, die für Orientierung und Aufmerksamkeit wichtig ist.

- Die **Raphé-Kerne**: Diese Gebiete im Hirnstamm hemmen die Weiterleitung von Schmerzinformationen aus dem Körper an das Gehirn (► Abschn. 2.3.2).
- **Kerngebiete des Vagusnervs**: Der Vagus reguliert praktisch alle inneren Organe. Unterschiedliche Teile des Vagus beeinflussen das allgemeine Aktivierungsniveau in Richtung Entspannung.

Oxytocin ist jedoch nicht nur ein Neurotransmitter, d. h. ein Überträgerstoff, der Informationen von einer Nervenzelle an andere weiterleitet - aber nur wenn diese direkt mit dieser Nervenzelle verbunden sind. Oxytocin wirkt zusätzlich als »Neuromodulator«. Neuromodulatoren sind Stoffe, die von Nervenzellen an die Gehirnflüssigkeit abgegeben werden. Über die Gehirnflüssigkeit diffundieren diese Stoffe, sodass sie Nervenzellen in praktisch allen Bereichen des Gehirns erreichen können. Die Übertragung von Informationen von einer Nervenzelle zur nächsten erfolgt sehr schnell, wirkt jedoch auch nur für kurze Zeit, bevor der Überträgerstoff wieder im präsynaptischen Nervenende aufgenommen wird. Im Gegensatz dazu wirkt ein Neuromodulator über längere Zeit.

### 2.7.3 Oxytocin und Bindung

Die Fähigkeit, enge Bindungen zu anderen Menschen einzugehen, ist ein wesentliches Merkmal seelischer Gesundheit. Störungen in der Bindungsfähigkeit gehen mit einem erhöhten Risiko für seelische Störungen und körperliche Erkrankungen einher (McWilliams & Bailey, 2010; Palitsky et al., 2013, Segel-Karpas, Bamberger & Bacharach, 2013). Man weiß heute, dass Oxytocin eine ganz zentrale Rolle beim Aufbau und bei der Aufrechterhaltung von Bindungen spielt. Das betrifft alle Formen von Bindung: die Eltern-Kind-Bindung, die Bindung zwischen Freunden, die Paarbindung und sogar die Bindung zwischen Mensch und Tier.

#### Was ist Bindung?

Der Begriff »Bindung« wird heute so selbstverständlich verwendet, dass man sich oft gar nicht fragt, was Bindung eigentlich ist. Eine Antwort könnte lauten: Bindung ist zu nächst einmal – wie beispielsweise auch »Intelligenz« oder »Motivation« – ein psychologisches Konstrukt, das ein bestimmtes Muster des Zusammenwirkens zwischen beobachtbarem Verhalten, physiologischen Vorgängen und kognitiven Prozessen beschreibt. Das oberste Ziel von Bindung ist die Sicherung des Überlebens der jeweiligen Gattung. Hierzu gehören Unterziele wie: »Die Nachkommen versorgen«, »die Nachkommen schützen« und auch »das Lernen der Nachkommen so zu fördern, dass sie im weiteren Leben möglichst

gut zurechtkommen und ihrerseits wieder gut für die nächste Generation sorgen können«.

Da Bindung ein Konstrukt ist, kann man Bindung nicht direkt messen, wie beispielsweise den Blutdruck, die Muskelspannung, den Oxytocinspiegel oder die Dauer von Blickkontakt. Erfassen lassen sich jedoch die beobachtbaren Verhaltensweisen, physiologischen Vorgänge und kognitiven Prozesse, die in ihrem Zusammenwirken das Konstrukt »Bindung« ausmachen.

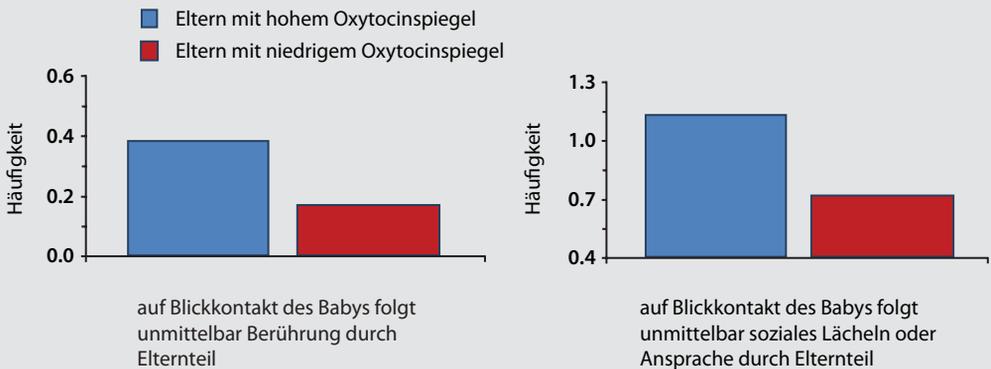
### Eltern-Kind-Bindung

Ein Zusammenhang zwischen Oxytocin und Bindung lässt sich bereits vor der Geburt feststellen. Schwangere, die einen höheren Oxytocinspiegel haben, fühlten eine stärkere Bindung an das Ungeborene. Dies wurde über einen Fragebogen erfasst, der Aussagen enthielt wie: »Ich spreche zu meinem Baby in meinem Bauch« (Levine et al., 2007). Später zeigen sie ihrem Baby gegenüber ein besseres intuitives Verhalten mit mehr liebevoller Berührung, Blickkontakt, Ansprache und positivem Affekt (Feldman et al., 2007). Ein entsprechender Zusammenhang besteht zwischen dem nach der Geburt gemessenen Oxytocinspiegel und dem intuitiven mütterlichen Verhalten (Feldman et al., 2012).

Mütter und Väter, die einen hohen Oxytocinspiegel haben, reagieren nicht nur liebevoller, sondern auch **zeitlich unmittelbarer** auf das Verhalten ihres Babys. Beispielsweise wurde anhand von Videoaufzeichnungen ausgewertet, wie häufig die Mutter oder der Vater die Blickkontaktaufnahme ihres Babys zeitlich unmittelbar belohnten (Apter-Levi, Zagoory-Sharon und Feldman, 2013). Dies konnte beispielsweise durch Berühren oder andere positive soziale Signale erfolgen. Wie ■ Abb. 2.21 verdeutlicht, reagierten Eltern, die einen höheren Oxytocinspiegel hatten, weitaus häufiger unmittelbar belohnend auf das soziale Verhalten ihres Babys, Blickkontakt aufzunehmen.

Für das Baby bedeutet dieser höhere Zusammenhang zwischen seinem Verhalten und positiven Rückmeldungen durch Mutter oder Vater:

- Das Baby wird für ein positives Sozialverhalten unmittelbar von seiner Bezugsperson belohnt. Die Bedeutung einer Verhaltenssteuerung über unmittelbare soziale Signale für sämtliche Bereiche des Lernens, also auch das Lernen von Sozialverhalten, haben wir ausführlich in



■ **Abb. 2.21** Zusammenhang zwischen Blickkontaktaufnahme des Säuglings und belohnenden sozialen Signalen der Mutter oder des Vaters; Vergleich zwischen Eltern mit hohem und niedrigem Oxytocinspiegel. (Nach Apter-Levi, Zagoory-Sharon & Feldman, 2013)

»Positiv Lernen« (Jansen & Streit, 2006) und »Erfolgreich Erziehen« (Jansen & Streit, 2010) dargestellt.

- Das Baby erlebt Kontrolle. Es nimmt wahr, dass es durch sein eigenes Verhalten das Verhalten anderer beeinflussen kann.

### Oxytocin und Bindungsfähigkeit gegenüber Freunden

Feldman et al. (2013) ließen 3-jährige Kinder zusammen mit ihrem »besten Freund« bzw. ihrer »besten Freundin« mit einem Bauernhof spielen. Die Interaktion wurde auf Video aufgezeichnet.

Bei der anschließenden Auswertung der Videos interessierte die Forscher vor allem das Ausmaß an Reziprozität (Gegenseitigkeit) in der Interaktion zwischen beiden Kindern. Eine hohe Reziprozität bedeutet, dass das Verhalten zweier Bindungspartner in feinsten Details aufeinander abgestimmt ist bzw. sogar synchron abläuft. Sie gilt als wichtiges Kennzeichen für eine enge Bindung. Einige Beispiele:

- Ein Kommunikationspartner lächelt, der andere lächelt sofort mit.
- Ein Kommunikationspartner schaut den anderen an. Dieser reagiert wenige 100 Millisekunden darauf, indem er den Blickkontakt erwidert.

- Die Stimme eines Kommunikationspartners wird kühler. Der andere nimmt dies unmittelbar wahr und reagiert darauf.
- Ein Kommunikationspartner nimmt etwas wahr. Der andere schaut – blitzschnell und ohne, dass er hierüber in irgendeiner Weise bewusst nachdenken muss – dahin, wo der andere hinschaut.

Zusätzlich zur Auswertung der Videoaufzeichnungen bestimmten die Autoren der Studie über eine Speichelentnahme die Höhe des Oxytocinspiegels jedes Kindes. Das Ergebnis war: Je höher der Oxytocinspiegel eines Kindes, desto stärker war die Reziprozität in seinem Verhalten gegenüber dem Freund oder der Freundin. Ein höherer Oxytocinspiegel ging also mit einer besseren Bindungsqualität gegenüber dem Freund bzw. der Freundin einher.

### Oxytocin und Bindung innerhalb von Paaren

Menschen, die frisch verliebt sind, haben einen erhöhten Oxytocinspiegel. Gleichzeitig bestimmt die Höhe des Oxytocinspiegels, wie sich Menschen gerade in den ersten Phasen einer romantischen Beziehung gegenüber dem neuen Partner verhalten: Partner mit einem hohen Oxytocinspiegel zeigen

einander beispielsweise mehr positive Gefühle, berühren sich häufiger und zeigen mehr Reziprozität im Verhalten. Wenn die Partner am Anfang ihrer Beziehung einen höheren Oxytocinspiegel hatten, so erhöhte dies auch die Wahrscheinlichkeit, dass das Paar 6 Monate später noch zusammen war (Schneiderman et al., 2012).

Auch im weiteren Verlauf einer Partnerschaft bewirkt Oxytocin eine stabilere Bindung. Erste Daten geben einen Hinweis darauf, dass ein höherer Oxytocinspiegel mit mehr ehelicher Treue einhergeht. So bewerteten Ehemänner, nachdem sie Oxytocin über ein Nasenspray bekommen hatten, ihre Frau im Vergleich zu anderen Frauen als attraktiver (Scheele et al., 2013). Auch hielten sie im Gespräch mit anderen Frauen eine größere Distanz (Scheele et al., 2012).

In einer anderen Studie zeigten Ditzen et al. (2009) einen weiteren Weg, über den sich Oxytocin günstig auf die partnerschaftliche Bindung auswirkt. Wenn die Partner vorher ein oxytocinhaltes Nasenspray bekommen hatten, kommunizierten sie im Rahmen eines partnerschaftlichen Konfliktgespräches positiver miteinander. Gleichzeitig war während des Gesprächs der Cortisolspiegel niedriger – ein Zeichen dafür, dass die Partner sich durch das Gespräch weniger gestresst fühlten.

### 2.7.4 Oxytocin vermindert Stress und Schmerz

Wir hatten zu Beginn dieses Kapitels bereits den Einfluss von Körperkontakt auf die physiologische Stressreaktion dargestellt. Dieser Zusammenhang wird – zumindest in großen Teilen – über die Ausschüttung von Oxytocin bewirkt. Eine aktuelle Darstellung hierzu findet sich in der Übersichtsarbeit »Oxytocin, stress and social behavior« von Kumsta und Heinrichs (2013). Eine weitere aktuelle Übersichtsarbeit von Japundzic-Zigon (2013) stellt den aktuellen Stand der Forschung zu physiologischen Vorgängen dar, die bei der Beeinflussung des Herz-Kreislauf-Systems über das Oxytocin eine Rolle spielen. Studien, die die schmerzhem-

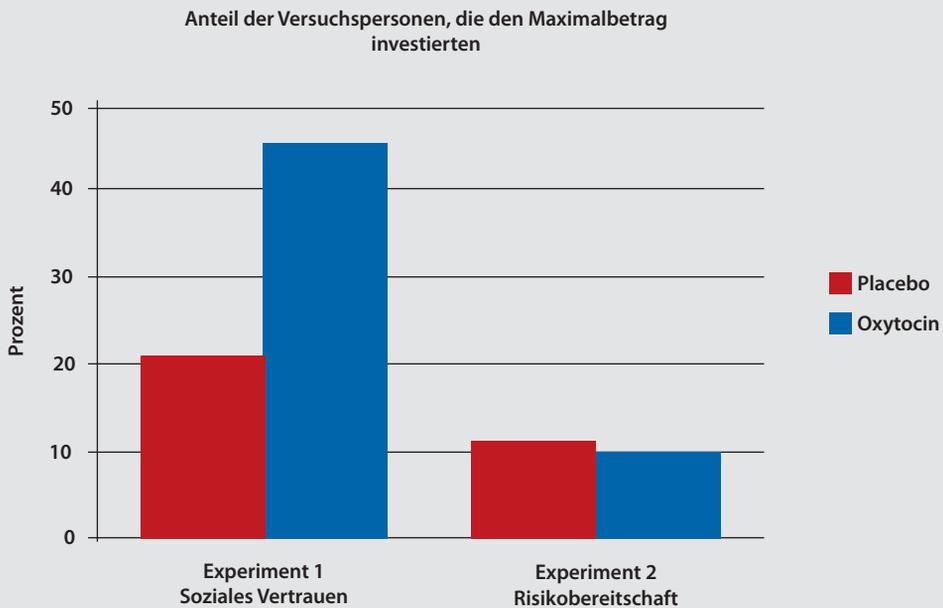
mende Wirkung von Oxytocin zeigen, haben wir unter ► Abschn. 2.3.2 wiedergegeben.

### 2.7.5 Oxytocin hat einen positiven Einfluss auf soziales Vertrauen

Vertrauen ist für fast alle sozialen Situationen von entscheidender Bedeutung. Beziehungen im Allgemeinen und die meisten Gespräche im Rahmen von Beziehung erhalten ihre eigentliche Qualität über das Vertrauen. Ist kein Vertrauen vorhanden, sind – vorsichtig ausgedrückt – das Leben von Beziehungen und das Führen von Gesprächen in nur sehr begrenzter Qualität oder gar nicht möglich. Experimente zeigen, dass Oxytocin eine wesentliche Grundlage für soziales Vertrauen ist. Erhöht sich das Oxytocin, so nimmt das Vertrauen in soziale Beziehungen zu. Oxytocin wirkt nur auf den sozialen Bereich. Es erhöht nicht allgemein die Risikobereitschaft. Menschen, die aufgrund ihres höheren Oxytocinspiegels vertrauensvoller auf andere Menschen reagieren, treffen beispielsweise bei technischen Vorgängen ihre Entscheidungen unbeeinflusst von ihrem Oxytocinspiegel. Ein Ingenieur, der mehr Oxytocin produziert, wird vielleicht die Entscheidungen einigen Menschen gegenüber verändern, aber beispielsweise nicht seine statischen Berechnungen des Schiffsrumpfes.

Experimente wie das nachfolgend dargestellte provozieren bei vielen Lesern eine Befürchtung. Kann Oxytocin durch den Anstieg des Vertrauens »blind« machen? Diese Befürchtung könnte für Experimente zutreffend sein, in denen Oxytocin von außen verabreicht wird. Im normalen Alltag, müssen bestimmte Bedingungen eintreten, damit sich der Oxytocinspiegel eines Menschen erhöht (► Abschn. 2.7.2). Diese Bedingungen sind jedoch nicht nur Auslöser der Oxytocinproduktion. Sie sind auch gleichzeitig die Bedingungen, unter denen es sinnvoll ist, mehr Vertrauen zu haben. Anders ausgedrückt kann man sagen: Es wäre unangemessen, unter diesen Bedingungen das eigene Vertrauen nicht zu erhöhen.

Kosfeld et al. (2005) führten mit Versuchsteilnehmern ein Spiel durch, bei dem diese investieren



■ **Abb. 2.22** Ergebnisse der beiden Experimente von Kosfeld et al. (2005): Im ersten Experiment hing die Höhe des gegebenen Betrages vom Vertrauen in eine unbekannte Person ab. Dieses Vertrauen wurde durch das Oxytocinspray stark erhöht (Balken links). Wie das zweite Experiment (Balken rechts) verdeutlichte, wurde die allgemeine Risikobereitschaft durch das Oxytocinspray nicht verändert.

und Gewinne erzielen konnten. Am Ende des Spiels wurde den Teilnehmern ihr verdienter Gewinn wirklich ausbezahlt. In einem ersten Experiment entschieden die Versuchsteilnehmer jeweils, welchen Betrag sie einer unbekannt Person gaben, die sie nicht wahrnehmen konnten. Im Anschluss gab ihnen diese Person dann entweder nichts oder aber ein Vielfaches des eingesetzten Betrags zurück.

Wie viel Geld eine Versuchsperson investierte, hing also von ihrem Vertrauen in die andere Person ab: Hatte die Versuchsperson das Vertrauen, dass sie ihr Geld mit Gewinn zurückbekommt, oder hatte sie eher wenig Vertrauen und erwartete, ihre Investition wahrscheinlich zu verlieren? Vor Beginn dieses Spiels bekam jeweils die Hälfte der Teilnehmer ein oxytocinhaltes Nasenspray oder ein Placebopräparat. Die Darstellung der Ergebnisse in ■ Abb. 2.22 links verdeutlicht den Einfluss des Oxytocins: Diejenigen Teilnehmer, die das oxytocinhalte Nasenspray bekommen hatten, investierten deutlich mehr Geld als

die Teilnehmer der Placebogruppe. Aufgrund des Oxytocins hatten die Versuchsteilnehmer mehr Vertrauen in ihr Gegenüber.

Waren die Versuchsteilnehmer nun aufgrund des Oxytocins generell risikobereiter? Diese Fragestellung sollte ein zweites Experiment mit anderen Versuchspersonen beantworten. Dieses Experiment war in gleicher Weise aufgebaut wie das erste und unterschied sich nur in einem Punkt: Die Versuchspersonen nahmen nicht an, mit einem menschlichen Gegenüber zu interagieren. Vielmehr wurde ihnen gesagt, dass es vom Zufall abhängt, ob und wieviel Geld sie für ihre »Investition« zurückbekämen. Wie die in ■ Abb. 2.22 rechts wiedergegebenen Daten aus diesem zweiten Experiment verdeutlichen, führte unter dieser Bedingung Oxytocin im Vergleich zum Placebo nicht zu einem erhöhten Geldtransfer. Beide Experimente zusammen verdeutlichen, dass Oxytocin das Vertrauen in ein menschliches Gegenüber er-



■ **Abb. 2.23** Typische Augenbewegungen beim Betrachten eines Gesichts. (Aus Yarbus, 1967)

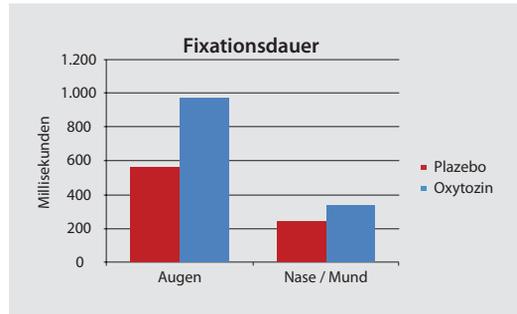
höht. Oxytocin macht jedoch nicht generell risikobereiter.

Die Ergebnisse dieses Experiments konnten u. a. von Baumgartner et al. (2008) bestätigt werden.

## 2.7.6 Oxytocin verbessert den Blickkontakt

Der jeweiligen Situation entsprechend angemessenen Blickkontakt herzustellen, gehört zu den wichtigsten sozialen Kompetenzen. Blickkontakt hilft einerseits, emotionale Nähe zu einem Kommunikationspartner herzustellen. So hängt beispielsweise die Zufriedenheit in einer Beziehung mit der Fähigkeit der Partner zusammen, Blickkontakt aufzunehmen (Flora & Segrin, 2000).

Blickkontakt ist jedoch aus einem weiteren Grund für die zwischenmenschliche Kommunikation von entscheidender Bedeutung: Der Augenbereich gibt uns die wichtigsten Informationen für das Erkennen von Emotionen (George & Conty, 2008). Aus diesem Grund fixieren Menschen beim Betrachten eines Gesichts normalerweise den Au-

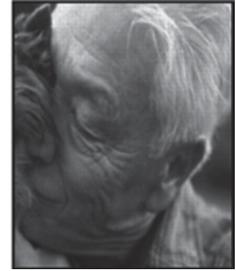
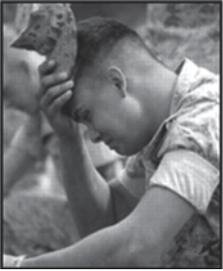


■ **Abb. 2.24** Dauer der Fixierung im Bereich der Augen bzw. im Bereich von Mund und Nase beim Betrachten eines neutralen Gesichts. Jedes Gesicht wurde 2 Sekunden lang gezeigt. Der Gruppenunterschied ist für den Augenbereich statistisch hoch signifikant. (Nach Guastella, Mitchell & Dadds, 2008)

genbereich am meisten. ■ **Abb. 2.23** zeigt typische Augenbewegungen beim Betrachten eines Gesichts.

Oxytocin führt dazu, dass Menschen länger in die Augen anderer Menschen schauen. Dies zeigt beispielsweise die Studie von Guastella, Mitchell und Dadds (2008). Den Versuchsteilnehmern wurden insgesamt 24 Bilder von männlichen und weiblichen Gesichtern gezeigt. Während die Versuchsperson jedes Bild zwei Sekunden lang betrachtete, wurden gemessen, wie häufig sie bestimmte Bereiche des Gesichts fixierten und wie lange die Fixationen dauerten. Auch hier hatte wiederum die eine Hälfte der Versuchspersonen ein oxytocinhaltiges Nasenspray, die andere Hälfte ein Plazebopräparat bekommen.

In ■ **Abb. 2.24** ist dargestellt, wie lange die Versuchspersonen unter den Bedingungen »Oxytocin« und »Plazebo« die unterschiedlichen Bereiche des Gesichts fixierten. Es wird deutlich, dass diejenigen Teilnehmer, die das Oxytocin bekommen hatten, nahezu doppelt so lange in den Augenbereich schauten wie die Teilnehmer der Plazebo bedingung. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Domes et al. (2013) und Gamer, Zurowski und Buchel (2010). Auch bei Menschen mit autistischen Störungen führt Oxytocin dazu, dass sie länger Blickkontakt aufnehmen (► Kap. 11).



■ **Abb. 2.25** Beispiele für die in der Studie von Hurlemann et al. (2010) verwendeten Bilder, anhand derer die Versuchspersonen ihr Mitgefühl mit der jeweiligen Situation bewerten sollten. (Mit freundlicher Genehmigung der Society for Neuroscience)

### 2.7.7 Oxytocin erhöht die emotionale Empathie

Eine weitere Funktion des Oxytocins, die für soziale Beziehungen extrem wichtig ist, besteht darin, dass es die Fähigkeit verbessert, Emotionen anderer gefühlsmäßig wahrzunehmen. Man bezeichnet dies als emotionale Empathie. Hurlemann et al. (2010) zeigten Versuchspersonen jeweils 40 Fotografien von Menschen in gefühlsmäßig positiven oder negativen Situationen. In ■ Abb. 2.25 sind einige der Bilder aus dieser Studie wiedergegeben. Die Versuchspersonen sollten für jedes der gezeigten Fotos

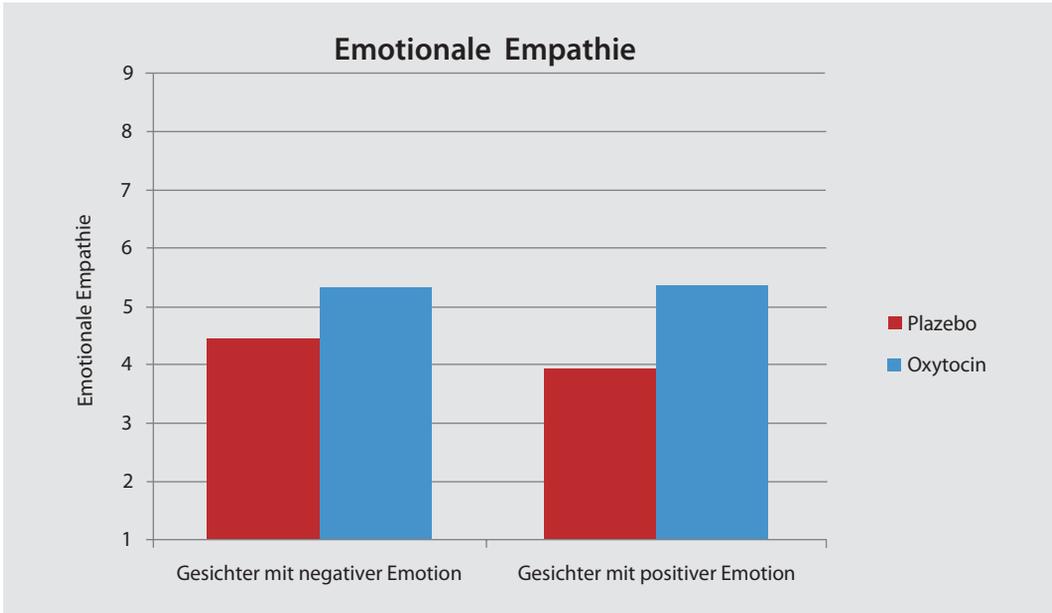
- das auf der Abbildung erkennbare Gefühl benennen, d. h. beispielsweise beurteilen, ob die dargestellte Person traurig, fröhlich etc. ist. (kognitive Empathie),
- auf einer Skala von 1–9 bewerten, wie stark sie mit den dargestellten Personen mitfühlten (emotionale Empathie).

Wie aus ■ Abb. 2.26 deutlich wird, zeigten Versuchspersonen nach einer Erhöhung ihres Oxytocinspiegels über ein Nasenspray eine höhere emotionale Empathie. Die kognitive Empathie, d. h. die Fähigkeit, den emotionalen Ausdruck von Gesichertern zu benennen, hatte sich hingegen durch Oxytocin nicht verändert. Auch bei Menschen mit autistischen Störungen bewirkt Oxytocin eine Verbesserung ihrer emotionalen Empathie (► Kap. 11).

### 2.7.8 Oxytocin verbessert das Lernen bei Belohnung

Eines der faszinierendsten Ergebnisse der Forschung zu den Auswirkungen des Oxytocins ist, dass es die Fähigkeit zu lernen verbessert – und zwar ganz besonders dann, wenn Rückmeldungen in Form belohnender sozialer Signale gegeben werden. Wir haben bereits vor etwa 25 Jahren bemerkt, dass sich Kinder nach der Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie auch außerhalb von körperbezogenen Situationen anders verhielten. Eine der auffälligsten Veränderungen war eine veränderte Reaktion auf Lob. So ließen sich die Kinder beispielsweise besser über das Lob der Mutter oder des Vaters erreichen. Hierdurch mussten bei diesen Kindern weniger oft und weniger stark Grenzen gesetzt werden. Wir konnten uns zum damaligen Zeitpunkt diese Veränderungen theoretisch nicht erklären, wir konnten sie nur feststellen.

Das heutige Wissen über die Auswirkungen des Oxytocins bietet eine Erklärung für diese Veränderungen durch die Körperbezogene Interaktionstherapie. Je höher der Oxytocinspiegel ist, desto besser wird das Lernen bei Belohnung. Dieser Befund löst an und für sich schon Begeisterung aus. Die wirkliche Bedeutung erschließt sich jedoch durch Folgendes: Die wichtigsten Belohnungen im sozialen Bereich sind positive Veränderungen beispielsweise in der Stimme oder im Gesichtsausdruck. Diese belohnenden sozialen Signale beeinflussen das Lernen



■ **Abb. 2.26** Versuchspersonen zeigten mehr emotionale Empathie, wenn sie zuvor Oxytocin über ein Nasenspray bekommen hatten, im Vergleich zu einem Plazebopräparat. (Aus Hurlemann et al., 2010. Mit freundlicher Genehmigung der Society for Neuroscience)

mehr als das gesprochene Lob wie etwa »prima«. Auf den vorherigen Seiten wurde umfassend dargestellt, wie sich bei einem erhöhten Oxytocinspiegel gerade die Wahrnehmung für positive Mimik und positiven Gesichtsausdruck verbessert. Insofern steht ein verbessertes Lernen durch Lob für eine grundlegende und tiefgründige Neuorientierung der Person bei erhöhtem Oxytocinspiegel.

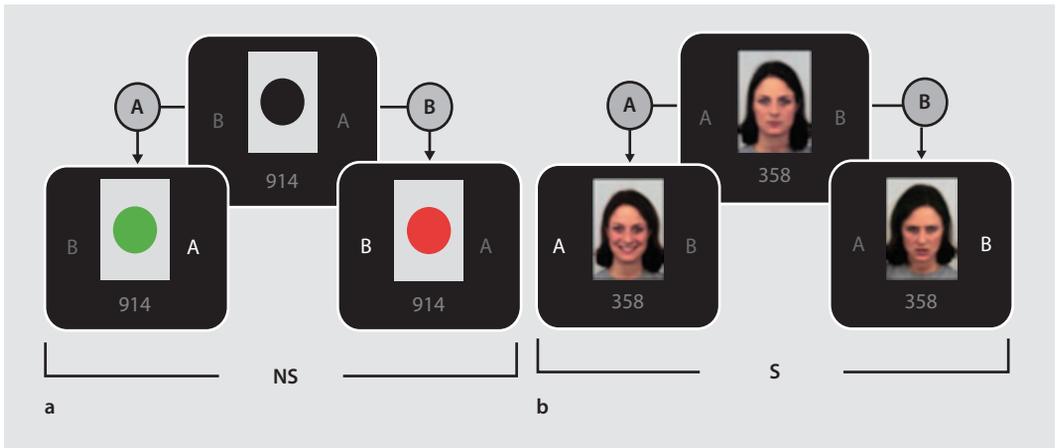
In ► Abschn. 2.7.7 haben wir bereits ein Experiment aus der Veröffentlichung von Hurlemann et al. (2010) dargestellt. Das zweite in dieser Veröffentlichung beschriebene Experiment war eine Lernaufgabe. Versuchspersonen sollten lernen, ob eine bestimmte Zahl zur Kategorie »A« oder zur Kategorie »B« gehörte. Beispielsweise wären in ■ Abb. 2.27 links die Zahl 914, rechts die Zahl 358 beide der Kategorie »A« zugeordnet. »A« wäre hier also jeweils die richtige und »B« die falsche Antwort.

Das Experiment lief folgendermaßen ab: Auf einem Computerbildschirm wurde eine Zahl gezeigt. Durch Knopfdruck sollte die Versuchsperson die zugehörige Kategorie (A oder B) bestimmen und bekam unmittelbar anschließend eine

Rückmeldung, ob sie die richtige Kategorie gewählt hatte. Wenn die Zahl das erste Mal gezeigt wurde, musste die Versuchsperson also raten. Aufgrund der Rückmeldung »richtig« oder »falsch« konnte sie dann über die Wiederholungen hinweg die korrekte Zuordnung von Zahl und Kategorie erlernen. Zwei Formen der Rückmeldung wurden miteinander verglichen:

**Nicht soziale Rückmeldung** (vgl. ■ Abb. 2.27, linke Darstellung) Die Zahl wurde unterhalb eines schwarzen Punkts gezeigt. Wenn die Versuchsperson die richtige Kategorie wählte, wurde dieser Punkt grün. Wählte die Versuchsperson hingegen die falsche Kategorie, so wurde der Punkt rot.

**Soziale Rückmeldung** (vgl. ■ Abb. 2.27, rechte Darstellung) Die Zahl wurde unterhalb eines Gesichts mit neutralem Ausdruck gezeigt. Wenn die Versuchsperson die richtige Kategorie wählte (bei der Zahl 358 die Antwort »A«) veränderte sich die Emotion des Gesichts in ein freundliches Lächeln. Wählte die Versuchsperson hingegen die falsche



■ **Abb. 2.27** Versuchsablauf in der Studien von Hurlmann et al., 2010. S: soziale Rückmeldung, NS: nicht soziale Rückmeldung, weitere Erläuterungen siehe Text. (Mit freundlicher Genehmigung der Society for Neuroscience)

Kategorie, bekam das Gesicht einen ärgerlichen Ausdruck.

Jede der beiden Rückmeldungsbedingungen wurde für jeden Versuchsteilnehmer zweimal durchgeführt: einmal nach Gabe eines Oxytocin-sprays und einmal nach Gabe eines Placebopräparates. Die Ergebnisse sind in ■ Abb. 2.28 wiedergegeben:

- Unter der Bedingung mit nicht sozialer Rückmeldung gibt es keinen Unterschied zwischen Oxytocin und Placebo (■ Abb. 2.28 links).
- Unter der Bedingung mit sozialer Rückmeldung verbessert Oxytocin die Leistung gegenüber Placebo (■ Abb. 2.28 rechts).

## 2.8 Körperkontaktstörungen als Ursache von Verhaltens- und emotionalen Störungen

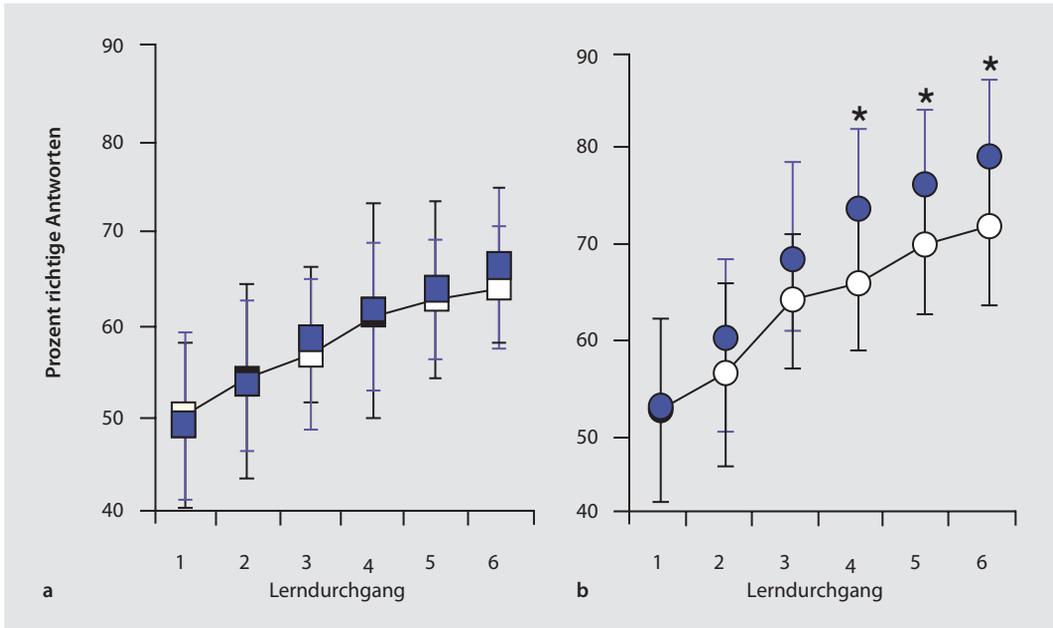
Die auf den vorangegangenen Seiten dargestellten Studien haben gezeigt, dass Oxytocin unmittelbar das Sozialverhalten beeinflusst. Dies ist einer der Gründe, warum wir im Rahmen von Therapien immer wieder beobachten können, dass sich Babys, Kinder und Erwachsene mit einer Körperkontaktstörung in normalen Alltagssituationen anders verhalten als Menschen ohne Körperkontaktstörung.

Unter Alltagssituationen sind hier **auch** Situationen gemeint, in denen **kein** Körperkontakt stattfindet (► Kap. 3).

Die Fähigkeit zum Körperkontakt gehört zur genetischen Ausstattung von Menschen. Aus den bisherigen Ausführungen wurde deutlich, welche enormen Vorteile mit dem Körperkontakt verbunden sind. Babys, Kinder und Erwachsene, die Schwierigkeiten mit Körperkontakt haben, können diese Vorteile nur zu einem Teil oder gar nicht nutzen. In den einzelnen Unterkapiteln wurde immer wieder ausgeführt, dass es im normalen Alltag offenbar nur ungenügend oder kaum gelingt, die aus einer Körperkontaktstörung entstandenen Nachteile auszugleichen. Die Betroffenen sind hierdurch mit einer Situation konfrontiert, die sie in irgendeiner Form bewältigen müssen. Der Grund hierfür ist einfach.

- **Eine Körperkontaktstörung bedeutet nicht, dass die Betroffenen weniger Aufmerksamkeit, weniger Zuwendung, weniger Annahme, weniger Entspannung, weniger Wärme, weniger Gemeinsamkeit etc. wünschen oder benötigen.**

Menschen mit einer Körperkontaktstörung benötigen all das auch. Dies bringt sie in eine Sondersitua-



■ **Abb. 2.28** Oxytocin bewirkt, dass soziale Belohnungen besser wahrgenommen werden. Bei nichtsozialer Rückmeldung (im Experiment grüner Punkt für »richtig« und roter Punkt für »falsch«) führte Oxytocin zu keiner Verbesserung der Leistung (linke Grafik). Wurde jedoch die Rückmeldung in Form eines sozialen Signals (freundliches Lächeln für »richtig«, ärgerliches Gesicht für »falsch«) gegeben, so lernten die Versuchsteilnehmer besser, wenn sie zuvor das Oxytocinspray bekommen hatten. (Aus Hurlemann et al., 2010. Mit freundlicher Genehmigung der Society of Neuroscience)

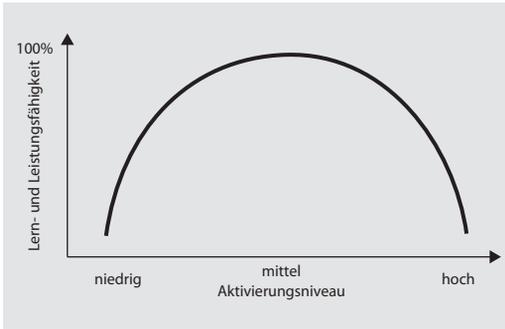
tion: Zwischen dem, was sie benötigen und wollen, und dem, was sie bekommen, tut sich eine Schere auf. Auf diese Situation müssen die Betroffenen in irgendeiner Form reagieren. Sie müssen einen Weg finden, um die Situation zu bewältigen. Dies gilt für Säuglinge, Kinder und Erwachsene in gleichem Maße.

Im klinischen Alltag sehen wir regelmäßig, dass Säuglinge, Kinder und Erwachsene atemberaubend erfinderisch darin sind, Verhalten zu entwickeln, um die Nachteile ihrer Körperkontaktstörung so gut es geht auszugleichen. Obwohl dies keinem von ihnen wirklich gut gelingt, unterscheidet sich die Qualität der von den Betroffenen gefundenen Lösungen wie Tag und Nacht.

Wir möchten zunächst ein Kind vorstellen, das eine der besten Bewältigungsmöglichkeiten für seine Körperkontaktstörung entwickelt hat und für eine Untergruppe von Kindern typisch ist: die Gruppe der Kinder, die sehr leistungsstark werden. Hierbei hilft ihnen ihre Körperkontaktstörung.

Obwohl dies so ist, haben die betroffenen Kinder trotzdem erhebliche Nachteile. Gegenüber anderen Kindern mit einer Körperkontaktstörung schneiden sie jedoch vergleichsweise gut oder sehr gut ab.

Stellen Sie sich ein Kind mit einer Körperkontaktstörung in einer Familie vor. Dieses Kind muss immer wieder zusehen, wie seine Geschwister den Eltern ganz nahe sind, wenn sie kuscheln oder schmusen. Es erkennt auch, dass seine Geschwister sehr viel Nähe, Wärme und Annahme bekommen, während es selbst außen vorsteht. Eine solche Situation führt unbewusst oder bewusst zwangsläufig zu dem Wunsch, auch das zu bekommen, was die Geschwister bekommen. Da der Weg über körperliche Nähe versperrt ist, sucht dieses Kind nach anderen Möglichkeiten, um Aufmerksamkeit, Wärme und Annahme zu erhalten. Welche Möglichkeiten es wählt, hängt nun einerseits von seinen Fähigkeiten und andererseits von den Reaktionen der anderen Familienangehörigen ab.



■ **Abb. 2.29** Zusammenhang zwischen Aktivierungsniveau und Lern- und Leistungsfähigkeit nach Yerkes und Dodson (1908): Die Lern- und Leistungsfähigkeit ist bei einem mittleren Aktivierungsniveau am besten. Sowohl eine zu hohe als auch eine zu niedrige Aktivierung bewirken, dass schlechter gelernt und geleistet wird.

Wenn dieses Kind leistungsbezogene Eltern hat und gleichzeitig klug ist, dann wird es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit in vielen Situationen anstrengen, um über seine Erfolge Aufmerksamkeit, Zuwendung und Wärme zu bekommen. Dies erscheint vielleicht zunächst nicht als problematisch, denn das Kind wird sehr leistungsstark.

Das eigentliche Problem liegt in Folgendem: Für ein solches Kind wird Leistung der wichtigste Weg, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten. Im Vergleich zu den Geschwisterkindern hat dies zur Folge, dass es sich deutlich mehr um Erfolg bemüht – **oft zu sehr**. Es kommt viel zu häufig unter Leistungsdruck. Auf den Leistungsdruck reagiert es, indem es sich noch mehr anstrengt. Wenn das Kind sehr klug und fähig ist, erscheint der Weg dieses Kindes zunächst als sehr erfolgreich, da es ja durch Anstrengung ein Scheitern vermeiden kann. Es wird gleichzeitig erfolgreich und leistungsstark.

Tatsächlich baut sich durch diese Situation für das Kind jedoch ein Problem auf. Es macht regelmäßig die Erfahrung, dass es Zuwendung und Annahme durch Leistung und Erfolg bekommt. Aus diesen Erfahrungen zieht es Schlussfolgerungen, die sinngemäß lauten: »Um angenommen zu werden, muss ich viel leisten und Erfolg haben« oder »Ich werde nur angenommen, wenn ich Erfolg habe«. Als Folge seiner Körperkontaktstörung macht es nicht oder kaum Erfahrungen wie: »Ich werde auch angenommen, wenn ich Fehler mache«

oder »Andere mögen mich auch, wenn ich keine Leistung erbringe«. Eine solche Wahrnehmung der Wirklichkeit wird auf Dauer zum festen Bestandteil der eigenen Persönlichkeit.

Ein Mensch mit entsprechenden Sichtweisen ist zum Erfolg gezwungen – meist lebenslang. Solange er in seinem Leben gute Leistungen erbringt, beispielsweise gute Schulnoten schreibt und im Studium und Beruf erfolgreich ist, schafft er es, den Druck niedrig zu halten. Sobald dies nicht mehr der Fall ist, wird ein entsprechender Lebensentwurf fatal. Die wirklichen Probleme beginnen jedoch auch schon, wenn ein Kind oder Erwachsener mit einer entsprechenden Sichtweise **nur glaubt, dass er die Leistung nicht erbringen kann**.

Gleich, ob der Betroffene nun erwartete Leistung wirklich nicht erbringt oder ob er dies nur befürchtet: In beiden Fällen steigt der Druck für ihn extrem, weil er die Situation als existenziell erlebt. Wenn er den Erfolg nicht erbringen kann – so nimmt der Betroffene an –, wird er nicht mehr angenommen. In dieser »Falle« ist der Betroffene, solange er entsprechend denkt. Viele betroffene Menschen bleiben lebenslang in einer solchen Falle.

Besonders bedeutsam wird ein solcher Hintergrund für wichtige Lebenssituationen, weil hier erfahrungsgemäß der höchste Druck entsteht, beispielsweise Klassenarbeiten, Prüfungen, Wettkämpfe, Auftritte in der Öffentlichkeit wie Musikvorführungen, Präsentationen, Reden, aber auch Familienfeiern und Feste. Wird in solch kritischen Situationen der Druck zu hoch, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für Misserfolg. Der Grund hierfür ist ein zu hohes Aktivierungsniveau. Hierdurch sinkt die Leistungsfähigkeit entsprechend dem Gesetz von Yerkes und Dodson (1908; ■ **Abb. 2.29**).

Es soll hier nochmals betont werden, dass der angesprochene Nachteil aufgrund zu starken Druckes nur entsteht, wenn der Betroffene in einem für ihn wichtigen Bereich keinen Erfolg hat oder glaubt, dass er keinen Erfolg hat oder haben wird. Solange dies nicht der Fall ist, profitiert er von seiner sehr hohen Leistungsstärke – auch dies lebenslang. Hierüber erklärt sich die hohe Leistungsfähigkeit vieler Menschen. Wir möchten in diesem Zusammenhang jedoch darauf hinweisen, dass Leistungsstärke auch ohne eine Körperkontaktstö-

rung und den hieraus entstehenden Erfolgsdruck aufgebaut werden kann – und zwar sehr sicher (s. Jansen & Streit, 2006).

Wer in der Rolle des Betroffenen ist, kann positiv sehen, dass seine Körperkontaktstörung mit dazu beigetragen hat, dass er so leistungsstark ist. Wer in der Rolle der Mutter oder des Vaters eines betroffenen Kindes ist, muss wissen, dass die Leistungsstärke eines Kindes auch über andere Wege aufgebaut werden kann. Sowohl für Betroffene als auch für Eltern von betroffenen Kindern ist es wichtig, in Erinnerung zu behalten: Körperkontaktstörungen sind in jedem Alter behandelbar, auch im ganz hohen Alter.

Die Ausführungen auf den letzten Seiten haben einen möglichen Vorteil einer Körperkontaktstörung hervorgehoben, der für eine Untergruppe von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen zutrifft. Als Nachteil für diese Gruppe wurden bisher nur die ungünstige Reaktion und das unangenehme Gefühl der Betroffenen erwähnt, die mit einem tatsächlichen oder befürchteten Ausbleiben von Erfolg in Zusammenhang stehen.

Selbst diejenige Gruppe von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die mit einer Körperkontaktstörung am besten zurechtkommen, weil sie leistungsstark werden, hat jedoch noch weitere Nachteile. Diese werden in der Regel nicht bewusst wahrgenommen. Sie lassen sich aus den beschriebenen experimentellen Ergebnissen ableiten. Wenn Menschen schulisch und beruflich erfolgreich sind, aber eine Körperkontaktstörung haben, können sie von den positiven Funktionen des Körperkontakts weniger oder gar nicht profitieren. Sie können Körperkontakt weniger oder gar nicht nutzen, um allgemein und insbesondere in Stresssituationen entspannter zu werden. Sie können über den Körperkontakt weniger oder gar keine Bindung aufbauen. Sie können den Körperkontakt weniger oder gar nicht als soziale Fertigkeit nutzen. Sie können den Körperkontakt weniger oder gar nicht einsetzen, um positive Erfahrungen wie Zufriedenheit und Gemeinsamkeit zu erleben. Sie müssen erfahrungsgemäß unter sonst gleichen Bedingungen deutlich mehr leisten, um angenommen und geschätzt zu werden.

Die meisten Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Körperkontaktstörung gehören

jedoch nicht der bisher beschriebenen leistungsstarken Gruppe an. Stellen Sie sich ein ähnliches Kind wie das auf den letzten Seiten beschriebene vor. Stellen Sie sich weiter vor, dass nur eine einzige Bedingung für dieses Kind verändert ist: Seinen Eltern ist Leistung nicht wichtig. In diesem Fall sinkt die Wahrscheinlichkeit deutlich, dass das betroffene Kind leistungsstark wird. Damit tritt der ungünstige Einfluss der Körperkontaktstörung stärker in den Vordergrund. Ein derartiger Prozess verstärkt sich, wenn andere ungünstige Größen hinzukommen, beispielsweise eine »nur« normale oder geringere Intelligenz, weniger gutes Aussehen, wenig annehmende Erzieherinnen oder Erzieher, wenig positive Lehrerinnen und Lehrer, weniger positive Arbeitskollegen, weniger positive Freunde oder Freundinnen, ein weniger positives Sozialverhalten des Betroffenen etc.

Das Zusammenwirken der einzelnen Größen gestaltet sich im Einzelfall äußerst komplex. Dies ist der Grund dafür, dass Körperkontaktstörungen ganz unterschiedliche Erscheinungsbilder zeigen. So gibt es neben dem schulisch und beruflich Erfolgreichen mit noch erfolgreichem Sozialverhalten auch den Erfolgreichen mit deutlichen Einschränkungen im Sozialbereich. Dies kann sich unterschiedlich äußern, beispielsweise in Form mangelnder Wärme anderen Menschen gegenüber, einem mangelnden Gespür für soziale Situationen, unpassenden Einschätzungen sozialer Situationen und unpassenden sozialen Verhaltensweisen. Hierzu gehören auch Schwierigkeiten Blickkontakt zu halten oder ein überzogenes Machtverhalten.

Intelligente Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, die eine Körperkontaktstörung haben, können sehr anstrengend sein, weil sie in vielen Situationen unnötig auf Macht setzen. In dem Maße, in dem sie anstrengend sind, werden sie weniger von ihrer Umgebung gemocht und angenommen. Dies müssen sie durch Leistung ausgleichen oder, wenn dies nicht möglich ist, die Erfahrung machen, weniger Erfolg zu haben. Einem hohen Prozentsatz von Betroffenen steht ihr ständiges Machtgerangel und Machtverhalten schulisch und beruflich im Weg. Sie tun sich dort besonders schwer, wo Zusammenarbeit und Teamfähigkeit verlangt wird. Könnten man sich früher so noch leichter in der Rolle des Vorgesetzten oder Firmenchefs zurecht-

finden, sind diese Rollen in einer sich verändernden Gesellschaft immer schwerer mit einem Sozialverhalten in Einklang zu bringen, das ständig auf Macht und Bestätigung durch Macht ausgerichtet ist. Wer hält es gut mit einem Vorgesetzten aus, der sich so verhält? Abgesehen von der Frage, wie man mit einem solchen Verhalten Chef wird.

Die aufgezählten Beeinträchtigungen betreffen jedoch nicht nur sehr leistungsmotivierte Menschen mit einer Körperkontaktstörung. Im klinischen Alltag lässt sich beobachten, dass eine Körperkontaktstörung so gut wie **immer** auch das Sozialverhalten mehr oder weniger stark beeinflusst. Im ► Kap. 13 wird dieser Zusammenhang vertiefend dargestellt. In dem Maße, in dem eine Körperkontaktstörung auf das Sozialverhalten Einfluss nimmt, verschlechtert sie eine eventuell vorhandene Störung des Sozialverhaltens. Dieser Einfluss kann im Einzelfall so weit gehen, dass die Körperkontaktstörung die wichtigste verursachende Größe der Störung des Sozialverhaltens ist.

Aus den bisherigen Ausführungen wurde ersichtlich, wie wesentlich Körperkontakt ist. Die meisten Betroffenen versuchen dies zu verdrängen. Es gibt jedoch eine Gruppe von betroffenen Menschen, die sehr bewusst unter ihrer Körperkontaktstörung leiden. Sie erleben sehr bewusst die Nachteile einer Körperkontaktstörung. Ein solches bewusstes Denken kann in einer sehr positiven Art geschehen und dazu führen, dass letztendlich eine Lösung für diese Schwierigkeit gefunden werden kann. Anderen gelingt ein solch positives Denken weniger oder gar nicht. Sie sehen die anderen in nahem Kontakt und enger Beziehung und erleben sich als Außenstehender, als jemand, der dieses Positive nicht hat und nicht erlebt. Ein solches Denken kann im Einzelfall tiefe ablehnende Gefühle gegenüber »den anderen« zur Folge haben und mit entsprechend ungünstigen Verhaltensweisen den anderen gegenüber einhergehen. Diese »anderen« werden auf dieses Verhalten entsprechend reagieren. Ein Teufelskreis kann beginnen. In dieser schwierigen Situation haben die von einer Körperkontaktstörung Betroffenen keine Möglichkeit, ihr Leid durch körperliche Nähe zu verringern. Die genetisch einfachste und naheliegende Lösungsmöglichkeit entfällt.

Wie weit eine Körperkontaktstörung im Einzelfall in die kleinsten Handlungen eingreifen kann, sei an folgendem Beispiel verdeutlicht: Eine Tante – zunächst noch mit Körperkontaktstörung – verschenkt ein Fotoalbum zu Weihnachten mit Familienfotos. Im gesamten Fotoalbum lassen sich keine Bilder finden, bei denen die Familienangehörigen irgendwie im positiven Kontakt stehen. Als sie nach einer Therapie, die sich auf ihre Körperkontaktblockierung bezog, mit Begeisterung vom Körperkontakt erzählt und ihn mit Begeisterung entdeckt und lebt, verschenkt sie wieder Familienfotos. Der jugendlichen, gefühlsmäßig sehr warmen Nichte fällt auf, dass diese Fotos im Vergleich zu früher jetzt sehr viele warme Beziehungen mit viel Blickkontakt und Lachen beinhalten.

Eine besondere Erklärung bedarf der Beobachtung, dass eine Körperkontaktstörung sehr häufig mit überzogenem Machtverhalten zusammenhängt. Wie kann man sich dies erklären?

Jedes Verhalten wird von einem oder mehreren Zielen gesteuert. Diese können bewusst oder unbewusst sein. Menschen verfügen über sehr viele Ziele, die sie steuern. Damit das Verhalten möglichst ohne Zielkonflikte ablaufen kann, sind diese hierarchisch geordnet. Das jeweils höher angeordnete Ziel, steuert das darunterliegende. Evolutionär sind nun die beiden Ziele »Beziehung« und »Macht« sehr hoch angeordnet. Normalerweise steht das Ziel »Beziehung« über »Macht«. Hierdurch versucht ein Mensch eher mit anderen gut auszukommen und setzt nur auf Macht, wo dies in der Situation unbedingt nötig ist. Ein solcher Mensch ist sozial eher verträglich und umgänglich, außer die Situation würde ein anderes Verhalten erfordern.

Wenn nun Babys und Kinder durch eine Körperkontaktstörung betroffen sind, dann können sie körperliche Nähe und Beziehung nicht oder nicht in ausreichendem Maße annehmen. Dies führt bei einigen Kindern dazu, dass sie die Zielhierarchie verändern. Sie stellen »Macht« über »Beziehung« – weil sie Beziehung zu wenig bekommen. Sobald sie dieses tun, kann ein Teufelskreis beginnen, der das ungünstige überzogene Machtverhalten immer wieder nahelegt. Das überzogene auf Macht setzende Kind wird mit seinem Machtverhalten für die Umgebung sehr anstrengend. Sehr viele Erwachsene – Eltern, Erzieherinnen, Lehrer etc. – reagieren

auf dieses überzogene Verhalten genervt. Damit wird dem Kind, das bereits über den Körperkontakt weniger oder gar keine Wärme und Annahme erhält, auch in anderen Situationen die Wärme und Annahme entzogen. Auf diese verschärfte Situation reagiert das betroffene Kind mit weiterem Machtverhalten.

Sobald dieses Kind über den ganzen Tag hinweg immer wieder Machtgerangel und Machtverhalten abrufen, beginnt sich dieses Verhalten zu automatisieren und wird Teil seiner Persönlichkeit, die es auch als Jugendlicher oder Erwachsener beibehält. Das Machtverhalten kann in den unterschiedlichsten Erscheinungsformen auftreten: intellektuelle Überlegenheit, Schlagen, Spiele und andere Situationen, bei denen alle nach seiner Pfeife tanzen müssen.

Wir haben in den vergangenen Jahrzehnten die Erfahrung gemacht, dass **extrem** schwierige Kinder, die ständig Machtkämpfe mit ihren Eltern austragen, in der Regel zwei Schwierigkeiten gleichzeitig haben: eine Körperkontaktstörung und eine Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (AD(H)S).

## 2.9 Körperkontaktstörung und Sprachentwicklung

Körperkontaktstörungen haben einen ungünstigen Einfluss auf das Lernen in nahezu allen Bereichen. Ganz besonders ungünstig wirken sie sich auf den Spracherwerb aus, wenn die betroffenen Kinder bereits eine Sprachentwicklungsverzögerung haben.

Im Rahmen der Förderung und Therapie von Kindern mit einer Sprachentwicklungsverzögerung gilt es, diesen Punkt besonders zu berücksichtigen. Hat das Kind eine Störung im Bereich der Sprache **und** eine Körperkontaktstörung, dann blockieren mehrere Ursachen gleichzeitig die Sprachentwicklung. Man kann diesen Sachverhalt auch anders ausdrücken: Liegt eine Sprachentwicklungsverzögerung vor, kann eine Körperkontaktstörung die zeitliche Menge und die Qualität des Übens von Sprache etwas oder sehr deutlich vermindern. Dies betrifft sowohl das Üben in normalen Alltagssituationen als auch im Rahmen einer logopädischen Therapie.

Wer mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern häufig die Körperbezogene Interaktions-

therapie durchführt, kennt folgenden Effekt: Das Sprachvermögen der betroffenen Babys und Kinder nimmt **schlagartig** zu, sobald ihre Fähigkeit zum Körperkontakt hergestellt ist. Babys, die nicht lautierten, fangen Minuten bis Stunden nach Herstellen des Körperkontaktes an zu lautieren. Kinder sprechen ihre ersten vollständigen Worte, nachdem sie den Körperkontakt erlernt haben. Selbst Kinder, die mit 6 oder 7 Jahren nicht sprechen konnten, haben in vielen Einzelfällen noch einige hundert Wörter erlernt. In der Regel traten die Verbesserungen in engem zeitlichen Zusammenhang mit der Herstellung des Körperkontaktes ein. Diese Zusammenhänge werden in ► Kap. 16 vertiefend dargestellt.

Wir gehen zum jetzigen Zeitpunkt davon aus, dass eine Körperkontaktstörung über folgende Wege Einfluss auf die Sprachentwicklung nimmt:

- Je kleiner die Kinder sind, desto mehr findet Sprache im Zusammenhang mit Körperkontakt statt. Dies gilt besonders für Babys.
- Um Sprache zu erlernen, ist der Blickkontakt wichtig. Dieser ist bei Kindern mit einer Körperkontaktstörung sehr häufig blockiert.
- Sprache ist ein Kommunikationsmittel und setzt Üben zum Erlernen und Festigen der Sprache voraus. Sowohl die Kommunikation selbst als auch das Üben benötigen Kooperation. Kinder mit einer Körperkontaktstörung sind besonders häufig mit ihrer Umgebung in Machtkämpfe verstrickt – manchmal als Dauerzustand. Alles lernt sich in diesem Fall schlechter, auch die Sprache. Die Kinder ahmen z. B. weniger häufig bis gar nicht Laute und Worte von Mutter und Vater nach, weil sie im Widerstand sind. Gleichzeitig bekommen sie weniger häufig sog. »joint attention«.
- Unter dem Fachbegriff »joint attention« versteht man die **gleichzeitige** Fixierung zweier Gesprächspartner auf den gleichen Gegenstand. Besonders für Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerung ist es wichtig, dass sie Sprache immer passend zu ihrem Aufmerksamkeitsfokus angeboten bekommen. Schaut ein Kind beispielsweise auf ein Pferd, so sollte es das passende Wort »Pferd« hören und nicht »Schaf«, das vielleicht neben dem Pferd steht. Hört es in einem solchen Fall »Schaf« anstatt

»Pferd«, kommt es zu einer Fehlverknüpfung. Diese wird gespeichert und verlangsamt den Sprachaufbau.

Ein passendes Wort kann jedoch nur angeboten werden, wenn in einer Gesprächssituation beide Gesprächspartner ihre Aufmerksamkeit auf den gleichen Gegenstand fokussieren »joint attention«: Dies tritt nicht nur häufiger ein, wenn das Kind kooperativ ist, sondern erhöht sich auch durch Körperkontakt (Feldman, Weller, Sirota & Eidelman, 2002).

## Literatur

- Apter-Levi, Y., Zagoory-Sharon, O. & Feldman, R. (2013). Oxytocin and vasopressin support distinct configurations of social synchrony. *Brain Res*, doi: 10.1016/j.brainres.2013.10.052
- Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2013). Sniffing around oxytocin: review and meta-analyses of trials in healthy and clinical groups with implications for pharmacotherapy. *Transl Psychiatry*, 3, e258. doi: 10.1038/tp.2013.34
- Bauer, B. A., Cutshall, S. M., Wentworth, L. J., Engen, D., Messner, P. K., Wood, C. M., Brekke, K. M., Kelly, R. F. & Sundt, T. M., 3rd. (2010). Effect of massage therapy on pain, anxiety, and tension after cardiac surgery: a randomized study. *Complement Ther Clin Pract*, 16(2), 70–75. doi: 10.1016/j.ctcp.2009.06.012
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (2010). *Biologische Psychologie* (Vol. 7. vollst. überarb. u. ergänzte Aufl., pp. 149–156). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Braun, L. A., Stanguts, C., Casanelia, L., Spitzer, O., Paul, E., Vardaxis, N. J. & Rosenfeldt, F. (2012). Massage therapy for cardiac surgery patients – a randomized trial. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 144(6), 1453–1459. doi: 10.1016/j.jtcvs.2012.04.027
- Camacho, E. M., Verstappen, S. M. & Symmons, D. P. (2012). Association between socioeconomic status, learned helplessness, and disease outcome in patients with inflammatory polyarthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 64(8), 1225–1232. doi: 10.1002/acr.21677
- Camacho, E. M., Verstappen, S. M., Chipping, J. & Symmons, D. P. (2013). Learned helplessness predicts functional disability, pain and fatigue in patients with recent-onset inflammatory polyarthritis. *Rheumatology (Oxford)*, 52(7), 1233–1238. doi: 10.1093/rheumatology/kes434
- Carter, C. S., Pournajafi-Nazarloo, H., Kramer, K. M., Ziegler, T. E., White-Traut, R., Bello, D. & Schwertz, D. (2007). Oxytocin: behavioral associations and potential as a salivary biomarker. *Ann N Y Acad Sci*, 1098, 312–322. doi: 10.1196/annals.1384.006
- Crusco, A. H. & Wetzel, C. G. (1984). The Midas touch: the effects of interpersonal touch on restaurant tipping. *Pers Soc Psychol Bull*, 10, 512–517.
- Ditzen, B., Neumann, I. D., Bodenmann, G., von Dawans, B., Turner, R. A., Ehlert, U. & Heinrichs, M. (2007). Effects of different kinds of couple interaction on cortisol and heart rate responses to stress in women. *Psychoneuroendocrinol*, 32(5), 565–574. doi: 10.1016/j.psyneuen.2007.03.011
- Ditzen, B., Schaer, M., Gabriel, B., Bodenmann, G., Ehlert, U. & Heinrichs, M. (2009). Intranasal oxytocin increases positive communication and reduces cortisol levels during couple conflict. *Biol Psychiatry*, 65(9), 728–731. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.10.011
- Domes, G., Steiner, A., Porges, S. W. & Heinrichs, M. (2013). Oxytocin differentially modulates eye gaze to naturalistic social signals of happiness and anger. *Psychoneuroendocrinol*, 38(7), 1198–1202. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.10.002
- Drescher, V. M., Gantt, W. H. & Whitehead, W. E. (1980). Heart rate response to touch. *Psychosom Med*, 42(6), 559–565.
- Eaton, M., Mitchell-Bonair, I. L. & Friedmann, E. (1986). The effect of touch on nutritional intake of chronic organic brain syndrome patients. *J Gerontol*, 41(5), 611–616.
- Feldman, R., Gordon, I., Influx, M., Gutbir, T. & Ebstein, R. P. (2013). Parental Oxytocin and Early Caregiving Jointly Shape Children's Oxytocin Response and Social Reciprocity. *Neuropsychopharmacol*, 38(7), 1154–1162. doi: 10.1038/npp.2013.22
- Feldman, R., Gordon, I., Schneiderman, I., Weisman, O. & Zagoory-Sharon, O. (2010). Natural variations in maternal and paternal care are associated with systematic changes in oxytocin following parent-infant contact. *Psychoneuroendocrinol*, 35(8), 1133–1141. doi: 10.1016/j.psyneuen.2010.01.013
- Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O. & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychol Sci*, 18(11), 965–970. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x
- Feldman, R., Zagoory-Sharon, O., Weisman, O., Schneiderman, I., Gordon, I., Maoz, R., Shalev, I. & Ebstein, R. P. (2012). Sensitive parenting is associated with plasma oxytocin and polymorphisms in the OXTR and CD38 genes. *Biol Psychiatry*, 72(3), 175–181. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.12.025
- Field, T., Peck, M., Krugman, S., Tuchel, T., Schanberg, S., Kuhn, C., & Burman, I. (1998). Burn injuries benefit from massage therapy. *J Burn Care Rehabil*, 19(3), 241–244.
- Fisher, J. D., Rytting, M. & Heslin, R. (1976). Hands touching hands: affective and evaluative effects of an interpersonal touch. *Sociometry*, 39(4), 416–421.
- Flora, J. & Segrin, C. (2000). Affect and behavioral involvement in spousal complaints and compliments. *J Fam Psychol*, 14(4), 641–657.

- Forgeard, M. J., Haigh, E. A., Beck, A. T., Davidson, R. J., Henn, F. A., Maier, S. F., Mayberg, H. S. & Seligman, M. E. (2011). Beyond Depression: Towards a Process-Based Approach to Research, Diagnosis, and Treatment. *Clin Psychol (New York)*, 18(4), 275–299. doi: 10.1111/j.1468–2850.2011.01259.x
- Gamer, M., Zurowski, B. & Buchel, C. (2010). Different amygdala subregions mediate valence-related and attentional effects of oxytocin in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 107(20), 9400–9405. doi: 10.1073/pnas.1000985107
- George, N. & Conty, L. (2008). Facing the gaze of others. *Neurophysiol Clin*, 38(3), 197–207. doi: 10.1016/j.neucli.2008.03.001
- Guastella, A. J., Mitchell, P. B. & Dadds, M. R. (2008). Oxytocin increases gaze to the eye region of human faces. *Biol Psychiatry*, 63(1), 3–5. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.06.026
- Guéguen, N. (2004). Nonverbal encouragement of participation in a course: the effect of touching. *Soc Psychol Ed*, 7, 89–98.
- Guéguen, N. & Fischer-Lokou, J. (2003). Another evaluation of touch and helping behavior. *Psychol Rep*, 92(1), 62–64.
- Heinrichs, M., Baumgartner, T., Kirschbaum, C. & Ehlert, U. (2003). Social support and oxytocin interact to suppress cortisol and subjective responses to psychosocial stress. *Biol Psychiatry*, 54(12), 1389–1398. doi: 10.1016/s0006-3223(03)00465-7
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W. A. & Light, K. C. (2008). Influence of a "warm touch" support enhancement intervention among married couples on ambulatory blood pressure, oxytocin, alpha amylase, and cortisol. *Psychosom Med*, 70(9), 976–985. doi: 10.1097/PSY.0b013e318187aef7
- Hornik, J. (1992). Tactile stimulation and consumer response. *J Consum Res*, 19, 449–458.
- Hurlemann, R., Patin, A., Onur, O. A., Cohen, M. X., Baumgartner, T., Metzler, S., Dziobek, I., Gallinat, J., Wagner, M., Maier, W. & Kendrick, K. M. (2010). Oxytocin enhances amygdala-dependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans. *J Neurosci*, 30(14), 4999–5007. doi: 10.1523/jneurosci.5538-09.2010
- Jansen, F. & Streit, U. (2006). *Positiv lernen*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Jansen, F. & Streit, U. (2010). *Erfolgreich erziehen: Kindergarten- und Schulkinder*. Frankfurt: Fischer Krüger.
- Kim, E. J. & Buschmann, M. T. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *Int J Nurs Stud*, 36(3), 235–243.
- Kim, S., Fonagy, P., Koos, O., Dorsett, K. & Strathearn, L. (2013). Maternal oxytocin response predicts mother-to-infant gaze. *Brain Res*, doi: 10.1016/j.brainres.2013.10.050
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U. & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435(7042), 673–676. doi: 10.1038/nature03701
- Lachman, M. E. & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. *J Pers Soc Psychol*, 74(3), 763–773.
- Levine, A., Zagoory-Sharon, O., Feldman, R. & Weller, A. (2007). Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment. *Peptides*, 28(6), 1162–1169. doi: 10.1016/j.peptides.2007.04.016
- Light, K. C., Grewen, K. M. & Amico, J. A. (2005). More frequent partner hugs and higher oxytocin levels are linked to lower blood pressure and heart rate in premenopausal women. *Biol Psychol*, 69(1), 5–21. doi: 10.1016/j.biopsycho.2004.11.002
- Liu, D., Diorio, J., Day, J. C., Francis, D. D. & Meaney, M. J. (2000). Maternal care, hippocampal synaptogenesis and cognitive development in rats. *Nat Neurosci*, 3(8), 799–806. doi: 10.1038/77702
- Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A., Sharma, S., Pearson, D., Plotsky, P. M. & Meaney, M. J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, 277(5332), 1659–1662.
- McWilliams, L. A. & Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychol*, 29(4), 446–453. doi: 10.1037/a0020061
- Mikolajczak, M., Gross, J. J., Lane, A., Corneille, O., de Timary, P. & Luminet, O. (2010). Oxytocin makes people trusting, not gullible. *Psychol Sci*, 21(8), 1072–1074. doi: 10.1177/0956797610377343
- Morhenn, V., Beavin, L. E. & Zak, P. J. (2012). Massage increases oxytocin and reduces adrenocorticotropin hormone in humans. *Altern Ther Health Med*, 18(6), 11–18.
- Nagasawa, M., Kikusui, T., Onaka, T. & Ohta, M. (2009). Dog's gaze at its owner increases owner's urinary oxytocin during social interaction. *Horm Behav*, 55(3), 434–441. doi: 10.1016/j.yhbeh.2008.12.002
- Palitsky, D., Mota, N., Affi, T. O., Downs, A. C. & Sareen, J. (2013). The association between adult attachment style, mental disorders, and suicidality: findings from a population-based study. *J Nerv Ment Dis*, 201(7), 579–586. doi: 10.1097/NMD.0b013e31829829ab
- Richards, K. C. (1998). Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. *Am J Crit Care*, 7(4), 288–299.
- Rohleder, N., Nater, U. M., Wolf, J. M., Ehlert, U. & Kirschbaum, C. (2004). Psychosocial stress-induced activation of salivary alpha-amylase: an indicator of sympathetic activity? *Ann N Y Acad Sci*, 1032, 258–263. doi: 10.1196/annals.1314.033
- Scheele, D., Striepens, N., Gunturkun, O., Deutschlander, S., Maier, W., Kendrick, K. M. & Hurlemann, R. (2012). Oxytocin modulates social distance between males and females. *J Neurosci*, 32(46), 16074–16079. doi: 10.1523/jneurosci.2755-12.2012
- Scheele, D., Wille, A., Kendrick, K. M., Stoffel-Wagner, B., Becker, B., Gunturkun, O., Maier, W. & Hurlemann, R. (2013). Oxytocin enhances brain reward system responses in men viewing the face of their female partner. *Proc Natl Acad Sci U S A*. doi: 10.1073/pnas.1314190110
- Schneiderman, I., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J. F. & Feldman, R. (2012). Oxytocin during the initial stages of

- romantic attachment: relations to couples' interactive reciprocity. *Psychoneuroendocrinol*, 37(8), 1277–1285. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.12.021
- Segel-Karpas, D., Bamberger, P. A. & Bacharach, S. B. (2013). Income decline and retiree well-being: The moderating role of attachment. *Psychol Aging*, 28(4), 1098–1107. doi: 10.1037/a0034672
- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Ann Rev Med*, 23, 407–412. doi: 10.1146/annurev.me.23.020172.002203
- Seltzer, L. J., Ziegler, T. E. & Pollak, S. D. (2010). Social vocalizations can release oxytocin in humans. *Proc Biol Sci*, 277 (1694), 2661–2666. doi: 10.1098/rspb.2010.0567
- Stern, S. L., Dhanda, R. & Hazuda, H. P. (2009). Helplessness predicts the development of hypertension in older Mexican and European Americans. *J Psychosom Res*, 67(4), 333–337. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.007
- Uvnäs-Moberg, K. (2013). *The Hormone of Closeness: the role of oxytocin in relationships*. London: Pinter & Martin Ltd.
- Uvnäs-Moberg, K. & Petersson, M. (2005). [Oxytocin, a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing]. *Z Psychosom Med Psychother*, 51(1), 57–80.
- Weisman, O., Zagooory-Sharon, O. & Feldman, R. (2012). Oxytocin administration to parent enhances infant physiological and behavioral readiness for social engagement. *Biol Psychiatry*, 72(12), 982–989. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.06.011
- Weiss, S. J. (1990). Effects of differential touch on nervous system arousal of patients recovering from cardiac disease. *Heart Lung*, 19(5 Pt 1), 474–480.
- Weiss, S. J. & Puntillo, K. (2001). Predictors of cardiac patients' psychophysiological responses to caregiving. *Int J Nurs Pract*, 7(3), 177–187.
- Eaton, M., Mitchell-Bonair, I. L. & Friedmann, E. (1986). The effect of touch on nutritional intake of chronic organic brain syndrome patients. *J Gerontol*, 41(5), 611–616.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L. & Eidelman, A. I. (2002). Skin-to-Skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicality, arousal modulation, and sustained exploration. *Dev Psychol*, 38(2), 194–207.
- Fisher, J. D., Rytting, M. & Heslin, R. (1976). Hands touching hands: affective and evaluative effects of an interpersonal touch. *Sociometry*, 39(4), 416–421.
- Forgeard, M. J., Haigh, E. A., Beck, A. T., Davidson, R. J., Henn, F. A., Maier, S. F., Mayberg H. S. & Seligman, M. E. (2011). Beyond Depression: Towards a Process-Based Approach to Research, Diagnosis, and Treatment. *Clin Psychol (New York)*, 18(4), 275–299. doi: 10.1111/j.1468-2850.2011.01259.x
- Grewen, K. M., Anderson, B. J., Girdler, S. S. & Light, K. C. (2003). Warm partner contact is related to lower cardiovascular reactivity. *Behav Med*, 29(3), 123–130. doi: 10.1080/08964280309596065
- Guéguen, N. (2004). Nonverbal encouragement of participation in a course: the effect of touching. 7, 89–98. *Soc Psychology Educ*, 7, 89–98.
- Gueguen, N. & Fischer-Lokou, J. (2003). Another evaluation of touch and helping behavior. *Psychol Rep*, 92(1), 62–64.
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W. A. & Light, K. C. (2008). Influence of a "warm touch" support enhancement intervention among married couples on ambulatory blood pressure, oxytocin, alpha amylase, and cortisol. *Psychosom Med*, 70(9), 976–985. doi: 10.1097/PSY.0b013e318187aef7
- Hornik, J. (1992). Tactile stimulation and consumer response. *J Consum Res*, 19, 449–458.
- Jansen, F. & Streit, U. (2006). *Positiv lernen*. Heidelberg Berlin New York: Springer.
- Jansen, F. & Streit, U. (2010). *Erfolgreich erziehen: Kindergarten- und Schulkinder*. Frankfurt: Fischer Krüger.
- Japundzic-Zigon, N. (2013). Vasopressin and oxytocin in control of the cardiovascular system. *Curr Neuropharmacol*, 11(2), 218–230. doi: 10.2174/1570159x11311020008
- Kim, E. J. & Buschmann, M. T. (1999). The effect of expressive physical touch on patients with dementia. *Int J Nurs Stud*, 36(3), 235–243.
- Kirschbaum, C., Pirke, K. M. & Hellhammer, D. H. (1993). The 'Trier Social Stress Test'—a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 28(1-2), 76–81. doi: 119004
- Kumsta, R. & Heinrichs, M. (2013). Oxytocin, stress and social behavior: neurogenetics of the human oxytocin system. *Curr Opin Neurobiol*, 23(1), 11–16. doi: 10.1016/j.conb.2012.09.004
- Levine, A., Zagooory-Sharon, O., Feldman, R. & Weller, A. (2007). Oxytocin during pregnancy and early postpartum: individual patterns and maternal-fetal attachment. *Peptides*, 28(6), 1162–1169. doi: 10.1016/j.peptides.2007.04.016
- Light, K. C., Grewen, K. M. & Amico, J. A. (2005). More frequent partner hugs and higher oxytocin levels are linked to lower blood pressure and heart rate in premenopausal women. *Biol Psychol*, 69(1), 5–21. doi: 10.1016/j.biopsycho.2004.11.002
- Louvel, D., Delvaux, M., Felez, A., Fioramonti, J., Bueno, L., Lazorthes, Y., & Rexinos, J. (1996). Oxytocin increases thresholds of colonic visceral perception in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*, 39(5), 741–747.
- Lund, I., Ge, Y., Yu, L. C., Uvnäs-Moberg, K., Wang, J., Yu, C., Kurossawa, M., Agren, G., Rosén, A., Lekman, M., Lundeberg, T. (2002). Repeated massage-like stimulation induces long-term effects on nociception: contribution of oxytocinergic mechanisms. *Eur J Neurosci*, 16(2), 330–338.
- Mancini, F., Nash, T., Iannetti, G. D., & Haggard, P. (2014). Pain relief by touch: a quantitative approach. *Pain*. doi: 10.1016/j.pain.2013.12.024
- Melzack, R., & Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150(3699), 971–979.
- Mitchinson, A. R., Kim, H. M., Rosenberg, J. M., Geisser, M., Kirsh, M., Cikrit, D., & Hinshaw, D. B. (2007). Acute postoperative pain management using massage as an adjuvant therapy: a randomized trial. *Arch Surg*, 142(12), 1158–1167; discussion 1167. doi: 10.1001/archsurg.142.12.1158

- Moyer, C. A., Rounds, J., & Hannum, J. W. (2004). A meta-analysis of massage therapy research. *Psychol Bull*, *130*(1), 3–18. doi: 10.1037/0033-2909.130.1.3
- Nagasawa, M., Okabe, S., Mogi, K. & Kikusui, T. (2012). Oxytocin and mutual communication in mother-infant bonding. *Front Hum Neurosci*, *6*, 31. doi: 10.3389/fnhum.2012.00031
- Rash, J. A., Aguirre-Camacho, A., & Campbell, T. S. (2014). Oxytocin and pain: a systematic review and synthesis of findings. *Clin J Pain*, *30*(5), 453–462. doi: 10.1097/AJP.0b013e31829f57df
- Richards, K. C. (1998). Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. *Am J Crit Care*, *7*(4), 288–299.
- Rohleder, N., Nater, U. M., Wolf, J. M., Ehlert, U. & Kirschbaum, C. (2004). Psychosocial stress-induced activation of salivary alpha-amylase: an indicator of sympathetic activity? *Ann N Y Acad Sci*, *1032*, 258–263. doi: 10.1196/annals.1314.033
- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Ann Rev Med*, *23*, 407–412. doi: 10.1146/annurev.me.23.020172.002203
- Seltzer, L. J., Ziegler, T. E. & Pollak, S. D. (2010). Social vocalizations can release oxytocin in humans. *Proc Biol Sci*, *277* (1694), 2661–2666. doi: 10.1098/rspb.2010.0567
- Stern, S. L., Dhanda, R. & Hazuda, H. P. (2009). Helplessness predicts the development of hypertension in older Mexican and European Americans. *J Psychosom Res*, *67*(4), 333–337. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.007
- Uvnäs-Moberg, K. (2013). *The Hormone of Closeness: the Role of Oxytocin in Relationships*. London: Pinter & Martin Ltd.
- Uvnäs-Moberg, K. & Petersson, M. (2005). Oxytocin, a mediator of anti-stress, well-being, social interaction, growth and healing. *Z Psychosom Med Psychother*, *51*(1), 57–80.
- Wang, H. L., & Keck, J. F. (2004). Foot and hand massage as an intervention for postoperative pain. *Pain Manag Nurs*, *5*(2), 59–65.
- Wang, Y. L., Yuan, Y., Yang, J., Wang, C. H., Pan, Y. J., Lu, L., Wu, Y.Q., Wang, D.X., Lv, L.X., Li, R. R., Xue, L., Wang, X. H., Bi, J. W., Liu, W. Y. et al. (2013). The interaction between the oxytocin and pain modulation in headache patients. *Neuropeptides*, *47*(2), 93–97. doi: 10.1016/j.npep.2012.12.003
- Weiss, S. J. (1990). Effects of differential touch on nervous system arousal of patients recovering from cardiac disease. *Heart Lung*, *19*(5 Pt 1), 474–480.
- Weiss, S. J. & Puntillo, K. (2001). Predictors of cardiac patients' psychophysiological responses to caregiving. *Int J Nurs Pract*, *7*(3), 177–187.
- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *J Comp Neurol*, *18*, 459–482.

# Auswirkungen einer Körperkontaktstörung auf das Verhalten in Alltagssituationen

*Kerstin Andes, Karina Wolf, Uta Streit, Sabine Nantke*

- 3.1 Einleitung – 58**
- 3.2 Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Kleinkindern, Kindergartenkindern, Schulkindern – 59**
  - 3.2.1 Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt – 59
  - 3.2.2 Gefühl in körperlicher Nähe – 60
  - 3.2.3 Aktivierungsniveau im Körperkontakt – 60
  - 3.2.4 Blickkontakt in körperlicher Nähe – 62
  - 3.2.5 Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe – 62
- 3.3 Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Erwachsenen – 63**
  - 3.3.1 Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt – 63
  - 3.3.2 Gefühl in körperlicher Nähe – 65
  - 3.3.3 Aktivierungsniveau im Körperkontakt – 66
  - 3.3.4 Blickkontakt in körperlicher Nähe – 67
  - 3.3.5 Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe – 67
- 3.4 Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Säuglingen – 68**
  - 3.4.1 Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt – 69
  - 3.4.2 Gefühl in körperlicher Nähe – 70
  - 3.4.3 Aktivierungsniveau im Körperkontakt – 70
  - 3.4.4 Blickkontakt in körperlicher Nähe – 70
  - 3.4.5 Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe – 70

### 3.1 Einleitung

*Kerstin Andes, Karina Wolf*

- **Alle in diesem Kapitel aufgeführten Beobachtungskriterien finden sich in Form jeweils eines Fragebogens**
- für Kleinkinder, Kindergartenkinder und Schulkinder,
  - für Erwachsene und
  - für Säuglinge

im ► Anhang sowie im Internet unter  
 ► [www.intraactplus.de](http://www.intraactplus.de).

Menschen, die mit Körperkontakt Schwierigkeiten haben, verhalten sich in Zusammenhang mit Nähe und Körperkontakt in vielen Punkten anders als Menschen, die sich im Körperkontakt uneingeschränkt wohlfühlen können. Ein Kind mit einer Körperkontaktstörung wünscht sich beispielsweise Zuwendung und Aufmerksamkeit, reagiert aber auf eine liebevolle Umarmung seiner Eltern ablehnend. Ein Partner mit Körperkontaktstörung wünscht sich Zärtlichkeit, kann sich aber in körperlicher Nähe nicht öffnen. Ein betroffener Säugling kann Körperkontakt nicht wie andere Säuglinge genießen und lässt sich im Körperkontakt gar nicht oder nur schwer trösten.

Die genannten Beispiele machen zwei wesentliche Punkte deutlich:

- Eine Körperkontaktstörung hat entscheidenden Einfluss auf Verhalten und Wohlbefinden in Beziehungssituationen.
- Aus Verhalten und Wohlbefinden in Beziehungssituationen können sich Hinweise auf eine Körperkontaktstörung ergeben.

Leser dieses Kapitels können unterschiedliche Zielsetzungen haben. Für manche bedeuten die nachfolgenden Seiten Klärung und Sicherheit in der Frage: »Liegt bei mir, meinem Kind, meinem Partner oder einem Angehörigen eine Körperkontaktstörung vor?« Für Therapeutinnen und Therapeuten gibt das Kapitel Hilfestellung bei diagnostischen Fragestellungen oder Maßnahmen. Dazu gehören systematische Verhaltensbeobachtungen, Ergänzungen zur Anamnese und Erfassung des Einflusses der Körperkontaktstörung auf die unter-

schiedlichsten Lebensbereiche betroffener Patienten. Allen Gruppen von Lesern wird sicher die große Bedeutung einer Körperkontaktstörung noch einmal deutlicher werden. Sie werden noch besser nachempfinden können, in welchem Ausmaß die Fähigkeit zum Körperkontakt wichtig ist für das Lernen von Sozialverhalten, für die Teilhabe an Beziehung und sozialen Interaktionen und damit die Lebensqualität insgesamt.

Damit die folgenden Informationen gut für alle Zielsetzungen der einzelnen Leser genutzt werden können, wurde von uns ein Manual typischer Verhaltensmerkmale einer Körperkontaktstörung entwickelt. Dies ermöglicht auch den professionellen Anwendern von Heilberufen eine einfache und klare Anwendung, beispielsweise in der direkten Verwendung als Fragebogen und als Grundlage für gezielte diagnostische Gespräche und Verhaltensbeobachtungen. Alle Kriterien wurden von uns in den letzten zwei Jahrzehnten über standardisierte videounterstützte Verhaltensbeobachtung wesentlicher familiärer Alltagssituationen erhoben. Es werden die wichtigsten Beobachtungsmerkmale für eine Körperkontaktstörung für die unterschiedlichen Altersbereiche vom Säugling bis zum Erwachsenen beschrieben. **Die Altersgruppe Jugendlicher wird in diesem Zusammenhang bewusst ausgelassen.** Verhaltensweisen im biologischen Ablösungsprozess vom Elternhaus und damit verbundenen individuellen Autonomiebestrebungen kommt eine Sonderstellung zu. Verhaltensdiagnostik und Behandlung einer Körperkontaktstörung sollten am besten vor Eintritt der Pubertät abgeschlossen oder aber danach wieder aufgenommen werden.

Innerhalb der übrigen Altersgruppen lassen sich Verhaltensbeobachtungen bezüglich Körperkontakt fünf Hauptbereichen zuordnen:

- Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt,
- Gefühl in körperlicher Nähe,
- Aktivierungsniveau im Körperkontakt,
- Blickkontakt in körperlicher Nähe sowie
- emotionales Schwingen in körperlicher Nähe.

Die Beobachtungsmerkmale für jeden Hauptbereich sind in folgender Weise festgehalten: Je deutlicher das Verhalten auf das Vorliegen einer Körperkontaktstörung hinweist, desto weiter oben steht es

in der jeweiligen Liste. Darüber hinaus haben wir eine weitere Gliederung vorgenommen:

**Sichere Hinweise** Hierunter fallen Verhaltensbeobachtungen, die mit hoher Sicherheit für eine Körperkontaktstörung sprechen. Andere Gründe für das entsprechende Verhalten sind wenig wahrscheinlich.

**Weitere wichtige Hinweise** Für das beobachtete Verhalten kann es neben einer Körperkontaktstörung andere oder zusätzliche Ursachen geben.

Bei der Darstellung der Beobachtungskriterien in diesem Kapitel haben wir bewusst eine mögliche Wechselwirkung von Körperkontaktstörungen und Störungen der Sensorischen Integration ausgeklammert. Gibt es Auffälligkeiten in Zusammenhang mit dem Körperkontakt, so gilt es auch zu prüfen, ob möglicherweise eine Störung der Sensorischen Integration besteht (► Kap. 6), um diese ggf. in Zusammenhang mit einer Behandlung der Körperkontaktstörung zu berücksichtigen (► Kap. 9).

### 3.2 Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Kleinkindern, Kindergartenkindern, Schulkindern

- Im Folgenden wird wiederholt der Ausdruck »positives Angebot von Körperkontakt« verwendet. Hiermit ist gemeint, dass die Person, die Körperkontakt anbietet, selbst eine ausgeprägte Fähigkeit zum Körperkontakt hat und sich in Zusammenhang mit Körperkontakt so verhält, dass dem anderen ein Wohlfühlen im Körperkontakt ermöglicht wird.
- Wenn wir im Folgenden der Einfachheit von »Eltern« sprechen, meinen wir damit auch andere enge Bezugspersonen, die dem Kind in ähnlicher Weise wie Eltern nahestehen.

#### 3.2.1 Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt

##### ■ Sichere Hinweise

1. Das Kind **reagiert** auf ein positives Angebot von Körperkontakt durch seine Eltern ablehnend. Es vermeidet den Körperkontakt ganz oder bricht ihn schnell ab. Es wehrt sich verbal oder körperlich gegen Körperkontakt bis hin zu sehr heftigem Widerstand.
2. Das Kind **sucht nicht von sich aus** körperliche Nähe zu seinen Eltern, obwohl diese positiven Körperkontakt anbieten.
3. Das Kind lässt kurze positive Körperkontaktangebote der Eltern zu, lehnt jedoch längeres Kuschneln ab.
4. Das Kind lässt sich auf Körperkontakt ausschließlich dann ein, wenn dieser seiner Kontrolle unterliegt (es steuert die Art und Weise des Kuschnelns, hat häufig seine Arme über denen der Eltern).

##### ■ Weitere wichtige Hinweise

5. Das Kind sucht körperliche Nähe ausschließlich dann, wenn es krank ist oder ihm etwas weh tut.
6. Das Kind fordert **überstark** Körperkontakt ein, indem es »klammert«.
7. Das Kind benötigt Alltagsrituale (abendliches Vorlesen, Massage, Umarmung bei Begrüßung und Verabschiedung) als Hilfestellung, um Körperkontakt zu den Eltern aufnehmen zu können. Ansonsten sucht es wenig Kontakt.
8. Das Kind lehnt körperliche Nähe seiner Eltern ab, außer es will damit etwas erreichen (z. B. Kuschneln beim Fernsehen, um das Zu-Bett-Gehen hinauszuziehen).
9. Das Kind kommt häufig nachts ins Bett der Eltern um Nähe aufzunehmen, sucht ansonsten jedoch wenig Körperkontakt.

Typische Aussagen der Eltern von Kindern, die sich mit Körperkontakt schwer tun sind: »Ich habe kein Kuschnelkind. Mein Kind hat wenig Zeit zum Kuschneln. Mein Kind braucht weniger Körperkontakt als ich, als seine Schwester bzw. sein Bruder.« Fehlinterpretationen dieser Art können kindliche Defizite im Körperkontaktverhalten stabilisieren. Das

liegt daran, dass Eltern unbewusst oder bewusst von entsprechenden Gedanken geleitet werden und dadurch ihrem Kind weniger Körperkontakt anbieten.

Viele Eltern spüren, wenn sich ihr Kind mit körperlicher Nähe schwertut. Manche akzeptieren mit der Zeit stillschweigend, dass es sich über andere Wege Ersatz sucht, z. B. indem es mit einem Kuschel- oder Haustier schmust, körperliche Nähe bedingt beim Zubettgehen, in Begrüßungs- und Verabschiedungssituationen zulässt oder sich ab und zu kraulen oder massieren lässt. Manche Kinder bestehen jahrelang darauf im Elternbett zu schlafen, lassen aber tagsüber beruhigende Nähe im Kuscheln kaum zu.

**zu 6.:** Wenn sich Kinder übermäßig schwer mit normalen Ablöseprozessen von den Eltern tun, kann ebenfalls eine Körperkontaktstörung mitverursachend sein. Manche Kinder klammern zeitweise so stark an ihrer Bezugsperson, dass sie deren Abwesenheit gar nicht tolerieren wollen, auch nicht für kurze Momente des selbständigen Spielens im eigenen Zimmer. Andere weichen wichtigen Sozialkontakten und Spielangeboten mit Freunden und Verwandten oft aus, wenn sie hierfür ihre vertraute Umgebung oder die Eltern verlassen müssen. Für Eltern können normale Verabschiedungssituationen zur Dauerbelastung werden, weil das Kind ihr Weggehen standhaft hinauszögern oder verhindern will, es bittelt, weint oder schreit. Trennungsängste werden selten in Zusammenhang mit einer Körperkontaktstörung gebracht. Stattdessen wird ein Kind mit starkem »Klammerverhalten« sogar als ausgeprägtes Kuschelkind wahrgenommen. Übersehen wird unter Umständen, dass das Kind in seiner Fähigkeit des tiefen Spürens beeinträchtigt ist und somit in seiner emotionalen Bedürfnisbefriedigung nie ausreichend »satt« und sicher werden kann.

### 3.2.2 Gefühl in körperlicher Nähe

#### ■ Sichere Hinweise

1. Das Kind fühlt sich während positiver Körperkontaktaufnahme seiner Eltern in nahen und zugewandten Haltepositionen (Bauch an Bauch, Wiegestellung) unwohl. In

körperfernen oder abgewandten Haltepositionen (seitlich oder mit dem Rücken zur Bezugsperson) fühlt es sich weniger unwohl oder sogar gut.

2. Je länger die positive Körperkontaktaufnahme seiner Eltern dauert, desto unwohler fühlt sich das Kind.
3. Das Kind fühlt sich während der Körperkontaktaufnahme seiner Eltern wohler, wenn es durch seine Umwelt abgelenkt ist (Fernsehen, Bilderbuch anschauen). Das Wohlbefinden des Kindes nimmt ab, wenn es die Aufmerksamkeit auf seine Eltern richten soll.
4. Das Kind fühlt sich unwohl, wenn seine Eltern in körperlicher Nähe Gefühle von Zuneigung und Annahme ausdrücken.

Defizite im Körperkontaktverhalten eines Kindes können unentdeckt bleiben, wenn Beobachtungen und Fragen zum Wohlbefinden nicht differenziert genug sind. Beispiele: Geht es Ihrem Kind gut, wenn Sie es in den Arm nehmen? Kuscheln Sie gern mit Ihrem Kind? Sitzt es gern bei Ihnen auf dem Schoß? Auch Eltern, deren Kind von einer Körperkontaktstörung betroffen ist, werden diese Fragen oft mit »ja« beantworten können. Denn: **Ohne sich dessen bewusst zu sein, bieten die meisten Bezugspersonen ihrem Kind automatisch so viel Körperkontakt und Nähe an, wie es sein Wohlbefinden zulässt.** Über differenzierte Fragen und zielgerichtete genaue Verhaltensbeobachtungen wird machen Eltern erst bewusst, dass ihr Kind eigentlich nur abgewandte oder körperferne Sitzpositionen zulässt bzw. Beziehung in körperlicher Nähe ohne jegliche Ablenkung gar nicht ausreichend genießen kann.

### 3.2.3 Aktivierungsniveau im Körperkontakt

#### Überaktivierung

##### ■ Sicherer Hinweis

1. Das Kind wirkt im Körperkontakt übererregt, angespannt oder gestresst. Außerhalb von Körperkontaktsituationen erscheint das Kind nicht übermäßig angespannt.

### ■ Weitere wichtige Hinweise

2. Das Kind verhält sich so wie unter 1. beschrieben. Es wirkt jedoch auch dann häufig nervös und angespannt, wenn es nicht im Körperkontakt ist.
3. Das Kind lässt sich über positiven Körperkontakt nicht beruhigen, wenn es durch eine vorangegangene Situation irritiert und übererregt war (beispielsweise nach einer Verletzung oder emotionalen Verunsicherung). Die fehlende Beruhigbarkeit ist nicht durch eine Störung der Sensorischen Integration oder ein Machtkampfverhalten zu erklären.

**Zu 3.:** Manche Kinder wirken in sehr vielen Situationen angespannt und nervös. Auf physiologischer Ebene kann man bei ihnen bereits in Ruhe beispielsweise eine erhöhte Herzfrequenz oder eine erhöhte Hautleitfähigkeit feststellen. Beides sind Merkmale für ein insgesamt erhöhtes Aktivierungsniveau. Wenn man bei einem Kind auch außerhalb des Körperkontakts Anzeichen für eine Überaktivierung wahrnimmt, muss dies nicht gegen eine Körperkontaktstörung sprechen. Hier sind grundsätzlich zwei Zusammenhänge möglich: 1. Eine Körperkontaktstörung bewirkt nicht selten, dass der Betroffene insgesamt in Beziehungssituationen eher angespannt ist. Wenn den ganzen Tag über in Zusammenhang mit anderen Menschen immer wieder Anspannung ausgelöst wird, so kann dies der Grund für eine allgemeine Übererregung sein. 2. Körperkontakt wirkt entspannend. Kindern mit einer Körperkontaktstörung fehlt also eine wichtige Hilfestellung, um sich aus stressauslösenden Situationen wieder auf ein niedrigeres Aktivierungsniveau herunterzuregulieren. Unabhängig von einem Zusammenhang zwischen Körperkontaktstörung und allgemeiner Übererregung ist es jedoch wichtig zu überprüfen, inwieweit andere Faktoren hier eine Rolle spielen können. Diese können beispielsweise in der Eltern-Kind-Interaktion liegen oder organische Gründe haben.

## Unteraktivierung

### ■ Sichere Hinweise

1. Das Kind wirkt in positiver körperlicher Nähe überwiegend unteraktiviert. Sein Körper ist eher schlaff, das Gesicht ausdruckslos. Inge-

samt verhält das Kind sich im Körperkontakt eher passiv, auch wenn es nicht müde ist. Es reagiert im Körperkontakt wenig auf Lächeln, Streicheln und andere Formen der Kontaktaufnahme seiner Eltern. Außerhalb von Körperkontaktsituationen ist eine entsprechende Unteraktivierung in der Regel nicht zu beobachten.

2. Das Kind verhält sich oft so, wie unter 1. beschrieben. Im längeren Körperkontakt wechseln jedoch Phasen der Unteraktivierung mit Phasen ab, in denen das Kind angespannt oder gestresst (also eher überaktiviert) ist.

### ■ Weitere wichtige Hinweise

3. Das Kind sucht während des Körperkontakts starke Stimulationen. Diese können beispielsweise durch intensives Reden, Rangeln mit den Eltern etc. erreicht werden.
4. Das Kind verhält sich so, wie unter 1. beschrieben. Es zeigt jedoch auch außerhalb des Körperkontakts ähnliche Verhaltensweisen, die auf eine Unteraktivierung hinweisen.

Wenn ein Kind im Körperkontakt häufig in einem Zustand der Unteraktivierung ist, lassen sich zwei Möglichkeiten unterscheiden:

**zu 1. und 2.:** Hier lässt sich ein Zustand der Unteraktivierung nur oder vor allem in Zusammenhang mit Körperkontakt beobachten. Dies deutet darauf hin, dass die Unteraktivierung als Schutz vor der als unangenehm erlebten körperlichen Nähe dient. Eine solche Beobachtung spricht sehr sicher für das Bestehen einer Körperkontaktstörung.

**zu 3.:** Das Kind ist allgemein eher unteraktiviert. Eine solche allgemeine Unteraktivierung kann beispielsweise mit einem ADHS oder einer Störung der Sensorischen Integration (vestibuläre oder propriozeptive Unterinformiertheit) einhergehen. Auf physiologischer Ebene kann man bei dieser Gruppe von Kindern in den unterschiedlichsten Situationen z. B. eine erniedrigte Herzfrequenz oder eine erniedrigte Hautleitfähigkeit messen.

Wenn Kinder im Arm der Eltern in einem eher unteraktivierten Zustand sind und dabei nicht oder nur wenig auf Blickkontakt, Mimik, Ansprache oder Streicheln reagieren, kann dies leicht zu Fehlinterpretationen führen. Manche Bezugspersonen



■ **Abb. 3.1** Hier gelingt es Mutter und Kind, gleichzeitigen Körper- und Blickkontakt zu haben. (© Jansen & Streit)

bewerten die Unteraktivierung als gute Fähigkeit des Kindes, sich fallen lassen und entspannen zu können. Daher verhalten sie sich eher passiv, um das Kind in seiner vermeintlichen Ruhe nicht zu stören. Andere glauben, in der wahrgenommenen Unteraktivierung eine Form von Ablehnung wahrzunehmen, fühlen sich womöglich uninteressant oder zu langweilig für ihr Kind. Diese Bezugspersonen unterlassen evtl. weitere Blick- und Körperkontaktangebote in diesen Momenten. Solche Missverständnisse und resultierende ungünstige Verhaltensreaktionen von Eltern führen immer dazu, dass entsprechende Defizite im Körperkontaktverhalten des Kindes aufrechterhalten bleiben.

### 3.2.4 Blickkontakt in körperlicher Nähe

#### ■ Sichere Hinweise

1. Das Kind nimmt keinen Blickkontakt in positiver körperlicher Nähe zu seinen Eltern auf, auch wenn diese Blickkontakt anbieten und ihr Kind zu Blickkontakt ermutigen oder auffordern.
2. Das Kind unterbricht die vorher positive körperliche Nähe zu seinen Eltern, wenn diese Blickkontakt anbieten oder dazu auffordern.

#### ■ Weitere wichtige Hinweise

1. Das Kind kann in positiver körperlicher Nähe und Blickkontakt seinen Kopf nicht entspannt an der Schulter seiner Bezugspersonen ablegen.

2. Das Kind kann in positiver körperliche Nähe zu seinen Eltern keinen längeren Blickkontakt aufrechterhalten.
3. Das Kind nimmt in positiver körperlicher Nähe mit seinen Eltern Blickkontakt auf, kann diesen aber nur über ablenkendes Erzählen aufrechterhalten.
4. Das Kind nimmt bei kurzen Umarmungen im Alltag aktiv keinen angemessenen Blickkontakt auf oder weicht aus.

Ein ganz besonders intensives Gefühl von Nähe entsteht jedoch, wenn Körper- und Blickkontakt gleichzeitig stattfinden, so wie in ■ Abb. 3.1. Gleichzeitig ist gerade dies für Menschen mit einer Schwierigkeit im Bereich des Körperkontakts am allerschwierigsten. Sehr häufig tun sich Menschen mit einer Schwierigkeit im Körperkontakt jedoch auch dann mit Blickkontakt schwer, wenn dieser ohne Körperkontakt stattfindet.

### 3.2.5 Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe

#### ■ Sichere Hinweise

1. Das Kind **geht** im Körperkontakt emotional unpassend auf seine Bezugsperson zu. Beispiele: Es lacht in eher alberner Weise, es kitzelt die Bezugsperson in einer für diese unangenehme Weise, es patscht ihr auf die Backe, statt liebevoll zu streicheln.
2. Das Kind **reagiert** auf Beziehungsangebote seiner Eltern im Körperkontakt emotional unpassend. Beispiele: Es reagiert auf ein liebevolles Lächeln überzogen, unecht oder zu wenig. Es beantwortet ein echtes Lob seiner Bezugsperson, indem es sich über diese lustig macht. Es reagiert auf feinfühliges Streicheln seiner Bezugsperson, indem es laut lacht oder zu zappeln beginnt.
3. Das Kind kann sich in positivem Körperkontakt zu seinen Eltern emotional nicht für Lob öffnen und eigene Gefühle zeigen.

Unter »emotionaler Schwingungsfähigkeit« versteht man die intuitive Fähigkeit eines Menschen, Gefühle des anderen richtig »lesen« und passend

darauf reagieren zu können. Diese grundlegende soziale Kompetenz ist der Dreh- und Angelpunkt für erfolgreiche zwischenmenschliche Beziehungen. Ein Neugeborenes zeigt normalerweise gerade im Bereich der emotionalen Schwingungsfähigkeit eine extreme Lerngeschwindigkeit. Bereits in den ersten Lebensmonaten erwirbt es eine hohe Kompetenz, emotionale Veränderungen beispielsweise im Gesicht, in der Stimme oder in der Körperhaltung seiner Bezugsperson unbewusst, schnell und mit höchster Genauigkeit wahrzunehmen und emotional passend darauf zu reagieren. Ein Beispiel hierfür ist die Entwicklung des sozialen Lächelns. Aus diesen ersten, grundlegenden sozialen Fähigkeiten entwickelt sich dann in den nächsten Jahren bis ins Erwachsenenalter ein hochkomplexes Sozialverhalten.

Fähigkeiten im emotionalen Schwingen erwerben Kinder – im Normalfall – automatisch und hoch effektiv in allen Momenten aufmerksamer und intensiver Beziehungs-, Blick- und Körperkontaktaufnahme zur Bezugsperson. Sie beobachten und verarbeiten über das Modell anderer Menschen differenzierte Facetten feinsten Gefühlsveränderungen und erweitern ständig ihre Möglichkeiten, passend darauf zu reagieren.

Da wichtige Lernprozesse emotionaler Schwingungsfähigkeiten im Blick- und Körperkontakt zur Bezugsperson erworben werden, kann eine Körperkontaktstörung den Aufbau erfolgreicher Sozialkompetenzen behindern. Aus diesem Grund bedeutet die frühe Behandlung einer Körperkontaktstörung bei Kindern eine entscheidende Maßnahme für ein erfolgreiches Lernen im Bereich des Sozialverhaltens.

### 3.3 Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Erwachsenen

Schwierigkeiten in der Fähigkeit zur Blick- und Körperkontaktaufnahme, die bei Kindern übersehen und nicht behandelt wurden, setzen sich im Erwachsenenalter fort. Hinweise auf Körperkontaktstörungen und deren negative Auswirkungen können sich dann allgemein in der Beziehung zu

anderen Menschen, in der Partnerschaft und in der Beziehung zum eigenen Kind wiederfinden.

- Im Folgenden wird wiederholt der Ausdruck »positives Angebot von Körperkontakt« verwendet. Hiermit ist gemeint, dass die Person, die Körperkontakt anbietet, selbst eine ausgeprägte Fähigkeit zum Körperkontakt hat und sich in Zusammenhang mit Körperkontakt so verhält, dass dem anderen ein Wohlfühlen im Körperkontakt ermöglicht wird.
- Die Beobachtungen »zum Partner« stellen nur dann Hinweise auf eine Körperkontaktstörung dar, wenn beide Partner sich grundsätzlich eine gelingende Beziehung wünschen und zusammen sein wollen.

#### 3.3.1 Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt

##### Allgemein zu anderen Menschen

###### ■ Sichere Hinweise

1. Der Betroffene reagiert ablehnend oder passiv auf den Versuch nahestehender Menschen, Körperkontakt aufzunehmen, obwohl er sich deren Nähe wünscht. Dies kann beispielsweise enge Freunde, die eigenen Eltern oder die eigenen (erwachsenen) Kinder betreffen.
2. Der Betroffene versucht beispielsweise in Begrüßungs- und Verabschiedungssituationen, Körperkontakt so weit wie möglich zu vermeiden.

##### Zum Partner

1. Der Betroffene **weicht** positiven Körperkontaktangeboten des Partners oft **aus**.
2. Der Betroffene **sucht aktiv wenig** körperliche Nähe, obwohl der Partner offen dafür wäre.
3. Der Betroffene sucht körperliche Nähe hauptsächlich über Sexualität.
4. Körperkontakt wird überwiegend oder ausschließlich Rücken an Bauch oder seitlich aufgenommen.

5. Positiv geäußerte Wünsche nach körperlicher Nähe des Partners lösen schwer nachvollziehbaren Widerstand aus.
6. Körperkontaktaufnahme mit dem Partner im Alltag wird auf ritualisierte Anlässe wie Begrüßungs- oder Verabschiedungssituationen, einen Gute-Nacht-Kuss o. Ä. beschränkt.
7. Im Körperkontakt kann kontrollierendes Verhalten gegenüber dem Partner nie ganz aufgegeben werden.

Besonders dann, wenn in einer Paarbeziehung nur ein Partner von einer Körperkontaktstörung betroffen ist, kann dies zu Konflikten führen. Dies liegt daran, dass in diesem Fall die Wünsche beider Partner bzgl. des Körperkontakts unterschiedlich sind. Der eine fühlt sich zu wenig geliebt und wahrgenommen, weil ihm körperliche Nähe fehlt. Der andere fühlt sich unter Druck gesetzt, weil er die Bedürfnisse des Partners nicht erfüllen kann und sich gleichzeitig in seinen eigenen Wünschen nicht angenommen fühlt. Typische Vorwürfe in diesem Zusammenhang können sein: »Nie kümmerst du dich richtig um mich. Du liebst mich nicht (mehr) richtig. Wenn du meine Nähe suchst, geht es dir immer nur um Sex, nicht wirklich um mich.« Oder umgekehrt: »Meine Tage sind sehr anstrengend, ich brauche Ruhe und Zeit allein, um mich entspannen zu können. Ich war schon immer eher ein Einzelgänger und brauche nicht so viel Nähe. Ich beweise dir doch oft auf andere Art meine Liebe, kuscheln liegt mir eben nicht so.« Auch der Partner mit einer Körperkontaktstörung vermisst Wertschätzung und das Gefühl angenommen zu sein. Er kann sich aber emotional nicht ausreichend für die ihm entgegengebrachten positiven Gefühle seines Partners öffnen.

Manchen Paaren gelingt es recht gut, sich mit entsprechend unterschiedlichen Bedürfnissen nach Körperkontakt zu arrangieren, und die Partner können sich einander dennoch nahe fühlen. Bei anderen Paaren bewirken die unterschiedlichen Ziele in Bezug auf Körperkontakt eine mehr oder weniger starke Belastung der Partnerschaft. Oft wird nicht erkannt, dass eine Körperkontaktstörung die partnerschaftlichen Konflikte verursacht oder zumindest mitverursacht. Es wird dann nach

unterschiedlichsten Gründen für die Konflikte gesucht, ohne dass dies zu einer Verbesserung der Situation führt. Nicht selten kommt dazu, dass wenig Körperkontaktaufnahme nach vielen Jahren der Partnerschaft als normal angesehen und stillschweigend hingenommen wird. Auch im Rahmen von Paartherapien wird die Möglichkeit, dass eine vorliegende Körperkontaktstörung bei einem oder beiden Partnern die Beziehungsprobleme **verursachen** kann, häufig übersehen. Stattdessen wird mangelnde positive körperlicher Nähe unter Partnern oft als negative **Folge** ungelöster Paarkonflikte gesehen. Dies führt nicht selten dazu, dass therapeutische Maßnahmen zur Verbesserung der Fähigkeit zum Körperkontakt nicht durchgeführt werden.

### Zum Kind

#### ■ Sichere Hinweise

1. Die Bezugsperson geht wenig Körperkontakt zum Kind ein, obwohl dieses Körperkontakt sucht und sich im Körperkontakt zugewandt und positiv verhält.
2. Die Bezugsperson geht Körperkontakt zum Kind nur kurz ein, obwohl dieses sich zugewandt und positiv verhält und gerne länger kuscheln würde.
3. Die Bezugsperson nimmt das Kind überwiegend mit dem Rücken zu sich gewandt in Körperkontakt. Dies liegt nicht am Kind, das mit anderen Bezugspersonen gerne auch Bauch an Bauch kuschelt.

#### ■ Weitere wichtige Hinweise

4. Die Bezugsperson nimmt Körperkontakt zum Kind überwiegend »zweckgebunden« auf, z. B. bei Begrüßungen bzw. Verabschiedungen, zum Gute-Nacht-Sagen oder zum Trösten.
5. Die Bezugsperson bietet dem Kind körperliche Nähe regelmäßig z. B. beim Vorlesen, Erzählen, gemeinsamem Fernsehen an, ohne diese oder ähnliche Ablenkungen aber selten.
6. Steuerndes Verhalten kann in körperlicher Nähe zum Kind nicht aufgegeben werden, obwohl sich das Kind zugewandt positiv verhält.

7. Die Bezugsperson nimmt viel körperliche Nähe zum Kind, aber wenig Körperkontakt zum Partner auf.

**zu 1. und 2.:** Wenn es zwischen Bezugsperson und Kind zu keinem oder nur wenig Körperkontakt kommt, gilt es zu prüfen, welche Rolle hierbei das Verhalten des Kindes spielt. Beispielsweise können eine Körperkontaktstörung des Kindes, ständige Machtkämpfe oder ein bestehendes ADHS dazu führen, dass sich die Bezugsperson im Körperkontakt nicht wohl fühlt und diesen daher eher vermeidet. Wenn die Bezugsperson selbst keine Schwierigkeiten mit Körperkontakt hat, würde sie in diesem Fall jedoch an sich beobachten, dass sie in anderen Situationen, beispielsweise mit dem Partner, Körperkontakt gerne eingeht.

**zu 7.:** Wenn ein Erwachsener eine Körperkontaktstörung hat, so wirkt sich dies nicht in jedem Fall auch auf die Beziehung zum Kind ungünstig aus. Auch wenn sie sich mit dem Partner in körperlicher Nähe eher wenig wohlfühlen, können viele Bezugspersonen liebevoll mit ihrem Kind kuscheln und hierbei manchmal sogar einen positiven Ausgleich für fehlende Nähe zum Partner erfahren.

Je stärker eine Bezugsperson in ihren Fähigkeiten der Körperkontaktaufnahme beeinträchtigt ist, desto größer ist die Gefahr, dass emotionale Bedürfnisse des Kindes unzureichend erfüllt bleiben. Die ist besonders dann der Fall, wenn beide Elternteile von einer Körperkontaktstörung betroffen sind. Entwicklungs- und Verhaltensprobleme von Kindern können daher mit einer Körperkontaktstörung seiner Bezugspersonen zusammenhängen.

Als weiterer wichtiger Aspekt ist das Lernen am Modell in der Eltern-Kind-Beziehung hervorzuheben. Kinder lernen viele Verhaltensweisen, indem sie ihre Bezugspersonen beobachten und nachahmen. Über Modelllernen kann ein Kind bzgl. des Körperkontakts ungünstige Verhaltensweisen seiner Eltern übernehmen. Betroffene Eltern wiederum bewerten das ungünstige Körperkontaktverhalten ihres Kindes dann oft als normales Verhalten, weil es genau ihrem eigenen Verhalten entspricht. So kann es vorkommen, dass Körperkontaktdefizite, ggf. auch sekundäre Störungen, unerkannt von Generation zu Generation weitergeben werden.

### 3.3.2 Gefühl in körperlicher Nähe

#### Allgemein zu anderen Menschen

1. Der Betroffene fühlt sich in der Regel unwohl, wenn nahestehende Menschen positiven Körperkontakt mit ihm aufnehmen. Dies kann beispielsweise enge Freunde, die eigenen Eltern oder die eigenen (erwachsenen) Kinder betreffen.
2. Der Betroffene empfindet Umarmungen, z. B. in Begrüßungs- und Verabschiedungssituationen allgemein als unangenehm, auch wenn er die jeweiligen Personen gern hat.

#### Zum Partner

1. Körperliche Nähe löst unangenehme Gefühle aus, obwohl sich der Partner einfühlsam und rücksichtsvoll verhält.
2. Streicheln, Kraulen, Massagen des Partners werden ohne engeren Körperkontakt als angenehm erlebt, lösen jedoch in nahem Körperkontakt Unwohlsein aus.
3. Obwohl sich sein Partner ruhig und einfühlsam verhält, kommt es über den Körperkontakt nicht zu Entspannung und einem guten Gefühl.

Wohlbefinden in körperlicher Nähe zu erfahren, ist eine wichtige Voraussetzung für eine positive Partnerschaft. Wenn in der Phase erster Verliebtheit Körperkontakt zu keinem ausreichenden Wohlbefinden führt, kann dies auf anfängliche Unerfahrenheit, Unsicherheit oder auch gewisse Ungeschicklichkeit im Umgang miteinander zurückzuführen sein. In diesem Fall lösen sich negative Gefühle und Angespanntheit mit der Zeit über erfolgreiches »Einstellen« aufeinander und damit einhergehende positive Erfahrungen im Körperkontakt miteinander auf. Wenn angenehme Gefühle in Körperkontaktsituationen dauerhaft ausbleiben, möglicherweise zu Trennungen führen oder sich in weiteren Partnerschaften systematisch fortsetzen, kann das Vorliegen einer Körperkontaktstörung ein möglicher Grund sein.

#### Zum Kind

1. Die Bezugsperson fühlt sich im Körperkontakt mit dem Kind nicht wirklich wohl, ob-

wohl dieses sich zugewandt und positiv verhält.

2. Die Bezugsperson fühlt sich im Körperkontakt mit dem Kind nur bei kurzen Umarmungen wohl, obwohl dieses sich zugewandt und positiv verhält. Längeres Kuscheln führt hingegen zu Unwohlsein.
3. Die Bezugsperson kann gedanklich nicht loslassen, um positive körperliche und emotionale Nähe mit dem Kind genießen zu können.

Bezugspersonen, die sich in körperlicher Nähe mit ihrem Kind nicht oder nur wenig wohl fühlen, reagieren hierauf unterschiedlich. Die einen weichen einem längeren und intensiveren Kuscheln systematisch aus und überlassen »diesen Bereich der Erziehung« mit unterschiedlicher Begründung dem anderen Elternteil. Anderen gelingt es im Verantwortungsbewusstsein ihrem Kind gegenüber, dessen Bedürfnis nach Nähe ein Stück weit zu befriedigen. Sie selbst können jedoch die Situation nicht wirklich genießen.

**Weil der folgende Punkt so wichtig ist, möchten wir ihn an dieser Stelle noch einmal wiederholen:** Wenn eine Bezugsperson sich häufig im Körperkontakt mit dem Kind nicht wohl fühlt, gilt es zu prüfen, welche Rolle hierbei das Verhalten des Kindes spielt. Beispielsweise können eine Körperkontaktstörung des Kindes, ständige Machtkämpfe oder ein bestehendes ADHS dazu führen, dass sich die Bezugsperson im Körperkontakt nicht wohl fühlt und diesen daher eher vermeidet. Wenn die Bezugsperson selbst keine Schwierigkeiten mit Körperkontakt hat, würde sie in diesem Fall jedoch an sich beobachten, dass sie sich in anderen Situationen, beispielsweise mit dem Partner, mit einem anderen Kind oder mit Freunden im Körperkontakt wohl fühlt.

### 3.3.3 Aktivierungsniveau im Körperkontakt

#### Überaktivierung

##### ■ Sichere Hinweise

Der Betroffene empfindet in positiver körperlicher Nähe zum Partner, zum Kind oder zu anderen Menschen eine innere Anspannung, Stress oder

Angst. Außerhalb von Körperkontaktsituationen fühlt er sich im Allgemeinen nicht übermäßig angespannt.

##### ■ Weitere wichtige Hinweise

1. Der Betroffene empfindet in positiver körperlicher Nähe zum Partner oder zu anderen Menschen eine innere Anspannung, Stress oder Angst, obwohl diese sich einfühlbar verhalten. Auch außerhalb von Körperkontaktsituationen ist er oft in ähnlicher Weise überaktiviert.
2. Körperliche Nähe hilft dem Betroffenen nicht dabei, sich in schwierigen, Stress auslösenden Situationen zu entspannen.

**Zu 1.:** Manche Menschen fühlen sich in sehr vielen Situationen übererregt, nervös oder angespannt. Hierfür **kann** eine Körperkontaktstörung der Grund sein (vgl. ► Abschn. 3.2.3). Es ist jedoch auch an andere Verursachungsfaktoren psychischer und organischer Art zu denken.

#### Unteraktivierung

##### ■ Sicherer Hinweis

1. In positiver körperlicher Nähe zum Partner oder zum Kind kommt es zu einem Absinken des Aktivierungsniveaus. Der Betroffene fühlt sich im Körperkontakt schnell müde, schlaff und antriebslos. Außerhalb von Körperkontaktsituationen ist er im Allgemeinen nicht unteraktiviert.

##### ■ Weitere wichtige Hinweise

2. Der Betroffene erlebt v. a. längeren Körperkontakt als langweilig.
3. Der Betroffene wirkt auch außerhalb von Körperkontaktsituationen eher unteraktiviert.
4. Der Betroffene sucht während des Körperkontakts starke Stimulationen. Diese können über Sexualität, aber auch beispielsweise durch intensives Reden, Rangeln mit dem Partner etc. erreicht werden.

**zu 1.:** Eine Untergruppe von Menschen mit einer Körperkontaktstörung reagiert auf den als unangenehm erlebten Körperkontakt, indem sie innerlich abschalten. Dies geht mit einem Absinken des Aktivierungsniveaus einher und hilft, die unangeneh-

me Situation besser zu ertragen. Diese Gruppe von Menschen ist außerhalb des Körperkontakts eher nicht unteraktiviert.

**zu 2.–4.:** Dies betrifft Menschen, die allgemein eher niedrig aktiviert sind. Gründe hierfür können beispielsweise ein ADHS oder eine Störung der Sensorischen Integration sein.

### 3.3.4 Blickkontakt in körperlicher Nähe

#### ■ Sicherer Hinweis

Auch mit Menschen, zu denen eine enge Beziehung besteht, weicht der Betroffene Blickkontakt aus, wenn er in den Arm genommen wird.

#### ■ Weitere wichtige Hinweise

1. Der Erwachsene nimmt nur flüchtigen Blickkontakt in Gesprächen auf.
2. Der Erwachsene schaut sein Gegenüber mit unangenehm starrem durchdringendem Blick an.

#### Zum Partner

##### ■ Sichere Hinweise

1. Beide Partner können körperliche Nähe miteinander genießen, es gelingt ihnen jedoch nicht, längeren intensiven Blickkontakt aufrechtzuerhalten.
2. Kuscheln mit dem Partner findet fast immer Bauch an Rücken statt und schließt Blickkontakt aus.

##### ■ Weiterer wichtiger Hinweis

Blickkontaktaufnahme zum Partner während kurzer Umarmung im Alltag fehlt oder ist nur flüchtig, obwohl der andere positiv Beziehung aufnimmt.

#### Zum Kind

##### ■ Sichere Hinweise

1. Die Bezugsperson nimmt keinen Blickkontakt in positiver körperlicher Nähe zum Kind auf.
2. Die Bezugsperson unterbricht nahen Körperkontakt zum Kind, um längeren positiven Blickkontakt herstellen zu können, obwohl das Kind selbst das Gehaltenwerden Bauch an Bauch oder in Wiegeposition dazu bevorzugen würde.

##### ■ Weitere wichtige Hinweise

3. Die Bezugsperson kann in positiver körperlicher Nähe zum Kind keinen längeren Blickkontakt aufrechterhalten.
4. Die Bezugsperson nimmt in positiver körperlicher Nähe zum Kind Blickkontakt auf, kann diesen aber nur über ablenkendes Erzählen aufrechterhalten.
5. Die Bezugsperson nimmt bei kurzen Umarmungen im Alltag aktiv keinen Blickkontakt auf.

Über intensiven Blickkontakt in körperlicher Nähe werden tiefste positive Gefühle von Zusammengehörigkeit, gegenseitiger Wertschätzung und Annahme erzeugt und ausgetauscht. Je häufiger Menschen solche Momente miteinander erfahren, desto positiver und sicherer fühlen sie sich in ihrer Beziehung zueinander. Liegen Defizite in diesem Bereich vor, können fehlendes Vertrauen und emotionale Unsicherheit die Beziehungsqualität stören, auch wenn realistisch gesehen kein Anlass dazu besteht. Das betrifft Paarbeziehungen und Eltern-Kind-Beziehungen gleichermaßen.

### 3.3.5 Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe

#### Zum Partner

##### ■ Sichere Hinweise

1. Der Betroffene **geht** in körperlicher Nähe emotional unpassend auf seinen Partner **zu**. Beispiele: Er drückt den anderen zu heftig oder mit zu wenig Druck, er macht Vorwürfe.
2. Der Betroffene **reagiert** auf Beziehungsangebote seines Partners im Körperkontakt emotional unpassend. Beispiele: Er reagiert auf ein liebevolles Lächeln überzogen oder zu wenig, er reagiert auf Gestreicheltwerden mit einer ironischen Bemerkung.

##### ■ Weitere wichtige Hinweise

3. Der Betroffene streichelt seinen Partner im Körperkontakt so, dass es diesem dabei nicht oder nur wenig gut geht. Beispielsweise streichelt er ohne es zu bemerken etwas zu schnell, zu unruhig oder nur mit den Fingerkuppen.



■ **Abb. 3.2** Körperkontakt mit dem Säugling in aufrechter Haltung. (© Jansen & Streit)

4. Positive Beziehungssignale vom Partner werden ungenau wahrgenommen und hierdurch über- oder unterbewertet.

### Zum Kind

#### ■ sichere Hinweise

1. Die Bezugsperson **geht** im Körperkontakt emotional unpassend auf das Kind **zu**.
2. Die Bezugsperson **reagiert** auf Beziehungsangebote des Kindes im Körperkontakt emotional unpassend, obwohl das Kind in positive Beziehung tritt.

#### ■ Weitere wichtige Hinweise

3. Die Bezugsperson lässt sich von wahrgenommenen positiven Beziehungssignalen des Kindes z.B. Freude/Lächeln wenig oder gar nicht zünden.
4. Die Bezugsperson reagiert auf Gefühle des Kindes z.B. Freude, Kummer, Angst uneinlöslich.

### Fehlende emotionale Schwingungsfähigkeit in Beziehungen allgemein

Auch die folgenden Beobachtungen, die soziale Situationen **ohne** Körperkontakt betreffen, können Hinweise auf eine Körperkontaktstörung sein:

1. Der Betroffene wirkt anderen Menschen gegenüber emotional distanziert.
2. Der Betroffene zeigt anderen Menschen gegenüber wenig Empathie. Er spürt beispielsweise wenig oder nicht, wenn andere traurig sind oder Schmerz spüren.
3. Der Betroffene redet sehr viel, ohne dabei sein Gegenüber im Gespräch zu spüren und zu berücksichtigen.
4. Der Betroffene wird von anderen als emotional unnahbar erlebt.
5. Der Betroffene reagiert auf andere Menschen, auch wenn diese sich ihm gegenüber positiv verhalten, zynisch oder ironisch.
6. Der Betroffene setzt häufig unnachgiebig seinen Willen durch, ohne sein Gegenüber emotional wahrzunehmen. Er nimmt nicht wahr, dass er durch dieses Verhalten die Beziehung zu seinem Gegenüber belastet.

### 3.4 Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Säuglingen

*Uta Streit, Sabine Nantke*

Bei Säuglingen überprüfen wir die Fähigkeit zum Körperkontakt in der Regel im Rahmen von drei für diesen Altersbereich typischen Situationen:

- Körperkontakt in aufrechter Haltung (vgl. ■ [Abb. 3.2](#))
- Körperkontakt in der Wiegestellung (vgl. ■ [Abb. 3.3](#))
- Trösten und Beruhigen des Säuglings im Körperkontakt: Lässt sich der Säugling, wenn er unruhig ist oder schreit, im Körperkontakt trösten? Beruhigt er sich beispielsweise nach einer schwierigen ärztlichen Untersuchung durch den Körperkontakt mit einem Elternteil?



■ **Abb. 3.3** Körperkontakt mit dem Säugling in Wiegestellung. In dieser Position ist gleichzeitiger Körper- und Blickkontakt optimal möglich. (© Jansen & Streit)

- Im Folgenden wird wiederholt der Ausdruck »positives Angebot von Körperkontakt« verwendet. Hiermit ist gemeint, dass die Person, die Körperkontakt anbietet, selbst eine ausgeprägte Fähigkeit zum Körperkontakt hat und sich in Zusammenhang mit Körperkontakt so verhält, dass ein Baby sich wohlfühlen kann, wenn es keine Körperkontaktstörung hat.
- Wenn wir im Folgenden der Einfachheit halber von »Eltern« sprechen, meinen wir damit auch andere enge Bezugspersonen, die dem Kind in ähnlicher Weise wie Eltern nahestehen.

Ein positives Angebot von Körperkontakt wäre beispielsweise dann nicht gegeben, wenn die Bezugsperson depressiv, deutlich besorgt oder gestresst ist oder wenn sie sich im Körperkontakt sehr unruhig verhält. Hier gilt es jedoch, keine voreiligen Schlüsse über die Richtung der Beeinflussung zu ziehen. Ausdrucksarmes, besorgtes, gestresstes oder unruhiges Verhalten einer Bezugsperson kann immer auch die Reaktion auf eine Besonderheit des Säuglings sein. Besonders dann, wenn ein Säugling eine deutlichere Schwierigkeit mit Körperkontakt hat,

»zündet« er bei seiner Mutter oder seinem Vater wenig positive Signale.

### 3.4.1 Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt

#### ■ Sichere Hinweise

1. Der Säugling reagiert auf ein positives Angebot von Körperkontakt durch seine Eltern mit Vermeidung und Abwehr. Er wendet den Kopf ab bzw. überstreckt sich. Ein solches Verhalten ist sowohl in aufrechter Haltung als auch in der Wiegestellung zu beobachten.
2. Der Säugling hält Körperkontakt für kurze Zeit aus. Beispielsweise können seine Eltern ihn kurz an sich drücken. Sobald die körperliche Nähe etwas länger dauert, reagiert der Säugling entsprechend Punkt 1.
3. Der Säugling lässt sich am Körper der Eltern seitlich, im Fliegergriff oder mit dem Rücken zugewandt tragen. Bei Körperkontakt Bauch an Bauch oder in Wiegestellung reagiert er entsprechend Punkt 1.
4. Der Säugling lässt körperliche Nähe ausschließlich dann zu, wenn er krank ist.

#### ■ Weitere wichtige Hinweise

5. Der Säugling lässt sich im Körperkontakt nicht trösten.
6. Der Säugling kann längeren Körperkontakt in Zusammenhang mit dem Füttern (Stillen oder Flasche) tolerieren. In anderen Situationen mit Körperkontakt reagiert er überwiegend entsprechend Punkt 1.
7. Der Säugling schläft nachts im Bett der Eltern und kann dort Nähe aufnehmen. Am Tage reagiert er überwiegend entsprechend Punkt 1.
8. Der Säugling kann Körperkontakt nur zulassen, wenn er abgelenkt ist, z. B. sich mit einem Spielzeug beschäftigt oder andere Menschen beobachtet. Ohne Ablenkung reagiert er überwiegend entsprechend Punkt 1.
9. Der größere Säugling ab ca. dem 7. Lebensmonat klammert überstark an seine Mutter oder beide Eltern, ohne dabei positive Beziehungssignale im Körperkontakt zu zeigen.

### 3.4.2 Gefühl in körperlicher Nähe

---

#### ■ Sicherer Hinweis

Der Säugling reagiert auf ein positives Angebot von Körperkontakt durch seine Eltern mit Unwohlsein bzw. Unruhe. Mit zunehmender Dauer des Körperkontakts nimmt das Unbehagen zu bis hin zum Schreien.

### 3.4.3 Aktivierungsniveau im Körperkontakt

---

#### Überaktivierung

#### ■ Sicherer Hinweis

Der Säugling reagiert auf ein positives Angebot von Körperkontakt durch seine Eltern mit Überaktivierung. Sein Körper ist angespannt und eher überstreckt, die Hände sind gefaustet, die Haut kann sich rot färben. Manche Säuglinge können aus Übererregung mit Armen, Händen und Beinen zittern. Außerhalb der Körperkontaktsituation zeigt der Säugling keine entsprechende Übererregung.

#### ■ Weiterer wichtiger Hinweis

Der Säugling zeigt die oben beschriebene Übererregung nicht nur im Körperkontakt sondern auch in anderen Alltagssituationen.

#### Unteraktivierung

#### ■ Sicherer Hinweis

Der Säugling verhält sich bei einem positiven Angebot von Körperkontakt durch seine Eltern überwiegend passiv, obwohl er nicht müde ist. Sein Körper ist eher schlaff und seine Mimik eher ausdrucksarm. Der Säugling reagiert nicht oder nur wenig auf Lächeln, Streicheln, Ansprache und andere liebevolle Beziehungsangebote seiner Eltern. Außerhalb der Körperkontaktsituation gibt es keine oder nur wenig Anzeichen von Unteraktivierung.

#### ■ Weitere wichtige Hinweise

1. Der Säugling zeigt die oben beschriebene Unteraktivierung nicht nur im Körperkontakt, sondern ein entsprechendes Verhalten ist auch in anderen Alltagssituationen überwiegend zu beobachten.
2. Bei ruhiger Beziehungsaufnahme durch die Eltern verhält sich der Säugling im Arm seiner

Eltern so, wie unter »sichere Hinweise« beschrieben. Wenn die Eltern das Baby im Körperkontakt stark stimulieren, wird es wacher bis hin zu freudigem Lachen.

### 3.4.4 Blickkontakt in körperlicher Nähe

---

#### ■ Sichere Hinweise

1. Der Säugling sucht in positiver körperlicher Nähe keinen Blickkontakt zu seinen Eltern.
2. Der Säugling reagiert in positiver körperlicher Nähe nicht oder nur kurz auf einen Versuch seiner Eltern, mit ihm Blickkontakt einzugehen. Dies gelingt auch dann nicht, wenn die Eltern ihn liebevoll und mit dem typischen Augengruß ansprechen.

#### ■ Weitere wichtige Hinweise

1. Der Säugling kann im Körperkontakt mit seinen Eltern keinen längeren Blickkontakt aufrechterhalten.
2. Der Säugling nimmt in positiver körperlicher Nähe mit seinen Eltern Blickkontakt auf, kann diesen aber nur bei intensiv stimulierender Mimik und Ansprache der Eltern aufrechterhalten.

➤ Bei Auffälligkeiten in der Fähigkeit zum Blickkontakt gilt es gerade bei Säuglingen, unbedingt die Sehfähigkeit zu überprüfen.

### 3.4.5 Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe

---

#### ■ Sichere Hinweise

1. Der Säugling reagiert im Körperkontakt nicht angemessen auf die Beziehungssignale seiner Eltern. Beispielsweise ist wenig Reaktion auf liebevolles Lächeln oder ein fehlendes Spiegeln der Mimik der Bezugsperson zu beobachten.
2. Das Baby kann sich in positivem Blick- und Körperkontakt emotional nicht öffnen. Das typische langanhaltende Juchzen und stimmhafte laute Lachen im Kontakt mit den Eltern ab dem 5. Lebensmonat fehlt beispielsweise.

# Der Einfluss von frühem Körperkontakt auf Gesundheit und Entwicklung

*Uta Streit*

- 4.1 Körperkontakt nach der Känguru-Methode – 72
  - 4.2 Positiver Einfluss des Körperkontakts auf die Gesundheit – 73
  - 4.3 Positiver Einfluss von Körperkontakt auf die Selbstregulation – 73
  - 4.4 Positiver Einfluss von Körperkontakt auf die Befindlichkeit der Mutter und die Eltern-Kind-Interaktion – 76
  - 4.5 Positiver Einfluss von Körperkontakt auf Lernen und Entwicklung – 77
- Literatur – 77

## 4.1 Körperkontakt nach der Känguru-Methode

Unter der »Känguru-Methode« versteht man lange andauernden Hautkontakt zwischen einem früh- oder normalgeborenen Säugling und seiner Mutter oder seinem Vater. Das Kind wird nur mit einer Windel bekleidet zwischen die Brüste der Mutter oder auf die Brust des Vaters gelegt. Es wird zugeeckt und bekommt meist ein Mützchen an, damit es nicht auskühlt. Diese Form des Körperkontakts wird heute in nahezu allen Frühgeborenenstationen angeboten.

Die Verwendung der Bezeichnung Känguru-»Methode« für diesen Weg des frühen, langen Hautkontakts dient der schnellen und eindeutigen Kommunikation zwischen allen, die in Praxis und Forschung mit Neugeborenen und insbesondere Frühgeborenen zu tun haben. Der Begriff »Methode« kann jedoch irreführend sein, da eigentlich ein Verhalten gemeint ist, das Mutter und Kind von der Natur, also fest in den Genen verankert, mitgegeben ist. Mutter bzw. Vater und Kind verfügen über genetisch mitgegebene gegenseitige Regulationsmechanismen. Diese steuern einerseits eine Vielzahl grundlegender physiologischer Vorgänge wie beispielsweise die Regulation von Körpertemperatur und Atmung des Säuglings oder die Milchproduktion bei der Mutter. Sie haben andererseits die Funktion, gleich nach der Geburt eine Bindung zwischen Mutter bzw. Vater und Kind aufzubauen, die so stark ist, dass für die Eltern ab dem Moment der Geburt die Versorgung des Kindes zum obersten Ziel wird. Wie wir im Folgenden zeigen werden, sind all diese wechselseitigen Regulationsprozesse, die im Körperkontakt optimal ablaufen, auch für eine gute körperliche und geistige Entwicklung des Kindes von größter Bedeutung.

Im 20. Jahrhundert kam es im Bereich der Medizin zu geradezu unglaublichen Fortschritten. Diese haben einerseits dazu geführt, dass sich die Überlebenschancen Frühgeborener, insbesondere auch sehr kleiner Frühgeborener, ständig erhöht haben. Andererseits sind die hirnorganischen Beeinträchtigungen frühgeborener Kinder deutlich zurückgegangen. Im Zusammenhang mit einer

immer besseren medizinischen Versorgung trat jedoch die hohe Bedeutung der intuitiven Mutter-Kind-Regulation gerade in den ersten Lebensstunden und -tagen über lange Zeit in den Hintergrund. »Wiederentdeckt« wurden die positiven Auswirkungen eines frühen, lange andauernden Körperkontakts zunächst durch eine Notsituation im Rahmen der Versorgung Frühgeborener in Bogotá (Kolumbien). Weil nicht genügend Inkubatoren zur Verfügung standen, legten zwei behandelnde Ärzte, Edgar Rey und Héctor Gómez (1983), die Kinder auf die Körper ihrer Mütter, um sie warm zu halten. Rasch stellte man fest, dass sich die Frühgeborenen im Körperkontakt sehr gut entwickelten, ja sogar gesünder waren und eine geringere Sterblichkeit hatten als die Kinder im Inkubator.

Zur gleichen Zeit entwickelte die Kinderärztin Marina Marcovich auf der Frühgeborenen-Intensivstation in Wien am Mautner Markhof'schen Kinderspital das Konzept der »sanften Neonatologie«. Ihr Ziel war es, so weit wie möglich auf intensivmedizinische Versorgung zu verzichten, um den Kindern stattdessen Körperkontakt, Beziehung, eine angemessene Stimulation durch Mutter und Vater sowie Ruhe statt des hohen Geräuschpegels auf der Intensivstation anzubieten.

Der Widerstand seitens der Schulmedizin gegenüber dieser neuen Vorgehensweise war anfangs massiv. Gegen Frau Dr. Marcovich wurde ein Strafverfahren wegen der angeblichen fahrlässigen Tötung von 16 Frühgeborenen in die Wege geleitet. Bald stellte sich jedoch heraus, dass die meisten dieser gar nicht ihre Patienten waren. Auch bezüglich der anderen wurde das Verfahren eingestellt.

Marcovich (Marcovich & de Jong, 2008) stellte erste Statistiken vor, die zeigen, dass die Frühgeborenen, die auf ihrer Station unter dem Konzept der »sanften Neonatologie« behandelt wurden, weniger Erkrankungen und eine geringere Sterblichkeit hatten als Kinder anderer rein intensivmedizinisch arbeitender Stationen. Seit diesen ersten Anfängen wurde eine immense Anzahl von Studien zum Einfluss des Körperkontakts auf Gesundheit und Entwicklung des Kindes sowie die Eltern-Kind-Beziehung durchgeführt. Diese

Studien wurden sowohl an Risikokindern (wie Frühgeborenen bzw. Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht) als auch an termingerecht geborenen, gesunden Säuglingen durchgeführt. Sie bestätigen die Erfahrungen von Marina Marcovich, Edgar Rey und Héctor Gómez.

Bei der Beurteilung der im Folgenden wiedergegebenen Forschungsergebnisse ist wichtig: Die heutzutage hohe Überlebensrate und den guten Gesundheitszustand von Frühgeborenen verdanken wir einer intensiven medizinischen Versorgung dieser Kinder. Daher wird in allen Studien die Känguru-Methode immer **in Ergänzung zu einer rein medizinischen Versorgung** (Sicherung von Atmung, Temperatur und Ernährung, Schutz vor Infektionen) durchgeführt. In dem Maße, in dem das Kind im Körperkontakt intensivmedizinische Maßnahmen nicht mehr benötigt, werden diese dann reduziert oder abgesetzt.

## 4.2 Positiver Einfluss des Körperkontakts auf die Gesundheit

---

Eine Übersicht über Forschungsergebnisse zum Gesundheitszustand gibt die Metaanalyse der Cochrane Collaboration (Conde-Agudelo, Belizan, & Diaz-Rossello, 2011). Dort werden 16 Studien an insgesamt 2 518 Risikokindern mit einem Geburtsgewicht unter 2 500 Gramm zusammengefasst. In nahezu allen Studien wurde mit der Känguru-Methode begonnen, nachdem das Kind medizinisch stabil war. Es zeigte sich, dass diejenigen Kinder, die Körperkontakt nach der Känguru-Methode bekamen, im Vergleich mit rein konventioneller Versorgung weniger Infekte hatten. Sie nahmen mehr an Gewicht zu und konnten früher aus der Klinik entlassen werden. Für Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen wurde eine signifikant geringere Sterblichkeit gefunden. Offensichtlich kann hier Körperkontakt die ungünstigeren Voraussetzungen in der Versorgung der Kinder zum Teil ausgleichen. Zu einem entsprechenden Ergebnis kommt auch die Metaanalyse von Lawn et al. 2010.

### Metaanalyse: Was ist das?

Eine Metaanalyse fasst Ergebnisse von Einzelstudien zu einer bestimmten Fragestellung an einer bestimmten Patientengruppe zusammen. Man geht dabei so vor, dass zunächst alle entsprechenden Studien gesammelt werden. In einem nächsten Schritt werden diejenigen Arbeiten ausgeschlossen, die nicht den Kriterien eines sauberen wissenschaftlichen Arbeitens entsprechen. Für die verbleibenden Studien werden mithilfe statistischer Verfahren Kennwerte für die Wirksamkeit des Verfahrens berechnet.

### Cochrane Collaboration (CC)

»Die Cochrane Collaboration ist eine internationale gemeinnützige Organisation mit dem Ziel, aktuelle medizinische Informationen und Evidenz zu therapeutischen Fragen allgemein verfügbar zu machen. Ziel ist es, allen Akteuren im Gesundheitswesen zu ermöglichen, Entscheidungen zu erleichtern und Patienten aufzuklären und zu beraten. Erreicht wird dies vor allem durch die Erstellung, Aktualisierung und Verbreitung systematischer Übersichtsarbeiten (»systematic reviews«). Die Cochrane Collaboration wurde 1993 gegründet und nach dem britischen Epidemiologen Sir Archibald Lemman Cochrane benannt« (aus: ► <http://cochrane.de/de/arbeitsgebiet-cc>, zuletzt abgerufen am 10.3.2014).

Inzwischen gibt es erste Versuche, Körperkontakt bei Gesundheitsproblemen Neugeborener gezielt einzusetzen. So konnte die erforderliche Dauer der Phototherapie bei Säuglingen mit Gelbsucht durch Körperkontakt deutlich verkürzt werden (Samra, El Taweel & Cadwell. 2012).

## 4.3 Positiver Einfluss von Körperkontakt auf die Selbstregulation

---

Ab dem Moment der Geburt muss der Säugling eine Vielzahl physiologischer und emotionaler Prozesse und Verhaltensweisen in Abhängigkeit von den eigenen Bedürfnissen und den Anforderungen der Umwelt möglichst optimal regulieren. Hierzu gehören u. a.:

- die Steuerung von Körperfunktionen (z. B. Temperaturregulation, Nahrungsaufnahme),
- die Steuerung des eigenen Aktivierungsniveaus (z. B. Schlaf-Wach-Regulation, Beruhigung nach Stress auslösenden Ereignissen),
- die Steuerung der Aufmerksamkeit,

- die Steuerung des eigenen emotionalen Zustands,
- die Steuerung der Interaktion mit anderen Menschen.

Nach der Geburt ist das Baby bei der Regulation dieser Vorgänge noch wesentlich abhängig von der Unterstützung durch eine enge Bezugsperson. Die Mutter bzw. der Vater unterstützt die Regulationsprozesse des Babys durch genetisch mitgegebene Verhaltensweisen und physiologische Prozesse. Je älter das Kind wird, desto besser gelingt ihm eine Selbstregulation seines Verhaltens. Dieses Lernen von Selbstregulation oder »Eigensteuerung« (Janzen & Streit, 2006) ist einer der wichtigsten Entwicklungsbereiche im Säuglingsalter und setzt sich in den nächsten Lebensjahren fort.

Eine große Anzahl von Studien hat gezeigt, dass sich Körperkontakt positiv auf die Regulation und auf den Erwerb von Selbstregulation in unterschiedlichsten Bereichen auswirkt. Die folgenden Ergebnisse zum Einfluss von Körperkontakt auf die Selbstregulation sind ganz besonders wichtig in Hinblick auf eine Gruppe von Säuglingen mit sog. »Regulationsstörungen«. Diese Kinder zeigen Besonderheiten im Verhalten wie exzessives Schreien, Fütter- bzw. Schlafstörungen. Säuglinge mit Regulationsstörungen haben im Vergleich zu unauffälligen Babys vermehrt Schwierigkeiten, sich auf Körperkontakt einzulassen (vgl. ► Kap. 12).

#### ■ Körpertemperatur

Über den Hautkontakt wird das Baby bei der Regulation seiner Körpertemperatur unterstützt. Die Temperatur der mütterlichen Brust verändert sich in Abhängigkeit von der Temperatur des Neugeborenen. Wenn das Baby zu kühl wird, kann die Temperatur der mütterlichen Brust um bis zu einem Grad ansteigen, um das Kind zu wärmen. Wird das Kind zu warm, so kühlt die Brust entsprechend ab. Dies gelingt sogar bei Zwillingen. Hier passen sich die Brüste unabhängig voneinander den Bedürfnissen des Kindes, das auf ihnen liegt, an (Ludington-Hoe et al., 2006).

#### ■ Stillen

Lange bekannt und in vielen Studien bestätigt ist, dass Mütter, die frühen Körperkontakt mit ihrem

Säugling bekamen, über einen längeren Zeitraum stillen (Metaanalysen von Conde-Agudelo et al., 2011, und Moore, Anderson, Bergman & Dowswell, 2012).

In einer über mehrere Jahre in Stockholm durchgeführten Studie, an der 103 Mutter-Kind-Paare teilnahmen, wurde erstmals gezielt untersucht, inwieweit Körperkontakt hilft, Probleme beim Stillen zu lösen (Svensson et al., 2013). Die teilnehmenden Kinder waren zwischen 2 und 6 Wochen alt. In allen Fällen bestanden starke Stillprobleme: Über die Hälfte der Kinder tranken überhaupt nicht an der Brust, die anderen nur bei Verwendung eines sog. »Brusthütchens« oder so schlecht, dass zugefüttert werden musste. Alle Mütter hatten bereits ohne Erfolg an einer Stillberatung teilgenommen. Durch Zufallszuweisung wurden die Mutter-Kind-Paare einer von zwei Gruppen zugeordnet: In der einen Gruppe wurden die Kinder entsprechend der Känguru-Methode nackt zwischen die Brüste der Mutter gelegt, mit dem Ziel, genetisch mitgegebenes Saugverhalten des Kindes über den Körperkontakt abzurufen. In der Vergleichsgruppe waren Mutter und Kind bekleidet und das Stillen wurde in der typischen seitlichen Stillhaltung durchgeführt. Untersucht wurde, wie lange es dauerte, bis ein normales Stillen problemlos möglich war. In der Gruppe mit Hautkontakt dauerte dies 2 Wochen, in der Gruppe ohne Hautkontakt mehr als doppelt so lange (4,7 Wochen). Auch berichteten die Mütter der Gruppe mit Hautkontakt über mehr positive Gefühle in Zusammenhang mit dem Stillen.

#### ■ Schreien

Neugeborene, die in den ersten Stunden nach der Geburt Körperkontakt mit ihrer Mutter hatten anstatt in ein Kinderbett gelegt zu werden, schrien in dieser Zeit deutlich weniger (Christensson et al., 1992, 1995; Chwo et al., 2002; Mazurek et al., 1999). Auch wenn – nach einem Kaiserschnitt – der Körperkontakt vom Vater angeboten wurde, schrien die Kinder weniger (Erlandsson, Dsilna, Fagerberg & Christensson, 2007).

#### ■ Schlaf und Schlaf-Wach-Regulation

Etwa ab der 30. Schwangerschaftswoche beginnt sich beim Fötus ein Schlaf-Wach-Rhythmus herauszubilden. Bei Frühgeborenen findet eine ent-

sprechende Entwicklung außerhalb des Uterus statt. Im Alter von 6 Monaten ist in der Regel ein sicherer Schlaf-Wach-Rhythmus vorhanden. Die Fähigkeit, das Schlaf-Wach-Verhalten selbst zu regulieren, wird als ein wichtiges Anzeichen für die neurosensorische Reifung des Säuglings angesehen (Weisman et al., 2011).

Sowohl viel ruhiger Schlaf als auch ein früh ausgereifter Schlaf-Wach-Rhythmus sind Prädiktoren für einen guten Entwicklungsverlauf (Anders, Keener & Kraemer, 1985; Holditch-Davis, Belyea & Edwards, 2005; Weisman et al., 2011). Beides wird über den Körperkontakt positiv beeinflusst. Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass Körperkontakt sowohl bei Frühgeborenen als auch bei Normalgeborenen zu einer Verbesserung des Schlafverhaltens mit mehr ruhigem Schlaf und einer reiferen Schlaf-Wach-Regulation führt. So bekam beispielsweise eine Gruppe von Frühgeborenen (24.–34. Schwangerschaftswoche) an 14 Tagen jeweils mindestens eine Stunde Körperkontakt. Den Rest des Tages wurden die Kinder ebenso wie die Kontrollgruppe im geschlossenen Inkubator betreut. Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten die Kinder mit Körperkontakt zu einem späteren Messzeitpunkt (errechneter Geburtstermin) mehr ruhigen Schlaf und weniger unruhigen Schlaf. Ihr Schlaf-Wach-Zyklus war regelmäßiger (Feldman, Weller, Sirota, & Eidelman, 2002; ähnliche Ergebnisse finden sich u. a. bei Feldman & Eidelman, 2003; Feldman et al., 2002; Ferber & Makhoul, 2004; Ludington-Hoe et al., 2006).

Chwo et al. (2002) zeigten, dass für die Verbesserung des Schlafens tatsächlich der Körperkontakt entscheidend ist und es nicht ausreicht, dass die Kinder nur einfach ohne dichten Kontakt im Arm ihrer Mütter sind. Sie untersuchten 68 Frühgeborene (34.–36. Schwangerschaftswoche). Die Hälfte der Kinder erhielt insgesamt 6-mal jeweils eine Stunde Körperkontakt in Form der Känguru-Methode. Die andere Hälfte der Kinder wurde in der gleichen Zeit von ihren Müttern in Decken gewickelt im Arm gehalten. Es zeigte sich, dass die Kinder mit Körperkontakt fast 3-mal so lange ruhig schliefen (62% vs. 22 % der Zeit).

#### ■ Aufmerksamkeit und Wachheit

In der eben beschriebenen Studie von Chwo et al. (2002) zeigte sich auch, dass die Kinder im Körper-

kontakt etwa doppelt so lange wach und aufmerksam waren. Zu einem entsprechenden Ergebnis kamen Feldman et al. (2002). Darüber hinaus befanden sich die Babys, wenn sie Körperkontakt hatten, deutlich weniger Zeit in einem schläfrigen Zustand (2% vs. 15% der Zeit, Chwo et al., 2002). Wie wir in ► Kap. 10 darstellen, ist eine solche Schläfrigkeit bzw. physiologische Unteraktivierung eine häufig zu beobachtende Besonderheit bei Frühgeborenen. Ein solcher Zustand ist für das Lernen im Bereich Beziehung und in anderen Bereichen ungünstig.

#### ■ Bewältigung unangenehmer oder schwieriger Situationen

Körperkontakt hilft, unangenehme oder schwierige Situationen besser zu bewältigen. Beispielsweise schrien Säuglinge bei einer Blutentnahme durch Stich in die Ferse im Körperkontakt um 82% weniger, als wenn sie nur auf dem Untersuchungstisch lagen. Sie verzogen ihr Gesicht um 65% weniger (Gray, Watt & Blass, 2000). Okan et al. (2010) fanden in der entsprechenden Situation bei Körperkontakt neben einer Verminderung des Schreiens auch eine höhere Sauerstoffsättigung sowie einen geringeren Anstieg der Herzfrequenz (s. auch Kahaninia et al., 2008; Freire, Garcia & Lamy 2008; Castral et al., 2008; Ludington-Hoe, Hosseini & Torowicz, 2005; Johnston et al., 2003). Impfschmerz wird im Körperkontakt ebenfalls besser ertragen (Saeidi et al., 2011).

Auch Situationen mit vielen, starken und neuartigen Sinnesreizen können Stress auslösen. Dies ist besonders dann der Fall, wenn Sinnesreize über verschiedene Modalitäten, z. B. Hören, Sehen, Fühlen und Bewegung, gleichzeitig oder in dichtem Wechsel erlebt werden. Feldman et al. (2002) beobachteten das Verhalten von ehemaligen Frühgeborenen im Alter von korrigiert 3 Monaten mithilfe einer Untersuchungssituation, bei der die Kinder mit zunehmend schwierigeren visuellen, auditiven und taktilen Reizen konfrontiert wurden. Das Kind war auf dem Schoß der Mutter, dem Untersucher zugewandt. Dieser begann zunächst mit einem eher einfachen visuellen Reiz, indem er dem Kind für 20 Sekunden ein einfaches Spielzeug zeigte. Nach einer kurzen Pause wurde als Nächstes das Spielzeug gezeigt und gleichzeitig das Kind angesprochen. In entsprechender Weise wurde die Schwierigkeit der

Situation allmählich weiter erhöht, bis dem Baby als schwierigstes Item ein schnell bewegtes Auto gezeigt wurde, das laute Geräusche machte und blinkte.

Es zeigte sich, dass Babys, die als Frühgeborene mit der Känguru-Methode betreut worden waren, diese Situationen besser bewältigten als Babys, die keine Känguru-Methode bekommen hatten:

- Sie schauten länger auf den jeweiligen Reiz.
- Sie zeigten mehr positiven Affekt.
- Es dauerte länger, bis sie zu schreien begannen.

Diejenigen Babys, die Körperkontakt nach der Känguru-Methode bekommen hatten, zeigten also eine günstigere Selbstregulation im Umgang mit der schwierigen Situation. Dies führte in Zusammenhang mit der immer intensiveren sensorischen Stimulation zu weniger Stress. Langfristig bedeutet das bei den Kindern beobachtete Verhalten, länger zu schauen und sich in der neuen Situation länger gut zu fühlen, auch eine verbesserte Fähigkeit zu lernen (Jansen & Streit, 2006). Dies dürfte ein wichtiger Grund sein für die bessere Entwicklung von Kindern, die früh viel Körperkontakt bekommen (s. ► Abschn. 4.5).

#### 4.4 Positiver Einfluss von Körperkontakt auf die Befindlichkeit der Mutter und die Eltern-Kind-Interaktion

##### ■ Befindlichkeit der Mutter

Auch die Mütter Frühgeborener profitierten vom frühen Körperkontakt mit ihrem Baby. So wurde ein positiver Einfluss der Känguru-Methode auf die Häufigkeit von Wochenbettdepressionen gefunden (Ahn, Lee & Shin, 2010; de Alencar, Arraes, de Albuquerque & Alves, 2009; Feldman, Eidelman, Sirota & Weller, 2002). Eine weitere Studie fand ein besseres Selbstwertgefühl der Mütter (Lee & Bang, 2011). Während des Körperkontakts selbst wurde bei den Müttern Frühgeborener eine Abnahme des Hormons Cortisol sowie der Herzfrequenz gemessen. Beides spricht für eine zunehmende Entspannung im Verlauf des Körperkontakts. Gleichzeitig verbesserte sich die stimmungsmäßige Befindlich-

keit der Mütter (Morelius, Theodorsson & Nelson, 2005).

##### ■ Eltern-Kind-Interaktion

Feldman et al. (2002) verglichen anhand von Videoaufzeichnungen die Eltern-Kind-Interaktion von Frühgeborenen, die Körperkontakt bekommen hatten bzw. die rein intensivmedizinisch betreut worden waren. Zum Zeitpunkt der ersten Videoaufzeichnungen, kurz vor dem Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins, drückten die Mütter der Känguru-Gruppe mehr positive Gefühle gegenüber ihrem Kind aus. Sie berührten ihr Baby mehr und schauten es mehr an. Die Säuglinge, die Körperkontakt bekommen hatten, waren wacher und zeigten weniger Vermeidung von Blickkontakt.

Im Alter von 3 Monaten zeigten in der Gruppe mit frühem Körperkontakt Mütter und Väter mehr Feinfühligkeit gegenüber ihrem Kind (Feldman, Weller, Sirota & Eidelman, 2003). Auch die Beziehung **zwischen** den Eltern war positiver. Darüber hinaus hatten die Eltern der Känguru-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine häusliche Umgebung geschaffen, die für die kognitive und emotionale Entwicklung der Kinder günstiger war.

Die Videoauswertung einer Spielsituation im Alter von 6 Monaten ergab, dass sich in der Känguru-Gruppe Mutter und Kind fast doppelt so lange wie in der Vergleichsgruppe gemeinsam mit einem einzelnen Spielzeug beschäftigten. Die Mütter der Vergleichsgruppe führten hingegen häufiger neue Spielzeuge ein (Feldman et al., 2002). In der Känguru-Gruppe zeigten die Kinder häufiger einen gemeinsamen Aufmerksamkeitsfokus mit ihrer Mutter (»joint attention«) und ein besseres Explorationsverhalten. Sowohl das bei den Müttern als auch das bei den Kindern beobachtete Verhalten bedeutet eine entscheidende Voraussetzung für ein erfolgreiches Lernen und damit eine günstige kognitive Entwicklung.

Bystrova et al. (2009) untersuchten 124 termingerecht geborene, gesunde Kinder. Diese bekamen in den ersten 2 Stunden nach der Geburt entweder Körperkontakt mit ihrer Mutter oder wurden getrennt. Im Alter von einem Jahr wurden Videoaufzeichnungen der Eltern-Kind-Interaktion in einer freien Spielsituation und in einer strukturierten Lernsituation ausgewertet. Diejenigen Mütter, die

unmittelbar nach der Geburt Körperkontakt mit ihren Kindern hatten, waren in ihren Beziehungssignalen feiner auf ihre Kinder abgestimmt. Die Kinder selbst waren weniger dysreguliert und irriterbar.

#### 4.5 Positiver Einfluss von Körperkontakt auf Lernen und Entwicklung

##### ■ Kognitive und motorische Entwicklung

Ohgi et al. (2002) fanden bei Kindern mit niedrigem Geburtsgewicht, die während ihres stationären Aufenthaltes täglich Körperkontakt erhielten, im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Körperkontakt höhere Werte in den Unterskalen »Orientierung« und »Statusregulation« der Neonatal Behavioral Assessment Scale. Mit 12 Monaten schnitten die Kinder der Körperkontaktgruppe in beiden Bayley-Skalen besser ab. Der Unterschied ist für die kognitive Entwicklung statistisch signifikant, für die motorische Entwicklung fast signifikant.

Von Ruth Feldman und ihren Mitarbeitern wurden sehr kleine Frühgeborene untersucht. Eine Gruppe erhielt an mindestens 14 Tagen jeweils mindestens 1 Stunde Körperkontakt, die andere Gruppe nicht. Auch hier zeigte sich in der Gruppe mit Körperkontakt ein reiferes Entwicklungsprofil in der Neonatal Behavioral Assessment Scale (Feldman et al., 2002) sowie eine bessere motorische und kognitive Entwicklung in den Bayley-Skalen (Feldman & Eidelman, 2003).

Auch in der Studie von Tessier et al. (2003) wurde ein positiver Einfluss von Körperkontakt auf die Entwicklung gefunden. Hier bekam eine Gruppe von Frühgeborenen den Körperkontakt vom Geburtszeitpunkt (Durchschnitt 33. SSW) bis zu einem Gestationsalter von 37–38 Wochen rund um die Uhr. Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten die Kinder mit korrigiert 1 Jahr in den Griffith-Skalen (Griffiths, 1970) einen signifikant höheren Intelligenzquotienten. Am meisten profitierten diejenigen Kinder vom Körperkontakt, die nach der Geburt mehr medizinische Komplikationen und im Alter von 6 Monaten mehr neurologische Auffälligkeiten hatten.

Normalgeborene Kinder, die im Rahmen der Studie von Ferber und Makhoul (2004) zusätzlichen Körperkontakt erhielten, hatten eine bessere Motorik. Der positive Effekt auf die motorische Entwicklung ist bis ins Jugendalter zu beobachten. Schneider, Charpak, Ruiz-Pelaez und Tessier (2012) untersuchten mithilfe des Verfahrens der transkraniellen Magnetstimulation (TMS) Hirnareale, die für die Steuerung motorischer Funktionen zuständig sind. Dabei zeigte sich bei Jugendlichen, die als Frühgeborene Körperkontakt entsprechend der Känguru-Methode bekommen hatten, im Vergleich zu ehemaligen Inkubator-Kindern eine höhere Leitgeschwindigkeit sowie eine bessere Synchronisation der Nervenverbände. Auch die Übertragung von Informationen zwischen den beiden Gehirnhälften funktionierte besser.

#### Literatur

- Ahn, H. Y., Lee, J. & Shin, H. J. (2010). Kangaroo care on premature infant growth and maternal attachment and post-partum depression in South Korea. *J Trop Pediatr*, 56(5), 342–344. doi: 10.1093/tropej/fmq063
- Anders, T. F., Keener, M. A. & Kraemer, H. (1985). Sleep-wake state organization, neonatal assessment and development in premature infants during the first year of life. II. *Sleep*, 8(3), 193–206.
- Bystrova, K., Ivanova, V., Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Ransjo-Arvidson, A. B., Mukhamedrakhimov, R., Uvnäs-Moberg, K. & Widstrom, A. M. (2009). Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*, 36(2), 97–109. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x
- Castral, T. C., Warnock, F., Leite, A. M., Haas, V. J. & Scochi, C. G. (2008). The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. *Eur J Pain*, 12(4), 464–471. doi: 10.1016/j.ejpain.2007.07.012
- Christensson, K., Cabrera, T., Christensson, E., Uvnäs-Moberg, K. & Winberg, J. (1995). Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr*, 84(5), 468–473.
- Christensson, K., Siles, C., Moreno, L., Belaustequi, A., De la Fuente, P., Lagercrantz, H., Puyol, P. & Winberg, J. (1992). [Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborn infants cared for skin-to-skin or in a crib]. *Jordmodern*, 105(11), 397–399.
- Chwo, M. J., Anderson, G. C., Good, M., Dowling, D. A., Shiau, S. H. & Chu, D. M. (2002). A randomized controlled trial of early kangaroo care for preterm infants: effects on temperature, weight, behavior, and acuity. *J Nurs Res*, 10(2), 129–142.

- Conde-Agudelo, A., Belizan, J. M. & Diaz-Rossello, J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev*(3), CD002771. doi: 10.1002/14651858.CD002771.pub2
- de Alencar, A. E., Arraes, L. C., de Albuquerque, E. C. & Alves, J. G. (2009). Effect of kangaroo mother care on postpartum depression. *J Trop Pediatr*, 55(1), 36–38. doi: 10.1093/tropej/fmn083
- Erlandsson, K., Dsilna, A., Fagerberg, I. & Christensson, K. (2007). Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. *Birth*, 34(2), 105–114.
- Feldman, R. & Eidelman, A. I. (2003). Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) accelerates autonomic and neurobehavioral maturation in preterm infants. *Dev Med Child Neurol*, 45(4), 274–281.
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L. & Weller, A. (2002). Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics*, 110(1), 16–26. doi: 10.1542/peds.110.1.16
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L. & Eidelman, A. I. (2002). Skin-to-Skin contact (Kangaroo care) promotes self-regulation in premature infants: sleep-wake cyclicity, arousal modulation, and sustained exploration. *Dev Psychol*, 38(2), 194–207.
- Feldman, R., Weller, A., Sirota, L. & Eidelman, A. I. (2003). Testing a family intervention hypothesis: the contribution of mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care) to family interaction, proximity, and touch. *J Fam Psychol*, 17(1), 94–107.
- Ferber, S. G. & Makhoul, I. R. (2004). The Effect of Skin-to-Skin Contact (Kangaroo Care) Shortly After Birth on the Neurobehavioral Responses of the Term Newborn: A Randomized, Controlled Trial. *Pediatrics*, 113(4), 858–865. doi: 10.1542/peds.113.4.858
- Freire, N. B., Garcia, J. B. & Lamy, Z. C. (2008). Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. *Pain*, 139(1), 28–33. doi: 10.1016/j.pain.2008.02.031
- Gray, L., Watt, L. & Blass, E. M. (2000). Skin-to-Skin Contact Is Analgesic in Healthy Newborns. *Pediatrics*, 105(1), e14–e14. doi: 10.1542/peds.105.1.e14
- Griffiths, R. (1970). *The Abilities of Young Children: A Comprehensive System of Mental Measurement for the First Eight Years of Life*. London: Child Development Research Center.
- Holditch-Davis, D., Belyea, M. & Edwards, L. J. (2005). Prediction of 3-year developmental outcomes from sleep development over the preterm period. *Inf Behav Dev* 28, 118–131.
- Jansen, F. & Streit, U. (2006). *Positiv lernen*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Johnston, C. C., Stevens, B., Pinelli, J., Gibbins, S., Filion, F., Jack, A., Steele, S., Boyer, K. & Veilleux, A. (2003). Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157(11), 1084–1088. doi: 10.1001/archpedi.157.11.1084
- Kashaninia, Z., Sajedi, F., Rahgozar, M. & Noghabi, F. A. (2008). The effect of Kangaroo Care on behavioral responses to pain of an intramuscular injection in neonates. *J Spec Pediatr Nurs*, 13(4), 275–280.
- Lawn, J. E., Mwansa-Kambafwile, J., Horta, B. L., Barros, F. C. & Cousens, S. (2010). 'Kangaroo mother care' to prevent neonatal deaths due to preterm birth complications. *Int J Epidemiol*, 39 Suppl 1, i144–154. doi: 10.1093/ije/dyq031
- Lee, J. & Bang, K. S. (2011). The Effects of Kangaroo Care on Maternal Self-esteem and Premature Infants' Physiological Stability. *Korean J Women Health Nurs*, 17(5), 454–462.
- Ludington-Hoe, S. M., Hosseini, R. & Torowicz, D. L. (2005). Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) analgesia for preterm infant heel stick. *AACN Clin Issues*, 16(3), 373–387.
- Ludington-Hoe, S. M., Johnson, M. W., Morgan, K., Lewis, T., Gutman, J., Wilson, P. D. & Scher, M. S. (2006). Neurophysiologic assessment of neonatal sleep organization: preliminary results of a randomized, controlled trial of skin contact with preterm infants. *Pediatrics*, 117(5), e909–923. doi: 10.1542/peds.2004–1422.
- Ludington-Hoe, S. M., Lewis, T., Morgan, K., Cong, X., Anderson, L. & Reese, S. (2006). Breast and infant temperatures with twins during shared Kangaroo Care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 35(2), 223–231. doi: 10.1111/j.1552–6909.2006.00024.x
- Marcovich, M. & de Jong, T. M. (2008). *Frühgeborene – zu klein zum Leben?* München: Kösel.
- Mazurek, T., Mikiel-Kostyra, K., Mazur, J., Wieczorek, P., Radwanska, B. & Pachuta-Wegjer, L. (1999). Influence of immediate newborn care on infant adaptation to the environment. *Med Wieku Rozwoj*, 3(2), 215–224.
- Moore, E. R., Anderson, G. C., Bergman, N. & Dowswell, T. (2012). Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, CD003519. doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub3
- Morelius, E., Theodorsson, E. & Nelson, N. (2005). Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics*, 116(5), 1105–1113. doi: 10.1542/peds.2004–2440
- Ohgi, S., Fukuda, M., Moriuchi, H., Kusumoto, T., Akiyama, T., Nugent, J. K., Brazelton, T. B., Arisawa, K., Takahashi, T. & Saitoh, H. (2002). Comparison of kangaroo care and standard care: behavioral organization, development, and temperament in healthy, low-birth-weight infants through 1 year. *J Perinatol*, 22(5), 374–379. doi: 10.1038/sj.jp.7210749
- Okan, F., Ozdil, A., Bulbul, A., Yapici, Z. & Nuhoglu, A. (2010). Analgesic effects of skin-to-skin contact and breastfeeding in procedural pain in healthy term neonates. *Annals of Tropical Paediatrics: Int Child Health*, 30(2), 119–128.
- Rey E. S. & Martinez, H. G. (1983). *Manejo racional de niño prematuro*. Proceeding of the Conferencias I Curso de Medicina Fetal y Neonatal; Bogota, Colombia, 137–151.
- Saeidi, R., Asnaashari, Z., Amirnejad, M., Esmaeili, H. & Robatsangi, M. G. (2011). Use of "kangaroo care" to alleviate the

- intensity of vaccination pain in newborns. *Iran J Pediatr*, 21(1), 99–102.
- Samra, N. M., El Taweel, A. & Cadwell, K. (2012). The effect of kangaroo mother care on the duration of phototherapy of infants re-admitted for neonatal jaundice. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 25(8), 1354–1357. doi: 10.3109/14767058.2011.634459
- Schneider, C., Charpak, N., Ruiz-Pelaez, J. G. & Tessier, R. (2012). Cerebral motor function in very premature-at-birth adolescents: a brain stimulation exploration of kangaroo mother care effects. *Acta Paediatr*, 101(10), 1045–1053. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02770.x
- Svensson, K. E., Velandia, M. I., Matthiesen, A. S., Welles-Nystrom, B. L. & Widstrom, A. M. (2013). Effects of mother-infant skin-to-skin contact on severe latch-on problems in older infants: a randomized trial. *Int Breastfeed J*, 8(1), 1. doi: 10.1186/1746-4358-81
- Tessier, R., Cristo, M. B., Velez, S., Gironb, M., Nadeaua, L., Charpak, N. & Calume, D. (2003). Kangaroo Mother Care: A method for protecting high-risk low-birth-weight and premature infants against developmental delay. *Develop*, 26(3), 384–397.
- Weisman, O., Magori-Cohen, R., Louzoun, Y., Eidelman, A. I. & Feldman, R. (2011). Sleep-wake transitions in premature neonates predict early development. *Pediatrics*, 128(4), 706–714. doi: 10.1542/peds.2011-0047

# Entstehung und Aufrechterhaltung einer Körperkontaktstörung

*Fritz Jansen, Uta Streit*

- 5.1 Unzutreffende oder ungünstige Erklärungsmodelle – 82
- 5.2 Unterscheidung zwischen Entstehung und Aufrechterhaltung – 83
- 5.3 Vermeiden des Körperkontaktes – 84
- 5.4 Warum vermeiden die Betroffenen Körperkontaktsituationen? – 86
- 5.5 Konditionierung: Körperkontakt – unangenehme Gefühle – 87
- 5.6 Unangenehme Alltagserfahrungen – 88

## 5.1 Unzutreffende oder ungünstige Erklärungsmodelle

Menschen mit einer Körperkontaktstörung bzw. deren Bezugspersonen haben in der Regel bestimmte Vorstellungen bezüglich der Ursachen der Körperkontaktstörung. Sehr oft sind diese Vorstellungen unzutreffend. Wenn sie doch zutreffen, lassen sie meist wesentliche Teile der Erklärung aus. So entstehen Modelle, die wenig hilfreich sind. Sie führen entweder zu unnötigen oder unzutreffenden Vorwürfen bzw. Selbstvorwürfen oder sie legen nahe, Körperkontaktstörungen zu akzeptieren – **anstatt sie zu verändern**. Wir möchten dies zunächst am Beispiel von Eltern erläutern, deren Kind von einer Körperkontaktstörung betroffen ist.

Wenn Babys oder Kinder Schwierigkeiten mit körperlicher Nähe haben, dann zeigen sich diese Schwierigkeiten zunächst in Bezug auf ihre Mütter und ihre Väter. Dies bringt die meisten Eltern in eine schwierige Situation. In aller Regel verfügen sie über keine angemessene oder zutreffende Erklärung für das Verhalten ihres Kindes. Trotzdem suchen sie – wie das alle Menschen in einer solchen Situation tun würden – nach einem Erklärungsmodell.

In Ermangelung eines zutreffenden Modells greifen sie auf Erklärungen zurück, die unter Verwendung von plausiblen Denkansätzen naheliegend sind. Eine sehr naheliegende Erklärung in diesem Zusammenhang ist die Vorstellung, dass die Schwierigkeiten ihres Kindes etwas mit ihnen zu tun haben. Ist dieser Gedanke einmal angedacht, folgt ein nächster plausibler gedanklicher Schritt. Wenn es etwas ist, was mit ihnen zu tun hat, dann muss es mit einem Fehlverhalten zu tun haben.

Diese Sicht der Dinge führt bei den betroffenen Eltern zu einem der nächsten plausiblen Schritte. Sie prüfen die Zeit der Schwangerschaft bis zur Gegenwart, ob irgendein Fehlverhalten ihrerseits zu finden ist, mit dem sich das Verhalten ihres Kindes erklären lässt. Da die meisten Lebenswege nicht einfach verlaufen, finden die meisten eine Erklärung – manchmal auch mehrere. Wir möchten nur einige Beispiele einer grundsätzlich fast endlosen Erklärungsliste aufzählen: Auseinandersetzungen mit dem Ehepartner, Scheidung, Unzufriedenheit mit der Lebenssituation, Wochen der Unsicher-

heit in der Schwangerschaft über die Annahme des Kindes, Wochenbettdepressionen, zu viel in der Schwangerschaft gearbeitet, Unzufriedenheit und Enttäuschungen in Zusammenhang mit dem betroffenen Kind, Spannungen zwischen dem betroffenen Kind und ihnen als Mutter oder Vater, häufige bzw. ständige Auseinandersetzungen mit dem betroffenen Kind etc.

Wie gesagt, die meisten finden bei einer solchen Suche in der Vergangenheit oder Gegenwart mindestens eine Erklärung, die für sie irgendwie plausibel ist. Aber auch diejenigen, denen das nicht gelingt, bemühen sich um eine Erklärung. In diesem Fall wird dann die Ursache nicht im eigenen Verhalten gesucht, sondern im Kind, beispielsweise: »mein Baby mag keinen Körperkontakt« oder »mein Kind ist kein Schmuser«.

Jedes dieser Erklärungsmodelle hat Folgen. Diejenigen, die denken, dass ihr Kind keinen Körperkontakt mag oder von seiner Person her nicht gerne schmust, hören auf, nach Lösungen zu suchen. Sie schätzen das Verhalten ihres Kindes als unveränderbar ein, als etwas, was es zu akzeptieren bzw. anzunehmen gilt.

Mütter und Väter, die so denken, verlangen sich etwas ab, was sie als Mutter oder Vater auszeichnet. Sie versuchen oder lernen tatsächlich etwas anzunehmen, was ihnen als Mensch nicht gleichgültig ist und was nicht selten wehtut und mit Verletzung und Enttäuschung zusammenhängen kann.

Auch diejenigen, die denken, dass sich ihr Kind wegen ihres Fehlverhaltens so verhält, können in aller Regel keine wirkliche Lösung finden. Trotzdem erbringen sie als Mutter oder Vater eine Leistung, die Bewunderung abverlangt. Auf einem sehr schweren Weg, auf dem zunächst keine Lösung vor Augen steht, kämpfen sie immer wieder um ihr Kind und schützen sich nicht. Sie nehmen z. T. schwerste Selbstvorwürfe und Schuldgefühle in Kauf, um vielleicht irgendwie eine Lösung zu finden. Manchmal müssen sie diesen Weg alleine gehen. Manchmal kommt es noch schlimmer. Freunde, Verwandte, Familienangehörige und sogar professionelle Helfer – die alle keine wirkliche Lösung vorschlagen können – stellen sich gegen die schon durch ihre eigenen Selbstvorwürfe unsicheren Mütter und Väter – ein scheußlicher Gefühlszustand.

Am schlimmsten trifft es die, bei denen sich die Kinder meist unbewusst für den Weg der ständigen Machtkämpfe entscheiden, um u. a. das auszugleichen, was sie aufgrund ihrer Körperkontaktstörung nicht bekommen. Die ständigen Machtkämpfe zeren an der Beziehung und stellen eine beständige Belastung dar. Unter solchen Bedingungen reagieren die meisten Mütter oder Väter irgendwann genervt – früher oder später. Dieses Genervtsein, macht sie in den Augen der anderen verdächtig, dass sie ihr Kind über ihr Genervtsein dahin bringen, sich nicht auf körperliche Nähe einzulassen. Meist können sich die betroffenen Mütter und Väter gegen solche Vorwürfe innerlich nicht wehren. Sie spüren ihr häufiges Genervtsein, werfen sich dieses selbst vor und halten es auch für möglich oder sehr wahrscheinlich, dass ihr Kind sich aufgrund ihres eigenen Verhaltens so verhält.

## 5.2 Unterscheidung zwischen Entstehung und Aufrechterhaltung

---

Die meisten Denkmodelle von Betroffenen und ihren Bezugspersonen unterscheiden nicht zwischen Entstehung und Aufrechterhaltung einer Körperkontaktstörung. Normales Denken unter Verwendung von plausiblen Erklärungsmodellen betrachtet in diesem Zusammenhang mehr die Vergangenheit und nicht die Gegenwart.

Die meisten stellen sich die Frage: Wie ist dieses Verhalten entstanden? Sie fragen nicht: Warum ist es heute noch so? Sie nehmen gleichsam als gesetzt an, dass ein einmal entstandenes Verhalten auch logischerweise in der Gegenwart vorhanden sein muss. Dies trifft in der Regel nicht zu. Deshalb erweisen sich solche Betrachtungen zur Bewältigung von Körperkontaktstörungen als wenig hilfreich.

Die Frage, wie ein Problem aufrechterhalten wird, ist entscheidender. Wer weiß, welche Größen heute die Körperkontaktstörung aufrechterhalten, kann gezielter etwas verändern. Darüber hinaus lässt sich die Frage, warum heute noch ein Problem besteht, klarer beantworten. In der Gegenwart lässt sich ein Problem beobachten und präziser analysieren. Bezogen auf die Vergangenheit ist das schwieriger. Zu oft lässt sich über die Vergangenheit nur

spekulieren, zumindest wenn es um einen konkreten Menschen geht. Zum anderen spielen die vermeintlich gefundenen Verursachungsgrößen für die Gegenwart nur zum Teil eine Rolle – oft genug gar keine mehr.

Den Unterschied zwischen der Erklärung über die Vergangenheit und der Erklärung über die Gegenwart möchten wir an einigen Beispielen verdeutlichen – zunächst außerhalb des Körperkontaktes.

Ein Mädchen fragt seine Mutter: »Warum ist Peter arbeitslos?« Antwort der Mutter: »Weil die Firma ihn vor 12 Monaten entlassen hat.« Antwort des Mädchens: »Aber Papa wurde doch auch vor 12 Monaten entlassen und hat heute wieder Arbeit.«

Das Beispiel zeigt, dass sich ein bestehendes Problem nicht ausreichend über seine Entstehung erklären lässt. Die »Entlassung« in der Vergangenheit erklärt nicht ausreichend, warum das Problem »Arbeitslosigkeit« zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch weiter besteht.

Bei seelischen Problemen zeigen sich vergleichbare Zusammenhänge. Der Jugendliche fragt, die Mutter: »Warum ist Tante Sophia seit so vielen Jahren depressiv?« Die Mutter antwortet: »Weil ihr Mann sie verlassen hat.« Der Jugendliche fragt: »Aber hat Papa dich nicht in der gleichen Zeit auch verlassen und du bist gar nicht depressiv?« Die Mutter: »Ja, das war damals ein harter Schlag für mich.«

Auch an diesem Beispiel sehen wir, dass die Zündung der Depression – in diesem Fall das Verlassenwerden – keine ausreichende Erklärung dafür liefert, warum die Depression nach Jahren noch immer weiter fortbesteht.

Eine wissenschaftlich ausgerichtete Psychotherapie unterscheidet heute sehr klar zwischen der Entstehung des Problems und den Größen, die ein Problem in der Gegenwart aufrechterhalten. Bezogen auf die Entstehung lässt sich im Einzelfall nur spekulieren. Die Vergangenheit kann im Einzelfall nicht sicher erklärt werden. Darüber hinaus muss die Zündung eines Problems nicht mit der Aufrechterhaltung übereinstimmen. Verdeutlichen wir uns das bis hierhin Aufgezeigte am Beispiel einer Körperkontaktstörung.



■ **Abb. 5.1a–f** zeigt wie eine Körperkontaktstörung auf Dauer aufrechterhalten wird. Es kommt zu ständig neuen Traumatisierungen aufgrund von Kurzkontakten, die zu einem unangenehmen Gefühl in Zusammenhang mit Körperkontakt führen. Das Vermeiden des Körperkontaktes verhindert neue positive Erfahrungen. Der Vater hebt seinen Jungen auf seinen Schoß (■ Abb. 5.1a). Dieser lässt sich für einen Moment auf körperliche Nähe ein (■ Abb. 5.1b), spürt dann das unangenehme Gefühl des Körperkontaktes und stößt sich ab (■ Abb. 5.1c–e). Danach bleibt er in einer Sitzposition, die er auf Dauer ertragen kann, wenn er sich gleichzeitig auf anderes als den Körperkontakt konzentriert. (■ Abb. 5.1f). (© Jansen & Streit)

### 5.3 Vermeiden des Körperkontaktes

➤ **Das Vermeiden des Körperkontaktes ist das Kernproblem bei der Aufrechterhaltung einer Körperkontaktstörung.**

Die ■ Abb. 5.1 a–f zeigt das wesentliche Problem bei der Aufrechterhaltung einer Körperkontaktstörung.

■ Abb. 5.1a: Vorsichtig und liebevoll hebt der Vater seinen Sohn auf seinen Schoß. Beim Hoch-

heben zeigt der Sohn bereits erste Anzeichen einer Körperkontaktstörung. Er dreht die linke Handfläche vom Körper des Vaters weg und die rechte Hand (und der rechte Arm) geht in Abwehrstellung.

■ Abb. 5.1b: Für einen kurzen Augenblick lässt sich der Junge etwas besser auf Körperkontakt ein. Die rechte Hand berührt den Oberarm des Vaters – aber nur für Sekunden.

■ Abb. 5.1c: Im nächsten Moment wird ihm dieser Körperkontakt unangenehm und er drückt sich vom Körper ab. Er zieht seinen linken Arm aus der Umarmung und faustet die rechte Hand.

■ Abb. 5.1d–e: Er stößt sich vom Vater ab.

■ Abb. 5.1f: Er begibt sich in eine Sitzposition mit etwas Abstand zum Körperkontakt. Seine Konzentration ist auf andere Dinge gerichtet. So kann er den verbleibenden Körperkontakt gut ertragen.

Dieser scheinbar unbedeutende Vorgang stellt einen tiefgreifenden Eingriff in die Psyche des Kindes dar.

➤ **Das Kind geht für einen Moment in den Körperkontakt, macht erneut eine unangenehme Erfahrung und erfährt damit eine erneute Traumatisierung.**

Es entfernt sich aus dem Körperkontakt mit dieser unangenehmen Erfahrung und der erneuten Traumatisierung. Derartige Erfahrungen und Traumatisierungen passieren in der Regel Dutzende Male am Tag. Anstelle positiver korrigierender Erfahrungen erfolgt eine große Anzahl sich wiederholender kurzer Traumatisierungen – jeden Tag und trotz eines liebevollen und extrem positiven Verhaltens der Eltern.

Eine Körperkontaktstörung bleibt deswegen auf Dauer stabil, weil immer wieder neue Traumatisierungen durch Kurzkontakte mit unangenehmen Gefühlen und anschließendem Vermeiden stattfinden. Hierdurch kommt es zu keinem positiven Umlernen.

Vergleichbare Erfahrungen machen alle Menschen mit einer Körperkontaktstörung. In normalen Alltagssituationen kommt es immer wieder zu erneuten Traumatisierungen. Beispiele hierfür sind: Ein Kind mit einer Körperkontaktstörung steht neben einem anderen Kind. Das andere Kind hebt den Arm, um ihn um das von der Körper-

kontaktstörung betroffene Kind zu legen. Dieses weicht aus. Auch in diesem Fall kommt es zu einer erneuten Traumatisierung. In dem Augenblick, in dem das Kind den Arm des anderen Kindes sieht, kommt das ungute Gefühl auf. Körperkontakt – auch wenn er gar nicht stattgefunden hat – wird erneut mit ungunen Gefühlen gekoppelt. Mit diesem ungunen Gefühl wird die Situation verlassen. Eine korrigierende Erfahrung im Zusammenhang mit Körperkontakt hat nicht stattgefunden.

Entsprechendes gilt für Jugendliche und Erwachsene mit einer Körperkontaktstörung. Wann immer sie in eine Situation kommen, in der ein unangenehmes Gefühl bezogen auf Körperkontakt ausgelöst wird und sie sich anschließend schnell der Situation entziehen, findet eine erneute Traumatisierung statt. Die Prozesse, die in einem solchen Augenblick ablaufen – einschließlich der unangenehmen Gefühle –, müssen den Betroffenen nicht bewusst sein. Trotzdem geschehen sie an jedem Tag immer wieder, beispielsweise bei Begrüßungen, bei Berührungen durch den Partner, beim Spielen mit anderen Kindern, im Beruf. Jedes Mal findet eine erneute Traumatisierung statt und jedes Mal vermeiden die Betroffenen die Situation, bevor es zu neuen positiven Erfahrungen kommen kann.

Das Kind in ■ Abb. 5.1 lässt uns verstehen, warum eine einmal gelernte Körperkontaktstörung dauerhaft bestehen bleibt. Das gleiche Kind lässt uns jedoch noch etwas anderes sehr Wichtiges erkennen. Es zeigt uns durch sein Verhalten, dass es in Wirklichkeit den Körperkontakt haben möchte – auch in dieser Situation. Hierfür müssen wir uns die Übergänge von ■ Abb. 5.1a nach ■ Abb. 5.1b und von ■ Abb. 5.1b nach ■ Abb. 5.1c vor Augen führen. Der Junge geht sofort in die Abwehr (■ Abb. 5.1a). Dies stimmt mit der Vorstellung überein, dass an den Reiz »Körperkontakt« über eine klassische Konditionierung unangenehme Gefühle gekoppelt sind (vgl. ► Abschn. 7.2.3), die in der Amygdala gespeichert sind. Über die Amygdala wird das Vermeidungsverhalten gezündet. Zunächst erscheint deshalb ■ Abb. 5.1b unverständlich. Hier lässt sich der Junge besser ein. Dies erscheint wie ein Widerspruch.

Derartige Abläufe entstehen, wenn zwei widersprüchliche Ziele **fast** gleichzeitig vom Kind aktiviert werden. Hätte der Junge nur das eine Ziel, Kör-

perkontakt zu vermeiden, so könnte man das kurze Einlassen in **Abb. 5.1b** nicht beobachten. Da es vorhanden ist, muss es hierfür ein Ziel geben. Dieses Ziel heißt: »Ich möchte in den Körperkontakt gehen.« Aufgrund dieser zwei widersprüchlichen Ziele kommt ein **scheinbar** widersprüchliches Verhalten in der Situation zustande. Ein solches Springen zwischen zwei sich widersprechenden Zielen in Zusammenhang mit Körperkontakt können wir nur beobachten, wenn die Körperkontaktstörung nicht zu stark ist. Wäre die Körperkontaktstörung stärker, könnte sich das Ziel, Körperkontakt haben zu wollen, nicht mehr durchsetzen.

#### 5.4 Warum vermeiden die Betroffenen Körperkontaktsituationen?

Die Frage, die an dieser Stelle aufkommt, lautet: Warum vermeiden die Betroffenen Situationen mit Körperkontakt, wenn es hierdurch zu immer wieder neuen Traumatisierungen kommt und grundsätzlich keine neuen positiven Erfahrungen gemacht werden können? Ein solches Verhalten erscheint unvernünftig und die Frage ist berechtigt, warum sich die Betroffenen so verhalten. Sie müssten doch eigentlich das Ziel haben, positive Erfahrungen mit Körperkontakt zu machen, damit sie ihn auf Dauer eingehen können. So kann man die anfängliche Frage auch anders formulieren: Warum verhalten sich die Betroffenen bezogen auf solche Situationen »unvernünftig«?

Die Antwort auf diese Frage hat uns die Grundlagenforschung erarbeitet. LeDoux (1995) zeigt auf, dass der entscheidende Grund für diese Art des Vermeidens der besondere Ort der Speicherung ist. Unangenehme Gefühle im Zusammenhang mit Körperkontakt stellen klassische Konditionierungen dar, also Kopplungen zwischen Reizen und unangenehmen Gefühlen (s. ausführliche Darstellung in ► Kap. 7). Diese Kopplungen werden gespeichert. Dies geschieht in einem besonderen Gebiet unseres Gehirns, der Amygdala. Die Amygdala ist für die nachfolgenden Besonderheiten im Zusammenhang mit Kopplungen von unangenehmen Gefühlen verantwortlich.

1. Solange kein Umlernen durch positive Erfahrungen erfolgt, werden Kopplungen zwischen einer Situation und einem Gefühl lebenslang gespeichert.
2. Das unangenehme Gefühl wird unbewusst und blitzschnell abgerufen.
3. Das Vermeidungsverhalten wird ebenfalls unbewusst und blitzschnell eingeleitet.
4. Durch die Punkte 2 und 3 kommt es dazu, dass die Betroffenen bereits vermeiden, bevor sie bewusst erkennen oder bewusst denken.
5. Da sich die Betroffenen aufgrund des Vermeidens sofort besser fühlen, werden sie lerntheoretisch hierfür bereits belohnt, bevor sie die Situation durch bewusstes Denken erfasst haben.

Jeder, der mit Menschen arbeitet, weiß, dass solche Prozesse tiefgreifend Einfluss nehmen. Dies gilt für Kinder wie auch für Erwachsene. Ein wirkliches Entkommen aus diesem Teufelskreis gelingt nur, wenn die Betroffenen über ausreichend lange Zeit positive Erfahrungen mit Körperkontakt machen. Inwieweit ihnen dies möglich wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab, beispielsweise dem eigenen Wissen über diese Zusammenhänge und den Reaktionen der Umgebung.

Kinder haben in solchen Situationen kaum eine Chance. Sie sitzen sprichwörtlich in der Falle, in die ihre »Berater« sie hineinsteuern. Ihre Amygdala sagt: »Vermeide«. Ihre Eltern unterstützen ihr Vermeiden, weil sie durch ihre eigenen Erklärungsmodelle fehlgesteuert sind, denn:

- Was werden Mütter oder Väter tun, wenn sie denken »mein Kind ist kein Schmuser« oder »mein Kind mag Körperkontakt nicht«? Sie werden ihr Kind loslassen, wenn es sich von ihrem Körper abstößt und Körperkontakt vermeidet.
- Was werden Mütter oder Väter tun, wenn sie denken: »Ich habe etwas falsch gemacht, deswegen will mein Kind meinen Körperkontakt nicht«? Sie werden ihr Kind loslassen, wenn es sich von ihrem Körper abstößt und Körperkontakt vermeidet.

Wenn Mütter und Väter ihr Kind loslassen, wenn es den Körperkontakt vermeidet, dann geben sie

durch ihr Loslassen mindestens unbewusst zwei Botschaften: »Ich weiß auch keine Lösung« und »Es ist in Ordnung, wenn du aus der Situation gehst«.

Erwachsenen, die von einer Körperkontaktstörung betroffen sind, geht es meistens nicht besser. Sie treffen in der Regel auf Partner, deren Denkmodelle in Zusammenhang mit Körperkontakt nicht hilfreich sind. Diejenigen Partnerinnen oder Partner, die die Körperkontaktstörung annehmen, beispielsweise indem sie denken »mein Mann ist so«, unterstützen nach besten Kräften das Vermeiden des Körperkontaktes. Aber auch diejenigen Partnerinnen und Partner sind nicht hilfreich, die denken, dass ihr Partner sie nicht mag, wenn er an körperlicher Nähe weniger Interesse hat. Wer in diesem Zusammenhang so denkt, lässt praktisch immer das Vermeiden zu. Die eigene Unsicherheit erlaubt es nicht, den Körperkontakt einzufordern.

Auch wenn Partnerinnen oder Partner Körperkontakt einfordern, ist dies nur dann hilfreich, wenn es mit Wohlwollen und Zuneigung geschieht – ohne Vorwürfe und Herabsetzungen, die oft mit Verletzungen und Machtkämpfen einhergehen. Aber wie viele Erwachsene mit einer Körperkontaktstörung bekommen das Geschenk, dass ihr Partner Körperkontakt wohlwollend einfordert – zumal sich die Zahl der Beschenkten durch mangelndes Wissen massiv reduziert?

### Falle Körperkontaktstörung

Obwohl Kinder und Erwachsene mit einer Körperkontaktstörung grundsätzlich über die biologischen Voraussetzungen zum Umlernen verfügen, sitzen die meisten von ihnen in der Falle. Ihre Erfahrung sagt ihnen, dass Körperkontakt unangenehm ist. Ihre Amygdala sagt ihnen, dass es gilt, Körperkontakt zu vermeiden. Sie verfügen nicht über das wissenschaftliche Modell, dass sie sich mit dem Körperkontakt auseinandersetzen müssen, um über die Zeit mit dem Körperkontakt positive Erfahrungen machen zu können. Auf ihre soziale Umgebung können sie sich in den wenigsten Fällen verlassen. Glücklicherweise können diejenigen sein, die hier andere Erfahrungen machen.

## 5.5 Konditionierung: Körperkontakt – unangenehme Gefühle

Wie kommt es zu einer klassischen Konditionierung zwischen Körperkontakt und unangenehmen Gefühlen?

Wenn wir diese Frage bezogen auf ein bestimmtes Kind oder einen bestimmten Erwachsenen stellen, dann ist das eine Frage an die Vergangenheit. Wir fragen danach, wie die Zündung des heutigen Problems aussah, nicht wie das Problem heute aufrechterhalten wird. Da diese Frage sich auf die Vergangenheit bezieht, kann sie bezogen auf den Einzelfall meist nicht sicher beantwortet werden.

Es lassen sich im Einzelfall jedoch Vermutungen anstellen. Diese stützen sich vor allem auf die Aussagen der Eltern, vielleicht auf Arztberichte und auf die **bewusst gewordenen** und sprachlich mitgeteilten Zusammenhänge der Betroffenen. Diese Daten werden mit dem Wissen über die Problematik »Körperkontaktstörung« verknüpft. Aus diesen Informationen werden dann Schlüsse gezogen, die nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zutreffen. Für Eltern und für die Betroffenen selbst sind die so gewonnenen Informationen oft wichtig. Für die Durchführung der Therapie in aller Regel nicht – glücklicherweise.

Im Einzelfall lassen sich die Größen nicht sicher bestimmen, die zu einer Körperkontaktstörung geführt haben. Obwohl dies so ist, lässt sich grundsätzlich eine Liste typischer Ursachen von Körperkontaktstörungen erstellen.

Um das Wichtigste vorwegzunehmen: Die meisten Körperkontaktstörungen werden vollkommen anders gezündet, als sich das die meisten Beteiligten und Betroffenen und auch die meisten professionellen Helfer vorstellen.

Zunächst einmal muss mindestens eine klassische Konditionierung geschehen, um Vermeidungsverhalten aufzubauen. Damit lässt sich die erste der folgenden Regeln bestimmen. Körperkontaktstörungen werden gezündet, wenn folgende Bedingungen eintreten:

1. Es muss mindestens eine unangenehme Erfahrung stattfinden.

2. Diese unangenehme Erfahrung bzw. unangenehmen Erfahrungen müssen zeitlich gleichzeitig zum Körperkontakt stattfinden.
3. Durch Bedingungen unter Punkt 1 und 2 muss eine klassische Konditionierung zwischen Körperkontakt und unangenehmen Gefühlen aufgebaut werden.
4. Die Eintragung der klassischen Konditionierung in die Amygdala erfolgt automatisch. Ab diesem Moment wird automatisch die Vermeidung des Körperkontaktes ausgelöst.

## 5.6 Unangenehme Alltagserfahrungen

Welche unangenehmen Erfahrungen können eine Kopplung zwischen Körperkontakt und unangenehmen Gefühlen im Sinne der klassischen Konditionierung auslösen?

Die meisten, die die bisherigen Ausführungen gelesen haben, entwickeln Vorstellungen darüber, welche unangenehmen Erfahrungen bei einer Körperkontaktstörung die alles entscheidende klassische Konditionierung hervorrufen werden. Bezogen auf Einzelfälle werden vermutlich alle Recht haben, denn jede unangenehme Erfahrung im Zusammenhang mit körperlicher Nähe kann eine solche klassische Konditionierung auslösen.

Die meisten werden jedoch erstaunt sein, wenn sie die nachfolgende Liste lesen. Die wenigsten denken daran, dass die meisten Auslöser einer ungünstigen klassischen Konditionierung Bedingungen sind, die nicht mit Beziehung zusammenhängen. Mit anderen Worten ausgedrückt bedeutet das:

➤ **In den meisten Fällen, in denen eine Körperkontaktstörung ausgelöst (gezündet) wird, ist dies nicht auf eine »schlechte« Beziehung zurückzuführen.**

Es sind Bedingungen außerhalb der Beziehung. Die wichtigsten Bedingungen sind zuerst aufgeführt. Es sind Überempfindlichkeiten gegenüber bestimmten Sinnesreizen, die man auch als »Störung der sensorischen Integration« bezeichnet. Wegen der Wichtigkeit wurden ihnen zwei eigene Kapitel gewidmet (► Kap. 6 und ► Kap. 9). Dieses Kapitel ist

auch für die Erwachsenen gedacht, die von einer Körperkontaktstörung betroffen sind, oder für deren Bezugspersonen.

### 1. Unangenehme Gefühle aufgrund von Störungen der sensorischen Integration

Einige Beispiele dafür, wie Störungen der sensorischen Integration zu unangenehmen Erfahrungen in Zusammenhang mit Körperkontakt führen können:

- taktiler Bereich: Eine Überempfindlichkeit gegenüber Berührung kann beispielsweise bewirken, dass Anfassen oder Streicheln unangenehme Empfindungen auslöst;
- vestibulärer Bereich: Eine Überempfindlichkeiten des Gleichgewichtssystems kann beispielsweise dazu führen, dass schnelles Hochheben oder Lageveränderungen zu unangenehmen Empfindungen führt. Gerade im Säuglingsalter ist Körperkontakt oft mit entsprechenden Stimulationen des Gleichgewichtssystems verbunden;
- visueller Bereich: Bei autistischen Menschen können beispielsweise unangenehme Gefühle in Zusammenhang mit Körperkontakt durch die Gesichtswahrnehmung ausgelöst werden;
- auditiver Bereich: Beispielsweise können durch bestimmte Frequenzen in der Stimme einer Bezugsperson unangenehme Gefühle ausgelöst werden.

Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer sensorischen Integrationsstörung verarbeiten die Reize in den Bereichen anders, in denen sich die sensorische Integrationsstörung bemerkbar macht. Aufgrund der anderen Verarbeitung fühlen sich bestimmte Reize unangenehm an. Wenn dies im Zusammenhang mit körperlicher Nähe geschieht, kann es zur Kopplung von unangenehmen Gefühlen mit dem Körperkontakt kommen.

### 2. Schmerzen im Zusammenhang mit körperlicher Nähe

Beispiele sind:

- Blutabnahme bei Frühgeborenen;
- Spritzen bei Krankenbehandlungen;
- andere medizinischen Maßnahmen, die Schmerzen verursachen.

### 3. Blockierungen der Wirbelsäule

- zum Beispiel Kiss-Syndrom (kopfgelenk-induzierte Symmetriestörung). Hier können Blockierungen im Hals-Nacken-Bereich in Zusammenhang mit körperlicher Nähe zu Schmerzen führen.

### 4. Zu lange Trennung von körperlicher Nähe

Beispiele sind:

- Zu lange Trennung Frühgeborener von der Mutter;
- andere Gründe die bei einer medizinischen Versorgung zu einer zu langen Trennung von Kind und Eltern führen;
- Adoptiv- oder Pflegekinder, die zu lange keinen Körperkontakt bekamen.

### 5. Genetische Faktoren

- Beispielsweise begünstigt ein zu niedriger Oxytocin-Spiegel eine Körperkontaktstörung.

Aufgrund der unter Punkt 1–4 angesprochenen Bedingungen können wir Häufungen einer Körperkontaktstörung bei frühgeborenen Babys und Babys mit Regulationsstörungen feststellen. Auch geht eine Häufung mit einer AD(H)S einher. Menschen mit autistischen Störungen haben mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit eine Körperkontaktstörung. Diese ist behandelbar und muss nicht – wie häufig angenommen – als ein gegebenes Schicksal hingenommen werden (► Kap. 11). Dies gilt auch für das Vermeiden des Blickkontakts.

### 6. Unangenehme Erfahrungen aufgrund von Beziehung in Zusammenhang mit körperlicher Nähe

- Erschrecken und ängstlicher oder besorgter Gesichtsausdruck einer Bezugsperson;
- unangenehme Beziehungssignale aufgrund einer Körperkontaktstörung eines oder beider Elternteile;
- Ablehnung bei Aufsuchen des Körperkontaktes;
- sexueller Missbrauch;
- unangenehme Beziehungssignale aufgrund einer grundsätzlichen Ablehnung bzw. Vernachlässigung des Kindes.

Die bisher dargestellten Zusammenhänge stellen für den ganz großen Teil aller Körperkontaktstörungen den passenden Erklärungsansatz dar. Wir müssen jedoch für eine kleine Gruppe von Betroffenen davon ausgehen, dass **zusätzliche** Verursachungsgrößen eine Rolle spielen. Aus grundsätzlichen Überlegungen heraus und weil es aus der Grundlagenforschung deutliche Hinweise gibt, müssen wir unterstellen, dass genetische Größen, stoffwechselbedingte oder neurologische Ursachen im Einzelfall eine Rolle spielen können. Hierbei ist zuerst an autistische Menschen zu denken.

Wenn wir es auch für sehr wahrscheinlich halten, dass bei autistischen Menschen zusätzliche Größen eine Rolle spielen, so möchten wir doch in diesem Zusammenhang mit allem Nachdruck Folgendes unterstreichen:

Autistische Menschen haben mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit eine Körperkontaktstörung. Auch bei autistischen Menschen spielen die sensorischen Integrationsstörungen eine ganz entscheidende Rolle bei der Zündung einer Körperkontaktstörung – unabhängig davon, ob möglicherweise noch andere Faktoren erschwerend in diese Prozesse eingreifen.

Wir führen es auf diese Sachverhalte zurück, dass auch autistische Menschen die Fähigkeit zum Körperkontakt und zum Blickkontakt erlernen können. Wir haben seit mehr als 20 Jahren Erfahrungen mit der Behandlung autistischer Menschen gemacht. Wenn mit der Körperbezogenen Interaktionstherapie rechtzeitig begonnen wird, dann stellen sich Erfolge im Bereich Körperkontakt, Blickkontakt und Beziehungsfähigkeit ein, die erfahrene Kollegen im Bereich Autismus nicht erwarten würden – um das einmal ganz vorsichtig auszudrücken (► Kap. 11).

Als abschließende Bemerkung in diesem Kapitel seien noch einmal Prozesse hervorgehoben, die bereits an vielen Stellen inhaltlich angesprochen bzw. ausgeführt worden sind. Bestehende Körperkontaktstörungen werden nicht nur durch beschreibbare Prozesse gezündet und aufrechterhalten. Sie bringen selbst Prozesse in Gang, die die Gesamtsituation der Betroffenen ungünstig beeinflussen. Wichtige Prozesse dieser Art sind:

- Die Körperkontaktstörung wirkt auf das eigene Verhalten der Betroffenen ungünstig ein.

- Die Körperkontaktstörung wirkt auf das Verhalten der Bezugspersonen ungünstig ein.
- Die Körperkontaktstörung geht mit anderen Störungen der Betroffenen eine ungünstige Wechselwirkung ein, z. B. Autismus, AD(H)S, Depression, Störungen des Sozialverhaltens, Störungen des Lern- und Leistungsverhaltens, aggressives Verhalten, Paarproblematik. Aufgrund dieser Wechselwirkung entwickelt sich eine Körperkontaktstörung von einer einfachen Störung zu einem Syndrom.

5

Im nächsten Kapitel wird die Entstehung einer Körperkontaktstörung durch eine Störung der sensorischen Integration aufgezeigt. **Auch erwachsene Betroffene sollten dieses Kapitel unbedingt lesen.**

# Zusammenhang zwischen Störungen der sensorischen Integration und Körperkontaktstörungen

*Uta Streit, Sabine Nantke, Kirsten Anne Hinrichsen*

- 6.1 Störungen der sensorischen Integration – 92**
- 6.2 Zusammenhang mit Körperkontaktstörungen – 93**
- 6.3 Taktiles System: Tast- bzw. Berührungssinn – 94**
  - 6.3.1 Taktile Überempfindlichkeit – 94
  - 6.3.2 Taktile Überempfindlichkeit und Körperkontaktstörung – 96
- 6.4 Vestibuläres System: Gleichgewichtssinn – 97**
  - 6.4.1 Vestibuläre Überempfindlichkeit – 97
  - 6.4.2 Vestibuläre Überempfindlichkeit und Körperkontaktstörung – 99
  - 6.4.3 Anzeichen einer vestibulären Unterinformiertheit – 99
  - 6.4.4 Vestibuläre Unterinformiertheit und Körperkontaktstörung – 100
- 6.5 Propriozeptives System: Eigenwahrnehmung – 101**
  - 6.5.1 Anzeichen einer propriozeptiven Störung – 101
  - 6.5.2 Propriozeptive Störung und Körperkontaktstörung – 102
- 6.6 Auditives System und Körperkontaktstörung – 103**
- 6.7 Visuelles System und Körperkontaktstörung – 104**
- 6.8 Geschmacks- und Geruchssinn – 104**
- 6.9 Guter Körperkontakt unterstützt die sensorische Integration – 105**
- Literatur – 106**

## 6.1 Störungen der sensorischen Integration

- **Eine Störung der sensorischen Integration kann bewirken, dass Verhaltensweisen, die Bezugspersonen intuitiv zur Beziehungsaufnahme einsetzen, unangenehme Gefühle auslösen. Dies kann zu einer Körperkontaktstörung führen.**

In jedem Augenblick verarbeitet der Mensch eine Vielzahl von Sinnesreizen. Hierzu gehören Informationen, die über unsere Sinnesorgane aus der Außenwelt an das Gehirn weitergegeben werden (Hören, Sehen, Tasten, Riechen, Schmecken). Dazu kommen Informationen über den Zustand des eigenen Körpers. Diese stammen u. a. aus unserem Gleichgewichtsorgan (vestibuläres System) und aus Rezeptoren in den Muskelspindeln, Sehnen und Gelenken (Propriozeption).

Unser Gehirn muss all diese eingehenden Sinnesinformationen verarbeiten. Hierbei werden neu aufgenommene Sinnesreize mit gespeichertem Wissen verglichen. Dies führt einerseits zum Wiedererkennen von »Bekanntem« und andererseits zu einer ständigen Speicherung neuer Erfahrungen. All dies bedeutet eine beständige Weiterentwicklung unserer inneren Repräsentation der Umwelt um uns herum. Diese gesamte Informationsverarbeitung läuft überwiegend unbewusst ab.

Auf dem ungeheuer komplexen Weg der Verarbeitung von Sinnesreizen kann es an den unterschiedlichsten Stellen zu Störungen kommen. In Zusammenhang mit der Entstehung von Körperkontaktstörungen spielen v. a. die folgenden Besonderheiten eine wichtige Rolle:

### ■ **Der Betroffene reagiert auf Reize überempfindlich**

Bei einer sensorischen Überempfindlichkeit lösen Sinnesreize einen übermäßig starken Aktivierungsanstieg aus. Dieser Anstieg der Aktivierung lässt sich beispielsweise über eine Erhöhung der Herzrate oder eine Zunahme der Hautleitfähigkeit feststellen. Wenn durch Sinnesreize eine zu hohe

Aktivierung ausgelöst wird, so entsteht ein unangenehmes Gefühl. Dieses kann von leichtem Unwohlsein über Stress bis hin zu Angst oder gar Panik reichen.

Bei den meisten sensorisch überempfindlichen Menschen sind mehrere Sinnessysteme gleichzeitig betroffen, beispielsweise das Berührungssystem und der Gleichgewichtssinn. Die Gewichtung kann unterschiedlich sein.

### ■ **Der Betroffene reagiert auf Reize zu wenig**

In diesem Fall werden Reize vom Gehirn weniger vollständig aufgenommen und verarbeitet als bei anderen Menschen. Hierdurch fehlen oft wichtige Informationen. Daher wird diese Besonderheit im Rahmen des Konzepts der sensorischen Integration auch als »**Unterinformiertheit**« bezeichnet. Diese Bezeichnung werden wir im Rahmen dieses Buches ebenfalls verwenden.

»Unterempfindlichkeit« ist eine gleichbedeutende und ebenfalls häufig verwendete Bezeichnung. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit haben wir uns entschieden, im Rahmen dieses Buches durchgehend den Begriff »Unterinformiertheit« zu verwenden.

Damit der unterinformierte Mensch Sinnesinformationen gut spürt, braucht er in dem betroffenen Sinnesbereich besonders starke Signale. Diese holen sich unterinformierte Menschen, indem sie Situationen mit starken Reizen bevorzugen. Säuglinge, Kinder und Erwachsene mit einer Unterinformiertheit des Gleichgewichtssinns suchen sich z. B. gerne Beschäftigungen aus wie Schaukeln, Wippen, schnelles Karussellfahren oder andere eher wilde Aktivitäten. Das Problem hierbei ist, dass die Betroffenen zwar viele Reize suchen, diese Reize aber nicht wirklich verarbeiten und miteinander in einen sinnhaften Zusammenhang bringen können. Dies kann einerseits bedeuten, dass zwar viel Aktivität stattfindet, daraus jedoch wenig gelernt wird. Es führt andererseits nicht selten zu einem überreizten Zustand. Kinder und Erwachsene sind dann beispielsweise schlecht gelaunt oder aggressiv. Betroffene Säuglinge zeigen Unruhe und Schreien.



■ **Abb. 6.1** Die Mutter hält ihren bezüglich des Gleichgewichtssystems überempfindlichen Säugling in aufrechter Haltung dicht am Körper. Ihre Hände liegen flächig an Gesäß und Oberkörper des Kindes. Diese Lage kann ihr Baby am besten tolerieren. Die Mutter hält ihren Körper ruhig und wippt oder schaukelt ihr Baby nicht. Ein ruhiges Halten ohne Schaukelbewegungen verhindert eine Überstimulation des Gleichgewichtssinns. Durch dieses Verhalten schützt die Mutter intuitiv ihren Säugling. Am Gesicht des Jungen sieht man, dass dieser entspannt ist und sich im Körperkontakt wohlfühlt. (© Jansen & Streit)

#### Fachbegriffe für die Sinnessysteme

taktil: Berührung, Tasten, Fühlen

vestibulär: Gleichgewichtssinn

propriozeptiv: Eigenwahrnehmung, d. h. Informationen aus Muskelspindeln, Sehnen und Gelenken

visuell: Sehen

auditiv: Hören

gustatorisch: Schmecken

olfaktorisch: Riechen

## 6.2 Zusammenhang mit Körperkontaktstörungen

Mit dem folgenden Beispiel möchten wir verdeutlichen, wie es aufgrund einer Störung der sensorischen Integration zu einer Körperkontaktstörung kommen kann.



■ **Abb. 6.2** Kurz darauf verändert die Mutter die Lage ihres Babys von der aufrechten Haltung in Richtung Wiegeposition. Sie tut dies auf Bitte von Frau Dr. Nantke, die im Rahmen der Video-Standardsituationen überprüft, inwieweit Körperkontakt in Wiegestellung möglich ist. Im Gesicht des Säuglings sehen wir nun zunehmendes Unbehagen. Seine Körperhaltung ist angespannter. Die Haut beginnt, sich zu röten – ein Merkmal für einen Anstieg der physiologischen Aktivierung. Wenn es, wie hier in der Situation, keine anderen Reize gibt, die die Unruhe des Babys auslösen, deutet sein Verhalten auf eine Überempfindlichkeit des Gleichgewichtssinns hin. (© Jansen & Streit)

Der 3 Monate alte Junge in ■ **Abb. 6.1**, ■ **Abb. 6.2**, ■ **Abb. 6.3** und ■ **Abb. 6.4** reagiert v. a. auf Gleichgewichtsreize überempfindlich. So führen bei ihm beispielsweise Lageveränderungen, besonders wenn diese relativ schnell erfolgen, zu Erschrecken und Unruhe bis hin zu heftigem Schreien. Diese Überempfindlichkeiten lassen sich in den unterschiedlichsten Bereichen des Alltags – auch ohne dass Körperkontakt stattfindet – beobachten. In den Abbildungen sieht man, wie sich bei dem Jungen die Überempfindlichkeit im Bereich des Gleichgewichtssinns in Zusammenhang mit Körperkontakt äußert.

Die häufigste Ursache für das Entstehen einer Körperkontaktstörung sind unangenehme Erfahrungen in Zusammenhang mit Körperkontakt. Über einen Lernprozess im Sinne der klassischen Konditionierung koppeln sich die unangenehmen Gefühle an den Körperkontakt (► Kap. 5.5). In der Folge löst dann der Körperkontakt selbst das unangenehme Gefühl aus. Eine solche Koppelung können wir in ■ **Abb. 6.2**, ■ **Abb. 6.3**, ■ **Abb. 6.4** beobachten. Der Junge ist im Körperkontakt mit seiner Mutter. Gleichzeitig entsteht – aufgrund seiner Überempfindlichkeit – durch die Lagever-



■ **Abb. 6.3** Intuitiv küsst die Mutter ihren Sohn, um diesen zu beruhigen. Das Küssen bedeutet für das Baby einen zusätzlichen Berührungsreiz. Entsprechend der Gesetzmäßigkeit der Reizsumation (vgl. ► Abschn. 7.5.6) wird die Schwierigkeit der Situation weiter erhöht. Statt ruhiger zu werden, schreit das Kind noch mehr. Hier wird noch einmal deutlich: Normales Beziehungsverhalten, das für andere Babys gut ist, wird hier zu einer unangenehmen Bedingung. Dies kann zum Entstehen einer Körperkontaktstörung führen. (© Jansen & Streit)

änderungen und beispielsweise das Küssen seiner Mutter ein unangenehmes Gefühl.

➤ **Wir möchten hier noch einmal betonen: Die Mutter hier auf den Bildern zeigt ein ganz normales intuitives Verhalten gegenüber ihrem Sohn. Da dieser jedoch eine Störung in der sensorischen Integration hat, löst das normale Verhalten der Mutter bei ihm ein unangenehmes Gefühl aus. Dies kann zu einer Körperkontaktstörung führen.**

Eine Koppelung zwischen Körperkontakt und schlechtem Gefühl kann auch bei anderen Formen der sensorischen Überempfindlichkeit entstehen. Nehmen wir an, ein Säugling ist taktil überempfindlich. Er erlebt Berührung als etwas Unangenehmes. Für dieses Kind ist es beispielsweise unangenehm, wenn es angefasst oder gestreichelt wird. Möglicherweise löst bereits ein liebevolles sanftes Küssen, das von anderen Säuglingen als angenehm empfunden wird, bei ihm ein schlechtes Gefühl bis hin zu einer Stressreaktion aus. Nehmen wir an, die Eltern dieses Säuglings nehmen ihn, wie es alle anderen Eltern auch tun, behutsam auf den Arm oder legen ihn sich auf den Bauch. Aufgrund der taktil-



■ **Abb. 6.4** Der Säugling ist nun noch weiter in der Wiegeposition. In dieser Lage zeigt er sehr deutliches Unbehagen. Im Vergleich mit ■ Abb. 6.1 lässt sich erkennen, dass die Mutter auf das zunehmende Schreien ihrerseits mit Stress reagiert. (© Jansen & Streit)

len Überempfindlichkeit wird in diesem Moment – insbesondere durch den Hautkontakt – unmittelbar ein schlechtes Gefühl ausgelöst. Dieses Gefühl koppelt sich an die Situation »Körperkontakt«, sodass in der Folge bereits der Körperkontakt selbst ein Unwohlsein hervorruft.

## 6.3 Taktiles System: Tast- bzw. Berührungssinn

Die Sinneszellen unserer Haut reagieren auf Berührung, Druck, Oberflächenbeschaffenheit, Temperatur und Schmerz. Das taktile System entwickelt sich ab der 8. Schwangerschaftswoche, also sehr früh. Es ist daher einerseits bereits gut ausgereift, wenn das Kind auf die Welt kommt. Andererseits kann es auch bereits sehr frühzeitig, schon in der Schwangerschaft, gestört werden. Im Gegensatz dazu entwickelt sich beispielsweise das Sehen relativ spät. Hier finden entscheidende Reifungsprozesse erst nach der Geburt statt.

### 6.3.1 Taktile Überempfindlichkeit

Hierunter versteht man, dass ein Säugling, Kind, Jugendlicher oder Erwachsener auf Berührungsreize übersteigert reagiert. Dies kann zu Missempfindung, Abwehr, Angst oder Ekel führen. Ein Patient beschrieb sein Gefühl bei Berührung einmal mit

den Worten »es ist immer wie ein kleiner Stromstoß«.

Eine taktile Überempfindlichkeit beobachtet man häufig in Zusammenhang mit Störungsbildern wie AD(H)S, Autismus und Fragiles-X-Syndrom (Cascio, 2010). Auch Menschen mit bestimmten Angststörungen wie Agoraphobie und allgemeiner sozialer Unsicherheit sind nicht selten taktil überempfindlich (Hofmann & Bitran, 2007).

Bei frühgeborenen Kindern findet sich ebenfalls oft taktile Überempfindlichkeit (Case-Smith, Butcher & Reed, 1998; Weiss & Wilson, 2006), und zwar umso häufiger, je mehr medizinische Probleme das Frühgeborene hat und je öfters es daher unangenehmen medizinischen Maßnahmen ausgesetzt ist (Weiss & Wilson, 2006). Dies liegt daran, dass im Rahmen der nötigen medizinischen Maßnahmen Berührungen oft mit unangenehmen Erfahrungen gekoppelt werden (► Kap. 10). Auch Drogenmissbrauch während der Schwangerschaft erhöht die Überempfindlichkeit gegenüber Berührung (Weiss & Wilson, 2006). Ein Grund hierfür ist, dass mütterlicher Drogenkonsum generell die Fähigkeit des Säuglings vermindert, sein Aktivierungsniveau im Umgang mit Reizen zu regulieren. Der Säugling wird daher durch taktile und andere Reize schnell überfordert. Darüber hinaus gibt es einen Zusammenhang mit der Berührungsempfindlichkeit der Mutter (Weiss & Wilson, 2006), was dafür spricht, dass taktile Überempfindlichkeit auch genetisch mitbedingt ist.

Es gibt auch Menschen, die für taktile Reize unterempfindlich sind. Diese können beispielsweise zeitliche und räumliche Eigenschaften von Berührungsreizen schwerer erkennen. Auch Hitze- und andere Schmerzreize spüren sie weniger deutlich. Möglicherweise wird sich in Zukunft zeigen, dass auch diesbezüglich ein Zusammenhang mit der Fähigkeit zum Körperkontakt besteht.

### Kinder und Erwachsene

Die Überempfindlichkeit gegenüber Berührungsreizen äußert sich u. a. in folgender Weise:

- Bestimmte Kleidung wird schwer ertragen, beispielsweise Kleidung mit fuseliger Oberfläche wie Wolle oder Flies. Oft berichten Betroffene, dass sie bei bestimmten Materialien eine Gänsehaut bekommen und sich unwohl fühlen. Manche Betroffenen haben zu Hause

nur wenig Kleidung an, manchmal nur eine weite Unterhose. Andere bevorzugen extrem enge Kleidung. Es fällt jedoch fast immer auf, dass nur bestimmte Materialien und eine bestimmte Art der Kleidung angezogen werden. Das Gleiche kann auch für Schuhe gelten.

- Das Berühren bestimmter Materialien wird als unangenehm empfunden, z. B. Schaum oder glitschige Materialien. Die Betroffenen äußern oft Ekel und fassen bestimmte Dinge gar nicht oder nur mit spitzen Fingern an. Kinder spielen beispielsweise ungern mit Sand, Schlamm oder Fingerfarben.
- Barfuß zu laufen, besonders über Sand oder Gras, oder – noch schlimmer – im Matsch, ist unangenehm.
- Meist ist auch die Schleimhaut im Mundbereich von der Überempfindlichkeit betroffen, sodass unterschiedliche Konsistenzen von Nahrung als unangenehm erlebt und daher abgelehnt werden (Smith, Roux, Naidoo, & Venter, 2005). Dies betrifft insbesondere auch die Mischung aus verschiedenen Nahrungsmitteln oder Geschmacksrichtungen. Die Betroffenen bleiben lieber bei gut bekanntem Essen. Beispielsweise kann es sein, dass ein Kind nur Nudeln mit immer der gleichen Soße isst.
- Berührungen durch andere Menschen werden oft als unangenehm erlebt. Dies gilt ganz besonders für zufällige Berührungen durch Unbekannte. Nicht selten werden generell Situationen, in denen es zu solchen Berührungen kommen kann, wie Aufzüge, volle Geschäfte etc. vermieden.

### Säuglinge

Taktil überempfindliche Säuglinge können besonders die folgenden Situationen meist schwer ertragen:

- leichtes Streicheln,
- leichte Berührung des Kopfes,
- Berührung durch Kleidungsstücke, besonders beim An- und Ausziehen,
- Waschen, Baden und Eincremen,
- Schneiden der Finger- und Fußnägel oder der Haare,
- Küssen.

Die betroffenen Säuglinge reagieren in entsprechenden Situationen mit Verziehen des Gesichts und Unruhe bis hin zu heftigem, hysterischem Schreien. Auf physiologischer Ebene zeigt sich ein Anstieg von Herzrate und Atemfrequenz. Durch die erhöhte Aktivierung wird auch die Haut stärker durchblutet und rötet sich.

Gerade bei Säuglingen findet die Reaktion auf den unangenehmen Reiz oft zeitlich verzögert statt. Ein Beispiel: Nach dem Füttern wischt die Mutter ihrem Kind mit einem weichen Läppchen Mund und Gesicht ab. Sie tut dies mit schnellen Bewegungen. Erst zu einem Zeitpunkt, an dem eigentlich gar nichts mehr passiert, beginnt der Säugling, hysterisch zu schreien. Aufgrund der zeitlichen Verzögerung, die manchmal bis zu 20 Sekunden dauert, kann die Mutter nur schwer eine Verknüpfung zwischen dem Schreien und dem mit vielen unklaren taktilen Reizen verbundenen Abwischen des Mundes herstellen. Dies führt meist zu großer Verunsicherung.

Nicht selten gibt es zusätzlich Schwierigkeiten beim Stillen, Trinken und Füttern. Dies liegt daran, dass die Schleimhaut im Mund und im Magen-Darm-Trakt oft ebenfalls überempfindlich reagiert. Besonders wenn das Kind beim Füttern im Arm gehalten wird, kommt es so gleichzeitig zu einer Stimulation von Haut und Schleimhaut. Dies wird für den überempfindlichen Säugling nach einer gewissen Zeit zu viel. Er wird unruhig oder schreit und beginnt, sich gegen das Stillen oder Füttern zu wehren. Fast immer ist der Übergang zu Breimahlzeiten schwierig. Dazu kommt häufig, dass das Kind besondere Konsistenzen der Nahrung wie Stückchen im Brei nicht erträgt. Es lässt die Nahrung gar nicht in den Mund hinein, würgt oder spuckt die Nahrung wieder aus.

Säuglinge, die ihre taktile Überempfindlichkeit durch heftiges Schreien zeigen, haben »Glück im Unglück«. Ihre Bezugspersonen merken frühzeitig, dass etwas mit ihnen nicht stimmt und können sich Hilfe holen. Schlechter haben es die folgenden Kinder: Sie reagieren auf die für sie unangenehmen taktilen Signale, indem sie ihre Aktivierung absenken. Ein Absenken des Aktivierungsniveaus führt immer dazu, dass Umweltreize weniger verarbeitet werden, und ist damit ein wichtiger Schutzmechanismus. In diesem Zustand verhalten sich die

Säuglinge eher passiv und zeigen z. T. eine deutlich verminderte Muskelspannung. Gleichzeitig ist das taktile System heruntergeschaltet. Wenn Kinder in dieser Weise reagieren, wird sowohl die taktile Überempfindlichkeit als auch die damit einhergehende Körperkontaktstörung von Eltern und anderen Bezugspersonen häufig nicht erkannt. Das hat zur Folge, dass eine Behandlung, wenn überhaupt, erst zu einem späteren Zeitpunkt stattfindet.

### 6.3.2 Taktile Überempfindlichkeit und Körperkontaktstörung

Eine taktile Überempfindlichkeit führt sehr häufig zu einer Körperkontaktstörung. Diese äußert sich in der Regel bereits im frühen Säuglingsalter durch Unruhe, exzessives Schreien und Abwehr in **allen** Körperkontaktsituationen. Meist zeigen sich folgende Symptome:

- Körperkontakt ist von Beginn an schwierig, unabhängig von der körperlichen Position des Kindes (Wiegstellung, aufrechtes Halten oder Körperkontakt im Liegen).
- Die betroffenen Säuglinge und Kinder drücken sich aktiv aus dem Körperkontakt heraus.
- Auch bei aufrechtem Halten erfolgt aktives Wegwenden oder Überstrecken des Körpers nach hinten. Hierdurch versucht der Säugling, so wenig Berührungsfläche wie möglich zu haben. Dies ist bei Säuglingen, die nur bezüglich des vestibulären Systems überempfindlich sind, anders. Letztere lassen sich durch ein ruhiges, aufrechtes Halten im Körperkontakt in der Regel gut beruhigen und zeigen erst in der Wiegstellung Schwierigkeiten mit dem Körperkontakt (vgl. ► Abschn. 6.5.1).
- Aus Unruhe und Quengeln im Körperkontakt entwickelt sich gerade bei Säuglingen meist nach kurzer Zeit ein oft heftiges, schrilles Schreien.
- Stillen und Flasche geben im Körperkontakt ist schwierig. Eltern stellen oft fest, dass es einfacher ist, das Kind ohne jeden Körperkontakt zu füttern, z. B. in der Babyschale, im Hochstuhl oder im Bettchen.

Die durch eine taktile Überempfindlichkeit hervorgerufene Körperkontaktstörung bleibt unserer Erfahrung nach ohne therapeutische Hilfe in der Regel bis ins Erwachsenenalter bestehen. Dies gilt auch dann, wenn sich die taktile Überempfindlichkeit bereits deutlich gebessert hat. Die einmal erstandenen klassischen Konditionierungen bleiben, auch wenn der ehemals auslösende Reiz nicht mehr weiter besteht.

Aus alledem wird deutlich, dass es gerade bei der taktilen Überempfindlichkeit besonders wichtig ist, Eltern früh eine Anleitung für den Umgang mit der Besonderheit ihres Babys zu geben. Dies kann verhindern, dass die Überempfindlichkeit zu einer Körperkontaktstörung führt.

## 6.4 Vestibuläres System: Gleichgewichtssinn

Die Rezeptoren unseres Gleichgewichtssinns befinden sich im Innenohr. Sie reagieren auf die unterschiedlichsten Lageveränderungen im Raum. Der Gleichgewichtssinn informiert uns also beispielsweise über unsere Bewegungsrichtung und -geschwindigkeit. Besonders stark angeregt wird der Gleichgewichtssinn durch Geschwindigkeitsveränderungen, Dreh- und Kippbewegungen. Man kennt sowohl eine Überempfindlichkeit als auch eine Unterinformiertheit des Gleichgewichtssystems.

### 6.4.1 Vestibuläre Überempfindlichkeit

#### Kinder und Erwachsene

Unter einer vestibulären Überempfindlichkeit versteht man, dass das Gehirn **zu stark** auf Gleichgewichtsreize reagiert. Hierdurch werden Situationen als unangenehm erlebt, die mit starken, v. a. aber auch unregelmäßigen und unvorhersehbaren Gleichgewichtsreizen verbunden sind. Dies wären beispielsweise:

- Schaukeln,
- Karussellfahren,
- Autofahren, v. a. wenn dies mit stärkeren Beschleunigungen, Bremsvorgängen und Kurven erfolgt,
- Seilbahnfahren,
- Bootfahren.

Entsprechende Situationen lösen bei vestibulär überempfindlichen Menschen oft eine zu hohe Aktivierung aus und können daher von diesen als unangenehm, stress- oder sogar angstauss lösend empfunden werden. Auch kann es zu Schwindelgefühlen kommen. All dies führt sehr häufig dazu, dass entsprechende Situationen vermieden werden.

Die Überempfindlichkeit des Gleichgewichtssinns macht sich immer auch in Zusammenhang mit eigenen Bewegungen bemerkbar. Betroffene Menschen vermeiden schnellere und unvertraute, neue Bewegungen, um sich vor den hieraus entstehenden Gleichgewichtsreizen zu schützen. Hierdurch wirken sie in ihrer Motorik oft ängstlich und unsicher. Die meisten Betroffenen sitzen gerne, wenn möglich immer in der gleichen Position.

Eine Überempfindlichkeit des Gleichgewichtssinns führt besonders im Fach Sport oft zu Unwohlsein, Stress und Misserfolgen. Klettern, Balancieren, Springen über einen Bock oder Trampolinspringen – am allerschlimmsten mit Saltos – sind für die Betroffenen z. T. extrem unangenehm. Sie vermeiden es, den Kopf nach unten oder hinten zu nehmen. Kinder sind daher beispielsweise beim Purzelbaum steif oder verweigern diesen ganz. Bei derartigen Bewegungen beobachtet man bei ihnen nicht selten weit aufgerissene, z. T. panisch wirkende Augen. Auffallen kann auch, dass das betroffene Kind Treppen über lange Zeit noch im Nachstellschritt steigt und sich dabei angespannt am Geländer festhält.

Als Folge der mangelnden Bewegungserfahrungen kommt es nicht selten zu einer Entwicklungsverzögerung im motorischen Bereich. Auch sind die Kinder oft insgesamt eher ängstlich und sozial unsicher. Sie klammern sich v. a. in neuen Situationen eng an die Mutter. Oft ist die Entwicklung ihres Selbstbewusstseins und ihres Selbstwertgefühls gestört. In ruhigen Tätigkeiten am Tisch finden diese Kinder hingegen ihre Sicherheit, sodass sie diese meist gerne machen und sich dann beispielsweise in den Bereichen Feinmotorik und Sprache eher gut entwickeln.

Bei Menschen mit Flugangst ist daran zu denken, dass vestibuläre Überempfindlichkeit zumindest eine Mit-Ursache sein kann (Ramos et al., 2012). Dasselbe gilt für andere Reisekrankheiten wie Seekrankheit, Unwohlsein und Stress beim Auto- oder Busfahren etc. Bei Migränepatienten

ten findet man ebenfalls häufiger eine vestibuläre Überempfindlichkeit (Jeong et al., 2010). Gleiches gilt für Menschen, die Höhenangst haben oder die unter Panikattacken leiden (Vaillancourt & Belanger, 2007; Viaud-Delmon, Venault & Chapouthier, 2011).

## Säuglinge

Eine vestibuläre Überempfindlichkeit fällt meist bereits in den ersten Lebenstagen auf. Da sich das Gleichgewichtsorgan im Innenohr befindet, wird es immer stimuliert, wenn der Säugling bewegt wird. Hierdurch kann es in einer Vielzahl ganz alltäglicher Situationen zur Überstimulation des Gleichgewichtssinns kommen, z. B.:

- wenn das Baby in Wiegehaltung gehalten wird (▣ Abb. 6.4) oder auf dem Rücken liegt;
- beim Hochnehmen und Ablegen;
- beim An- und Ausziehen. Dieses ist für den vestibulär überempfindlichen Säugling oft extrem schwierig. Viele dieser Kinder erleben bereits das Liegen in der Rückenlage als unangenehm. Hinzu kommt eine Vielzahl sehr unterschiedlicher Bewegungsreize in dichter Abfolge. Diese summieren sich mit den gleichzeitig stattfindenden Berührungen der Haut;
- beim Baden; auch hier summieren sich vestibuläre und taktile Stimulationen;
- beim Kinderwagenfahren;
- beim Autofahren.

Eine besondere Schwierigkeit für die betroffenen Säuglinge und ihre Eltern ist, dass sich diese Kinder oft sehr schwer trösten lassen. Dies liegt an Folgendem: Normalerweise versuchen Eltern intuitiv, ihr Baby durch Hochnehmen und Wiegen bzw. Schaukeln auf dem Arm zu beruhigen. Kindern ohne vestibuläre Überempfindlichkeit hilft dies. Im Gegensatz dazu reagieren vestibulär überempfindliche Säuglinge mit einer weiteren Zunahme der Unruhe, nicht selten bis hin zu langem, schrillum Schreien. Das Scheitern ihrer intuitiven Beruhigungsversuche führt nicht selten zu einer großen Hilflosigkeit und Erschöpfung der Eltern.

Eine Gruppe von Eltern spürt intuitiv, dass es für ihr Kind gut ist, es möglichst ruhig und aufrecht zu tragen und Lageveränderungen mög-

lichst zu vermeiden. Sie berichten oft, dass ihr Baby nur einschläft, wenn es im Sitzen oder Stehen aufrecht und ganz ruhig gehalten wird. Wenn diese Eltern beispielsweise in die Kinderarztpraxis kommen, fällt sofort auf, dass sie ihr Baby sehr ruhig halten und vorsichtig gehen, um es nicht zu sehr zu schaukeln.

Eine andere Gruppe von Eltern ist durch das ständige Schreien so gestresst, dass sich ihre eigene Unruhe zusätzlich auf das Baby überträgt. Sie beginnen das Kind zu schaukeln und versuchen immer wieder erfolglos, durch Lageveränderungen eine Verbesserung zu erreichen. Irgendwann legen sie ihr Kind dann ab. Dies ist erneut eine starke Stimulation für den Gleichgewichtssinn: Ein Teufelskreislauf, der in der Regel bei den Eltern zu zunehmender Erschöpfung und beim Kind zum klinischen Bild einer frühkindlichen Regulationsstörung (► Kap. 12) führt.

### Überempfindlichkeit und motorische Entwicklung

Nicht selten beeinflusst eine Überempfindlichkeit im Gleichgewichtssinn auch die Abrufbarkeit motorischer Muster. Säuglinge zeigen in der Rückenlage oft eine auffällige Motorik. Beispielsweise können in Zusammenhang mit der Entwicklung von zielgerichtetem Greifen überschießenden Bewegungen ähnlich der Moro-Reaktion länger zu beobachten sein als dies der normalen Entwicklung entspricht. Auch vermeiden die Kinder häufig das Drehen von der Rücken- in die Seiten- oder Bauchlage. Klinisch zeigt sich bei ihnen fast immer die Symptomatik einer zentralen Koordinationsstörung. Hier ist es wichtig, berufsgruppenübergreifend zu arbeiten und sowohl die neurophysiologische Krankengymnastik nach Vojta oder Bobath als auch die Sensorische Integrationstherapie frühzeitig mit einzusetzen. Der Kinderarzt ist hier für die entwicklungsneurologische Diagnostik, die Indikationsstellung sowie die Vernetzung der therapeutischen Maßnahmen richtungsweisend.

### 6.4.2 Vestibuläre Überempfindlichkeit und Körperkontaktstörung

Eine vestibuläre Überempfindlichkeit führt nicht immer, aber doch sehr häufig zu einer Körperkontaktstörung. Dies liegt daran, dass im Säuglingsalter Körperkontakt, beispielsweise beim Tragen oder Trösten, oft mit starken Gleichgewichtsreizen verbunden ist. Insbesondere wenn Körperkontakt in der Wiegehaltung stattfindet, löst dies bei den meisten vestibulär überempfindlichen Kindern Unwohlsein aus. All dies kann zu einer Koppelung von Körperkontakt mit unangenehmen Gefühlen führen.

- **Inwieweit es in Folge der vestibulären Überempfindlichkeit zu einer Körperkontaktstörung kommt, hängt davon ab, wie stark die Überempfindlichkeit ist und wie die Eltern auf diese Besonderheit ihres Kindes reagieren.**
- Wenn die Eltern ihr vestibulär überempfindliches Baby überwiegend in aufrechter Haltung dicht am Körper halten (■ Abb. 6.1) und sich gleichzeitig sehr ruhig verhalten, können sie weitgehend vermeiden, dass ihr Kind im Körperkontakt Unwohlsein empfindet. Nicht selten gelingt es dann sogar, dass das Baby Körperkontakt in aufrechter Haltung als angenehm erlebt. Hierdurch kann das Entstehen einer Körperkontaktstörung oft verhindert werden. Das aufrechte Halten hat jedoch einen enormen Nachteil: Blickkontakt und Interaktion im Körperkontakt sind nicht möglich. Die Mutter oder der Vater kann das Gesicht des Kindes nicht sehen und daher weniger gut wahrnehmen, wie es dem Baby geht. Das Kind lernt nicht, in der Nähe Blickkontakt aufzunehmen und in anderer Weise zu kommunizieren.
- Wenn die Eltern ihr Baby zwar aufrecht im Körperkontakt halten, dabei aber unruhig und gestresst sind, kann dies zu unangenehmen Gefühlen führen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn die Eltern gleichzeitig weitere Sinnessysteme stimulieren, indem sie streicheln, küssen oder viel sprechen. Hier ist das Risiko ebenfalls sehr hoch, dass es bei ihrem Kind zu einer Körperkontaktstörung kommt.

- Auch unter der folgenden Bedingung kommt es mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer Körperkontaktstörung: Die Eltern nehmen ihr Baby immer wieder in der Wiegehaltung in den Körperkontakt. Nach kurzer Zeit beginnt das Kind, mit Abwehr zu reagieren und zu schreien. Daraufhin beenden die Eltern den Körperkontakt. In diesem Fall wird Körperkontakt immer wieder mit unangenehmen Gefühlen verbunden ohne dass es zu einer korrigierenden Erfahrung kommt.

### 6.4.3 Anzeichen einer vestibulären Unterinformiertheit

#### Kinder und Erwachsene

Bei einer Unterinformiertheit des Gleichgewichtssinns werden Informationen über Bewegungs- und Lageveränderungen vom Gehirn weniger vollständig aufgenommen und verarbeitet. Aus diesem Grund suchen sich die Betroffenen gerade starke Gleichgewichtsreize. Erwachsene lieben beispielsweise:

- schnelles und dynamisches Autofahren,
- wilde Fahrgeschäfte auf dem Jahrmarkt,
- Bungee-Springen, Gleitschirmfliegen und Ähnliches.

Kinder finden eine entsprechende starke vestibuläre Stimulation in Situationen wie:

- von den Eltern hochgeworfen oder im Kreis gedreht werden,
- wildes, hohes Schaukeln,
- wildes Toben mit anderen Kindern,
- Kämpfen und Raufen,
- Stuhlwippen,
- schnelles Skateboardfahren.

Zunächst suchen vestibulär unterinformierte Menschen also Bewegung. Dennoch kann ihr Gehirn irgendwann überfordert sein, die Vielzahl an Gleichgewichtsreizen, die aus den Bewegungen entstehen, wirklich zu verarbeiten. Dazu kommt folgende Besonderheit des vestibulären Systems:

- **Die Verarbeitung und Integration von Gleichgewichtsreizen dauert z. T. mehrere Stunden.**

All dies kann dazu führen, dass sich die Befindlichkeit der Betroffenen zu einem späteren Zeitpunkt völlig verändert. Säuglinge verfallen auf einmal in anhaltendes Schreien, Kinder werden quengelig, beginnen aus kleinsten Anlässen zu weinen bzw. verhalten sich aggressiv. Meist erfolgt dieser Stimmungsumschwung am späten Nachmittag oder frühen Abend und kann bis in die Nachtstunden hinein dauern. Auch bei Erwachsenen kann es – oft Stunden nach der Überstimulation des Gleichgewichtssinns – zu erhöhter Gereiztheit bis hin zu aggressiven Gefühlen kommen.

Vestibulär unterinformierte Menschen haben oft Schwierigkeiten in der Einschätzung von Gefahren. Daher verhalten sie sich nicht selten waghalsig. Ein weiteres Merkmal der vestibulären Unterinformiertheit können schnelle, überschießende und zappelige Bewegungen sein. Zum Beispiel rennen die Kinder statt zu gehen. Dabei führen sie die Bewegungen jedoch ungenau aus, sodass sie viel stolpern und hinfallen. Beim Fallen ist oft keine Abstützreaktion zu beobachten. Langsame Bewegungen mit hohem Anpassungsgrad sind schwierig. Daher erscheinen betroffene Kinder beim Turnen häufig ungeschickt und wenig koordiniert, obwohl sie sich eigentlich gerne bewegen. Balancieren fällt schwer. All dies liegt daran, dass bei einer vestibulären Unterinformiertheit das Gehirn gerade feine Informationen des Gleichgewichtssinns nur wenig und oft verlangsamt verarbeitet.

## Säuglinge

Vestibulär unterinformierte Säuglinge werden von den Eltern in den ersten Lebenswochen eher als wenig auffällig beschrieben. Die Kinder schlafen in diesem Alter viel, sie lassen sich zumeist gut wickeln und auch sonst gibt es häufig keine offensichtlichen Probleme. Viele Eltern berichten jedoch bereits wenig später, dass ihr Säugling viel in aufrechter Position getragen werden möchte. Am späten Nachmittag werde das Baby dann deutlich unruhiger und sei dann am besten aufrecht auf dem Arm gehalten zu beruhigen. Auch Kinderwagen- und Autofahren helfe dem Baby, sich zu entspannen.

Ganz klar zeigt sich die Unterinformiertheit des Gleichgewichtssinns typischerweise ab dem 3. Lebensmonat. Jetzt nimmt die Fähigkeit der Säuglinge zu, durch eigene Bewegungen auf die Umwelt zu

reagieren oder sich selbst zu stimulieren. Nun fällt immer mehr auf, dass sie Bewegung suchen und große Freude an intensiven Bewegungen haben. Sie stimulieren sich, indem sie mit Händen und Füßen auf die Unterlage wiederholt und lautstark schlagen oder in der Babywippe selbst heftig wippen. Ganz besonders lieben sie die Stimulation ihres Gleichgewichtssinns von außen, beispielsweise, wenn der Vater sie heftig auf dem Schoß wippt oder sogar hochwirft.

Auch wenn die betroffenen Säuglinge an entsprechenden Aktivitäten zunächst viel Spaß haben, »kippen« sie dann irgendwann am späten Nachmittag oder in den Abendstunden. Es kommt z. T. schlagartig zu Unruhe und untröstbarem Schreien. Das Einschlafen am Abend kann sich oft über Stunden hin schwierig gestalten. Auch in der Nacht kann das Kind immer wieder wach werden.

Auffällig sind diese Kinder also oft erst Stunden nach der Überstimulation. Dann allerdings entsprechen sie von der klinischen Symptomatik in vielen Punkten dem Bild des vestibulär überempfindlichen Säuglings. Das Schreien ist jedoch nicht so hysterisch und das Kind ist zwischendurch kurzzeitig beruhigbar, auch wenn es dann bald wieder in einen Zustand der Übererregung »kippt«.

### 6.4.4 Vestibuläre Unterinformiertheit und Körperkontaktstörung

Im Vergleich zu den überempfindlichen Kindern kuscheln die unterinformierten durchaus kurzzeitig, jedoch meist ohne gute Qualität und ohne wirkliches Spüren und Wahrnehmen der Bezugsperson. Ein längerer Blickkontakt ist in der Regel nicht zu beobachten. Auf die Frage nach dem Körperkontakt mit ihrem Kind äußern die Eltern oft sinngemäß:

- ja, das macht es schon, aber nur kurz,
- ja das macht es, aber nur wenn der Papa richtig Quatsch mit ihm macht,
- ja, schon, aber es wird ihm schnell langweilig.

Viele Eltern haben sich daran gewöhnt, mit einem entsprechenden kurzen Körperkontakt ohne wirklich gute Beziehungsqualität zufrieden zu sein. Sie fordern keinen längeren Körperkontakt ein, da sie

annehmen, dass dies für ihr Kind nicht wichtig sei oder ihm nicht gefällt. Wenn Eltern in dieser Weise auf die Besonderheit ihres Kindes reagieren, kommt es nicht unbedingt dazu, dass das Kind Körperkontakt ablehnt. Körperkontakt und die damit einhergehende intensive Beziehung bekommen jedoch auch keine positive Wertigkeit. Wenn die betroffenen Kinder hier nicht zu irgendeinem Zeitpunkt eine andere Erfahrung machen, bleibt das Genießen von langem, intensivem Körperkontakt oft bis ins Erwachsenenalter eine Schwierigkeit. Dies kann für eine spätere Partnerschaft zu einer Belastung werden.

Andere Eltern versuchen allerdings, einen längeren Körperkontakt und eine bessere Beziehungsaufnahme einzufordern. In diesem Fall kann es sein, dass das Kind **keine** Körperkontaktstörung entwickelt. Es kann andererseits auch passieren, dass es nach kurzer Zeit zu Abwehr aufseiten des Kindes kommt. Intuitiv brechen dann die meisten Eltern den Körperkontakt wieder ab. Eine solche Interaktion führt ohne korrigierende Erfahrung in der Regel zu einer Körperkontaktstörung des Kindes.

## 6.5 Propriozeptives System: Eigenwahrnehmung

»Propriozeption« heißt übersetzt »Eigenwahrnehmung« (lat.: proprius: »eigen« und recipere: »aufnehmen«). Man versteht darunter die Verarbeitung von Informationen des eigenen Körpers. Das propriozeptive System verarbeitet Sinnesinformationen aus unseren Sehnen, Muskeln und Gelenkkapseln. Es dient dazu, die Stellung unserer Gelenke und Gliedmaßen, die Muskelspannung und Muskelbewegung wahrzunehmen. Dies ist unabdingbar, um Bewegungen zu planen und zielgerichtet auszuführen.

### 6.5.1 Anzeichen einer propriozeptiven Störung

#### Kinder und Erwachsene

Je besser die Eigenwahrnehmung, desto besser kann der Mensch seine Bewegungen steuern und koordinieren. Wenn das Gehirn Signale aus der

Eigenwahrnehmung nicht gut verarbeitet, so hat dies einen ungünstigen Einfluss auf die motorischen Fähigkeiten:

- Die Bewegungen sind ungenau und ungeschickt.
- Manche Betroffene wirken eher bewegungsunlustig, da Bewegungen unnötig viel Aufmerksamkeit und Anstrengung erfordern. Andere bewegen sich zwar viel, aber wenig zielgerichtet.
- Der Betroffene braucht für Bewegungen meist eine Kontrolle über das Sehen. Mit verbundenen Augen sind bereits einfache motorische Aufgaben nur verlangsamt und ungenau möglich.
- Deutliche Schwierigkeiten zeigen sich auch im feinmotorischen Bereich.
- Auch Sprache erfordert hoch abgestimmte, feinste Mund- und Zungenbewegungen. Da dies Menschen mit einer Schwierigkeit im Bereich der Eigenwahrnehmung schwer fällt, ist häufig auch ihre Sprache verwaschen.
- Auch eine ständige Langsamkeit bei alltäglichen Handlungen wie Anziehen und Essen kann auf eine propriozeptive Störung zurückgehen, da die Betroffenen Bewegungsabläufe weniger gut planen und durchführen können. Daher bedeuten entsprechende, für andere Menschen einfache Handlungen für sie oft eine hohe Anstrengung. Hierauf reagieren sie, indem sie zwischenzeitlich aufgeben. Beides zusammen erklärt, warum Alltagshandlungen bei diesen Menschen oft so lange dauern.
- Das propriozeptiv unterinformierte Kind fasst andere Kinder aufgrund seiner verminderten Wahrnehmung oft zu stark und ungesteuert an oder rempelt sie versehentlich heftig an. Aus diesem Grund kann es vermehrt zu Konflikten mit anderen Kindern kommen.
- Die Betroffenen werden häufig als »Tollpatsch« bezeichnet, da ihnen aufgrund ihrer motorischen Ungeschicklichkeit öfters Dinge umfallen oder kaputtgehen.

#### Säuglinge

Die meisten Säuglinge mit einer propriozeptiven Verarbeitungsstörung sind in den ersten Lebenswochen wenig auffällig. Eltern beurteilen diese

Kinder in den ersten Wochen als pflegeleicht. Sie beschreiben bei ihren Babys lange Schlafphasen am Tag und in der Nacht, unproblematisches Ablegen ohne Einfordern der elterlichen Präsenz und Tolerieren der Rückenlage über längere Zeitspannen. Aufgrund des unzureichenden Muskeltonus im Mundbereich ist das Stillen oder Geben der Flasche häufig zeitaufwendig, was die Eltern aber anfangs meist nicht beunruhigt. Oft stillen die Mütter ihre Kinder in kurzen Abständen von 1,5–2 Stunden.

Die häufige Frequenz der Nahrungsaufnahme, gekoppelt mit langen Fütterzeiten, bleibt beim Übergang zur festen Nahrung bestehen. Die Schwierigkeiten des Kindes, beispielsweise verlangsamtes und häufig unkoordiniertes Schlucken und Kauen, werden klarer erkennbar. Manche Kinder trinken auch eher hastig und ungeschickt, wobei sie sich dann nicht selten verschlucken.

Im Alter von 3–4 Monaten wird die propriozeptive Verarbeitungsstörung bei diesen Säuglingen dann auch in anderen Bereichen deutlicher. Den Eltern fällt eine allgemeine »Bewegungsunlust« auf. Oft sagen sie: »der ist faul«. Die Bauchlage wird nur kurzzeitig toleriert und weil sie anstrengend ist, reagieren die Säuglinge oft mit Quengeln und im weiteren Verlauf dann auch mit Schreien.

Je älter die Kinder werden, desto mehr fordern sie die Aufmerksamkeit ihrer Eltern ein. Sie wollen hochgenommen und getragen werden. Aufgrund ihrer eingeschränkten Möglichkeit zur Eigenaktivität erhalten sie durch die Bewegung der Eltern beim Herumtragen Stimulation. Die aufrechte Position der Säuglinge eröffnet eine bessere Möglichkeit von visueller Exploration. Die Kinder werden wacher, ihr Grundtonus erhöht sich. Eltern spüren diese eigentlich positive Veränderung ihrer Säuglinge und tragen die Kinder häufiger und länger umher. Dies verhindert zwar die Unzufriedenheit des Kindes, führt aber nicht zu Eigenaktivität. Das Kind bleibt unselbstständig.

Typisch ist, dass diese Kinder von Anfang an **wenig Mimik zeigen und den Blickkontakt wenig oder gar nicht suchen**. Auch soziales Lächeln und die Imitation im Gesichtsbereich sind vermindert.

## 6.5.2 Propriozeptive Störung und Körperkontaktstörung

Bei einer Untergruppe der Säuglinge mit einer propriozeptiven Störung lässt sich beobachten, dass sie zwar keine aktive Abwehr des Körperkontakts zeigen, dafür aber eher schlaff und passiv im Arm der Eltern liegen. Diese Kinder wirken häufig müde oder schließen sogar die Augen. In diesem Zustand, der lange anhalten kann, sind sie wenig offen für Beziehung. Auch bei intuitiv guter und liebevoller Ansprache durch die Eltern zeigen sie wenig Mimik, soziales Lächeln und aktive Sprache.

Viele Eltern sind damit zufrieden, dass ihr Kind ruhig oder schlafend bei ihnen im Arm liegt. Manche von ihnen halten ihr Kind sogar über lange Zeiten im Arm. Bei anderen Eltern führt die fehlende Beantwortung an sich gut gesetzter elterlicher Signale über kurz oder lang zu einer Irritation. Sie sprechen ihr Kind immer seltener an und nehmen es seltener in den Arm. In beiden Fällen verliert der Körperkontakt für den Aufbau von Eltern-Kind-Bindung und -Beziehung an Wertigkeit.

Eine andere Untergruppe propriozeptiv auffälliger Kinder zeigt im Körperkontakt eher viel, jedoch ungerichtete motorische Aktivität. Auch bei dieser Untergruppe beobachtet man wenig wirkliches Einlassen auf den Körperkontakt mit Spüren und Beziehungsaufnahme.

**Mit dem Älterwerden** des Kindes bleiben diese Auffälligkeiten im Wesentlichen bestehen. Als typisch beobachtet man im Kleinkind-, Vorschul- oder Schulalter:

- Wenn Körperkontakt zustande kommt, so hat dieser wenig beziehungsmäßige Qualität.
- Die Kinder bleiben für die Eltern wenig spürbar,
- Blickkontakt, Mimik, soziales Lächeln, Imitationsverhalten sind eingeschränkt. Hierdurch findet auch in diesen Bereichen wenig Lernen statt.
- Durch ihre Schwierigkeit in der Artikulation sind die Betroffenen oft frustriert und sprechen eher wenig.
- Die Eltern haben das Gefühl, dass sie in der Beziehung viel arbeiten müssen, um eine Reaktion bei ihrem Kind zu bewirken. Es kommt

nicht wirklich spontane spürbare Freude in der Beziehung auf.

- Andererseits kann es auch zu klammerndem Verhalten kommen, da die Kinder sich hierdurch besser spüren.

Viele dieser Besonderheiten sind **auch noch im Erwachsenenalter zu beobachten** und können sich gerade auf die Partnerschaft ungünstig auswirken.

## 6.6 Auditives System und Körperkontaktstörung

Nicht wenige Menschen reagieren überempfindlich auf Geräusche (vgl. Rosenkötter et al., 2007). Sie empfinden oft bereits Geräusche normaler Lautstärke als besonders stark und unangenehm. Dies kann bei den Betroffenen zu Erschrecken und Unruhe führen. Auf physiologischer Ebene kommt es u. a. zu Herzrasen, vermehrter Schweißsekretion und erhöhter Muskelspannung.

Manche Menschen empfinden ganz allgemein lautere Geräusche als unangenehm, unabhängig von der Tonhöhe. Andere sind nur für Geräusche innerhalb eines bestimmten Frequenzbereichs (üblicherweise v. a. hohe Töne) überempfindlich. Beispielsweise kann ein Kind gerade auf hohe Stimmen überempfindlich reagieren und hierdurch auf Menschen, die in hoher Stimmlage sprechen, mit Ablehnung reagieren. Gelegentlich ist ein Elternteil gerade bezüglich des Frequenzbereichs überempfindlich, in dem Säuglinge schreien. Diese Eltern geraten dann noch schneller als andere Eltern unter Stress, wenn ihr Baby schreit.

Daneben gibt es noch eine weitere Form der Geräuschempfindlichkeit, die man als »Phonophobie« bezeichnet. Bei dieser Besonderheit besteht die Empfindlichkeit nicht gegenüber Tönen einer bestimmten Lautstärke bzw. Frequenz. Vielmehr kann der Betroffene speziell auf bestimmte Geräusche wie Telefonklingeln, Türenschnellen, die Lautsprecherbässe aus der Nebenwohnung, Kinderstimmen, das Geräusch von Kreide auf der Tafel etc. überempfindlich reagieren.

Die meisten geräuschüberempfindlichen Menschen reagieren auch auf Reize anderer Sinnesmodalitäten stärker als andere Menschen. So fanden

Anari et al. (1999) bei 34% der Betroffenen auch bezüglich Licht, bei 30% bezüglich des Gleichgewichts und bei 19% bezüglich des Geruchs eine Überempfindlichkeit. Geräuschüberempfindliche Menschen leiden vermehrt an Angststörungen (Goebel & Floetzing, 2008; Juris et al., 2013).

Eine Überempfindlichkeit im Bereich des Hörens kann sich unterschiedlich äußern:

- Manche Betroffene zeigen ihre Abneigung, indem sie sich abwenden, weggehen oder sich die Ohren zuhalten. Viele von ihnen vermeiden, wenn es ihnen möglich ist, Gruppensituationen, Feste, laute Restaurants, Ereignisse mit lauter Musik etc. Wenn ein Kind Situationen mit vielen und v. a. lauten anderen Kindern nicht mag, kann – neben anderen Verursachungsgrößen – auch eine Geräuschüberempfindlichkeit der Grund sein.
- Eine Untergruppe von Kindern reagiert mit folgendem Verhalten: Sie beschwerten sich einerseits über den Lärm, der um sie herum existiert, sind aber selbst oft extrem laut, möglicherweise um sich durch diese Eigenaktivität vor den Geräuschen der Umgebung zu schützen.
- Eine andere wichtige Gruppe ist ebenfalls überempfindlich. Die Betroffenen reagieren auf die Überforderung, indem sie ihre **Aktivierung absenken**. Kinder, die in einer solchen Weise abschalten, können so wirken, als ob sie nicht hören könnten. Eine ärztliche Abklärung gibt hierauf jedoch keinen Hinweis. **Gerade wenn ein Frühgeborenes, ein Säugling, aber auch ein größeres Kind häufig in einem innerlich abgeschalteten Zustand ist, sollte daran gedacht werden, dass hierfür auch eine auditive Überempfindlichkeit (mit)auslösend sein kann.**

Nach unserer heutigen Sicht gibt es zwischen auditiver Überempfindlichkeit und Körperkontaktstörung zwei Zusammenhänge:

- Bei auditiv überempfindlichen Menschen können Sprechen mit einer hohen Stimme, schnelles Sprechen oder eine zu laute Stimme unangenehme Gefühle auslösen. Dies gilt wiederum besonders für Frühgeborene und Säuglinge. Wenn ein Elternteil in Zusammenhang mit

Körperkontakt häufig in entsprechender Weise spricht, kann dies dazu führen, dass Körperkontakt mit unangenehmen Empfindungen verbunden wird und das Kind in der Folge versucht, körperliche Nähe zu vermeiden.

- Wenn auditive Reize bereits zu einem eher hohen allgemeinen Aktivierungsniveau führen, bedeutet dies, dass zusätzliche Reize besonders leicht zu Übererregung und negativen Gefühlen führen. Dies bezeichnet man als »cross-modale Summation« (vgl. ► Abschn. 7.5.6). Berührungsreize, die im Zusammenhang mit Körperkontakt entstehen, lösen besonders leicht unangenehme Empfindungen aus, wenn der Mensch bereits über den auditiven Kanal eher gestresst ist. Achtung: Auch hier gilt es genau zu differenzieren. Bei Menschen, die Körperkontakt und Berührung mit positiven Gefühlen verbinden, hilft Körperkontakt, unangenehme Situationen besser zu verarbeiten. Bei Menschen, die leichte oder deutlichere Schwierigkeiten mit Körperkontakt und Berührung haben, können die hierdurch entstehenden Empfindungen den Stress in unangenehmen Situationen eher zusätzlich erhöhen.

## 6.7 Visuelles System und Körperkontaktstörung

Manche Menschen reagieren auf visuelle Reize überempfindlich. Bei ihnen können beispielsweise die folgenden Sinneseindrücke Unwohlsein auslösen:

- helles Licht,
- flimmerndes Licht (z. B. Neonlampen oder Sonnenstrahlen durch bewegte Blätter,
- unklar bewegte Objekte, besonders wenn mehrere Dinge sich gleichzeitig bewegen und dabei auch noch glitzern, wie bei einem Mobile,
- generell buntes, v. a. grell buntes Spielzeug,
- Klassenzimmer oder andere Gruppenräume mit sehr vielen gemischten bunten oder glitzernden Sinneseindrücken.

Auch wenn nach heutigem Wissenstand kein unmittelbarer Zusammenhang zwischen einer solchen allgemeinen visuellen Überempfindlichkeit

und Körperkontaktstörungen besteht, gilt es Folgendes zu berücksichtigen: Häufig sind mehrere Sinnessysteme von einer Überempfindlichkeit betroffen. Ganz besonders gilt dies für Frühgeborene, für Säuglinge mit Regulationsstörungen und für ängstliche Menschen. Gerade bei diesen ist oft schwer festzustellen, welche Reize genau die Unruhe auslösen. Aus diesem Grund empfiehlt es sich, bezüglich **aller** Sinnessysteme darauf zu achten, dass es nicht zu einer Überstimulation kommt.

- **In Zusammenhang mit Körperkontakt bedeutet dies, auch bezüglich des visuellen Systems zu vermeiden, dass es durch unangenehme Sinneserfahrungen zu einer Koppelung von Körperkontakt mit negativen Empfindungen kommt.**

Eine ganz wichtige Rolle in Zusammenhang mit Körperkontaktstörungen spielt die **Überempfindlichkeit im Bereich der Gesichtsverarbeitung**. Eine solche Überempfindlichkeit führt dazu, dass Blickkontakt ganz oder in bestimmten Situationen vermieden wird. Besonders Menschen mit autistischen Störungen fühlen sich häufig unwohl, wenn sie Gesichter wahrnehmen. Daher vermeiden sie es meist, anderen ins Gesicht zu schauen.

## 6.8 Geschmacks- und Geruchssinn

Das Sinnesorgan für die Geschmackswahrnehmung ist die Zunge. Hier befinden sich die Geschmacksknospen. Dieses System für den Geschmack entwickelt sich in der Embryonalzeit aus dem gleichen Keimblatt wie das sensorische System »Haut«, nämlich aus dem Ektoderm. Aus diesem Grund reagieren Säuglinge, Kinder und Erwachsene mit einer taktilen Überempfindlichkeit häufig auch im Bereich des Geschmacksinns empfindlich.

Beim Stillen zeigt sich diese Besonderheit in der Regel nicht. Bei der Umstellung auf Babynahrung reagieren die betroffenen Kinder dann oft stark. Sie lehnen z. B. bestimmte Flaschenmilchsorten ab. Auch Tee, Wasser oder Breinahrung mögen sie nicht. Einmal ist es der Geschmack, der sie stört, zum anderen auch eine veränderte Konsistenz von Nahrung. Schwer zu ertragen sind für sie insbesondere:

- ein neuer Geschmack,
- eine veränderte Konsistenz, z. B. der Tee, der dünnflüssiger ist als Milch und sich daher anders anfühlt, oder der Brei, der auf einmal Stückchen enthält,
- die Mischung verschiedener Geschmacksrichtungen, z. B. ein Brei aus Möhren und Kartoffeln. Wenn sie dann später feste Nahrung essen, essen die Kinder lieber erst einen Nahrungsbestandteil und danach den nächsten, aber nicht beides gemischt,
- die Mischung verschiedener Konsistenzen, z. B. weiche Nudeln mit härteren Wurststückchen und Soße, die sich noch einmal anders anfühlt.

Oft fällt auf, dass die Kinder auch über das Säuglingsalter hinaus fast ausschließlich Milch trinken wollen. Dies kommt daher, dass Milch die Empfindlichkeit der Geschmacksknospen heruntersetzt und die Kinder so vor einer Überreaktion auf andere Geschmäcker schützt. Wasser bzw. Tee spülen hingegen die Geschmacksknospen frei, sodass diese noch intensiver reagieren. Da die Einführung von Brei- und später festen Mahlzeiten von diesen Kindern stark abgelehnt wird, entwickeln sich im Verlauf häufig Fütter- und Essstörungen.

Aus heutiger Sicht erscheint es eher unwahrscheinlich, dass eine Geschmacksüberempfindlichkeit Auslöser für Körperkontaktstörungen ist. Wichtig ist es jedoch, gerade in Zusammenhang mit Fütter- und Essstörungen zu berücksichtigen, dass eine Überempfindlichkeit des Geschmackssinns **häufig gemeinsam mit einer taktilen Überempfindlichkeit und einer Körperkontaktstörung auftritt**. In der Füttersituation werden dann alle empfindlichen Sinnessysteme gleichzeitig stimuliert. Wie diese für Eltern und Kind extrem schwierige Situation therapeutisch angegangen werden kann, ist unter ► Abschn. 9.2.5 dargestellt.

Auch im Bereich des Geruchssinns kann eine Überempfindlichkeit bestehen. So empfinden manche Säuglinge, Kinder oder Erwachsene stärkere Gerüche als unangenehm, beispielsweise Waschmittel, Parfüme, Deodorants, Blumen oder Essensgerüche. Bei Schwierigkeiten im Bereich des Körperkontakts und insbesondere in Zusammenhang mit der Körperbezogenen Interaktionsthera-

pie kann es daher sinnvoll sein, auf entsprechende intensive Gerüche, insbesondere Parfüm, Deodorant oder Rasierwasser zu verzichten. Dies gilt insbesondere für Säuglinge und kleinere Kinder, die ihre Abneigung gegen bestimmte Gerüche nicht sprachlich mitteilen können.

## 6.9 Guter Körperkontakt unterstützt die sensorische Integration

Wir haben bereits in anderen Kapiteln eine Reihe von Studienergebnissen dargestellt, die zeigten, dass Körperkontakt hilft, schwierige, unangenehme Situationen besser zu bewältigen und sogar das Schmerzerleben vermindert. Hierzu einige Beispiele:

- Säuglinge verziehen das Gesicht weniger und reagieren mit weniger Stress, wenn sie während einer Blutabnahme im Körperkontakt mit der Mutter sind (► Abschnitt. 4.3).
- Eine Überforderung durch viele, schnell auf das Kind einströmende Reize wird von Säuglingen, die Körperkontakt bekommen hatten, besser ertragen (► Abschn. 4.3).
- Erwachsene zeigen in einer belastenden Situation, in der sie einen Vortrag halten und Kopfrechnen sollen, eine geringere Stressreaktion, wenn sie vorher Körperkontakt bekamen (z. B. ► Abschnitt. 4.3).
- Körperkontakt hemmt die Schmerzwahrnehmung (► Abschnitt. 2.3.2).

Körperkontakt wirkt also beruhigend, schützt vor Übererregung und mindert unangenehme Gefühle. Hierdurch kann Körperkontakt dabei helfen, dass es im Rahmen einer Gewöhnung an schwierige sensorische Reize zu einer weniger hohen Aktivierung kommt. Dies bewirkt, dass die Gewöhnung schneller und sicherer gelingt.

All dies gilt jedoch nur für Säuglinge, Kinder oder Erwachsenen **ohne** Körperkontaktstörung.

- **Hat der Betroffene eine Schwierigkeit in Zusammenhang mit Körperkontakt, so löst körperliche Nähe zusätzlich unangenehme Empfindungen aus.**

Im Sinne einer Reizsummation kann dies die Verarbeitung und Integration anderer »schwieriger« Sinnesreize zusätzlich erschweren. Aus diesem Grund sehen wir die Fähigkeit zum Körperkontakt als eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Behandlung von Störungen der sensorischen Integration.

- Viaud-Delmon, I., Venault, P. & Chapouthier, G. (2011). Behavioral models for anxiety and multisensory integration in animals and humans. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 35(6), 1391–1399. doi: 10.1016/j.pnpbbp.2010.09.016
- Weiss, S. J. & Wilson, P. (2006). Origins of tactile vulnerability in high-risk infants. *Adv Neonatal Care*, 6(1), 25–36. doi: 10.1016/j.adnc.2005.11.006

## Literatur

- Anari, M., Axelsson, A., Eliasson, A. & Magnusson, L. (1999). Hypersensitivity to sound—questionnaire data, audiometry and classification. *Scand Audiol*, 28(4), 219–230.
- Cascio, C. J. (2010). Somatosensory processing in neurodevelopmental disorders. *J Neurodev Disord*, 2(2), 62–69. doi: 10.1007/s11689-010-9046-3
- Case-Smith, J., Butcher, L. & Reed, D. (1998). Parents' report of sensory responsiveness and temperament in preterm infants. *Am J Occup Ther*, 52(7), 547–555.
- Goebel U. & Floetzing U. (2008). Pilot study to evaluate psychiatric co-morbidity in tinnitus patients with and without hyperacusis. *Audiol Med* (6), 78–84.
- Hofmann, S. G. & Bitran, S. (2007). Sensory-processing sensitivity in social anxiety disorder: relationship to harm avoidance and diagnostic subtypes. *J Anxiety Disord*, 21(7), 944–954. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.12.003
- Jeong, S. H., Oh, S. Y., Kim, H. J., Koo, J. W. & Kim, J. S. (2010). Vestibular dysfunction in migraine: effects of associated vertigo and motion sickness. *J Neurol*, 257(6), 905–912. doi: 10.1007/s00415-009-5435-5
- Juris, L., Andersson, G., Larsen, H. C. & Ekselius, L. (2013). Psychiatric comorbidity and personality traits in patients with hyperacusis. *Int J Audiol*, 52(4), 230–235. doi: 10.3109/14992027.2012.743043
- Ramos, R. T., de Mattos, D. A., Reboucas, J. T. & Ranvaud, R. D. (2012). Space and motion perception and discomfort in air travel. *Aviat Space Environ Med*, 83(12), 1162–1166.
- Rosenkötter, H., Kühne, H., Kull, C. & Weyhreter, H. (2007). Umschriebene Entwicklungsstörungen der Wahrnehmung. In C. Fricke, C. Kretzschmar, H. Hollmann & R.G. Schmid (Eds.), *Qualität in der Sozialpädiatrie* (Vol. 2, pp. 229–242). Altötting: Bundesarbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrischer Zentren.
- Smith, A. M., Roux, S., Naidoo, N. T. & Venter, D. J. (2005). Food choice of tactile defensive children. *Nutrition*, 21(1), 14–19.
- Vaillancourt, L. & Belanger, C. (2007). Panic disorder and vestibular/equilibrium dysfunctions: state of the art. *Encephale*, 33(5), 738–743.

# Die Körperbezogene Interaktionstherapie (KIT) – ein Therapiebaustein des IntraActPlus-Konzepts

*Fritz Jansen, Uta Streit*

- 7.1 Einleitung – 109**
- 7.2 Körperbezogene Interaktionstherapie: eine Expositionstherapie – 109**
  - 7.2.1 Expositionstherapien nutzen eine genetisch gegebene Fähigkeit – 110
  - 7.2.2 Typischer Verlauf von Expositionstherapien – 111
  - 7.2.3 Expositionstherapien sind hoch effektiv – 112
  - 7.2.4 Hemmung der Amygdala als wesentliche Ursache für den Therapieerfolg von Expositionstherapien – 112
  - 7.2.5 Grundlegende Mechanismen von Expositionstherapien – 116
- 7.3 Wahl des Therapiepartners für die Körperbezogene Interaktionstherapie – 119**
- 7.4 Bereich 1: Intuitiver Therapieversuch – 119**
  - 7.4.1 Säuglinge und Kleinkinder – 120
  - 7.4.2 Kinder – 121
  - 7.4.3 Jugendliche und Erwachsene – 122
- 7.5 Bereich 2: Systematische Therapie – 122**
  - 7.5.1 Was geschieht zwischen Anfang und Ende einer Exposition? – 123
  - 7.5.2 Möglichkeit zeitlicher Beschleunigung – 123
  - 7.5.3 Übertragung auf die Körperbezogene Interaktionstherapie: Ein Beispiel – 124
  - 7.5.4 Der Schwierigkeitsgrad und die Anzahl der einbezogenen sensorischen Kanäle – 126

- 7.5.5 Sitz- und Liegepositionen – 127
- 7.5.6 Überempfindlichkeit in einem oder mehreren Sinnessystemen berücksichtigen – 129
- 7.5.7 Feedback im Sekundenfenster – 133
- 7.5.8 Grundlegendes zur Dauer der Exposition – 134
- 7.5.9 Pausen innerhalb der Exposition – 135
- 7.5.10 Wie lang ist lang? – 137
- 7.5.11 Expositionen müssen positive Gefühle aufbauen – 138
- 7.5.12 Widerstände und Machtkämpfe von Kindern – 140
- 7.5.13 Vorbereitung auf eine Körperbezogene Interaktionstherapie – 149
- 7.5.14 Prüfkriterium, ob die Therapie im Einzelfall grundsätzlich erfolgreich ist – 150
  
- 7.6 **Bereich 3: Nutzen des Körperkontaktes für andere Fördermaßnahmen – 151**
  
- 7.7 **Bereich 4: Vernetzung mit anderen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen – 152**
  
- 7.8 **Gegenindikationen – 152**
  
- 7.9 **Mögliche Nebenwirkungen – 154**
  
- Literatur – 155**

## 7.1 Einleitung

Die Körperbezogene Interaktionstherapie (KIT) ist ein Therapiebaustein innerhalb des übergeordneten IntraActPlus-Konzeptes. Dieses ist verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und hat als Gesamtkonzept neben der allgemeinen Verhaltenstherapie verschiedene Arbeitsschwerpunkte. Hierzu gehören u. a. die ausgefeilte Videoarbeit für unterschiedlichste Therapie- und Schulungszwecke und die an der Grundlagenforschung ausgerichtete »Aufgabenanalyse« bei Fördermaßnahmen und Lernproblemen. Vor diesem Hintergrund wurde ein Ansatz zum Lesen- und Rechtschreiben-Lernen entwickelt.

Ziel einer jeden durchgeführten Körperbezogenen Interaktionstherapie ist es, die Fähigkeit zum Körperkontakt in **vollem** Umfang aufzubauen, damit die vorhandenen Einschränkungen und Nachteile entfallen. Dies gilt ausdrücklich auch für autistische Menschen.

### Indikationen für die Körperbezogene Interaktionstherapie

Die Körperbezogene Interaktionstherapie wird eingesetzt, wenn:

- im Rahmen einer umfassenderen Diagnostik festgestellt wurde, dass die Fähigkeit zum Körperkontakt eingeschränkt ist,
- diese Einschränkung die Autonomie der Betroffenen begrenzt bzw. die Teilhabe an verschiedenen sozialen Situationen behindert oder verhindert bzw. in irgendeiner anderen Form die Gesundheit der Betroffenen ungünstig beeinflusst oder bedroht,
- keine andere Therapie zur Verfügung steht, mit der die Gesundheit der Betroffenen ebenso effektiv unterstützt werden kann.

Mit »Gesundheit« ist hier auch die seelische Gesundheit gemeint. Die Begriffe »Autonomie« und »Teilhabe« werden in dem Sinne verstanden, wie sie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Rahmen des ICF für Kinder, Jugendliche und Erwachsene verwendet (ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit).

Die Körperbezogene Interaktionstherapie umfasst **vier** Bereiche:

- **Bereich 1:** Intuitiver Versuch, die Fähigkeit zum Körperkontakt aufzubauen;
- **Bereich 2:** Systematische Therapie der Körperkontaktstörung;
- **Bereich 3:** Nutzen des Körperkontaktes für andere Fördermaßnahmen;
- **Bereich 4:** Vernetzung mit anderen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen.

Die Körperbezogene Interaktionstherapie ist eine Expositionstherapie und folgt somit den wissenschaftlichen Grundlagen und therapeutischen Grundprinzipien der Exposition. Wir werden im Folgenden daher zunächst die Exposition in ihrer allgemeinen Form besprechen, bevor wir anschließend die 4 Bereiche der Körperbezogenen Interaktionstherapie im Einzelnen darstellen.

## 7.2 Körperbezogene Interaktionstherapie: eine Expositionstherapie

Menschen, die von einer Körperkontaktstörung betroffen sind, erleben ein unangenehmes Gefühl im Zusammenhang mit Körperkontakt. Die Intensität des unangenehmen Gefühls und die besondere Qualität sind bei jedem Betroffenen anders. Die einen fühlen sich vielleicht unwohl, die anderen fühlen sich eingeengt und andere erleben Angst.

Zur Behandlung solcher Gefühle hat sich in den letzten 60 Jahren ein grundsätzliches therapeutisches Prinzip als extrem erfolgreich erwiesen: die Exposition. Mit Exposition ist gemeint, dass sich die Betroffenen **über lange Zeit** mit dem auseinandersetzen, was ihnen dieses unangenehme Gefühl verursacht.

Die Auseinandersetzung mit der Situation, die ein unangenehmes Gefühl verursacht, kann in Gedanken (mentale Exposition) oder auch tatsächlich (In-vivo-Exposition) stattfinden. Beide Formen können im Einzelfall kombiniert werden, müssen aber nicht. Anstelle der Bezeichnung Exposition werden im Arbeitsalltag und in der Literatur auch andere Bezeichnungen verwendet, z. B. Reizüberflutung, der englische Begriff für Reizüberflutung

»flooding« und Konfrontation. Auch die Desensibilisierung stellt ihrem Wesen nach eine Exposition dar.

Grundlegende Vorstellungen im Zusammenhang mit jeder Exposition sind die folgenden:

- Die unangenehmen Gefühle gegenüber einer bestimmten Situation bleiben so lange bestehen, wie die Situation vermieden wird.
- Durch das Vermeiden der Situation kommt es zu keinem Umlernen und damit zu keiner neuen korrigierenden Erfahrung.
- Eine gedankliche oder tatsächliche Auseinandersetzung mit der anfänglich unangenehmen Situation führt zu korrigierenden Erfahrungen und damit zu einem angenehmen Erleben der ehemals unangenehmen Situation.

➤ **Das Prinzip der Exposition gilt für alle unangenehmen Gefühle, also beispielsweise Ekel, Angst, Hilflosigkeit, Gefühl der Enge etc.**

Eine Exposition ist dann erfolgreich, wenn folgende Bedingungen eingehalten werden:

- Die Exposition muss sich wirklich auf die Situation beziehen, die die unangenehmen Gefühle auslöst.
- Die Exposition muss ausreichend lang sein. Das bedeutet auch, die korrigierenden Erfahrungen müssen ausreichend umfassend, tief und positiv sein. Die richtige Beendigung der einzelnen Therapiesitzungen ist eine der zentralen Herausforderungen jeder Exposition.
- Eine Exposition muss erfolgreich sein.
- Der eingetretene Erfolg muss auch von den Betroffenen wahrgenommen werden. Dies ist beispielsweise bei depressiven Patienten kein kleines Problem, wenn sie grundsätzlich Schwierigkeiten haben, Erfolge ihrer Person wahrzunehmen.
- Die Betroffenen müssen am Ende der Therapie wirklich positiv über die ehemals unangenehme Situation denken. Es muss also eine kognitive Umstrukturierung erfolgt sein.
- Expositionen müssen in der Regel wiederholt durchgeführt werden, damit ein dauerhafter Erfolg eintritt.

## 7.2.1 Expositionstherapien nutzen eine genetisch gegebene Fähigkeit

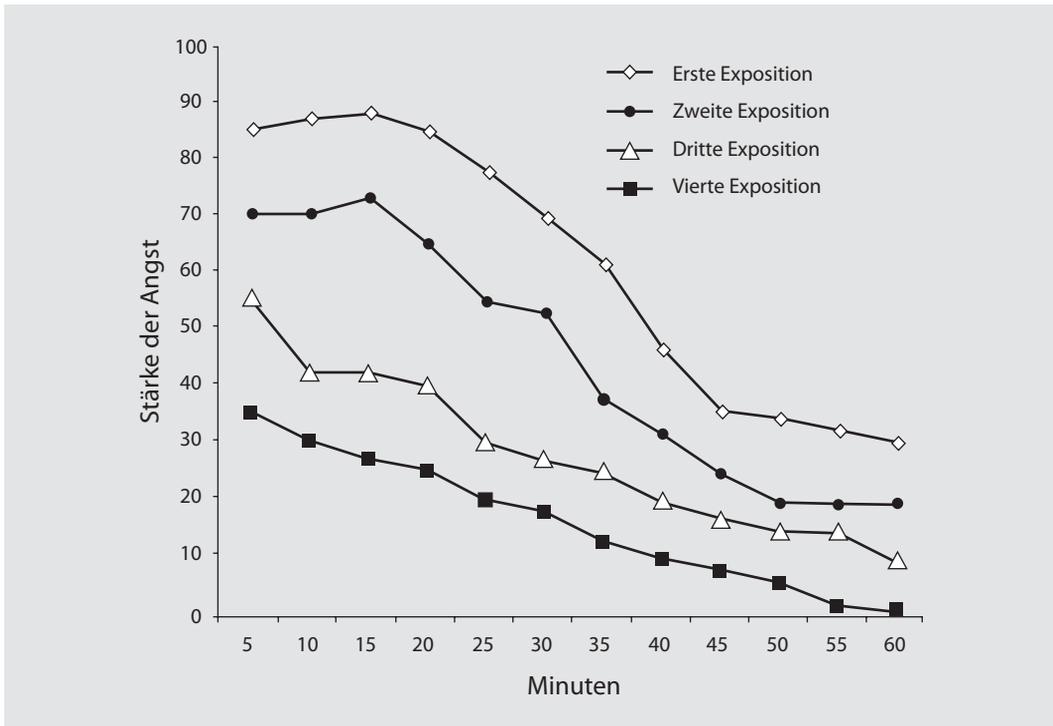
➤ **Expositionstherapien nutzen eine genetisch gegebene Fähigkeit, um unangenehme Gefühle therapeutisch zu behandeln.**

Diese genetisch gegebene Fähigkeit sorgt im normalen Lebensalltag dafür, dass Menschen die schwersten Situationen auf Dauer extrem gut bewältigen können. Immer geht es dabei um unangenehme Gefühle, die sich auf Dauer so verändern, dass sie positiven Gefühlen weichen. Anfänglich unangenehme Gefühle können dabei beispielsweise sein: Ekel, Angst, Hilflosigkeit, Unsicherheit, Gefühle eingeengt zu sein.

➤ **Unangenehme Gefühle werden durch das normale Leben ständig verändert, ohne dass die Betroffenen dies als Therapie verstehen – obwohl hier die gleichen genetischen Wirkmechanismen zum Tragen kommen.**

Im großen Umfang geschieht dies beispielsweise im Rahmen des beruflichen Werdeganges. So verlernen die meisten Angehörigen von Pflegeberufen ihre anfänglichen Ekelgefühle bei Ausscheidungen und Blut, sodass ihnen der Beruf auf Dauer Spaß macht und sie mit den Patienten in eine gute Beziehung treten können – auch wenn diese bluten oder Ausscheidungen abgeben. Gleiches gilt für Operationsärzte. Sie haben Spaß an ihrem Beruf, sie gehen morgens gerne zur Arbeit. Untrainierte Menschen können bei bestimmten operativen Eingriffen kaum hinschauen, teilweise wird es ihnen übel und die Bilder verfolgen sie über die nächsten Tage und Nächte. Manche können nicht einmal eine Spritze anschauen, ohne dass ihnen ein Schauer über den Rücken kriecht. Wie gesagt, über die Zeit lernen die Betroffenen um und können ihren Beruf lieben – nicht nur im Pflegebereich und bei Operationen, sondern überhaupt. Weitere Beispiele hierfür sind Ärzte ganz allgemein, Rettungsfahrer, Polizisten, Hebammen oder Reinigungskräfte von Toiletten.

In vielen Berufen fühlen Anfänger Unsicherheit und manchmal auch Angst. Diese Unsicherheit



■ **Abb. 7.1** Modell für einen typischen Verlauf einer Expositionstherapie am Beispiel der Angst. Die Angst wird umso geringer, je länger die Exposition dauert und je öfter die Exposition durchgeführt wird. Das Modell entspricht unseren Erfahrungen nach dem Verlauf einer mittelstarken Angst. Aus Abramowitz, Deacon & Whiteside (2011). *Exposure Therapy for Anxiety: Principles and Practice*. © Guilford Press. Reprinted with permission of The Guilford Press.

und Angst weicht auf Dauer Gefühlen der Kontrolle, Souveränität und Sicherheit. Hier lassen sich fast endlos viele Beispiele angeben, z. B. der erste Kundenkontakt, das erste Projekt, die ersten Unterrichtsstunden, die ersten Therapiestunden, der erste ernste Einsatz, die erste Moderation. Wir sind biologisch mit Mechanismen ausgestattet, um über die Zeit selbstständig eine »Therapie« mit uns selbst durchzuführen. Wie gesagt, Expositionstherapien nutzen diese biologisch gegebene Ausstattung.

## 7.2.2 Typischer Verlauf von Expositionstherapien

In ihrem Buch »Exposure Therapy for Anxiety« haben Abramowitz, Deacon und Whiteside (2011) den typischen Verlauf einer Expositionstherapie modellhaft dargestellt (■ Abb. 7.1). Das unangenehme

me Gefühl, in diesem Fall die Angst, nimmt umso mehr ab, je länger die therapeutische Exposition dauert. Der Heilerfolg steht damit in einem direkten Zusammenhang zur Dauer der Exposition. Fasst man diesen Befund in einen griffigen sprachlichen Ausdruck, so kann man sagen: »die Zeit heilt«. Wer Expositionstherapien durchführt oder an seiner Person erfährt, ist erstaunt, mit welcher Verlässlichkeit das unangenehme Gefühl über die Zeit geringer wird und am Ende gegen ein positives Gefühl ausgetauscht wird. Wir, die Autoren, sind jetzt seit einigen Jahrzehnten Therapeutinnen und Therapeuten. Für uns sind Expositionstherapien die sichersten Therapien, die wir kennen. Vorausgesetzt man hält alle wichtigen Gesetzmäßigkeiten ein, kann man sich auf die »Zeit« verlassen – jedes Mal.

Etwas Weiteres wird aus ■ Abb. 7.1 sichtbar. Das unangenehme Gefühl kommt zum Teil – aber eben nicht vollständig – zurück, wenn zwischen den

einzelnen Expositionen Pausen gemacht werden. Die Erfahrung zeigt nun, dass das Ausmaß, in dem das unangenehme Gefühl zurückkommt, abhängig ist von der Länge der Pause. Je länger die Pause, desto mehr unangenehmes Gefühl kommt zurück. Bei der praktischen Umsetzung von Expositionstherapien beträgt die Länge der meisten Pausen zwischen einer Viertelstunde und einer Woche. Auch bereits nach einer Viertelstunde Pause fühlen sich die Betroffenen am Anfang der Exposition in der Regel unangenehmer als am Ende der vorangegangenen Exposition. Je länger die Pause dauert, desto stärker ist das unangenehme Gefühl am Anfang der nachfolgenden Exposition im Vergleich zum Ende der vorhergehenden Exposition. Aber:

- **Das unangenehme Gefühl erreicht am Anfang der nachfolgenden Exposition nicht mehr die gleiche Stärke wie am Anfang der vorangegangenen Exposition. Dieser Unterschied stellt den eigentlichen Therapieeffekt dar.**

### 7.2.3 Expositionstherapien sind hoch effektiv

Die Expositionstherapie ist das Paradebeispiel für einen wissenschaftlich untermauerten und wissenschaftlich überprüften Therapiebaustein. Bereits im Jahr 1977 trug der medizinische Psychologe und Neurowissenschaftler Professor Niels Birbaumer das damals bekannte Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Angst sowie grundlegende physiologische Wirkmechanismen von Expositionstherapien in einer bahnbrechenden Veröffentlichung zusammen (Birbaumer 1977). Zum damaligen Zeitpunkt war die wissenschaftliche Überprüfung bereits so weit vorangeschritten, dass die hohe Wirksamkeit von Expositionstherapien als gesichertes Wissen angesehen werden konnte (s. auch Birbaumer & Schmidt, 2010).

#### Professor Niels Birbaumer

Professor Birbaumer hat für seine Arbeit eine Vielzahl von Auszeichnungen bekommen, u. a. den Gottfried-Wilhelm-Leibniz-Preis, die Wilhelm-Wundt-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, den Albert Einstein World Award of Science sowie die Helmholtz-Medaille der Berlin-

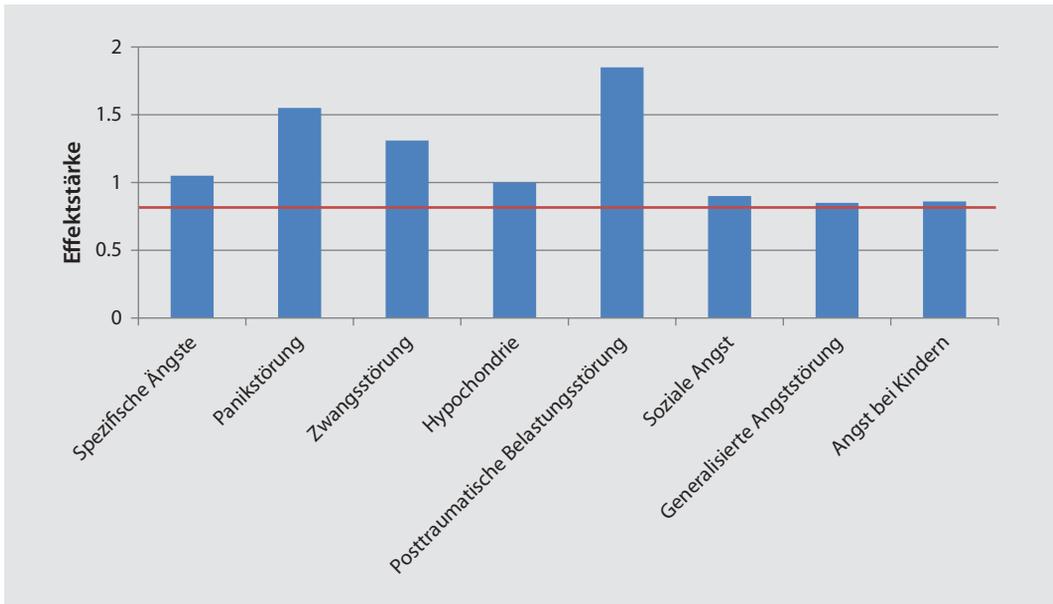
Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, die alle zwei Jahre an einen herausragenden Wissenschaftler vergeben wird. Er bekam den Ehrendoktor der Universitäten Jena und Madrid verliehen.

Seit 1977 sind mehr als drei Jahrzehnte vergangen. In dieser Zeit ist eine immense Anzahl weiterer Studien erschienen, die die Wirksamkeit von Expositionstherapien untersuchten. Aufgrund der hohen Qualität und der großen Anzahl lassen sich die Ergebnisse der einzelnen Studien in sog. Metaanalysen zusammenfassen. Metaanalysen erlauben es, mathematische Angaben darüber zu machen, wie die Wirksamkeit eines Therapieverfahrens über eine große Anzahl von Studien hinweg eingeschätzt werden kann. Das bedeutsamste statistische Maß hierfür ist die sog. Effektstärke. Die Effektstärke drückt aus, wie effektiv eine Therapiemaßnahme ist. Ab einer Effektstärke von 0,5 spricht man von einem mittleren, ab einer Effektstärke von 0,8 von einem starken Effekt.

Abramowitz et al. (2011) haben eine Sichtung der großen Zahl von Metastudien zur Wirksamkeit von Expositionstherapien vorgenommen. In **Abb. 7.2** geben wir ihre Darstellung der Ergebnisse wieder. Es wird deutlich, dass für 8 unterschiedliche Angststörungen – **einschließlich posttraumatischer Belastungsstörungen** – die gefundenen Effektstärken alle zwischen 0,8 und 1,9 liegen. Damit zeigt eine immense Anzahl von Studien, dass Expositionstherapien sehr wirksam bis extrem wirksam sind. Diese Befunde stimmen mit unseren Erfahrungen aus mehr als zwei Jahrzehnten überein. Die Expositionstherapie ist der effektivste Therapiebaustein zur Behandlung von Angst, über den wir gegenwärtig im Bereich der Psychotherapie verfügen. In diesem Bereich ist **kein anderer** Therapieansatz nur annähernd so effektiv und wurde **kein anderer** Therapieansatz nur annähernd so umfangreich untersucht.

### 7.2.4 Hemmung der Amygdala als wesentliche Ursache für den Therapieerfolg von Expositionstherapien

Im Jahr 1995 veröffentlichte LeDoux eine weitere wegweisende Arbeit. Bereits vorher war anhand



■ **Abb. 7.2** Wirksamkeit von Angsttherapien, die das Prinzip der Exposition nutzen. Die Effektstärken von 8 Metastudien liegen alle über 0,8 (rote Linie). Besonders hervorzuheben ist die hohe Effektivität bei **posttraumatischen Belastungsstörungen**. Aus Abramowitz, Deacon & Whiteside (2011). *Exposure Therapy for Anxiety: Principles and Practice*. © Guilford Press. Reprinted with permission of The Guilford Press.

zahlreicher Experimente gezeigt worden, dass eine bestimmte Hirnstruktur, die Amygdala, sowohl bei der Entstehung als auch bei der Aufrechterhaltung von Angst eine wichtige Rolle spielt. Seither hat sich eine intensive, jährlich zunehmende Forschungsaktivität mit dem Zusammenhang zwischen Amygdala und Angst bzw. Furcht beschäftigt, sodass man hierzu beispielsweise in der medizinischen Datenbank »pubmed« heute über 3 000 Publikationen findet.

LeDoux (1995) beschreibt zwei unterschiedliche Wege der Verarbeitung eines angstauslösenden Reizes in unserem zentralen Nervensystem (■ **Abb. 7.3**).

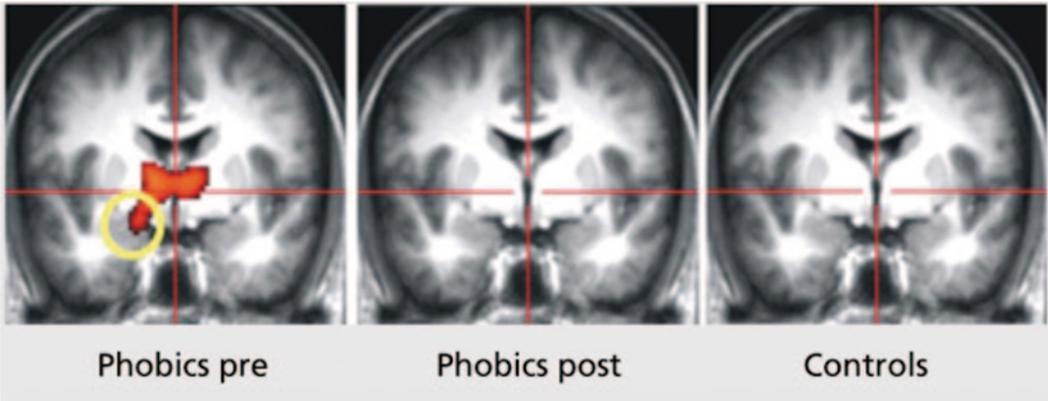
Die ersten Verarbeitungsstufen sind für beide Wege gleich: Sensorische Informationen aus den unterschiedlichen Sinnessystemen (z. B. Sehen, Hören, Fühlen) werden zunächst zum Thalamus weitergeleitet. Im Thalamus werden bereits erste grobe Merkmale des Reizes erkannt, beispielsweise grobe Konturen und Bewegungen einer Schlange. Vom Thalamus werden dann die Informationen über zwei verschiedene Wege weitergeleitet (Eine

Ausnahme bildet der Geruchsinn; hier werden die Informationen direkt an die Amygdala weitergeleitet ohne vorherige Umschaltung im Thalamus):

**Ein schneller Weg über die Amygdala.** Über diesen Weg können blitzschnell physiologische Veränderungen und Verhaltensweisen ausgelöst werden, die dem Schutz vor einer möglichen Gefahr dienen. Hierzu gehören beispielsweise der Anstieg von Herzrate und Blutdruck, die Ausschüttung von Stresshormonen und Vermeidungsverhalten auf motorischer Ebene. Diese schnelle Angstreaktion erfolgt, bevor der auslösende Reiz vollständig analysiert wurde. Dieser Weg hat also den Vorteil, extrem schnell zu sein und somit einen optimalen Schutz zu gewährleisten. Er hat den Nachteil, fehlerhaft zu sein, da er auf einer sehr groben Merkmalsanalyse aufbaut.

**Ein langsamerer Weg über die Großhirnrinde.** Über diesen Weg werden die Sinnesinformationen vom Thalamus an die verschiedenen sensorischen Verarbeitungsareale der Großhirnrinde weitergeleitet





■ **Abb. 7.4** Aktivierung der Amygdala beim Betrachten von Bildern von Spinnen bei Patienten mit Spinnenangst vor und nach der Expositionsbehandlung und bei angstfreien Kontrollpersonen. Aus Goossens et al. (2007) mit freundlicher Genehmigung des Elsevier-Verlags.

mit der gesamten Situation und dem gesamten bedeutungsmäßigen Zusammenhang in Verbindung gebracht wurde. Bezüglich der wahrgenommenen Schlange könnte dieser umfassendere Weg der Informationsverarbeitung beispielsweise zu dem Ergebnis führen: »Das ist ja nur eine Ringelnatter, die ist nicht gefährlich« oder »das ist ja nur die Gummischlange des Nachbarkindes«.

➤ **Sobald Reize erkannt werden, die unangenehme Gefühle auslösen, reagieren die Betroffenen automatisch mit Vermeiden der Situation. Dieses Vermeiden findet ohne vernunftgesteuerte oder bewusste Kontrolle statt und wird zeitlich bereits ausgelöst, bevor irgendein bewusstes Denken stattfinden kann. In dieser Phase können die Betroffenen keine freie Entscheidung treffen, denn die Verhaltenstendenz wird unbewusst und automatisch durch die Amygdala gesteuert.**

In der nachfolgenden Zeit ist es nur wenigen Menschen gegeben, eine freie Entscheidung zu treffen. Menschen die sich nicht sehr gut über ihre Vernunft steuern können, richten sich nach den unangenehmen Gefühlen, die durch die Aktivität der Amygdala hervorgerufen werden.

Bei diesem Sachverhalt ist es naheliegend, Expositionstherapien direkt daraufhin zu untersuchen, ob sie die Aktivität der Amygdala hemmen

und die betroffenen Personen gleichzeitig in die Lage versetzen, sich positiv zu fühlen. Seit einigen Jahren bestehen für solche Untersuchungen die technischen Voraussetzungen. Eine Übersicht über die Arbeiten, die die Hemmung der Amygdala nach einer Expositionstherapie untersuchen, geben Nechvatal und Lyons (2013). Die Ergebnisse zeigen, dass die Amygdala nach einer erfolgreichen Expositionsbehandlung durch die ursprünglich angstauslösenden Reize weniger oder gar nicht mehr aktiviert wird. Im Folgenden möchten wir eine dieser Studien beispielhaft darstellen.

Goossens et al. (2007) untersuchten Patienten mit Spinnenangst vor und nach einer einzigen Sitzung mit Expositionstherapie. Zunächst malten die Patienten Spinnen, dann wurde die Schwierigkeit schrittweise erhöht. Am Ende der Therapiesitzung waren alle Patienten in der Lage, eine lebende Spinne zu berühren.

Vor und nach der Therapie wurde mithilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRI) die Aktivierung der Amygdala gemessen, während die Patienten Bilder von Spinnen betrachteten. Wie ■ Abb. 7.4 verdeutlicht, zeigte sich bei den Patienten vor der Therapie eine starke Aktivierung im Bereich der Amygdala. Nach der Therapie reagierte die Amygdala nicht mehr auf Spinnen.

Der renommierte Verhaltenstherapeut und Therapieforscher Grawe (Grawe et al, 1994, S. 344) schreibt zusammenfassend über die Anwendung von Expositionsverfahren bei Ängsten:

» Therapeuten, die dies – aus welchen Gründen auch immer – nicht tun [die keine Expositionsvorfahren verwenden], legen ihren Patienten völlig unnötig ein verlängertes oder nie endendes Leiden auf und verstoßen, das kann man heute so sagen, gegen die Regeln der Kunst. «

- **Weitere wissenschaftliche Überprüfungen in Zusammenhang mit der Körperbezogenen Interaktionstherapie finden sich in ▶ Kap. 4 und ▶ Kap. 8.**

## 7.2.5 Grundlegende Mechanismen von Expositionstherapien

Im Jahr 1911 beschrieb der russische Physiologe, Arzt und Nobelpreisträger Iwan Petrowitsch Pawlow eine grundlegende Gesetzmäßigkeit des Lernens.

- **Diese Gesetzmäßigkeit erklärt, wie sich Gefühle und körperliche (physiologische) Veränderungen an beliebige zuvor unbedeutende Reize bzw. Situationen koppeln können. Gleichzeitig fand Pawlow bereits das grundlegende Prinzip, nach dem eine so gelernte Kopplung wieder aufgelöst werden kann.**

Dieses Grundlagenwissen sollte in den nächsten Jahrzehnten zu einer geradezu explosionsartigen Zunahme an Studien im Bereich der psychologischen Grundlagen- und Therapieforschung führen. Dieser Forschung verdanken wir heute das umfangreiche Wissen zur hohen Effektivität und Sicherheit von Expositionstherapien. Darüber hinaus haben wir durch die umfangreiche Grundlagenforschung heute ein immer genaueres Verständnis der Informationsverarbeitung im Gehirn und der damit einhergehenden physiologischen Vorgänge, die zu Angst und anderen unangenehmen Gefühlen führen.

Pawlow ließ einen Hund immer wieder einen bestimmten Glockenton hören. Jedes Mal bekam der Hund direkt nach dem Ton etwas Futter. Das Futter bewirkte über eine genetisch mitgegebene Verschaltung im Gehirn, dass der Hund mehr

Speichel produzierte. Nach einigen Wiederholungen produzierte der Hund jedoch auch dann mehr Speichel, wenn er nur den Glockenton hörte und kein Futter mehr bekam.

Eine körperliche Reaktion war also aufgrund von Lernerfahrungen an den Glockenton gekoppelt worden. Sie wurde nun bereits durch den Ton alleine ausgelöst. Einen solchen Lernvorgang, bei dem eine bestimmte Situation oder ein bestimmter Reiz zum Auslöser für bestimmte physiologische Reaktionen und Gefühle wird, nennt man in der Fachsprache »**klassische Konditionierung**«.

Eine Koppelung von Situation und Gefühl im Sinne der klassischen Konditionierung ist grundsätzlich für jeden gefühlsmäßigen Zustand, also sowohl für **unangenehme** als auch für **angenehme** Gefühle möglich: Nicht nur Angst, Ekel oder Traurigkeit können sich über die klassische Konditionierung mit einer bestimmten Situation verbinden, sondern auch Entspannung, Freude, Glück, Geborgenheit, Stolz etc.

Pawlow zeigte weiter, wie die Kopplung zwischen einer Situation und einer gelernten körperlichen Reaktion wieder rückgängig gemacht werden kann. Er ließ den Hund wiederholt den Glockenton hören. Nun folgte jedoch kein Futter mehr. Dies führte dazu, dass der Glockenton die gelernte Reaktion »Speichelfluss« immer weniger stark auslöste. Irgendwann war diese gelernte Reaktion auf den Ton vollständig abgebaut. Einen Lernvorgang, über den eine gelernte Koppelung zwischen Reiz und Reaktion in der beschriebenen Weise gelöst wird, bezeichnet man in der Fachsprache als »**Löschung**«. Prinzipiell kann über den Weg der Löschung jede gelernte Verbindung zwischen einer Situation oder einem Reiz und bestimmten angenehmen oder unangenehmen Gefühlen wieder entkoppelt werden. Grundlegende Voraussetzung ist immer, dass der Reiz wiederholt bzw. über längere Zeit wahrgenommen wird, ohne dass erneut die Reaktion ausgelöst wird.

In der Folge der langen Forschungsgeschichte nach der ersten Beschreibung des Prinzips der »klassischen Konditionierung« weiß man heute, dass im Rahmen einer Expositionsbehandlung verschiedene grundlegende Mechanismen zusammenwirken. Die wichtigsten sind:

1. ein Abbau der gelernten Verbindung zwischen der Situation und negativen Gefühlen entsprechend der beschriebenen »Löschung«,
2. der Aufbau einer neuen Verbindung zwischen der Situation und positiven Gefühlen; dies erfolgt ebenfalls über den Vorgang der »**klassischen Konditionierung**«, also über den gleichen Lernprozess, mit dem zuvor negative Gefühle an die Situation gekoppelt worden waren,
3. eine Veränderung der **gedanklichen Bewertung** der Situation,
4. das **Erlernen von Verhaltenskompetenz** für einen erfolgreichen Umgang mit der entsprechenden Situation.

■ **Zu 2: Aufbau einer Verbindung zwischen Situation und positiven Gefühlen**

Für das Ende einer Expositionsbehandlung ist entscheidend: In Zusammenhang mit den meisten Situationen des Lebens reicht es nicht aus, dass die ursprünglich negative Situation neutral geworden ist, also keine unangenehmen Gefühle mehr auslöst. Vielmehr gilt es, die entsprechende Situation mit guten Gefühlen zu verbinden. Eine Exposition, die nur unangenehme Gefühle abbaut, ist auf Dauer nicht wirklich erfolgreich. **Für den Umgang mit Körperkontaktstörung kommt diesem Punkt eine immense Bedeutung zu.**

Ob das leicht gelingt, hängt in starker Weise von den Erfahrungen ab, die der Betroffene machen konnte, bevor es zu dem unangenehmen Gefühl kam. Im Folgenden zwei Beispiele:

**Beispiel 1.** Ein junger Mann ist bereits seit Langem ein begeisterter Skispringer. Der Sprung von der Schanze und die gesamte damit verbundene Situation wie seine Freunde in der Mannschaft, die enge Beziehung zum Trainer, die Begeisterung von Fans etc. sind für ihn bereits seit vielen Jahren mit sehr angenehmen Gefühlen verbunden gewesen. Nun kann es sein, dass es aufgrund eines selbst erlebten oder beobachteten Unfalls zu einer Koppelung zwischen Springen und Angst gekommen ist. In diesem Fall besteht die üblichste Form der Exposition darin, den Betroffenen sofort wieder springen zu lassen. Eine schnelle Korrektur der ungünstigen

Erfahrung ist der sicherste und effektivste Weg, um Angst zu verlieren. Ist dies nicht möglich, weil der Skispringer möglicherweise schon eine Zeit lang das Springen vermieden hat, könnte man zunächst über eine gedankliche Vorstellung der angstausslösenden Situation arbeiten. Wenn hierdurch die Angst schon ein Stück weit abgebaut wurde, würde man dann wieder »live« in die Situation hineingehen.

➤ **In diesem Beispiel wurde die entsprechende Situation vorher bereits wiederholt positiv oder sehr positiv erlebt. Wird nun die Angst im Rahmen einer Expositionsbehandlung gelöscht, so kann der junge Mann mit großer Wahrscheinlichkeit wieder auf die »alten« positiven Gefühle zurückgreifen. In einem solchen Fall ist es im Rahmen der Exposition meist nicht oder nur in geringem Umfang erforderlich, zusätzlich daran zu arbeiten, dass positive Gefühle an die Situation gekoppelt werden.**

**Beispiel 2.** Ein Kind hatte bisher so gut wie keinen positiven Kontakt mit Hunden. Im Elternhaus und bei Freunden gibt es keine Hunde. Den Eltern selbst sind Hunde im Wesentlichen gleichgültig. Daher haben sie ihr Kind nie mit positiven Gefühlen an einen Hund herangeführt. Sie haben in der Vergangenheit praktisch nie gemeinsam mit dem Kind einen Hund gestreichelt, erst recht nicht lange und mit Spaß. Nehmen wir auch in diesem Fall an, es findet ein Ereignis statt, das zu einer Verknüpfung des Hundes mit Angst oder anderen negativen Gefühlen führt.

➤ **Hier wurde die entsprechende Situation vor dem Entstehen des unangenehmen Gefühls nicht oder nur sehr wenig als positiv erlebt. Würde im Rahmen einer Expositionsbehandlung allein der Prozess der Löschung als Wirkfaktor zum Einsatz kommen, so wäre unmittelbar nach der Exposition zwar die Angst weg. Der Hund würde jedoch bei diesem Kind keine positiven Gefühle auslösen wie beispielsweise Spaß, Freude oder Zuneigung. Es würde das Kind nicht zum Hund »hinziehen«.**

Im Rahmen der Expositionsbehandlung muss hier ein **zweiter** Prozess stattfinden: Ziel ist es, dass die Situation gute Gefühle auslöst. Über den Lernprozess der »klassischen Konditionierung« koppeln sich diese guten Gefühle immer mehr an den ursprünglichen Auslöser unangenehmer Gefühlszustände.

Entsprechendes gilt im Zusammenhang mit Körperkontaktstörungen. Da Körperkontaktstörungen **häufig in sehr früher Kindheit beginnen** (► Kap. 5) haben die Betroffenen in der Vergangenheit entsprechend wenig gute Erfahrungen mit körperlicher Nähe gemacht. Es ist deshalb ein ganz entscheidender Prozess, über Sinneserfahrung und positive Beziehung angenehme Gefühle an den Körperkontakt zu knüpfen.

Bei Menschen, die sich unblockiert auf Körperkontakt einlassen können, lösen eine Vielzahl Sinneserfahrungen in Zusammenhang mit körperlicher Nähe positive Gefühle aus, z. B. spüren des warmen Körpers, gestreichelt werden, selbst den anderen streicheln, eine warme und freundliche Stimme, Blickkontakt, Lächeln, über schöne gemeinsame Erfahrungen sprechen, singen.

Menschen mit einer Körperkontaktstörung können so weit umlernen, dass sie die gleichen Fähigkeiten zum Körperkontakt erwerben wie die Menschen, die sich damit schon immer leicht taten. Dieses tiefe Umlernen ist erstaunlicherweise **altersunabhängig** – und geht auch noch mit 70, 80 oder 90 Jahren.

### ■ Zu 3: Veränderung der gedanklichen Bewertung der Situation

Bei jeder erfolgreichen Expositionstherapie kommt es immer auch zu einer Veränderung der gedanklichen Bewertung einzelner oder mehrerer Aspekte der ursprünglich schwierigen Situation. Bestimmte Veränderungen der gedanklichen Bewertung haben Expositionsbehandlungen gemeinsam: Wenn der Lernende in die Situation hineingeht statt sie zu vermeiden, macht er zunächst einmal die Erfahrung, dass das unangenehme Gefühl nicht immer weiter anwächst. Dies erstaunt viele und stellt bereits am Anfang eine tiefgreifende kognitive Umstrukturierung dar. Recht bald tritt das nächste Erstaunliche ein. Das unangenehme Gefühl nimmt ab. Auch diese Erfahrung führt zu einer veränder-

ten Bewertung der Situation. Zu einem späteren Zeitpunkt machen die Betroffenen die Erfahrung, dass die Gefühle in der Situation angenehm sind – vielleicht zum ersten Mal. Diese Erfahrungen stellen die Grundlage für eine Revolution der gedanklichen Bewertung dar. Es tritt etwas ein, was meist nicht für möglich gehalten wurde, und es fühlt sich richtig gut an. Die Grundlage für tiefgreifende kognitive Umstrukturierungen ist gelegt. Diese werden durch immer weitere neue Erfahrungen gefestigt. Eine der wichtigsten ist die, dass es einen ersten Tag gibt, an dem die unangenehmen Gefühle bei einer Exposition überhaupt nicht mehr auftreten. In der nachfolgenden Zeit merken die Betroffenen, dass sich ihre Gefühle erneut verändern.

► **Sie empfinden immer häufiger die Sicherheit, dass sich positive Gefühle einstellen, wenn sie sich auf die ehemals unangenehme Situation einlassen.**

### ■ Zu 4: Lernen erfolgreicher Verhaltensweisen

Für einen erfolgreichen Abbau unangenehmer Gefühle ist für die meisten Situationen erforderlich, dass die Betroffenen neue Fähigkeiten erlernen. Dies ist in der Regel auch beim Körperkontakt der Fall. Dies soll am Beispiel »Streicheln« verdeutlicht werden. Die im Beispiel angesprochenen Fähigkeiten werden in aller Regel in der Zeit geübt, in der die Exposition stattfindet.

In dem Maße, in dem eine Person weniger Körperkontakt lebt, trainiert sie auch die Fähigkeit des Streichelns weniger. Dies kann beispielsweise dazu führen, dass die Betroffenen mechanisch streicheln. Eine häufige Ursache hierfür ist die folgende: Aufgrund mangelnder Erfahrung und ihrer inneren Abwehr gegen Körperkontakt legen die Betroffenen weniger Wert darauf, beim Streicheln den anderen zu spüren, sie streicheln mechanisch. Hier müssen die Betroffenen lernen, dass sie während des Streichelns ihre Aufmerksamkeit auf das Spüren des anderen richten. In dem Maße, in dem ihnen dies gelingt, beginnt sich die Qualität der Streichelns zu verändern. Es wird immer weniger mechanisch.

Streicheln kann jedoch noch aus einem anderen Grund mechanisch werden. Eine hohe Qualität des Streichelns wird nur dann erreicht, wenn sich

der Streichelnde selber spürt und sich hierdurch auf die entstehenden eigenen Gefühle einlässt.

Den anderen und sich selbst zu spüren, ermöglicht vielen, richtig gut zu streicheln. Manchmal mag dies jedoch nicht ausreichend sein. Es braucht die Fähigkeit, über das Streicheln zu sprechen – wohlwollend, einfühlend und in ausreichender Ausdauer. Beispielsweise gilt es zu klären, welches Streicheln gut tut und welches zu unangenehmen Gefühlen führt. Manchmal ist es auch wichtig zu besprechen, wann ein bestimmtes Streicheln sich angenehm anfühlt und wann nicht.

Für nicht wenige ist es wichtig eine weitere Fähigkeit zu lernen. Das Sprechen über Gefühle. Im Zusammenhang mit unserem Beispiel sind das Gefühle, die beim Streicheln entstehen. Für viele keine leichte Aufgabe.

### 7.3 Wahl des Therapiepartners für die Körperbezogene Interaktionstherapie

---

Die Körperbezogene Interaktionstherapie wird nur mit sehr nahen Bezugspersonen durchgeführt. Erwachsene suchen sich in der Regel ihre Partnerin oder ihren Partner aus, um die Körperbezogene Interaktionstherapie durchzuführen. Geeignet ist allerdings auch jede andere Bezugsperson, die nahe genug ist. So wählen sich beispielsweise Alleinstehende eine ihrer Freundinnen oder einen ihrer Freunde aus. Erwachsene »Kinder« haben nicht selten das Bedürfnis, mit ihren Eltern Körperkontakt zu erlernen. Auch für Mütter oder Väter besteht eine Option darin, ihre Fähigkeit zum Körperkontakt mit Unterstützung eines erwachsenen »Kindes« aufzubauen.

Bei Kindern ist die helfende Person entweder die Mutter oder der Vater, bei Adoptivkindern die Adoptivmutter oder der Adoptivvater. Sofern beide Eltern die Therapie durchführen, kommt die Frage auf, wer beginnt. In der Praxis wird diese Frage in den meisten Fällen dadurch gelöst, dass sich ein Elternteil sicherer fühlt als das andere. In diesem Fall beginnt das Elternteil, das sich am sichersten fühlt. Das unsichere Elternteil hat dann die Möglichkeit, durch Beobachten und Begleiten der Therapie zu lernen.

Für Eltern, die vor der Entscheidung stehen, wer von beiden die Therapie durchführt, ist noch Folgendes wichtig zu wissen: Um mit der Körperbezogenen Interaktionstherapie bei einem Kind die Fähigkeit zum Körperkontakt aufzubauen, bedarf es nicht selten nur eines Elternteils. Trotzdem ist es in aller Regel sinnvoll, dass auch das andere Elternteil die Therapie durchführt. Der Grund hierfür ist einfach: **Das Kind baut zu der Person eine tiefere Beziehung auf, die die Therapie durchführt.** Hierdurch geschieht es nicht selten, dass das andere Elternteil in eine schlechtere Position gerät. Dies muss nicht sein.

Eine häufig gestellte Frage ist: Was ist, wenn ein Elternteil selbst eine Körperkontaktstörung hat? Hier muss zwischen zwei Möglichkeiten entschieden werden. Zum einen kann die betroffene Mutter oder der betroffene Vater vor der Therapie mit dem Kind eine eigenständige Therapie bezüglich der eigenen Körperkontaktstörung durchführen. Bezugsperson könnte hier die Partnerin oder der Partner sein. In vielen Fällen bietet sich noch eine zweite Möglichkeit an: Körperkontakt wirkt immer in beide Richtungen. Insofern kann durch die Körperbezogene Interaktionstherapie bei Kind und Bezugsperson **gleichzeitig** die Fähigkeit zum Körperkontakt aufgebaut werden. Diese Möglichkeit kann z. B. dann gewählt werden, wenn die Körperkontaktstörung der Mutter bzw. des Vaters nicht besonders stark ist.

### 7.4 Bereich 1: Intuitiver Therapieversuch

---

Bei leichten oder sehr leichten Körperkontaktstörungen können die Betroffenen und ihre Bezugspersonen einen eigenständigen Versuch unternehmen, die Fähigkeit zum Körperkontakt mehr oder weniger selbstständig aufzubauen. Sofern die Betroffenen sich nicht in einer Therapie befinden, verstehen wir unter »mehr oder weniger selbstständig« die Durchführung eines Eigenversuches aufgrund der Informationen, die in diesem Buch gegeben werden.

Sofern sich die Betroffenen in einer Therapie nach dem IntraActPlus-Konzept befinden, bedeutet »intuitiver Versuch«, dass die Betroffenen nur

mündlich angeleitet werden. Die Exposition selbst wird nicht durch die Therapeutin oder den Therapeuten begleitet, sondern sie wird als Hausaufgabe den Eltern bzw. den Betroffenen selbst mit nach Hause gegeben. Hierbei werden die Eltern bzw. die Betroffenen selbst nur mündlich im Vorhinein angeleitet. Bei einem solchen intuitiven Versuch ist darauf zu achten, ob Erfolg eintritt. Solange dies der Fall ist, kann der Versuch fortgesetzt werden. **Stellt sich kein Erfolg ein, sollte der Versuch spätestens nach 8 Wochen abgebrochen werden**, da sonst die Gefahr besteht, dass die Körperkontaktstörung weiter gefestigt wird.

Sehr leichte und leichte Körperkontaktstörungen treten sehr viel häufiger auf als schwere bzw. sehr schwere Körperkontaktstörungen. Bei den sehr leichten bzw. leichten Körperkontaktstörungen kann es sinnvoll sein, einen einfachen intuitiven Versuch einer Behandlung durchzuführen. Dieser Versuch besteht im Wesentlichen aus zwei Veränderungen: Zum einen wird versucht, Körperkontakt einzugehen, anstatt ihm auszuweichen. Zum anderen wird versucht, die Anforderungen an den Körperkontakt zunächst möglichst gering zu halten. Dies bedeutet, dass mit dem geringsten Schwierigkeitsgrad für die Betroffenen begonnen wird. Was dies bedeutet, wird weiter unten in diesem Kapitel ausgeführt (► Abschn. 7.5).

### 7.4.1 Säuglinge und Kleinkinder

Der intuitive Ansatz hat überhaupt nur eine Chance, wenn am Tag Situationen vorkommen, in denen sich das Baby oder Kleinkind auf Körperkontakt einlässt. Diese Situationen werden gezielt genutzt, um die Fähigkeit zum Körperkontakt aufzubauen. Zunächst gilt es zu prüfen, in welcher Position das Kind Körperkontakt eher erträgt bzw. eher ablehnt. In welcher Form das eigene Baby oder Kleinkind Körperkontakt am besten annehmen kann, findet man am besten heraus, indem man es über einige Tage beobachtet und hierzu immer wieder in unterschiedlichen Formen Körperkontakt anbietet. Auch wenn hier Unterschiede zwischen den einzelnen Babys oder Kleinkindern bestehen, gilt doch für die meisten Säuglinge und Kleinkinder:

- Die aufrechte Haltung ist günstiger als eine eher »gekippte« Lage, wie sie beispielsweise in der typischen Stillposition besteht.
- Seitlicher Körperkontakt gelingt in der Regel eher als Körperkontakt Bauch an Bauch.
- Wenn das Baby bereits sitzen kann, ist oft ein seitliches Sitzen auf dem Schoß eine gute »Anfangsposition«. Diese Position kann so gestaltet werden, dass das Kind anfangs nur ganz wenig Körperkontakt spürt. Wenn sich das Kind dann mit »wenig« Körperkontakt wohlfühlt, kann die Menge des Körperkontakts kleinschrittig erhöht werden, indem das Baby allmählich dichter an den Körper genommen wird.
- Wenn der Körperkontakt in allen Lagen »am Körper« der Bezugsperson schwer fällt, kann mit dem Üben von Körperkontakt begonnen werden, während das Kind beispielsweise auf der Wickelkommode oder dem Sofa liegt. Beispiele hierzu finden sich in ► Abschn. 9.2.2.

Auch der Zeitpunkt ist entscheidend dafür, dass ein Gewöhnen an Körperkontakt gelingt. Für viele Babys und Kleinkinder ist ein ausgeschlafener und gefütterter Zustand am Morgen sehr günstig, da sie dann besonders gut lernen können. Bei anderen kann es einfacher sein, wenn sie gut gefüttert, aber schon etwas müde sind. In der Regel gelingt das Üben von Körperkontakt bei Säuglingen oder Kleinkindern mit Körperkontaktstörungen nach einem unruhigen Tagesabschnitt besonders schwer, nach einer ruhigen Zeit hingegen eher besser.

Ist in der beschriebenen Weise eine Situation gefunden worden, in der das Baby oder Kleinkind sich auf Körperkontakt einlässt, so gilt es, möglichst an jedem Tag einmal oder besser mehrmals zu üben. Für die meisten Säuglinge und Kleinkinder mit nur leichten Schwierigkeiten im Bereich des Körperkontakts sind 10–15 Minuten jeweils eine günstige Übungsdauer.

Bei den meisten Säuglingen mit einer Körperkontaktstörung finden sich gleichzeitig leichte oder deutliche Schwierigkeiten im Bereich der Verarbeitung von Sinnesreizen. Eine größere Untergruppe dieser Kinder reagiert überempfindlich. Bei ihnen kann es sehr leicht passieren, dass Sinnesreize, die

gleichzeitig mit Körperkontakt auftreten, zu unangenehmen Gefühlen führen. Beispielsweise kann es sein, dass das Baby bestimmte Formen des Streichelns, des Sprechens oder der Lageveränderung als unangenehm erlebt. Entsprechendes gilt – meist in nicht ganz so starker Form – für Kleinkinder.

Bei einer anderen Untergruppe von Säuglingen und Kleinkindern mit einer Körperkontaktstörung findet sich eine nicht ausreichende Verarbeitung von Sinnesreizen. Man bezeichnet dies als sensorische »Unterinformiertheit«. Diese Kinder wirken im Körperkontakt über längere Phasen eher schlaff, und unteraktiviert und zeigen wenig Interesse an der Beziehung. Dieses Verhalten kann – v. a. bei länger dauernder körperlicher Nähe – in heftigen Widerstand gegen den Körperkontakt umschlagen.

Gerade bei Säuglingen oder Kleinkindern können also Besonderheiten in der Verarbeitung von Sinneserfahrungen den Aufbau der Fähigkeit zum Körperkontakt deutlich erschweren oder verhindern. Daher sollten Eltern, bevor sie mit einem intuitiven Versuch der Anbahnung von Körperkontakt beginnen, unbedingt folgende Kapitel gelesen haben:

**Dieses Kapitel** Lesen Sie dieses Kapitel zu Ende und übernehmen Sie, was für die eigene Situation passend ist.

**Kapitel 6** Hier finden Sie den Zusammenhang zwischen Körperkontaktstörungen und Störungen der sensorischen Integration.

**Kapitel 9** In diesem Kapitel geht es um das Berücksichtigen einer sensorische Überempfindlichkeit oder Unterinformiertheit in Zusammenhang mit Prävention und Therapie von Körperkontaktstörungen.

## 7.4.2 Kinder

Zuerst wird mit dem Kind gesprochen. In einem oder mehreren Gesprächen wird mit ihm der Sinn des Körperkontaktes sowohl für es selbst als auch für die Eltern hervorgehoben. Zusätzlich wird in altersgemäßer Weise besprochen, was bei einer Gewöhnung (Exposition) passiert. Wichtig ist, dass

das Kind eine innere Einstellung dazu bekommt, dass eine solche Gewöhnung etwas sehr Normales ist: ein Weg, über den man prinzipiell jedes gelernte unangenehme Gefühl wieder verlieren kann. Ebenso wichtig ist, dem Kind zu vermitteln, dass es immer eine positive Kontrolle über die Situation hat in dem Sinne, dass mit ihm immer wieder abgesprochen wird, welche Schritte es sich bereits zutraut und welche noch nicht.

Wenn es geht, sollte mit dem Kind danach gesucht werden, in welcher Situation des Tages das Kuschneln am leichtesten fällt. Beispielsweise könnten Eltern und Kind herausfinden, dass das Kuschneln am besten klappt, wenn das betroffene Kind zu Bett geht. Für andere mag es helfen, das Kuschneln zu einem Zeitpunkt durchzuführen, bei dem noch alle wach und aufmerksam sind. Wiederum andere finden beispielsweise heraus, dass das Kuschneln dann am besten mit einem Elternteil klappen könnte, wenn das andere Elternteil sich um die anderen Kinder kümmert. Der vereinbarte Zeitraum, in dem gekuschnelt wird, sollte mindestens 10–15 Minuten betragen. Der intuitive Ansatz hat nur eine Chance erfolgreich zu sein, wenn sich das betroffene Kind auf 10–15 Minuten gemeinsames Kuschneln einlässt.

Dies wird eher der Fall sein, wenn das Kind im Allgemeinen vernünftig und kooperativ ist. Es kann betroffenen Kindern helfen, sich auf einen solchen Versuch einzulassen, wenn sie hierfür eine Hilfestellung bekommen, die ihnen auch für andere zunächst unangenehme Situationen gewährt wird, beispielsweise Hausarbeiten machen oder Aufräumen. Gedacht ist hier an Hilfestellungen über Konsequenzen wie beispielsweise Belohnungen und Punkteprogramme.

Manche Eltern tun sich schwer, derartige Hilfestellungen zu geben. Die meisten von ihnen benutzen dabei ein unzutreffendes Denkmodell. Sinngemäß denken sie: »Ich kann doch nicht mit einer Belohnung mein Kind dazu bringen, mich zu mögen.« Ein solches Denkmodell ist ganz an den Ängsten und Befürchtungen der Mutter oder des Vaters ausgerichtet. Es ist wichtig, dass sich die Eltern in ihr Kind hineinversetzen, um es zu verstehen. Ihr Kind tut sich schwer mit Körperkontakt. Es empfindet bei Körperkontakt ein unangenehmes Gefühl. Um die Fähigkeit zur körperlichen Nähe zu erlernen,

muss es dieses unangenehme Gefühl überwinden. Dies kostet Kraft und Ausdauer. Hier kann man sein Kind unterstützen, wie man es in vergleichbaren anderen Situationen auch tun würde.

Vor einem Versuch sollten Eltern folgende Kapitel gelesen haben:

**Dieses Kapitel** Lesen Sie es zu Ende und übernehmen Sie, was für die eigene Situation passend ist.

**Kapitel 6** Hier finden Sie den Zusammenhang zwischen Körperkontaktstörungen und Störungen der sensorischen Integration.

**Kapitel 9** In diesem Kapitel geht es um das Berücksichtigen einer sensorischen Überempfindlichkeit oder Unterinformiertheit in Zusammenhang mit Prävention und Therapie von Körperkontaktstörungen

### 7.4.3 Jugendliche und Erwachsene

Die Erfahrung zeigt, dass Paare bestimmte Fähigkeiten benötigen, um mit einem intuitiven Behandlungsversuch erfolgreich zu sein. Zunächst ist die Fähigkeit gefragt, wohlwollend mit der »Schwäche« des anderen umzugehen. Wohlwollend bedeutet in diesem Fall, den anderen in seiner Schwäche anzunehmen, mit seiner Schwäche zu mögen und ihm helfen zu wollen. Wohlwollend bedeutet aber auch, im Augenblick des Umlernens sich nicht über den anderen zu erheben. Manche Partner haben die unangenehme Angewohnheit, in den Augenblicken, in den ihr Partner schwach ist, besonders direktiv und bevormundend zu werden. Hierdurch wird eine extrem ungünstige Lernatmosphäre geschaffen, in der es fast unmöglich ist, sich fallen zu lassen.

Bei Jugendlichen und Erwachsenen entsteht während der Exposition sehr häufig ein Bedürfnis zu sprechen. Hier haben diejenigen Vorteile, die sich leicht tun, schwierige Inhalte zu besprechen. Die Fähigkeit zu sprechen entscheidet hier sehr häufig darüber, ob die Exposition erfolgreich zu Ende geführt werden kann oder nicht.

Auch Erwachsene mit einer Körperkontaktstörung empfinden zunächst unangenehme Gefühle, wenn sie sich auf Körperkontakt einlassen. Auch

für Erwachsene bedeutet dies, dass sie Anstrengung und Ausdauer aufbringen müssen, damit die Exposition erfolgreich ist. Hier tun sich erfahrungsgemäß die Betroffenen leichter, die Verantwortung für sich und ihre Partner übernehmen. Je weniger die Betroffenen in der Lage sind, Verantwortung zu übernehmen, desto unwahrscheinlicher wird es, den Körperkontakt erfolgreich aufzubauen.

Auch Erwachsene sollten vor einem intuitiven Versuch, Körperkontakt anzubahnen, unbedingt folgende Kapitel gelesen haben:

**Dieses Kapitel** Lesen Sie dieses Kapitel zu Ende und übernehmen Sie, was für die eigene Situation passend ist.

**Kapitel 6** Hier finden Sie den Zusammenhang zwischen Körperkontaktstörungen und Störungen der sensorischen Integration.

**Kapitel 9** In diesem Kapitel geht es um das Berücksichtigen einer sensorischen Überempfindlichkeit oder Unterinformiertheit in Zusammenhang mit Prävention und Therapie von Körperkontaktstörungen.

## 7.5 Bereich 2: Systematische Therapie

Im Folgenden stellen wir die wichtigsten Gesetzmäßigkeiten für eine Behandlung von Körperkontaktstörungen dar. Wir gehen bei den Ausführungen der einzelnen Gesetzmäßigkeiten davon aus, dass sich die Betroffenen **von einer erfahrenen Therapeutin oder einem erfahrenen Therapeuten** anleiten lassen. Dies geschieht, indem die Körperbezogene Interaktionstherapie zunächst unter Anwesenheit der Therapeutin oder des Therapeuten durchgeführt wird. Die Betroffenen und ihre Bezugspersonen lernen dabei, wie die Körperbezogene Interaktionstherapie durchgeführt wird. Anschließend wird diese Therapiemaßnahme zu Hause selbstständig fortgesetzt. Nach einer bestimmten Zeit findet erneut ein Termin statt, bei dem die Durchführung der Therapie wieder von der Therapeutin oder dem Therapeuten begleitet wird. Danach führen die Betroffenen die Thera-

pie wiederum alleine zu Hause durch. Diese Zyklen werden so lange wiederholt, bis die Fähigkeit zum Körperkontakt hergestellt ist. Die Termine in Begleitung der Therapeutin oder des Therapeuten können mehrere Wochen auseinanderliegen.

### 7.5.1 Was geschieht zwischen Anfang und Ende einer Exposition?

Stellen Sie sich eine kurze Holzbrücke über einem sehr tiefen Tal in den Bergen vor. Ein geübter Wanderer überquert diese Brücke in etwas mehr als einer Minute. Stellen sie sich weiter vor, dass diese Brücke von einem Menschen für eine Exposition genutzt wird, um seine Höhenangst zu behandeln. In diesem Fall hat er einerseits das Ziel, die Brücke zu überqueren, und andererseits, sich von dieser Brücke aus mit der Höhe auseinanderzusetzen.

Die Exposition beginnt entsprechend der Schwierigkeitsstufung vom festen Boden aus. Der Lernende wird in einem gewissen Abstand von der Brücke stehen bleiben und sich dann mit dem Blick – vom festen Boden aus – mit der Brücke und der Höhe auseinandersetzen.

Zu Beginn wird sein Blick zunächst noch der ganzen Brücke und der Höhe ausweichen. Vielleicht gelingt es ihm anfangs nur, den Weg vor seinen Füßen zur Brücke hin anzuschauen. Dies macht er so lange, bis er fühlt, dass sein unangenehmes Gefühl sich auflöst. Dann wandert sein Blick immer weiter in Richtung Brücke.

Weil die Zeit heilt, kann sein Blick immer mutiger werden. Ab einen bestimmten Zeitpunkt kann er die ganze Brücke anschauen, auch wenn sein Blick dabei noch die Tiefe vermeidet. Dies ist sein nächster Lernschritt: immer noch an seinem Ausgangspunkt stehend so viel von der Tiefe anzuschauen, wie das von diesem Betrachtungspunkt möglich ist.

Die Zeit heilt und deswegen ist es ihm nach einer Zeit möglich, den ersten Schritt in Richtung Brücke zu gehen. Die Brücke wird er dabei nicht gleich betreten. In solchen Schritten geht es weiter, bis er auf dieser Brücke steht und in die Tiefe schaut. Ganz am Ende überquert er diese Brücke – möglichst mehrmals. In den nächsten Tagen wird er diese Exposition wiederholen. Wenn er diese

Wiederholungen effektiv macht, wird es zum ersten Mal einen Tag geben, an dem er auf dieser Brücke sitzen und essen kann und dabei seinen Ausblick genießt – möglichst lang.

### 7.5.2 Möglichkeit zeitlicher Beschleunigung

Eine solche Exposition kann in verschiedener Weise unterstützt und damit zeitlich beschleunigt werden. Zwei der wichtigsten Wege möchten wir im Folgenden darstellen, da sie auch für die Exposition mit körperlicher Nähe von entscheidender Bedeutung sind.

#### ■ Sich den eigenen Erfolg so oft wie möglich vor Augen führen

Der Lernende könnte sich immer wieder seinen Erfolg vor Augen führen und sich gefühlsmäßig auf seinen Erfolg einlassen. Er könnte sich beispielsweise immer wieder verdeutlichen, wie nahe er der Brücke und der Tiefe bereits gekommen ist und dass sich sein Gefühl auf jeder Schwierigkeitsstufe verbessert hat oder vielleicht schon richtig gut geworden ist. Er könnte sich besonders auf seine Gefühle einlassen, wenn sie positiv sind, etwa Erleichterung, Freude über den Erfolg oder auch Stolz. Ein solches Vorgehen verkürzt die Exposition, weil die positiven Gefühle stärker hervorgehoben werden. Hierdurch kommt es schneller zu einer Koppelung positiver Gefühle an die ehemals unangenehme Situation. Gleichzeitig wird das Umdenken - bezogen auf die Brücke - im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung beschleunigt.

#### ■ Unterstützung durch eine nahestehende Person

Der kluge Umgang mit sich selbst macht Expositionen kürzer. Der Effekt dieses klugen Umgehens könnte dadurch verstärkt werden, dass eine nahestehende Person die Exposition begleitet. Diese hat die Möglichkeit, den Lernenden über eine positive Beziehungsaufnahme bei seiner Exposition zu unterstützen. Hierzu stehen ihr mehrere Möglichkeiten zur Verfügung:

- Durch beziehungsmaßig warme Signale, beispielsweise mit Gesicht und Stimme, wird die



■ **Abb. 7.5** So kann der Beginn einer Körperbezogenen Interaktionstherapie bei Erwachsenen aussehen. Es wird möglichst im Sinne einer Schwierigkeitsstufung vorgegangen. Begonnen wird mit der Position, die beiden am leichtesten fällt. Für manche Paare mag es am Anfang zu schwer sein, sich gleichzeitig anzuschauen und bereits an den Händen zu halten. Für andere wäre der direkte Blickkontakt für den Anfang zu schwierig. In diesem Fall würde vielleicht eine Position gewählt, bei der die Augen geschlossen sind. Damit würde nur der Körperkontakt hergestellt, vielleicht nur über die Hände. (© Jansen & Streit)

Oxytocinproduktion stimuliert. Dies vermindert Stress und verbessert den Gefühlszustand des Lernenden in der schwierigen Situation.

- Die begleitende Person könnte sich an der Rückmeldung über den Erfolg beteiligen. Dies allein hätte bereits eine verstärkende Wirkung. Aufgrund des erhöhten Oxytocinspiegels des Lernenden würde diese Rückmeldung besonders wirksam sein.
- Durch die ersten beiden Punkte würde das Umdenken im Sinne einer kognitiven Umstrukturierung ebenfalls noch schneller erfolgen.
- Wenn bei der Exposition über die Situation Erinnerungen und Bereiche angesprochen werden, über die der Umlernende sprechen möchte, ist hierdurch die Möglichkeit zum Sprechen gegeben.

### 7.5.3 Übertragung auf die Körperbezogene Interaktionstherapie: Ein Beispiel

In dem vorhergehenden Beispiel »Höhenangst« dauerte Stunden, wofür ein Wanderer ohne Höhenangst vielleicht nur eine Minute benötigt. Wenn sich zwei Erwachsene ohne Körperkontaktstörung

in den Arm nehmen, dann dauert dies von der Absicht bis zur Umsetzung vielleicht 1–5 Sekunden, je nachdem in welche Position sie sich begeben und wie lange sie sich dabei anschauen. Dieser 1–5 Sekunden dauernde Vorgang wird im Rahmen einer Exposition auf eine Viertelstunde, eine halbe Stunde und vielleicht mehrere Stunden ausgedehnt. Dabei dauert – wie in dem Beispiel »Höhenangst« – jeder Teilschritt so lange, bis sich ein **positives** Gefühl eingestellt hat. Immer gilt die Regel: Die Zeit heilt.

Wenn sich Partner wie in der ■ **Abb. 7.5** gegenüber sitzen und anschauen, dann können sie dies auf sehr unterschiedliche Art tun. Sie können nur oberflächlich hinschauen oder sie können trotz des Anschauens vermeiden, sich auf die Beziehung zum anderen einzulassen. In solchen Fällen braucht es Zeit. Wenn die Betroffenen sich bemühen, sich auf die Beziehung durch Blickkontakt einzulassen, werden Sie spüren, wie dies über die Zeit immer besser gelingt. Sie werden spüren, wie die Nähe zum anderen zunimmt. Mit der Nähe kommt oft das Bedürfnis zu sprechen. Die Inhalte sind schwer vorhersagbar. Sie reichen von der Mitteilung von tiefen Gefühlen füreinander bis hin zu Vorwürfen und eigenen Verletzungen aus der Vergangenheit.

Jeder dieser Inhalte ist wichtig und jeder dieser Inhalte braucht die Zeit, die notwendig ist. Dabei versucht jeder beim anderen zu bleiben, den Körperkontakt also aufrechtzuerhalten. Wenn eine Position wie in ■ **Abb. 7.5** gewählt wurde, dann sind es v. a. drei Schwerpunkte bei denen die Partner versuchen beieinander zu bleiben. Sie versuchen, über den Blickkontakt den anderen zu spüren. Sie versuchen, mit den Händen dem anderen etwas zu geben. Sie versuchen auf das zu hören, was der andere ihnen zu sagen hat. Das ist keine leichte Aufgabe und es ist nicht sinnvoll, schneller voranzugehen, bevor nicht in der gewählten Ausgangssituation ein ausreichendes Maß an Ruhe und gegenseitigem Wahrnehmen von beiden Partnern umgesetzt werden kann.

Nicht immer drängen sich die wichtigsten Gesprächsinhalte bereits am Anfang auf. Manchmal kommen sie erst später, manchmal erst sehr viel später. Manchmal bedarf es erst einer großen Nähe, bis die ganz wichtigen Inhalte angesprochen werden können.



■ **Abb. 7.6** Ziel einer Körperbezogenen Interaktionstherapie ist die Fähigkeit, den Körperkontakt und den Blickkontakt positiv erleben zu können. Dies drückt sich u. a. darin aus, dass sowohl der Körperkontakt als auch der Blickkontakt aktiv gesucht werden. (© Jansen & Streit)

Wenn wir einen Zeitabschnitt wie den betrachten, für den die ■ **Abb. 7.5** beispielhaft steht, dann hat ein solcher Zeitabschnitt einen Anfang und ein Ende. Das Ende ist dann erreicht, wenn ein Erfolg eingetreten ist und in die nächste schwierigere Position gewechselt werden kann. Beispielsweise indem die Partner dichter aneinanderrücken und so in der Lage sind, mehr Körperkontakt miteinander einzugehen.

Ist ein Erfolg eingetreten, kann der damit verbundene positive Gefühlszustand unterschiedlich lange aufrechterhalten werden. Wird in die nächste, schwierigere Position gewechselt, findet hierdurch eine Unterbrechung des positiven Gefühls statt. Die Grundregel lautet hierbei: Die positiven Gefühle sollten möglichst **zeitlich ausgedehnt** erlebt werden. Das bedeutet, den Wechsel in die nächstschwierige Position eher später als früher durchzuführen.

- **Ein solcher Therapieabschnitt geht immer damit einher, dass sich Gefühle im Verlaufe dieses Prozesses in ihrer Stärke verändern. Hierdurch ergibt sich innerhalb der Situation die Möglichkeit, die Schwankungen der Gefühlsstärke zum Üben zu nutzen.**

Menschen allgemein tun sich leichter, die eigenen Gefühle und die Gefühle anderer wahrzunehmen, **wenn diese sich in ihrer Stärke verändern**. Damit ermöglicht die Veränderung der Gefühlsstärke eine

grundlegende Bedingung dafür, effektiv üben zu können, Gefühle wahrzunehmen.

Die Partner können zunächst lernen, den anderen und sich selbst besser zu spüren. Darüber hinaus bietet sich eine solche Situation dafür an, das Sprechen über Gefühle weiter zu verbessern. Geübt wird immer in zwei Richtungen: Die Partner sollen über ihre eigenen Gefühle sprechen können. Sie sollen aber auch lernen, die wahrgenommenen Gefühle des anderen anzusprechen.

In einer solchen Situation lässt sich jedoch nicht nur lernen, Gefühle zu spüren und anzusprechen, sondern auch den eintretenden Erfolg wahrzunehmen und sich und dem anderen bewusst zu machen. Auch dies ist oft keine leichte Aufgabe, aber es verändert die Beziehung und die eigene Person.

Wird eine Position erfolgreich abgeschlossen, so wird zur nächsten schwierigeren Position gewechselt. Schritt für Schritt wird in entsprechender Weise darauf hingearbeitet, dass alle Situationen mit Körperkontakt positiv erlebt werden können, beispielsweise in Liegeposition dicht beieinander liegen, sich im Arm halten und gegenseitig streicheln. **Der therapeutische Prozess ist dann abgeschlossen, wenn die Betroffenen ein Bedürfnis nach Körperkontakt haben.** Das bedeutet, dass sie selbst den Körperkontakt und Blickkontakt suchen und dabei ein richtig gutes Gefühl entsteht – wie beispielsweise in ■ **Abb. 7.6**.

Der Junge in ■ **Abb. 7.7** hat bereits viel erreicht. Er kann sich bereits im Körperkontakt entspannen und beginnt sich wohlzufühlen. In diesem positiven Augenblick fällt es ihm allerdings noch schwer, gleichzeitig Blickkontakt mit seiner Mutter herzustellen. Um dies zu erlernen, braucht er noch Zeit. Die Zeit heilt. Auch an dieser Stelle des therapeutischen Prozesses gilt das immer gleiche Prinzip. Wenn ein Kind – ohne Körperkontaktstörung – aus dieser Position den Blick zu seiner Mutter wendet, braucht es hierfür etwa eine Sekunde. Wenn ein Therapiekind das Gleiche tut, braucht es hierfür Zeit, vielleicht viel Zeit. Noch mehr Zeit braucht es aber, diesen Blickkontakt zu halten und noch viel mehr Zeit benötigt es, um gleichzeitig Körperkontakt und Blickkontakt wirklich positiv erleben zu können. Schritt für Schritt werden diese Fähigkeiten im Rahmen einer Therapie aufgebaut.



■ **Abb. 7.7** Dieser Junge kann bereits Körperkontakt ein wenig positiv erleben. Es fällt ihm aber noch schwer, gleichzeitig Blickkontakt herzustellen. Um gleichzeitig Körper- und Blickkontakt für sich zu nutzen, braucht es noch Zeit. (© Jansen & Streit)

#### 7.5.4 Der Schwierigkeitsgrad und die Anzahl der einbezogenen sensorischen Kanäle

Bezogen auf die wichtigsten Gesetzmäßigkeiten werden alle Expositionen in der gleichen Art und Weise umgesetzt. Wie effektiv eine Exposition ist, hängt wesentlich vom passenden Schwierigkeitsgrad ab. Wo immer es geht, wird deshalb der Schwierigkeitsgrad individuell angepasst.

Wenn beispielsweise ein Erwachsener seine Sozialangst verändern will, dann muss er sich diesen angstauslösenden Situationen stellen. Damit er dabei Erfolg hat, wird der Schwierigkeitsgrad einer Situation berücksichtigt. Es wird mit der für ihn einfachsten Situation begonnen und danach der Schwierigkeitsgrad Schritt für Schritt erhöht.

Der Schwierigkeitsgrad im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie hängt von vielen Größen ab. Einige wurden bereits auf den letzten Seiten aufgezeigt. Eine weitere Größe ist die Anzahl der sensorischen Kanäle, die in einem bestimmten Augenblick in die Therapie miteinbezogen werden. Ein erstes Beispiel soll dies verdeutlichen:

Ein siebenjähriges Kind kommt von der Schule nach Hause. Die Mutter begrüßt es, indem sie es in den Arm nimmt, es streichelt und ihm dabei in die Augen schaut. Gleichzeitig fragt sie, wie es ihm geht. Der Eingangsbereich ist durch Neonlicht hell erleuchtet. Die Geschwister des Kindes sind bereits

zu Hause und spielen sehr laut, während das Radio läuft. Das nach Hause kommende Kind hat eine Körperkontaktstörung mit gleichzeitiger Schwierigkeit, Blickkontakt aufzunehmen. Darüber hinaus leidet es an einer Überempfindlichkeit im taktilen, visuellen und auditiven Bereich.

Wie geht es dem Kind in einer solchen Situation? Die Antwort lautet: »schlecht, sehr schlecht.« Der Grund hierfür ist die **große Anzahl** unangenehmer Reize, die gleichzeitig auf dieses Kind einwirken. In unserem Beispiel sind dies:

- Die Mutter nimmt das Kind in den Arm: Aufgrund der Körperkontaktstörung löst die Umarmung durch die Mutter ein unangenehmes Gefühl aus.
- Die Mutter schaut ihrem Kind in die Augen: Aufgrund der Schwierigkeit des Kindes in diesem Bereich löst die Blickkontaktaufnahme durch die Mutter ein unangenehmes Gefühl aus.
- Die Mutter streichelt ihr Kind: Aufgrund der taktilen Überempfindlichkeit löst das Streicheln ein unangenehmes Gefühl aus,
- Der Eingangsbereich ist sehr hell (Neonlicht): Bei Menschen mit einer Überempfindlichkeit im visuellen Bereich kann helles Licht ein unangenehmes Gefühl auslösen.
- Die Mutter spricht das Kind an, gleichzeitig machen die Geschwister Lärm und das Radio läuft: Aufgrund der auditiven Überempfindlichkeit lösen diese Geräusche, besonders dann, wenn sie gleichzeitig auftreten, ein unangenehmes Gefühl aus.

Dass drei sensorische Kanäle betroffen sind, ist kein theoretischer und damit konstruierter Sachverhalt, sondern im Zusammenhang mit Körperkontaktstörungen nicht selten. Bei autistischen Kindern ist es sogar eher die Regel.

Mit **jedem einzelnen Reiz**, der nicht stattfindet, geht es diesem Kind in einer solchen Situation besser. Vielleicht könnte es die Situation bewältigen, wenn beispielsweise nur ein einziger Reiz stattfindet. Vielleicht könnte dieser Reiz die Umarmung sein. Vielleicht ist aber auch dies bereits zu viel und es wäre besser, nur die Hand zu geben.

## 7.5.5 Sitz- und Liegepositionen

Das, was wir im vorangegangenen Unterkapitel dargestellt haben, möchten wir zunächst anhand von Überlegungen zur Sitz- oder Liegeposition im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie verdeutlichen.

➤ **Über die Wahl der Position wird festgelegt, auf wie vielen sensorischen Kanälen die Exposition gleichzeitig stattfindet. Damit gehört die Auswahl der jeweiligen Sitz- oder Liegeposition zu den wichtigen Mitteln, den Schwierigkeitsgrad der Exposition passend zu machen.**

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, sich nochmals Folgendes in Erinnerung zu rufen: Bei den meisten Körperkontaktstörungen ist sowohl die Fähigkeit zum Körperkontakt als auch zum Blickkontakt betroffen. Das bedeutet, dass zunächst einmal sowohl der Körperkontakt als auch der Blickkontakt über eine klassische Konditionierung unangenehme Gefühle auslöst. Das wiederum bedeutet für den Schwierigkeitsgrad in der Therapie Folgendes:

- Nur Körperkontakt alleine löst ein unangenehmes Gefühl aus.
- Nur Blickkontakt alleine löst ein unangenehmes Gefühl aus.
- Werden Körperkontakt und Blickkontakt gleichzeitig hergestellt, müssen sich die Betroffenen mit einem deutlich höheren unangenehmen Gefühl auseinandersetzen.

### ■ Erwachsene

Verdeutlichen wir uns dies zunächst an einem jungen Paar. Gehen wir davon aus, dass der Mann eine Körperkontaktstörung hat, die mit einer Blickkontaktstörung einhergeht.

Das Paar hat nun die Möglichkeit, die Exposition auf unterschiedliche Weise zu beginnen. Beide können sich auf einem Stuhl gegenüber sitzen und dabei anschauen. Solange sie sich nicht anfassen, wird nur Blickkontakt hergestellt und damit nur der visuelle Kanal aktiviert. Das bedeutet, dass nur über diesen Kanal ein ungutes Gefühl entsteht. Das ist weniger unangenehm als wenn über zwei Wege

gleichzeitig unangenehme Gefühle aktiviert werden – Körperkontakt und Blickkontakt.

Das Paar könnte aber auch eine andere Lösung wählen. Es könnte sich nur für eine Stimulation über den Körperkontakt entscheiden. Hierzu könnten sich beispielsweise beide Partner so auf die Seite nebeneinander hinlegen, dass der Rücken des einen den Bauch des anderen berührt.

Es gibt jedoch auch Lösungen, die einen Kanal bevorzugen und zusätzlich einen weiteren Kanal ermöglichen. Dies könnte beispielsweise so aussehen, dass sich beide auf einem Stuhl so nah gegenüber sitzen, dass sie sich mit den Händen anfassen können und zu einem späteren Zeitpunkt auch den Körper des anderen mit den Händen berühren können. In diesem Fall könnte sowohl Blick als auch Körperkontakt geübt werden. Das gleiche wäre der Fall, wenn beide auf der Seite liegen und sich dabei anschauen. Der Abstand ist dabei so gewählt, dass sich beide zu einem späteren Zeitpunkt mit den Händen erreichen und streicheln können.

Wenn zunächst nur im Bereich des Körperkontakts geübt wird, kann die Konzentration auf das Spüren des Körpers zusätzlich erhöht werden, indem die Augen geschlossen werden. Derjenige Partner, der von der Körperkontaktstörung betroffen ist, muss prüfen, welche Position für ihn anfangs am einfachsten ist. Wenn beide Partner von einer Körperkontaktstörung betroffen sind, muss die Position gewählt werden, die für beide den geringsten Schwierigkeitsgrad darstellt.

### ■ Kinder

Kinder mit einer Körperkontaktstörung, die die Körperbezogene Interaktionstherapie kooperativ mittragen, können ebenfalls prüfen, welches für sie der leichteste Start ist. Wenn sie hier überfordert sind, hilft man ihnen bei ihrer Entscheidung.

Bei Kindern, die sich eher unkooperativ verhalten und die Exposition zunächst nicht unterstützen, ist es selbstverständlich genauso wichtig, mit dem geringsten Schwierigkeitsgrad zu beginnen. Da das Kind in diesen Fällen bei der Entscheidung nicht mithilft, wird die Entscheidung von den Bezugspersonen getroffen. Sofern diese sich bezogen auf ihre Entscheidung nicht sicher sind, wählen sie die Position mit dem geringsten Schwierigkeitsgrad,

unabhängig davon, ob dieser geringe Schwierigkeitsgrad in diesem Einzelfall wirklich notwendig ist oder nicht. Es ist besser langsamer voranzugehen, als irrtümlicherweise den Schwierigkeitsgrad zu hoch anzusetzen. Dies würde mit Sicherheit den Widerstand und die Machtkämpfe und damit die Dauer der Expositionstherapie erhöhen.

Im nachfolgenden Beispiel gehen wir davon aus, dass das unkooperative Kind im Körperkontakt und im Blickkontakt **ungefähr gleich betroffen** ist und damit sowohl der Körperkontakt als auch der Blickkontakt **ungefähr im gleichen Maße** unguete Gefühle bei ihm auslösen. In diesem Fall gilt eine einfache Regel: Je stärker der Widerstand des Kindes, desto günstiger ist es, zuerst mit der Exposition des Körperkontaktes zu beginnen. Dies könnte so aussehen: Das Kind wird zunächst in den Körperkontakt genommen, ohne dass gleichzeitig Blickkontakt stattfindet. Es könnte beispielsweise auf dem Schoß der Mutter oder des Vaters sitzen und den Kopf an oder auf die Schulter legen. Bei einem solchen Vorgehen bahnt der Körperkontakt den Blickkontakt vor. Das Kind baut über den Körperkontakt Beziehung auf und stimuliert über den Körperkontakt die Oxytocinproduktion. Hierdurch fällt es dem Kind deutlich leichter, sich anschließend auf den Blickkontakt einzulassen.

Wie sinnvoll es ist, über das Zusammenspiel der einzelnen Sinneskanäle nachzudenken, möchten wir mit den nachfolgenden Beispielen aufzeigen. Stellen wir uns vor, dass ein Kind nur von einer einfachen Körperkontaktstörung betroffen ist. In diesem Fall löst der Blickkontakt keine unangenehmen Gefühle aus – ganz im Gegenteil. In diesem Fall bietet sich eine elegante Lösung an, die Fähigkeit zum Körperkontakt über dem Blickkontakt anzubahnen:

Zunächst nimmt das Kind – ohne Körperkontakt – nur mit dem Blickkontakt Beziehung zu seiner Mutter oder zu seinem Vater auf. Dies könnte beispielsweise so umgesetzt werden, dass das Kind auf den Knien der Mutter oder des Vaters sitzt und zunächst nur einen beziehungsmaßig tiefen Blickkontakt herstellt. Über die Zeit hinweg könnten dann auch während des Blickkontaktes Gespräche geführt werden. Die Gesprächsinhalte sollten so gewählt werden, dass sie selbst positive Gefühle aufrufen und vertiefen. Dies könnten beispielsweise die Stär-

ken eines jeden sein, die letzten positiv verlaufenden gemeinsamen Freizeitaktivitäten einschließlich aller positiven Gefühle, die bei jedem dabei hervorgerufen worden sind etc. Die Anbahnung über den Blickkontakt sollte möglichst lang sein. 30 Minuten wäre hier eine gute Zeit. Durch den lang anhaltenden Blickkontakt wird eine enge Beziehung aufgebaut und die Oxytocinproduktion bei allen Beteiligten angeregt. Hierdurch wird eine optimale Grundlage geschaffen, die Blockierungen im Zusammenhang mit der körperlichen Nähe anzugehen.

Allein über die Stärken eines jeden zu sprechen, kann zwischen 15 und 30 Minuten dauern. Voraussetzung hierfür sind Ruhe und Langsamkeit, die im Rahmen von Expositionstherapien grundsätzlich immer entscheidend sind. Es ist erstaunlich, wieviel sowohl den Kindern als auch den Eltern in diesem Zusammenhang einfällt, wenn sie sich Zeit nehmen.

Verdeutlichen wir uns das Zusammenspiel von Körperkontakt und Blickkontakt nochmals an einer anderen Position. Nehmen wir an, das Kind sitzt seitwärts auf dem Schoß seiner Mutter. Die Mutter hält ihr Kind in dieser Seitwärtsposition so, dass sich beide in die Augen schauen können.

In diesem Fall finden sowohl Körperkontakt als auch Blickkontakt statt. Im Laufe jeder Körperbezogenen Interaktionstherapie muss es immer irgendwann dazu kommen, dass Körperkontakt und Blickkontakt **gleichzeitig** stattfinden. Ab welchem Augenblick ist dies sinnvoll? Unterstellen wir zunächst, dass der Körperkontakt und der Blickkontakt ungefähr gleich schwer fallen. Dadurch lösen sie in etwa die gleiche Stärke an ungutem Gefühl aus. **In diesem Fall bahnt jeder Kanal den anderen negativ.** Die ungueten Gefühle beider Kanäle summieren sich mindestens auf, wirken wahrscheinlich sogar übersummativ.

In einem solchen Fall gibt es zwei günstige Vorgehensweisen. In jedem Einzelfall gilt es individuell zu entscheiden, welche die geeignetere ist und ob dabei zunächst mit dem Körper- oder mit dem Blickkontakt begonnen wird:

- Zum einen lässt sich zunächst ein Sinneskanal so weit behandeln, dass er nur noch so **wenig unguete** Gefühle aktiviert, dass der andere Kanal **hinzugenommen** werden kann, ohne dass das Kind in den Widerstand geht.

- Eine zweite Lösung besteht darin, zuerst einen Sinneskanal getrennt anzugehen und zwar so lange, bis sich dieser Kanal für das betroffene Kind **richtig positiv** anfühlt. Sobald dies der Fall ist, kann mithilfe dieses Kanals der andere Kanal positiv vorgebahnt werden. Hierdurch wird das Arbeiten an diesem erleichtert.

Leider sind in den meisten Fällen die Dinge nicht ganz so einfach, wie sie bis hierher erscheinen mögen. Schwierig wird es dann, wenn gleichzeitig eine Körperkontaktstörung und Überempfindlichkeiten in einem oder mehreren Sinnessystemen bestehen. Bei der Anpassung des Schwierigkeitsgrades der Exposition müssen entsprechende Überempfindlichkeiten ebenfalls berücksichtigt werden.

### 7.5.6 Überempfindlichkeit in einem oder mehreren Sinnessystemen berücksichtigen

Wie wir bereits ausgeführt haben, ist die Überempfindlichkeit eines oder mehrerer Sinnessysteme die häufigste Ursache für die Entstehung von Körperkontaktstörungen. Beispielsweise kann eine Überempfindlichkeit gegenüber Berührungen dazu führen, dass im Zusammenhang mit Körperkontakt unangenehme Empfindungen ausgelöst werden. Über eine klassische Konditionierung wird dann der Körperkontakt selbst zum Auslöser unangenehmer Gefühle.

Wenn die Behandlung einer Körperkontaktstörung mithilfe der Körperbezogenen Interaktionstherapie beginnt, kann die ehemals auslösende Überempfindlichkeit bereits verschwunden sein – beispielsweise aufgrund therapeutischer Maßnahmen wie einer Sensorischen Integrationstherapie. Die Betonung liegt hier auf »kann«. Sehr häufig ist die Überempfindlichkeit noch vorhanden.

Wenn die Überempfindlichkeit für alle Beteiligten deutlich erkennbar ist, lässt sich diese Schwierigkeit am besten bewältigen. Das Vorgehen im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie wird an die Überempfindlichkeit(en) des sensorischen Systems angepasst ► Kap. 9.

Schwieriger wird es, wenn die Überempfindlichkeit eines sensorischen Systems auf den ersten Blick nicht erkennbar ist und deshalb übersehen wird. Dies geschieht besonders leicht dann, wenn die Reaktion auf den unangenehmen Reiz zeitlich verzögert eintritt.

So kann es beispielsweise bei einer eher leichten Überempfindlichkeit im taktilen Bereich sein, dass ein **kurzes** Streicheln zu keiner unangenehmen Empfindung oder zumindest zu keiner Abwehrreaktion führt. Wird nun jedoch über eine **längere** Zeit gestreichelt, kann es passieren, dass sich das Streicheln nach einiger Zeit unangenehm anfühlt.

Auch bei einer Überempfindlichkeit im Bereich des Gleichgewichtssinns ist nicht selten zu beobachten, dass eine Lageveränderung erst nach einer gewissen zeitlichen Verzögerung zu unangenehmen Empfindungen und einer Abwehrreaktion führt. Entsprechendes gilt für alle Sinnessysteme.

- **Wenn ein Sinnesreiz, der gleichzeitig mit dem Körperkontakt auftritt, nicht unmittelbar, sondern erst nach einer gewissen Zeit ein unangenehmes Gefühl auslöst, so ist dies sowohl für den Betroffenen selbst als auch für seine Bezugspersonen eine extrem schwierige Situation. Sie können den zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Reiz – beispielsweise dem Streicheln – und der ausgelösten Reaktion oft nicht erkennen. Die Betroffenen fühlen sich in der körperlichen Nähe allerdings über die Zeit immer unwohler.**

All dies zeigt, wie wichtig es ist, bei der Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie noch vorhandene sensorische Überempfindlichkeiten mit größter Umsicht zu berücksichtigen. Eine Voraussetzung hierfür ist, die Gesetzmäßigkeiten zu kennen, die in solchen Fällen wirksam sind. Hierzu gibt es umfangreiche Grundlagenforschung. Übersichten über die entsprechenden Forschungsergebnisse finden sich beispielsweise bei Koch und Schnitzler (1997) und Yeomans et al. (2002). Die grundlegenden Gesetzmäßigkeiten können auf alle Überempfindlichkeiten der einzelnen Sinnessysteme übertragen werden:

■ **1. Gesetzmäßigkeit: Reizsummation über mehrere Reize (intramodale Summation)**

Wirken zwei unangenehme Reize **gleichzeitig** auf **ein** Sinnessystem ein, so verstärkt sich hierdurch das unangenehme Gefühl. Beispiel: Ein Mensch, der bezüglich Berührung überempfindlich ist, empfindet es als besonders stark unangenehm, wenn er gleichzeitig an zwei oder mehreren Körperstellen berührt wird.

■ **2. Gesetzmäßigkeit: Reizsummation über verschiedene Kanäle (crossmodale Summation)**

Wirken zwei unangenehme Reize **gleichzeitig** auf **zwei** unterschiedliche Sinnessysteme ein, so verstärkt sich das unangenehme Gefühl noch deutlich mehr als bei der intramodalen Summation (1. Gesetzmäßigkeit). Also beispielsweise: Eine unangenehme Berührung und gleichzeitig eine unangenehme Lageveränderung lösen ein stärkeres unangenehmes Gefühl aus als zwei gleichzeitige unangenehme Berührungen.

■ **3. Gesetzmäßigkeit: Ein unangenehmer Reiz ist weniger unangenehm, wenn er angekündigt wird (Präpulsinhibition)**

Wenn unangenehme Sinnesreize angekündigt werden, sind sie weniger unangenehm. In der Fachsprache nennt man diesen Effekt »Präpulsinhibition«. Menschen mit einer sensorischen Überempfindlichkeit hilft es also, wenn sie wissen, wann ein »schwieriger« Sinnesreiz kommt.

Beispielsweise hilft es berührungsüberempfindlichen Menschen, wenn Berührungen vorher angekündigt werden, etwa: »Achtung, jetzt fasse ich dich an« oder »Schau auf meine Hand. Ich lege sie gleich auf deinen Unterarm«. Dies gilt für alle unangenehmen Ereignisse, z. B. Spritzen, anfassen mit kalten Händen, Lageveränderungen oder zahnärztliche Eingriffe. Im Umgang mit überempfindlichen Säuglingen und mit Frühgeborenen ist es ebenfalls besonders wichtig, Sinnesreize anzukündigen. Auch wenn in diesem Alter noch kein ausreichendes Sprachverständnis vorhanden ist, verstehen Babys sehr schnell, dass beispielsweise nach dem Wort »Achtung« gleich etwas passiert. Sie erschrecken dann bei der nachfolgenden La-

geveränderung oder Berührung deutlich weniger. Wichtig ist hierbei, dass die Ankündigung »Achtung« möglichst immer ähnlich, in klarer Weise und mit deutlicher Stimmmelodie gesprochen wird, s. a. ► Kap. 9 und ► Kap. 10. Dieser Effekt lässt sich noch verstärken, wenn man die Berührung in günstiger Weise herstellt:

➤ **Berührungen, die langsam und mit etwas Druck ausgeführt werden, sind deutlich günstiger als leichte Berührungen.**

■ **4. Gesetzmäßigkeit: Wiederholte gleichartige Sinnesreize führen normalerweise zur Gewöhnung (Habituatation)**

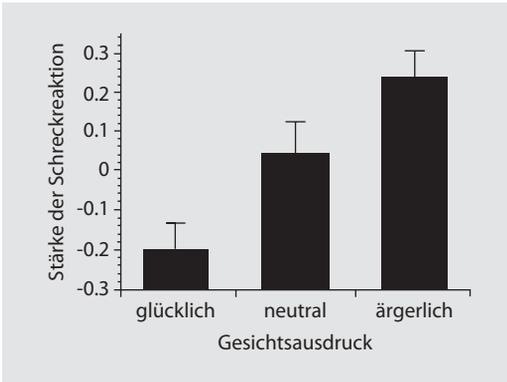
Wird ein gleicher Reiz wiederholt dargeboten, so wird die Reaktion auf diesen Reiz allmählich immer schwächer, bis irgendwann keine Reaktion mehr ausgelöst wird. Dieser Effekt ist ein wichtiger Wirkfaktor im Rahmen einer jeden Exposition.

■ **5. Gesetzmäßigkeit: Eine insgesamt reizintensive Situation kann Gewöhnung (Habituatation) verhindern**

Davis (1974) stellte fest, dass es bei starken Hintergrundgeräuschen nicht mehr zur Habituatation kommt. Ab einer bestimmten Stärke des Lärms stellt sich umso mehr eine Verschlechterung ein, je öfter ein Reiz wiederholt wird. In diesem Fall spricht man von einer »Sensitivierung«. Für die Gewöhnung an Reize in Zusammenhang mit der Körperbezogenen Interaktionstherapie bedeutet das: Bei Menschen, die beispielsweise gegenüber taktilen Reizen überempfindlich sind, ist sehr aufmerksam zu prüfen, ob bereits gleichzeitig viel gesprochen werden kann. Auch auf eventuellen Hintergrundlärm ist zu achten.

■ **6. Gesetzmäßigkeit: Ein hohes Aktivierungsniveau kann Gewöhnung (Habituatation) verhindern**

Die Habituatation verläuft umso langsamer, je höher das Aktivierungsniveau eines Menschen bereits ist (Koch & Schnitzler, 1997; Lader & Mathews, 1968, 1977). Mit dem Begriff »Aktivierungsniveau« ist der allgemeine Erregungszustand eines Menschen gemeint. Ein hohes Aktivierungsniveau bedeutet



■ **Abb. 7.8** Fünf Monate alte Säuglinge sahen ein glückliches, neutrales oder ärgerliches Gesicht. Währenddessen hörten sie ein plötzliches Geräusch. Die Abbildung verdeutlicht, dass die Babys bei einem glücklichen Gesicht am wenigsten, bei einem ärgerlichen Gesicht am meisten erschrecken. (Aus Balaban, 1995)

ein Gefühl von leichter oder deutlicher innerer Anspannung, Nervosität oder Stress. Personen egal welchen Alters, die auf Sinnesreize überempfindlich reagieren, haben sehr häufig ein grundlegend erhöhtes Aktivierungsniveau. Für diese Menschen ist es daher wichtig, darauf zu achten, dass sie bereits vor der Körperbezogenen Interaktionstherapie in einen möglichst entspannten Zustand kommen und den entspannten Zustand während der Therapie immer wieder herzustellen versuchen.

Hier sind auch die Bezugspersonen gefordert – einschließlich der Therapeutinnen und Therapeuten. So gilt es beispielsweise während des ganzen Therapieverlaufes ein möglicherweise ungewohntes Maß an Ruhe und Langsamkeit herzustellen, um nur ein Beispiel zu nennen.

#### ■ 7. Gesetzmäßigkeit: Angst oder Ärger anderer Menschen kann Gewöhnung (Habituation) verhindern

Signale von anderen Menschen, die mit Angst oder mit Ärger einhergehen, bewirken bei plötzlichen Reizen ein stärkeres Erschrecken. Signale von anderen waren in unserer Vorgeschichte von größter Bedeutung. Angstsignale, die über Gesicht, Körperhaltung und Stimme vermittelt werden, machen jedem deutlich, dass Gefahr im Verzug ist. Dies macht sensibler für plötzliche und unerwartete Er-

eignisse und versetzt die Betroffenen gleichzeitig in ein entsprechendes Gefühl, das grundsätzlich mit einem erhöhten Aktivierungsniveau einhergeht. In ähnlicher Weise kündig(t)en aggressive Signale im Verhalten anderer damals und heute an, dass etwas Gefährliches passieren kann. Auch diese Signale bereiten unser Gehirn darauf vor, schneller auf neue und plötzliche Reize zu reagieren, und versetzen uns in ein entsprechendes Gefühl. Könnten Sie sich in einer Situation entspannen, wenn beispielsweise die Hebamme, der Zahnarzt oder der Operateur ängstlich oder ärgerlich auf Sie schaut?

■ **Abb. 7.8** zeigt beispielhaft die Ergebnisse einer Studie von Balaban (1995). In dieser Studie wurde die Reaktion von 5 Monate alten Säuglingen auf ein plötzliches Geräusch untersucht, während diese Gesichter sahen, die unterschiedliche Gefühle ausdrücken. Das Ergebnis war:

- Die Babys erschrecken am wenigsten, wenn sie das plötzliche Geräusch hörten, während sie ein glückliches Gesicht sahen.
- Die Babys erschrecken am meisten, wenn sie das plötzliche Geräusch hörten, während sie ein ärgerliches Gesicht sahen.

Eine Bezugsperson, die im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie mit einem ängstlichen oder ärgerlichen Gesicht reagiert, muss prüfen, ob das hilfreich ist. Daher ist es in der Therapie von Überempfindlichkeit und Angst eines der wichtigsten Ziele, dass die Bezugspersonen ruhig und v. a. positiv bleiben.

#### ➤ Ein verändertes Vorgehen im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie berücksichtigt bei tatsächlichen oder vermuteten Überempfindlichkeiten die aufgezeigten Gesetzmäßigkeiten.

##### ■ Regeln für ein verändertes Vorgehen

1. Zunächst sollten die unangenehmen Reize soweit es geht »herausgenommen werden«. Dies geschieht entweder durch vollständiges Weglassen oder durch Verändern der Reize.
2. Zu einem späteren Zeitpunkt sollten die weggelassenen oder veränderten Reize wieder eingeführt werden, vorsichtig und nach Schwierigkeit gestuft.

3. Bei kooperativen Therapiepartnern sollte man immer wieder fragen und gemeinsam abstimmen. Bei unkooperativen Therapiepartnern empfiehlt sich vorsorgliches Handeln und lieber auf Sicherheit zu gehen.
4. Bei Unsicherheit über die Einschätzung, ob Überempfindlichkeiten vorliegen, sollte man entscheidungstheoretisch den sichersten Weg wählen. Im Zweifelsfall geht man so vor, als ob eine oder mehrere Überempfindlichkeiten vorliegen.
5. Auch bei der Planung des weiteren Verlaufs der Körperbezogenen Interaktionstherapie gilt es, die Überempfindlichkeit zu berücksichtigen. Der zeitliche Abstand zwischen den einzelnen Sitzungen mit Körperkontakt sollte anfangs sehr dicht sein, damit sich die unangenehmen Gefühle zwischen den Expositionen möglichst wenig »erholen«. Ideal ist es, die Körperbezogene Interaktionstherapie anfangs täglich durchzuführen. Ebenfalls als günstig angesehen werden kann eine Durchführung 3- bis 4-mal pro Woche.

Die ersten beiden Punkte möchten wir im Folgenden am Beispiel eines Kindes verdeutlichen, das auf Berührung überempfindlich reagiert (s. hierzu auch ► Kap. 6 und ► Kap. 9). Entsprechendes gilt für Babys, Jugendliche und Erwachsene.

#### ■ ■ Zu 1.: Weglassen von Reizen bzw. Verändern der Reize

- Jedes Anfassen und jede andere Form der Berührung wird angekündigt.
- Das Kind wird möglichst immer klar und mit etwas Druck angefasst. Jedes leichte, vorsichtige, wechselnde Anfassen bedeutet für das Kind eine Erhöhung der Schwierigkeit, da sein taktil System genau diese Signale schlecht verarbeiten kann.
- Auf Streicheln und Küssen wird zunächst ganz verzichtet.
- Das Kind wird nach einer Ankündigung (»jetzt nehme ich dich in den Arm«) **gleich mit klarem Halt und etwas Druck** an den Körper der Mutter bzw. des Vaters genommen.
- Auch wenn das Kind zunächst mit Abwehr reagiert, sollte die Haltung möglichst nicht

verändert werden, da jede Veränderung eine zusätzliche Schwierigkeit für das Kind bedeuten kann. Jede Veränderung stellt einen neuen Reiz dar.

- Während der gesamten Zeit der Körperkontaktsituation wird mit gleichmäßigem Druck gehalten.
- Es empfiehlt sich, eher wenig zu sprechen. Günstig ist eine ruhige, eher tiefe Stimme, um das Kind, das ohnehin schon auf einem hohen Erregungsniveau ist, nicht durch die Ansprache zusätzlich zu aktivieren.
- Bei überempfindlichen Kindern gilt es noch mehr als bei allen anderen Kindern darauf zu achten, dass zu Beginn keine zusätzliche Aktivierung durch andere Reize wie beispielsweise laute Geräusche, Personen, die rein und raus gehen etc. erfolgt.
- Wenn am Ende der Körperbezogenen Interaktionstherapie Fingerspiele zum Aufbau von Kommunikation eingesetzt werden, ist auch dabei an die Überempfindlichkeit zu denken. Manche Fingerspiele wie beispielsweise das Spiel »kommt ein Mann die Treppe rauf« sind für berührungsempfindliche Kinder eher ungünstig. Es kann sein, dass im entspannten Zustand auch ein solches Fingerspiel als lustvoll erlebt wird. Dann ist dieses Spiel gut. Es kann aber auch sein, dass es ein Stück zu viel für das Kind ist und dieses wieder unruhig macht. Dies gilt es gut zu beobachten und zu spüren, um das entsprechende Fingerspiel zumindest auf dem aktuellen Stand des Lernens wegzulassen.
- ■ Zu 2.: Zu einem späteren Zeitpunkt die weggelassenen oder veränderten Reize wieder einführen
- Dieser Zeitpunkt ist dann gegeben, wenn sich der Betroffene im Körperkontakt wohlfühlt und die volle Aufmerksamkeitsfähigkeit gegeben ist. Nicht selten kann bereits in der ersten Sitzung mit Körperbezogener Interaktionstherapie mit der Gewöhnung an »schwierige« Sinnesreize begonnen werden. Manchmal ist dies jedoch erst nach mehreren entsprechenden Expositionen mit Körperkontakt möglich.

- Bei der Gewöhnung an Sinnesreize, für die eine Überempfindlichkeit besteht, wird gestuft vorgegangen und immer mit weniger schwierigen Reizen begonnen. Dann wird in kleinen Schritten die Schwierigkeit erhöht.
- Zu Beginn einer solchen Gewöhnung ist es wichtig, nicht zwischen verschiedenen Arten von Reizen abzuwechseln. Es wird also zunächst beispielsweise nicht zwischen Streicheln an der Hand und Streicheln im Gesicht oder zwischen Streicheln und Küssen gewechselt.
- Erst wenn die entsprechenden Sinnesreize alleine gut bewältigt werden, wird bewusst zwischen ihnen abgewechselt.

### 7.5.7 Feedback im Sekundenfenster

Es wurde bereits an verschiedenen Stellen gezeigt, dass der Körperkontakt eine der grundlegendsten Situationen ist, um soziale Fähigkeiten wie Beobachten, Spüren, Geben und Nehmen zu trainieren. Es wurde ebenfalls mehrfach angesprochen, dass das allem übergeordnete Ziel einer Körperbezogenen Interaktionstherapie die Fähigkeit ist, Körper- und Blickkontakt positiv erleben zu können. Aus diesen beiden Sachverhalten ergibt sich zwingend, dass innerhalb der Therapie darauf hingearbeitet werden muss, dass es mindestens über die Zeit zu einem wohlwollenden und echten Wahrnehmen des Gegenübers kommt.

Wer Menschen kennt, weiß, dass das im Einzelfall eine sehr große Aufgabe sein kann. Dies betrifft jedoch nicht nur Eltern und Lebenspartner im Zusammenhang mit der Körperbezogenen Interaktionstherapie. Es gilt für Eltern, Lebenspartner und professionelle Helfer im medizinischen und pädagogischen Bereich ganz allgemein. Beispielsweise ist nicht jede Therapeutin oder jeder Therapeut, nicht jede Lehrerin oder jeder Lehrer und nicht jede Ärztin oder jeder Arzt in jedem Augenblick ihres Tuns wirklich einfühlsam und spürend mit dem Menschen, der gerade in ihrer Obhut ist – um das einmal ganz vorsichtig auszudrücken.

Mütter, Väter, Lebenspartner und Kinder müssen im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie daran arbeiten, den anderen wirk-

lich zu spüren und wirklich wahrzunehmen. Dem einen fällt ein wirkliches Spüren und Wahrnehmen leicht, dem anderen aus den unterschiedlichsten Gründen schwer – manchen sehr schwer.

In dem Augenblick, in dem es einem Menschen gelingt, seinen sozialen Partner wirklich zu spüren, wird ein tiefgründiger Prozess in Gang gesetzt. Er wird in der Fachsprache als Greenspoon-Effekt bezeichnet. Unter dem Greenspoon-Effekt wird verstanden, dass soziale Signale über einen **unbewussten** Prozess das Verhalten des Gegenübers verändern. Im Zusammenhang mit der Körperbezogenen Interaktionstherapie bedeutet das beispielsweise: Das Kind beginnt sich zu entspannen, die Mutter spürt dies und freut sich darüber. Von außen sieht man, dass der Mutter ein zufriedenes Lächeln über ihr Gesicht huscht. Sowohl das Kind als auch die Mutter müssen diesen Zusammenhang **nicht bewusst** wahrnehmen und trotzdem passiert etwas Tiefgründiges. Zumindest unbewusst nehmen beide den beschriebenen Sachverhalt wahr. Beim Kind löst dies einen unbewussten Lernprozess aus. Es verbindet Entspannung mit dem Lächeln der Mutter und versucht sich in Zukunft noch mehr zu entspannen – unbewusst.

Menschen, die sich gegenseitig spüren, verstärken sich gegenseitig in ihrem Verhalten. Dies ist nicht nur zwischen Eltern und Kindern der Fall, sondern – unabhängig vom Alter – zwischen Menschen überhaupt. Im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie verstärken spürende Bezugspersonen alle Veränderungen, die sich aufgrund der Therapie einstellen, beispielsweise »sich fallen lassen«, Verlangsamung der Atmung, Verbesserung des Körperkontaktes, Verbesserung des Blickkontaktes, vertiefende Beziehung, Entspannung etc.

Verstärkungen, die durch eine Bezugsperson bei solchen Prozessen vermittelt werden, sind zunächst in der Regel unbewusst, oder wenn man hierfür einen anderen sprachlichen Ausdruck verwenden möchte, aus dem Bauch heraus. Unbewusste oder aus dem Bauch heraus gesendete Signale haben die Besonderheit, dass sie extrem schnell auf das Verhalten des Gegenübers folgen. Sie liegen irgendwo zwischen 0,2 und 1 Sekunde. Wenn sich soziale Partner sehr gut kennen, sie also das Verhalten des andern vorhersagen können, kann auch Gleich-

zeitigkeit beobachtet werden. Dies ist beispielsweise bei älteren Ehepaaren oft zu beobachten.

Die Grundlagenforschung hat nun in einer großen Anzahl von Experimenten gezeigt, dass der Sender des Signals auch **bewusst** einen **unbewussten** Lernprozess beim sozialen Partner auslösen kann. Voraussetzung ist nur, dass das Signal in etwa zwischen 0 und 1 Sekunde nach dem Verhalten des Gegenübers eintrifft. Wir sprechen in diesem Zusammenhang deshalb nicht von einem unbewusst gesendeten Signal, sondern von einem schnell gesendeten Signal. In unserem Kulturkreis werden solche bewusst gesendeten, schnellen Signale v. a. dann verwendet, wenn das Gegenüber eine Leistung vollbringt. Das klassische Beispiel hierfür ist die schulische Leistung. Eltern wie auch Lehrerinnen und Lehrer loben in der Regel dafür, dass eine Leistung richtig erbracht wurde. Sie tun das beispielsweise in dem Augenblick in dem das Kind eine richtige Antwort gibt. Ausgesprochen selten kann man beobachten, dass Erwachsene ein Kind loben, wenn es sich beispielsweise anstrengt oder versucht, in einer schwierigen Lernsituation nicht »auszusteigen«. Noch seltener kann man beobachten, dass erwachsene Bezugspersonen ein Kind auch dann loben, wenn es sich anstrengt und trotzdem eine falsche Antwort gibt. Das Bemühen des Kindes sich anzustrengen, findet in solchen Fällen keine Resonanz bei der sozialen Umgebung.

Nicht nur im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie, sondern überhaupt im Rahmen aller Therapiemaßnahmen des IntraActPlus-Konzeptes spielt das bewusste Signal bzw. die bewusste Rückmeldung innerhalb des Zeitraumes von etwa 0–1 Sekunde eine bedeutsame Rolle, um unbewusst positives Verhalten beim Gegenüber aufzubauen. Es wird hierfür der Begriff »**Feedback im Sekundenfenster**« verwendet. Experimente und die Erfahrung im therapeutischen Alltag haben gezeigt, dass nach einer großen Anzahl von Wiederholungen die zunächst unbewusst verarbeiteten Signale bewusst werden können; auch in diesem Fall festigen sie das Verhalten, auf das sie sich beziehen.

In der Körperbezogenen Interaktionstherapie lernen die Bezugspersonen schnelle Rückmeldungen zu geben, um Verhaltensweisen aufzubauen bzw. zu festigen, beispielsweise Beziehungsaufnah-

me, Vertiefung der Beziehungsaufnahme, Entspannung, Fallenlassen im Körperkontakt, Aufnehmen des Blickkontaktes, Aufrechterhalten des Blickkontaktes, Sich-freuen über Körper- und Blickkontakt, Mitschwingen, Empathie etc.

Für Ehepartner bzw. für gegenseitige Rückmeldungen erwachsener Bezugspersonen sei noch auf eine Schwierigkeit hingewiesen: Etwa 15–25% der Erwachsenen haben bei solchen Rückmeldungen eine unangenehme Angewohnheit, wenn sie sich auf einen anderen Erwachsenen beziehen. Im Moment der eigentlich positiv gedachten Rückmeldung, werden sie unnötig dominant und stellen sich über den »schwächeren« Partner. Dies ist u. a. an einem veränderten Ton der Stimme oder auch an der Wortwahl zu erkennen. Hierdurch wird eine solche Rückmeldung zu einer unangenehmen Angelegenheit. Für den, der eine Körperkontaktstörung hat, ist das eine ungünstige Bedingung, um umzulernen.

Kindern gegenüber ist die häufigste unangenehme Umsetzung dieses Weges die Folgende: Die schnellen Rückmeldungen werden zu technisch verwendet. Dies tritt immer dann ein, wenn die erwachsenen Bezugspersonen sich nicht wirklich über die positiven Veränderungen des Kindes freuen. Sobald sie sich darüber freuen, bekommen die schnellen Rückmeldungen von selbst eine warme und positive Qualität. Genau diese ist gefragt.

### 7.5.8 Grundlegendes zur Dauer der Exposition

Einer der wichtigsten Punkte für den Erfolg einer Expositionstherapie ist die Wahl der richtigen Dauer. Hierbei müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden.

Zunächst einmal gilt es sich vor Augen zu führen, dass jede Expositionstherapie Veränderungen auch über **aktives** Lernen erzeugt. Aktives Lernen setzt Konzentration voraus. Der Begriff der Konzentration berührt dabei zwei Gesichtspunkte:

- den Erfolg des Lernens und die Möglichkeit überhaupt zu lernen: Ohne Konzentration kann überhaupt kein aktives Lernen stattfinden;

- bei einem aktiven Lernprozess stellt sich immer dann ein ungutes Gefühl ein, wenn es dem Lernenden Mühe bereitet, seine Konzentration aufrechtzuerhalten und er trotzdem versucht, immer weiter zu lernen.

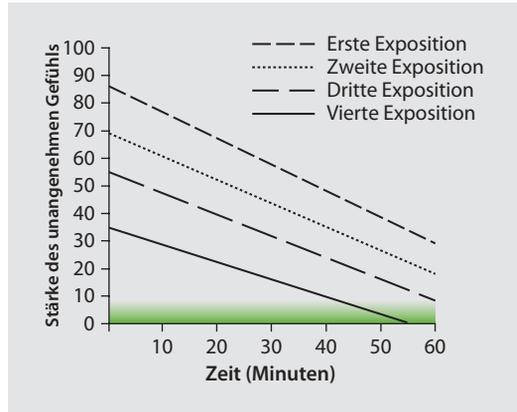
Das eigentliche Ziel der Körperbezogenen Interaktionstherapie ist ein positives »Erlebenkönnen« des Körper- und Blickkontaktes. Aus dieser Sicht begrenzt die Fähigkeit, die Konzentration aufrechtzuerhalten, die Dauer der Therapie **eindeutig und klar**.

Insofern ergibt sich eine erste Aussage über die positive Dauer einer Expositionstherapie. Sie muss irgendwo zwischen einer Minute und dem Zeitpunkt liegen, bis zu dem es dem Lernenden noch gelingt, die Konzentration aufrechtzuerhalten. Danach muss zumindest eine Pause gemacht werden.

Bezogen auf diesen Zeitraum stellt sich nun die Frage: Was ist besser? Viele kurze Therapieeinheiten oder wenige Therapieeinheiten und diese dafür länger?

Betrachten Sie hierzu nochmals das Modell von Abramowitz et al. (2011). Wir haben die originale Darstellung aus **Abb. 7.1** in **Abb. 7.9** vereinfacht wiedergegeben.

Die Informationen aus **Abb. 7.9** und **Abb. 7.10** helfen, die zeitliche Planung einer Exposition zu verbessern. Zunächst einmal beschleunigt eine längere Dauer der Exposition die Therapieschwindigkeit erheblich. Dies ist für sich alleine bereits ein wichtiges Ergebnis. Die eigentliche Bedeutung erhält diese Information jedoch dadurch, dass man sich vor Augen führt: Je kürzer die Therapiedauer insgesamt, desto weniger Zeit verbringt der Lernende im Zustand unangenehmer Gefühle. In unserem Modellbeispiel sind das etwa 50% weniger. Im normalen therapeutischen Alltag ist dieser Effekt im Einzelfall noch höher. Die allgemeine Erfahrungsregel lautet: Je stärker das unangenehme Gefühl und je langsamer die Lerngeschwindigkeit, desto mehr profitieren die Betroffenen von einer längeren Dauer der Therapieeinheiten (**Abb. 7.11** und **Abb. 7.12**). Bei nur leicht unangenehmen Gefühlen **oder** schnellem Lernvermögen kommt diesem Vorteil weniger Bedeutung zu (**Abb. 7.13**).



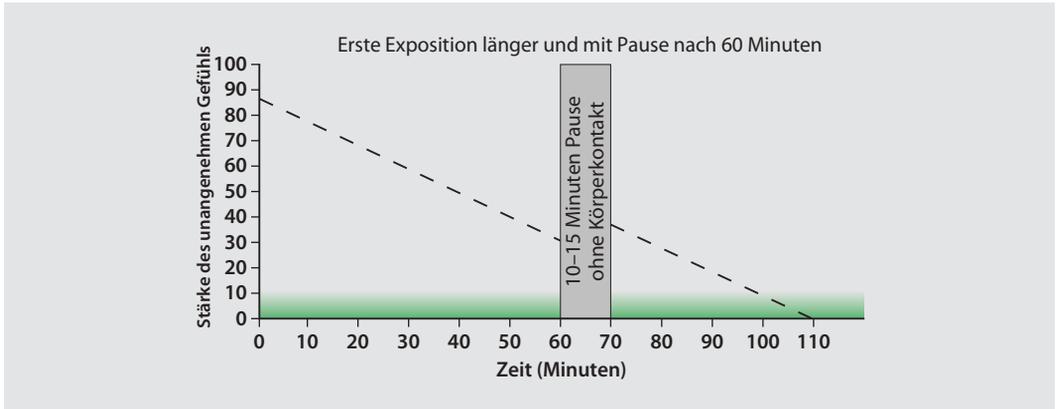
**Abb. 7.9** Vereinfachte Darstellung des Modells von Abramowitz et al. 2011 (s. auch **Abb. 7.1**). Der grüne Bereich kennzeichnet den Bereich, in dem der Patient ganz oder nahezu angstfrei ist. Dieser Bereich wird in der vierten Exposition zum ersten Mal erreicht. Die Zeit in dem grünen Bereich ist therapeutisch gesehen die kostbarste. Verläufe wie die hier vorgestellten sind typisch für Expositionen, die einmal pro Woche durchgeführt werden.

## 7.5.9 Pausen innerhalb der Exposition

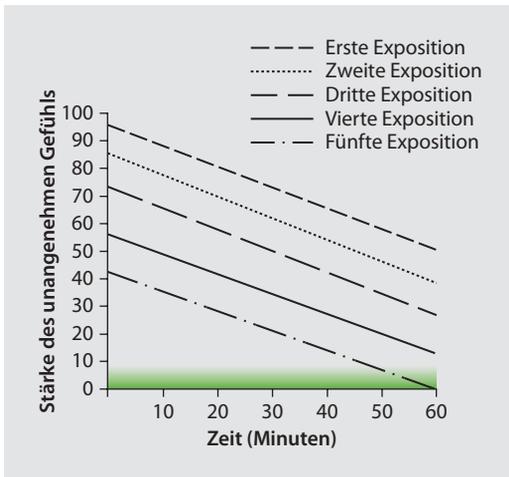
Es wird zwischen **zwei verschiedenen Pausentypen** innerhalb der Exposition unterschieden (**Abb. 7.14**). Bei den Pausen für Essen, Trinken und Toilette wird der Körperkontakt aufgelöst. Hierdurch ergibt sich zunächst ein erneuter Anstieg unangenehmer Gefühle. Dieser Anstieg ist – unter sonst gleichen Bedingungen – umso deutlicher, je länger die Pause dauert.

Das Umlernen im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie ist ein aktiver Prozess, der Aufmerksamkeit und innere Präsenz erfordert. Hierdurch besteht die Notwendigkeit, den gesamten Ablauf und die Anforderungen für alle Beteiligten so zu gestalten, dass die Aufmerksamkeitsfähigkeit in der gesamten Zeit gegeben ist.

Deshalb macht es in den meisten Zeiten einer Exposition Sinn, alle 10 bis 20 Minuten einen zweiten Pausentyp umzusetzen, bei dem der Körperkontakt nicht unterbrochen wird. Anstelle von anstrengendem Spüren, Streicheln, Blickkontakt, Reden etc. liegen die Beteiligten nur im Körperkontakt zusammen und erholen sich. Zu diesem Pausentyp gehört auch das positive Einschlafen im Körperkontakt. Für nicht wenige Kinder ist



■ **Abb. 7.10** Hier ist wiedergegeben, was typischerweise passiert, wenn nach 60 Minuten nur eine kurze Pause gemacht wird (essen, trinken, Toilette) und danach die Exposition weitergeführt wird. In diesem Fall ist das unangenehme Gefühl nach der Pause erhöht, aber bei Weitem nicht so stark wie nach einer Woche Pause. Dadurch erreicht der Patient bereits in sehr viel kürzerer Zeit den angstfreien Zustand, der für das eigentliche Umlernen im Sinne einer korrigierenden Erfahrung notwendig ist.



■ **Abb. 7.11** Je stärker die unangenehmen Gefühle sind und je langsamer vom Betroffenen gelernt wird, desto kritischer werden Expositionen von kurzer Dauer. Die Betroffenen müssen immer mehr Zeit mit unangenehmen Gefühlen in Kauf nehmen, bis sie den therapeutisch wertvollen grünen Bereich erreichen. In unserem Modellbeispiel sind dies etwa 290 Minuten. Bei längerer Dauer der einzelnen Therapiesitzung wären es beispielsweise nur 160 Minuten (vgl. ■ Abb. 7.12).

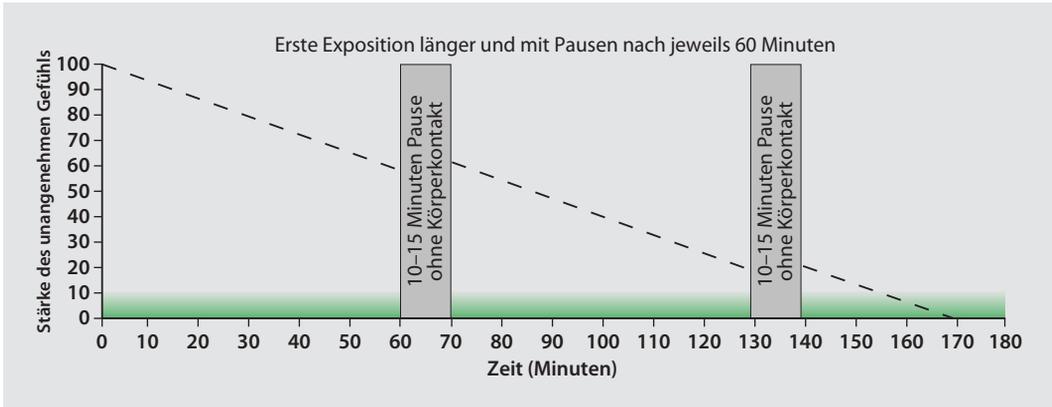
es beispielsweise während der Körperbezogenen Interaktionstherapie zum ersten Mal möglich, im Körperkontakt einzuschlafen.

Unter »positivem Einschlafen« wird hier verstanden, dass das Kind aufgrund eines guten Körpergefühls zum ersten Mal entspannt ist und deswegen schlafen kann. Es gibt jedoch auch eine andere Form des Einschlafens. In diesem Fall versucht das Kind durch sein Einschlafen die körperliche Nähe zu vermeiden. Ob ein Einschlafen positiv oder negativ ist, lässt sich immer beim Aufwachen bzw. nach dem Aufwachen feststellen. Nach einem positiven Einschlafen verhalten sich die Kinder beziehungsfähig und kooperativ. Dies ist nach einem negativen Einschlafen nicht so.

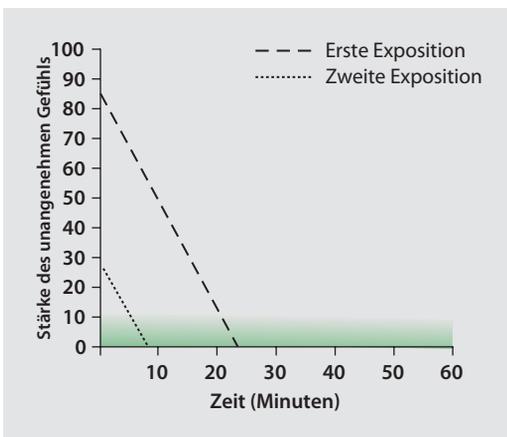
■ **Expositionen können zu kurz sein, um Veränderungen herbeizuführen**

Mithilfe der bisherigen Darstellungen wurde eine Regel vermittelt, nach der eine Exposition mal schneller oder langsamer heilt. Dabei konnte der Eindruck entstehen, dass Expositionen immer helfen, auch wenn dies mal langsamer, mal schneller geschieht. Dem ist nicht so.

Expositionen können von der Dauer her so kurz durchgeführt werden, dass sie nicht mehr helfen. Im schlimmsten Fall tritt eine Verschlechterung ein. Zu kurze Expositionen, die keine Heilung bewirken, sind kein theoretisches Problem. Sie können im therapeutischen Alltag zu einem echten Problem werden.



■ **Abb. 7.12** Der Unterschied zu ■ **Abb. 7.11** ist gut zu erkennen. Bei stark unangenehmen Gefühlen und langsamem Lernen verkürzt sich die Dauer der Therapie besonders deutlich, wenn die einzelne Exposition länger dauert. Dies bedeutet eine massive Verkürzung der Zeit, die der Lernende im Zustand unangenehmer Gefühle verbringen muss.



■ **Abb. 7.13** Aus dieser Abbildung wird ersichtlich, dass der Vorteil der längeren Expositionen schwindet, wenn die Betroffenen weniger starke unangenehme Gefühle haben und schnell lernen. Auch bei kurzer Dauer der Exposition erreichen die Betroffenen den therapeutisch wertvollen grünen Bereich, in dem keine unangenehmen Gefühle mehr stattfinden.

➤ **Ist eine Körperbezogene Interaktionstherapie zu kurz, kommt es zwar zu einer Exposition, aber nicht zu einer korrigierenden Erfahrung. Es wird zu einem Zeitpunkt abgebrochen, zu dem die Situation immer noch hinreichend unangenehm erlebt wird, sodass kein Umlernen und keine**

**Gegenkonditionierung möglich sind. Entsprechende Zusammenhänge gelten für alle Expositionstherapien.**

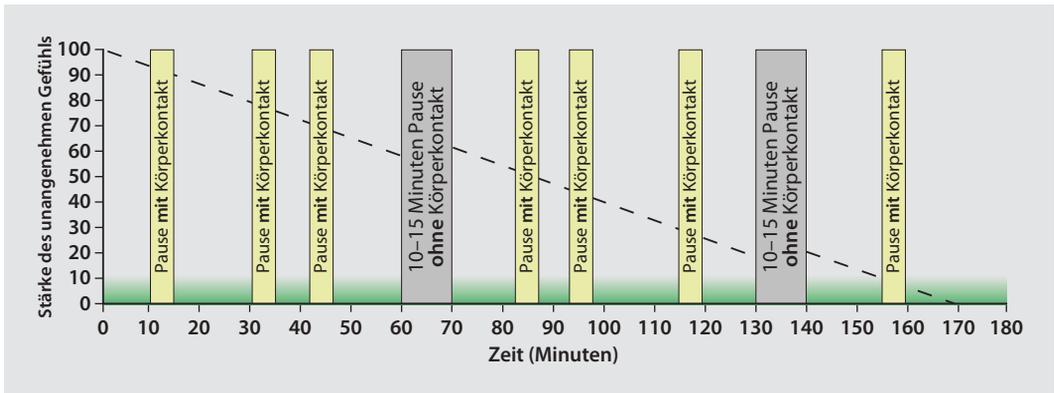
Auch unter diesem Gesichtspunkt ist es sinnvoll, Expositionen länger durchzuführen. Größtes Augenmerk ist darauf zu legen, dass die Beendigung einer Exposition erfolgt, wenn eine ausreichend positive Veränderung erreicht worden ist.

Wie sich das sicherstellen lässt, wird nachfolgend unter der Überschrift »Prüfkriterien für eine erfolgreiche Exposition« ausgeführt werden. Vorher soll jedoch noch auf ein weiteres mögliches Missverständnis eingegangen werden.

➤ **Der Bereich der korrigierenden Erfahrungen muss oft durchlaufen werden**

In den bisherigen Abbildungen endet die Darstellung immer, wenn zum ersten Mal die Angst oder das un gute Gefühl vollständig wegfällt (**grüner Bereich**). Dies könnte beim Leser den Eindruck erwecken, dass dieser Bereich nur einmal erreicht werden muss, um eine Heilung zu erreichen. Dies ist nicht so.

Zur Erinnerung: Unangenehme Gefühle werden u. a. in der Amygdala über klassische Konditionierungen gespeichert. Dieser Sachverhalt erklärt, warum ein Umlernen zäh sein kann. Die Amygdala



■ **Abb. 7.14** Es gibt zwei Typen von Pausen. In dem einen Pausentyp wird der Körperkontakt aufgelöst. Diese Pausen werden benötigt für Toilette, Essen und Trinken. Bei dem anderen Pausentyp wird der Körperkontakt beibehalten. Hier ruhen sich alle Beteiligten aus, während sie im Körperkontakt bleiben.

besitzt die Grundfähigkeit, negative Erfahrungen extrem gut und dauerhaft zu speichern. Deshalb müssen die korrigierenden Erfahrungen im grünen Bereich möglichst oft wiederholt werden. Auch hier gilt: Pausen lassen zunächst einmal die ungu- ten Gefühle wiederkommen, allerdings auf einem niedrigeren Niveau.

### 7.5.10 Wie lang ist lang?

Vergegenwärtigen wir uns jetzt noch einmal eine typische Sozialangst. Die Betroffenen sollten entsprechend den bisherigen Ausführungen möglichst oft und möglichst lang Situationen aufsuchen, die ihnen zunächst unangenehm sind. Dabei sollten sie zuerst die leichteren und dann die schwereren Situationen bewältigen.

Wenn die Lernenden beispielsweise auf ein Fest gehen, das um 19:00 Uhr beginnt und auf dem sie bis 23:30 Uhr bleiben, dann dauert die Exposition mit der ehemals unangenehmen Situation in diesem Fall 4,5 Stunden. Wenn die Betroffenen auf einen Vortrag gehen und dort mit anderen Besuchern sprechen und Fragen stellen, dann sind es vielleicht 3 Stunden. Wenn ein Besuch beim Nachbarn ansteht, gilt es zu beachten, ein zu kurzer Besuch bringt keinen Nutzen.

Die meisten Expositionen liegen sinnvollerweise zwischen 45 Minuten und 3,5 Stunden. Manchmal ist es auch sinnvoll, darüber hinaus zu gehen.

#### ➤ Eine Exposition darf jedoch nie länger dauern, als es die Konzentration und innere Präsenz erlaubt.

Deshalb gibt es Betroffene, bei denen die Expositionstherapie nicht länger als 1,5 bis 2 Stunden dauern darf. Länger als etwa 6 Stunden haben wir noch keine Expositionstherapie in unserer Berufslaufbahn erlebt.

Nochmals zur Erinnerung: In den genannten Zeiten sind ausreichend Pausen für Essen, Trinken und Toilette einzuplanen. Darüber hinaus kann – wenn dieses von der Situation her möglich ist – auch geschlafen werden. Im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie ist es in der Regel von Vorteil, wenn die Kinder oder Babys auf dem Bauch der Mutter oder des Vaters einschlafen können. Oft tun sie das zum ersten Mal in ihrem Leben. In solchen Fällen kamen die Kinder vorher – im Zusammenhang mit körperlicher Nähe – nicht zur Ruhe oder konnten sich nicht ausreichend entspannen. Aus dieser Sicht ist die Tatsache, dass diese Kinder zum ersten Mal bei ihren Eltern im Körperkontakt einschlafen können, ein großer Erfolg und für die Eltern ein bewegender Moment.

#### Exposition mit unkooperativen Kindern

Unkooperative Kinder können, wenn sie Widerstand gegen die Exposition zeigen, sowohl in ein erhöhtes als auch in ein erniedrigtes Aktivierungsniveau wechseln. Das niedrige Aktivierungsniveau setzen sie ein, um sich nicht auf die Situation,

die Beziehung und die körperliche Nähe einzulassen. Es ist dieselbe Reaktion, wie sie Kinder in Lernsituationen z. B. in der Schule oder bei den Hausarbeiten zeigen können (s. Jansen & Streit, 2006). Wenn Kinder unbewusst oder bewusst ihr Aktivierungsniveau absenken, um sich der Situation zu entziehen, können sie ebenfalls auf dem Bauch der Mutter oder des Vaters einschlafen. In diesem Fall ist das Einschlafen nicht positiv, da es ein Vermeiden der Situation bedeutet.

### 7.5.11 Expositionen müssen positive Gefühle aufbauen

Durch die bisherigen Ausführungen könnte bei manchen ein Fehlschluss nahegelegt werden. Sie könnten annehmen, dass eine Exposition **nur** dabei hilft, unangenehme Gefühle wie beispielsweise Angst zu verlieren. Der wirklich entscheidenden Punkt ist, dass diese Sicht zu kurz greift.

**Wirklich erfolgreiche** Expositionen bauen nicht nur unangenehme Gefühle ab. Wenn sie unangenehme Gefühle abbauen, sorgen sie gleichzeitig dafür, dass sich anstelle dessen positive Gefühle einstellen und dauerhaft bleiben. Nur wenn dies gelingt, ist die Exposition auf Dauer erfolgreich.

➤ **Das erklärte Ziel einer jeden Expositionstherapie ist nicht nur der Abbau unangenehmer Gefühle, sondern der Aufbau positiver Erfahrungen und positiver Gefühlszustände. Eine Exposition, die nur unangenehme Gefühle abbaut, ist auf Dauer nicht wirklich erfolgreich.**

Wir wollen dies an Beispielen darstellen.

Wir haben bis hierher einige Regeln und Vorgehensweisen vorgestellt, um unangenehme Gefühle abzubauen. Unterstellen wir einmal, dass eine größere Gruppe von Menschen mit sozialen Ängsten sich auf den Weg begibt, ihre Ängste zu verlieren. Unterstellen wir weiter, alle tun dies in der Art und Weise, wie es bisher beschrieben wurde und sie tun dies alle erfolgreich – zunächst. Dann werden sich trotzdem auf die Dauer zwei Gruppen unterscheiden.

Die Menschen beider Gruppen werden ihre Angst verlieren. Auf Dauer werden jedoch nur die Menschen der einen Gruppe wirklich erfolgreich sein. Es sind diejenigen, die es zu den sozialen Situationen hinzieht. Sie haben Spaß an ihrem neu

eroberten Gebiet. Sie erleben die sozialen Kontakte als Bereicherung. Sie wollen nicht mehr ohne sie auskommen und sie wollen die neuen sozialen Beziehungen leben.

Durch dieses positive Erleben zieht es sie, wie bereits erwähnt, immer wieder in soziale Begegnungen. Mit anderen Worten: Sie führen beständig neue Expositionen durch – mit bestem Gefühl für die ehemals unangenehmen Situationen. Ihr Leben wird – ohne dass sie das zu diesem Zeitpunkt noch bewusst planen müssen – zu einer effektvollen dauerhaften Therapie. Unter diesen Umständen bauen sich jetzt für jeden dieser Menschen Verhaltens- und Denkautomatismen auf, die dauerhaft die Verschaltung von Nervenzellen in entscheidenden Hirnzentren verändern. Dies wissen wir heute von bildgebenden Verfahren. Gleichzeitig finden immer wieder neue klassische Konditionierungen statt, die die alten negativen Kopplungen zwischen Gefühl und Situation entkoppeln und durch neue positive ersetzen.

Die Menschen der anderen Gruppe bauen unter den therapeutischen Maßnahmen auch unangenehme Gefühle ab, z. B. Angst. Es zieht sie aber nicht in die sozialen Situationen. Also führen sie nur Expositionen durch, wenn diese bewusst geplant werden. Dies ist mühsam und in der Praxis stellt sich bald die Situation ein, dass irgendwann auch keine weiteren Expositionen durchgeführt werden.

Dies erscheint den Betroffenen auch ganz sinnvoll, weil sie ja zu diesem Zeitpunkt wenig oder gar keine Angst mehr empfinden. **Ihrer Sicht** nach haben sie das Ziel der Expositionstherapie erreicht. Allerdings haben sie die Rechnung ohne ihre Amygdala gemacht. Diese weiß bei einem solchen Vorgehen noch sehr wohl, wie unangenehm sich bestimmte Situationen anfühlen können. Sobald sie keine neuen positiven Gefühle in den ehemals unangenehmen Situationen zurückgemeldet bekommt, beginnt sie die alten Erinnerungen wieder wachzurufen. Die unangenehmen Gefühle stellen sich für die alten Situationen wieder ein. Nicht so stark wie früher, aber stark genug, um das Vermeiden der Situation wieder nahezu legen.

Wenn jetzt die Betroffenen nicht bewusst gegensteuern und sich selbst wieder die Expositionen mit diesen Situationen organisieren, wird der

Therapieeffekt erheblich zurückgedreht. Wie gesagt, nicht auf das alte Niveau, aber genug, um weit entfernt davon zu sein, die alten Situationen positiv zu erleben.

Die entscheidende Frage an dieser Stelle ist, warum zieht es die Menschen der einen Gruppe in die sozialen Situationen hinein und die anderen nicht? Was macht diesen fundamentalen Unterschied aus?

Die Antwort, die für die meisten der weniger erfolgreichen Menschen gilt, findet sich in aller Regel auf Videoaufzeichnungen echter sozialer Situationen, die ehemals Angst ausgelöst hatten. Jetzt lösen sie keine Angst mehr aus, aber die Betroffenen erleben über die sozialen Beziehungen weniger Freude und tiefgründige Zufriedenheit. Die sozialen Beziehungen geben ihnen weniger. Sie machen sie emotional nicht ausreichend satt. Das Endergebnis dieses gefühlsmäßig flacheren Erlebens ist: Die Betroffenen zieht es nicht in die Situationen hinein. Die Folgen wurden bereits dargestellt.

Die Gründe, warum sich Menschen auf soziale Situationen weniger einlassen, können sehr unterschiedlich sein. Das reicht beispielsweise von geringerem Geübtheitsein, weil sie es in der eigenen Familie nicht erlernt haben, über Betroffensein durch eine bestimmte Unterform einer AD(H)S, bei der dieses flachere Erleben typisch ist, bis zu einem Leiden an einer Körperkontaktstörung, um nur einige Möglichkeiten zu nennen.

Für die Behandlung im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie ist die Botschaft aus den letzten Ausführungen die folgende: Es reicht nicht aus, über die Körperbezogene Interaktionstherapie nur unangenehme Gefühle abbauen zu wollen. Es muss ein anziehendes positives Gefühl für Körperkontakt aufgebaut werden. Eines, das motiviert, den Körperkontakt selbst zu suchen. Eines, das motiviert, Körperkontakt zu geben. Erst wenn dies gelingt, ist das eigentliche Therapieziel erreicht.

Der Junge auf dem Cover dieses Buches ist ein Kind, das dieses Ziel erreicht hat. Er hatte am Anfang der Körperbezogenen Interaktionstherapie Schwierigkeiten, sozialen Blickkontakt einzugehen, und noch mehr Schwierigkeiten, ihn zu halten. Entsprechend unangenehm war es auch für ihn, Körperkontakt zu spüren oder sich auf Körperkontakt einzulassen. Von diesen Schwierigkeiten ist nichts

geblieben – wie auf dem Bild zu sehen ist. Da der Junge jetzt zu Körper- und Blickkontakt fähig ist, kann er sich über den Körper und den Blick etwas holen und auch gleichzeitig anderen etwas geben. Das macht ihn zufrieden, das macht ihn stolz, das macht ihn auf Dauer selbstsicher und gefühlsmäßig satt.

Um ein wirklich positives Erleben des Körper- und Blickkontaktes aufzubauen, ist es hilfreich, sich 10–20 Minuten in dem angstfreien Bereich aufzuhalten, der in den vorherigen Abbildungen als »grüner Bereich« gekennzeichnet ist. Dies ist bei Menschen mit einer autistischen Störung in der Regel erst nach einer größeren Anzahl von Expositionen möglich; bei vielen anderen wird dieses Ziel oft in der ersten Sitzung erreicht.

➤ **In diesen 10–20 Minuten ist es nun absolut notwendig, dass eine wirklich positive, zufriedenstellende und tiefgründige Beziehung hergestellt wird. Wie bereits betont: Angstfreiheit im Sinne eines neutralen Gefühls hilft nicht. Die Betroffenen müssen ein richtig positives Gefühl empfinden.**

■ **Eine Hilfestellung über zusätzliche Anreize geben**

Es kann betroffenen Kindern helfen, sich auf eine Exposition mit Körperkontakt einzulassen, wenn sie hierfür zunächst eine Hilfestellung bekommen, die ihnen auch für andere zunächst unangenehme Situationen gewährt wird, beispielsweise für Hausarbeiten machen oder aufräumen. Gedacht ist hier an Hilfestellungen über Konsequenzen wie beispielsweise Belohnungen und Punkteprogramme (Jansen & Streit, 2006, 2010).

## 7.5.12 Widerstände und Machtkämpfe von Kindern

➤ **Das zentrale Problem bei Widerständen und Machtkämpfen ist, dass sich Mütter und Väter entscheiden müssen: Geben sie den Widerständen und Machtkämpfen ihres Kindes nach, so vermeidet ihr Kind die körperliche Nähe und behält seine Kör-**

**perkontaktstörung bei. Wollen Mütter und Väter ihrem Kind diesen Preis nicht zumuten, so müssen sie sich erfolgreich gegen seine Widerstände und Machtkämpfe durchsetzen. Dies kann sehr schwer sein.**

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit der Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie, wenn zu erwarten ist, dass das Kind bei der Durchführung der Therapie in den Widerstand oder den Machtkampf gehen wird oder dies bereits in der Vergangenheit getan hat.

Sofern Eltern den bisherigen Weg ohne Unterstützung einer erfahrenen Therapeutin oder eines erfahrenen Therapeuten gegangen sind, sollten sie dies jetzt ändern. Es bedarf der wiederholten Anleitung bei der Durchführung der Therapie. Darüber hinaus müssen die unterschiedlichsten Fragen im Zusammenhang mit der Therapie geklärt werden.

■ **Keine unnötigen Widerstände oder Machtkämpfe auslösen**

Innerhalb der Körperbezogenen Interaktionstherapie muss alles versucht werden, damit ein Kind erst gar nicht in den Widerstand und in den Machtkampf geht. Folgende Hilfestellungen sind Beispiele dafür, wie Kinder hier unterstützt werden können.

**1. Gespräche im Vorfeld.** Wenn es vom Kind aus möglich ist, können im Vorfeld der Therapie Gespräche geführt werden. Wichtige Inhalte können beispielsweise sein: besprechen, wie es dem betroffenen Kind mit körperlicher Nähe mit den Eltern und ggf. mit den Geschwistern geht; wie es ggf. dem Kind geht, wenn es beim Kuschneln der Geschwisterkinder und Eltern zuschaut, ob es Wünsche gibt, an diesem Kuschneln teilzunehmen; der Sinn des Körperkontaktes; der Sinn, den Körperkontakt zu üben; die Vorteile, die sich aus diesem Üben ergeben – für das Kind, für seine Eltern, für die Familie; die Wünsche und Hoffnungen der Eltern; der Ablauf des Übens von Körperkontakt; dass das Kind Zeit hat, sich an den Körperkontakt zu gewöhnen; dass die Eltern alles tun werden, dass es nur angenehm wird, dass es aber möglicherweise zuerst nicht angenehm ist, dass es aber am Ende auf jeden Fall schön sein wird; dass die Eltern von

ihrem Kind erwarten, dass es sich anstrengen wird mitzumachen. Mit vielen Kindern kann man solche Gespräche führen, mit vielen nicht. Manchmal ist es ihr Alter, manchmal ihr eingeschränktes Sprachverständnis, manchmal ihr Widerstand. Sofern ihr Widerstand das Gespräch verhindert, sind dies in aller Regel Kinder, die in vielen Alltagssituationen ihre Eltern beständig in Machtkämpfe verwickeln oder durch passive Widerstände auflaufen lassen. In diesem Falle geben die Eltern erfahrungsgemäß sehr schnell auf und brechen das Gespräch ab. Die Signale von Widerstand und Machtkampf entmutigen sie. Sofern das Kind eigentlich in der Lage wäre, ein solches Gespräch zu führen, können die Eltern Folgendes probieren: Sie lassen sich von den Signalen ihres Kindes nicht beirren und erzählen ihrem Kind von den oben aufgeführten Inhalten und von dem, was sie ihm diesbezüglich noch mitteilen wollen. Die Erfahrung zeigt: Auch wenn das Kind vordergründig nicht zuhört, versteht es doch in aller Regel das Gesagte. Oft sind Kinder später vollständig in der Lage zu wiederholen, was die Eltern ihnen gesagt haben – in Momenten, in denen sie nicht im Widerstand sind.

**2. Gestuftes Vorgehen, das den Schwierigkeitsgrad berücksichtigt.** Jedes Üben wird leichter und angenehmer, wenn für ein Kind die passende Schwierigkeitsstufung gewählt wird. Sich auf einen unangenehmen oder vielleicht angstmachenden Körperkontakt einzulassen, wird einfacher, wenn dieses Einlassen in kleinen Schritten geschieht. Eine erfahrene Therapeutin und ein erfahrener Therapeut wird hier durch Beobachtung des Kindes alles umzusetzen versuchen, was möglich ist. Beispiele hierfür sind: Gestuftes Annähern an den Körperkontakt; anfängliches Weglassen des Sprechens; anfängliches Weglassen des Blickkontaktes; langes Verweilen auf Schwierigkeitsstufen, die angenehm sind, z. B. ein Kind beginnt den Kopf an die Mutter anzulehnen und genießt dies, kann dabei aber noch nicht die Hände um die Mutter legen oder den Kopf auf die andere Seite legen, dies würde sofort einen Widerstand auslösen. Das Kind wird in der angenehmen Position möglichst lange gelassen, damit es auf dieser Ebene eine korrigierende Erfahrung macht.

**3. Keine sensorischen Über- oder Unterempfindlichkeiten übersehen.** Das Erkennen und Berücksichtigen von sensorischen Über- oder Unterempfindlichkeiten ist für das Gelingen der Körperbezogenen Interaktionstherapie zentral (► Abschn. 7.5.6; ► Kap. 9):

- Zunächst einmal macht es Eltern erfahrungsgemäß sicherer, wenn sie erfahren, dass eine sensorische Über- oder Unterempfindlichkeit die Schwierigkeiten ihres Kindes mitverursacht. Ein solches Wissen ist eine große Hilfestellung gegen die ständigen Selbstzweifel, von denen selbst sichere Mütter und Väter betroffen sind. Wenn Eltern sich sicherer fühlen, senden sie andere Signale an ihr Kind. Dies verkürzt die Therapiedauer. Die Eltern sind ruhiger, dies wirkt sich direkt auf ihr Kind aus. Weil sie entspannter sind, verhalten sie sich positiver, freuen sich mehr, können sich besser auf die positiven therapeutischen Veränderungen einlassen, loben mehr und in einer höheren Qualität.
- Die Körperbezogene Interaktionstherapie wird bei vorhandenen sensorischen Über- oder Unterempfindlichkeiten in der Durchführung verändert.
- Durch den richtigen Umgang wird die Therapie mit dem Kind beschleunigt. Die Grundregel bei sensorischen Über- oder Unterempfindlichkeiten heißt, den betroffenen Wahrnehmungskanal zunächst nicht zu benutzen. Zuerst wird die Fähigkeit zum Körperkontakt aufgebaut. Sobald dies geschehen ist, wird der Körperkontakt dazu genutzt, den betroffenen Wahrnehmungskanal zu verbessern.

**4. Positive Beziehung.** Manchen Eltern fällt es leichter oder leicht, anderen fällt es schwerer, gleich von Anfang an ein positives Beziehungsangebot zu machen. Hierfür gibt es viele Gründe. Manchmal haben die jahrelangen Auseinandersetzungen mit ihrem Kind – ohne so viel von ihm zu bekommen wie andere Eltern – die Kräfte erlahmen lassen. Manchmal ist es beispielsweise die Unsicherheit und Anspannung, die Eltern in sich tragen. Unabhängig davon, was die Ursachen sind, sollten alle Beteiligten versuchen, möglichst bald zu einem

positiven Beziehungsangebot zu kommen. Die Erfahrungen zeigen, dass Eltern im Körperkontakt besonders schnell lernen, eine positive Beziehung zu ihrem Kind wieder einzunehmen. Eltern lernen im Allgemeinen im Körperkontakt schneller um als in anderen Therapiesituationen.

**5. Positives Feedback im Sekundenfenster.** Je gefühlsmäßig stärker für kleine oder kleinste Veränderungen eine Rückmeldung gegeben wird, desto weniger wahrscheinlich wird das Kind einen Widerstand aufbauen. Allerdings muss diese Rückmeldung aus einer genauen Wahrnehmung erfolgen. Wenn das Kind einfach stark gelobt wird, unabhängig davon wie es sich verhält, erhöhen sich in aller Regel der Widerstand und die Machtkämpfe.

**6. Verstärkte Einbeziehung der Videoarbeit bei ungünstigen Verhaltenssignalen.** Vor allem wenn Kinder sehr schwierig sind und sich Verhaltensauffälligkeiten mit immer wiederkehrenden Widerständen und Machtkämpfen über den ganzen Tag zeigen, kommt die Frage nach ungünstigen Signalen der Bezugspersonen auf. Dies betrifft sowohl normale Alltagssituationen als auch die Körperbezogene Interaktionstherapie. Sollten ungünstige Signale der Bezugspersonen das schwierige Verhalten des Kindes verstärken, so hilft es Eltern, wiederholt Videoaufzeichnungen ihres eigenen Verhaltens zu analysieren. Vor dem Hintergrund solcher Analysen können sie dann Veränderungen ihres Verhaltens vornehmen (für eine vertiefende Auseinandersetzung s. Jansen & Streit, 2006, 2010).

**7. Medikamentöse Einstellung von Kindern mit einer Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit oder ohne Hyperaktivität (AD(H)S).** Zunächst einmal sind Körperkontaktstörung und AD(H)S zwei getrennte Störungsbereiche. Deswegen können Kinder sowohl von einer Körperkontaktstörung als auch von einer AD(H)S betroffen sein. In diesem Fall beeinflussen sich beide Störungen bei nicht wenigen Kindern wechselseitig. Die AD(H)S verstärkt die Körperkontaktstörung und die Körperkontaktstörung verschlimmert das Erscheinungsbild der AD(H)S.

In all diesen Fällen muss im Rahmen der Therapieplanung eine Entscheidung getroffen werden:

Kann die Körperkontaktstörung bereits ohne vorherige Behandlung begonnen werden oder nicht? Die Körperbezogene Interaktionstherapie stellt den Betroffenen die zum Umlernen notwendige korrigierende Erfahrung zur Verfügung. Diese zu verarbeiten und in eine veränderte gedankliche und verhaltensmäßige Steuerung umzusetzen, bedarf es Aufmerksamkeit. Je nach Stärke der AD(H)S kann die Aufmerksamkeitsfähigkeit für diese Lernvorgänge ausreichend oder unzureichend sein.

Darüber hinaus bedarf es für ein Zustandekommen korrigierender Erfahrungen ein gewisses Maß an innerer Ruhe und Ausgeglichenheit. Ein Kind, das beispielsweise zu stark »zappelt« und immer wieder zu stark abgelenkt ist, kann sich schwer auf positive Erfahrungen einlassen. Der Einfluss einer vorhandenen AD(H)S kann in Einzelfällen so stark sein, dass ohne vorherige Behandlung der AD(H)S die Durchführung unmöglich ist. In anderen Fällen kann die Körperbezogene Interaktionstherapie zwar durchgeführt werden, aber sie wird langsamer und anstrengender. In weiteren Fällen beeinträchtigt die bestehende AD(H)S die Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie nur wenig, in anderen Fällen nimmt sie gar keinen Einfluss (s. ► Kap. 17).

#### ■ Eltern müssen sich bezüglich der Therapie ausreichend sicher sein

Wirklich sicher können Eltern vor Durchführung einer Körperbezogenen Interaktionstherapie nicht sein. Richtige Sicherheit bekommen sie erst dann, wenn es zu ersten Erfolgen kommt – wenn also die Eltern sehen und spüren, dass es ihrem Kind besser geht, dass es ihnen gemeinsam gut geht und dass sich das Verhalten ihres Kindes ändert.

Im Vorhinein kann also keine wirkliche Sicherheit eintreten. Trotzdem gibt es starke Unterschiede zwischen Eltern. Das Ausmaß der Unsicherheit kann zur Folge haben, dass die Körperbezogene Interaktionstherapie nicht angemessen durchgeführt werden kann, weil aufgrund der zu großen Unsicherheit immer wieder sehr ungünstige Signale gesendet werden. Aus therapeutischer Sicht ist es in einer solchen Situation notwendig, an einer höheren inneren Sicherheit der Eltern zu arbeiten. Erst wenn die Eltern sich – bei aller Unsicherheit – wirklich überzeugend zutrauen, die Arbeit an die-

ser Stelle des Therapieprozesses fortzusetzen, darf dies auch geschehen.

#### ■ Inneres Einstellen und Vorbereiten auf mögliche Machtkämpfe

Wenn Eltern alles tun, damit ihr Kind möglichst **nicht** in den Widerstand oder Machtkampf geht, dann werden sie mindestens erreichen, dass die Zeiten mit Widerständen und Machtkämpfen weniger häufig und kürzer werden.

Was die Eltern jedoch ebenso wenig wie ihr Kind in der Hand haben ist, wie schwierig letztlich das Umlernen sein wird und wie lange es dauern wird. Eltern und – **zunächst** auch das Kind – haben jedoch noch etwas Weiteres nicht in der Hand: Wie wird das Kind jetzt auf diese veränderte Situation reagieren? Es hat in den Vorgesprächen viel erfahren und für manche Kinder reichen die hier erhaltenen Informationen aus, um sich auf das positive Angebot einzulassen.

**Für viele andere stellt sich diese Situation schwieriger dar.** Wenn Kinder ein paar Jahre alt sind, haben sie bereits tausende Male erfolgreich den Körperkontakt vermieden und abgewehrt. Sie haben dies auf bestimmte Art und Weise getan, etwa indem sie sich von Vater oder Mutter abgestoßen haben. Sie haben mit dieser Art eine Lösung gewählt, die naheliegt, aber die auch ein klares Durchsetzen gegenüber der Mutter oder dem Vater bedeutete.

Zu dieser Art des Umgangs mit der Situation haben dann die Eltern tausendmal irgendwie »ja« gesagt. Sie haben dies getan, weil sie die Situation zu diesem Zeitpunkt anders eingeschätzt haben und weil sie sich über die Folgen nicht im Klaren waren. Aus Sicht des Kindes aber haben sie dieser einfachen Lösung des Problems zugestimmt. Es wurde immer wieder dem Kind übertragen, die Lösung des Problems zu entscheiden und dessen Entscheidung wurde mitgetragen und unterstützt. Es durfte sich durchsetzen, es durfte sich ganz nach seiner Unlust ausrichten, **ohne die längerfristigen Folgen berücksichtigen zu müssen.**

Sich mit einem solchen Erfahrungshintergrund auf körperliche Nähe einzulassen, stellt für jedes Kind eine hohe Anforderung dar. Sehr kooperative Kinder können eine solche Anforderung bewältigen, ohne dabei in Machtkämpfe zu gehen, um

dem Körperkontakt doch noch auszuweichen. Für die meisten der Kinder, die sich an dieser Stelle des Therapieprozesses befinden, stellt sich die Situation jedoch noch etwas anders dar und damit schwieriger.

In ► Abschn. 2.8 wurde gezeigt, dass eine größere Gruppe von Kindern aufgrund ihrer Körperkontaktstörung Veränderungen in ihren Zielhierarchien vornehmen. Das Ziel »Macht« wird über das Ziel »Beziehung« gestellt. Bei diesen Kindern kann nicht nur die Abwehr des Körperkontaktes die Qualität eines Machtkampfes annehmen. In unzähligen Alltagssituationen über den gesamten Tag hinweg entwickeln sich aus harmlosen Anlässen Machtkämpfe. Das Kind wählt »Macht« als Ersatz für »Beziehung«. Entsprechend häufig treten Machtkämpfe auf – im Einzelfall bis zur völligen Erschöpfung der Eltern.

Wenn ein solches Kind beginnt an seiner Körperkontaktstörung zu arbeiten, hat es bereits tausende Machtkämpfe geführt und tausende Machtkämpfe irgendwie gewonnen. Da die Eltern aus ihrer Hilflosigkeit heraus ihr Kind mehrheitlich gewinnen ließen, haben sie aus Sicht des Kindes auch zu diesen unnormale häufigen Machtkämpfen ja gesagt. Warum sollte sich ein solches Kind mit diesem Erfahrungshintergrund ohne Machtkämpfe auf einen zunächst unangenehmen Körperkontakt einlassen?

Dies tut es auch nicht, ganz im Gegenteil. Ein solches Kind verfügt zu diesem Zeitpunkt über keine geeignete Eigensteuerung, die Situation anders als über Machtkämpfe lösen zu wollen.

Darüber hinaus fehlt einem solchen Kind noch eine weitere Hilfestellung – vielleicht die wichtigste. Das Kind weiß gar nicht, zwischen was es sich entscheiden soll, denn es kennt den wirklich positiven Körperkontakt bis dahin überhaupt nicht.

Das **Fehlen** einer guten, erfolgreichen Eigensteuerung bezüglich bestimmter Schlüsselsituationen tritt nicht nur im Zusammenhang mit einer Körperkontaktstörung auf. Es stellt **das** zentrale Problem bei den meisten psychischen Störungen dar, beispielsweise Lern- und Leistungsstörungen, Ängste, Depression, Alkoholmissbrauch, Drogenabhängigkeit, Übergewicht oder Rauchen. Bei all diesen Störungen bekommen die Betroffenen fast beliebig lang Unterstützung, bis sie eine ausrei-

chende Eigensteuerung für die Lösung ihres Problems aufgebaut haben.

Es ist gut, wenn Kinder, die beim Training ihres Körperkontaktes in den Machtkampf gehen, auch die Unterstützung bekommen, die Menschen mit anderen Störungen zukommt.

► **Eltern sollten deshalb ihrem Kind Machtkämpfe innerlich zugestehen und nicht davor erschrecken. Sie sollten ihrem Kind auch das Geschenk machen, diese Machtkämpfe nicht als gegen sie gerichtet anzusehen. Machtkämpfe sollten als das angesehen werden, was sie sind: eine Lösung eines überforderten Kindes für eine bestimmte Situation. Diese Lösung wurde über Jahre von den Eltern geduldet und dadurch unterstützt. Auch wenn Eltern das so nicht wahrgenommen und beabsichtigt hatten.**

■ **Abwägungsprozess zwischen »zu zahlender Preis« und »Zumutung«**

An dieser Stelle des Denkprozesses ist es für die Eltern wichtig, sich erneut zu vergegenwärtigen, was ihr Kind mit Hilfe der Körperbezogenen Interaktionstherapie erreichen möchte. Es gilt einen Abwägungsprozess zu machen zwischen dem Durchstehen des Machtkampfes und dem »Preis«, den ihr Kind auf Dauer für seine mangelnde Fähigkeit zur körperlichen Nähe bezahlen muss.

► **Dieser »Preis« ist der eigentliche Grund, die Körperbezogene Interaktionstherapie durchzuführen. Dieser »Preis« muss mit der Zumutung an das Kind verrechnet werden, diesen Prozess mitzutragen und auch die Machtkämpfe mit seinen Eltern durchzustehen.**

Bei diesem »Preis« gilt es ebenfalls abzuschätzen, inwieweit er in seinem vollen Umfang vom betroffenen Kind wirklich erfasst werden kann oder inwieweit die Eltern in ihrer biologischen Funktion als Eltern gefragt sind: Eltern, die ihrem Kind helfen und seine mangelnden Fähigkeiten und fehlende Weitsicht ausgleichen.

Alle Eltern haben Erziehungsbereiche, in denen sie sich klar und sicher sind. Dies ist selbst bei unsicheren Eltern so. Beispielsweise achten die einen darauf, dass ihre Kinder nicht stundenlang fernsehen und lassen sich auch nicht erpressen, wenn die Kinder in diesem Punkt einen heftigen Machtkampf mit ihnen führen. Viele stehen es durch, wenn ihr Kind in so einem Augenblick vor Wut und Ärger unterschiedlichste Dinge durch das Zimmer wirft. Manche stehen es sogar durch, wenn ihr Kind sich dann im Zimmer auf den Boden wirft und lange schreit. Auch lassen sich viele Eltern nicht erpressen, wenn Kinder abends kein Ende finden. Sie wissen, dass es ihren Kindern gut tut, wenn sie ihren regelmäßigen Schlaf bekommen. Die meisten würden sich dagegenstellen, wenn die Kinder bei einem solchen Machtkampf die Zimmereinrichtung beschädigten. Andere setzen sich bei heftigen Machtkämpfen im Zusammenhang mit den Hausarbeiten durch und manche schaffen es sogar, sich im Supermarkt durchzusetzen, wenn ihr Kind sich auf den Boden wirft und schreit, weil es die nächste Tafel Schokolade nicht bekommt. Viele unsichere Eltern, die sich an vielen Stellen nicht angemessen zur Wehr setzen können, würden es trotzdem – mit großer innerer Sicherheit – nicht dulden, wenn ihr Kind ein Geschwisterkind schlägt oder ein Tier verletzt. Alle Eltern haben ihre Punkte, die ihnen sehr wichtig sind. Eltern müssen nachdenken, ob die Fähigkeit zur körperlichen Nähe dazugehört.

Letztlich geht es um die Zukunft ihres Kindes. Die Vorteile einer Fähigkeit zum Körperkontakt und die Nachteile einer Körperkontaktstörung wurden in den verschiedenen Kapiteln angesprochen, besonders im ► Kap. 2. Um diese Vor- und Nachteile geht es, wenn sich Eltern gegen die Machtkämpfe und Widerstände ihres Kindes stellen.

Für viele Kinder, aber auch für viele Eltern und Familien geht es allerdings um noch mehr. Es geht auch um die Gegenwart. Kinder mit einer Körperkontaktstörung und ständigen Machtkämpfen über den ganzen Tag nehmen sich selbst und den anderen Familienmitgliedern die Lebensqualität. Familien und Ehen können unter dem Einfluss von ständig schwierigerem Verhalten eines Kindes zerbrechen und das Kind mit einer Körperkontakt-

störung erlebt sich ständig als schwarzes Schaf, das mit den anderen Kindern im Konflikt ist. Dies sind keine guten Erfahrungen für die Gegenwart und die Zukunft.

#### ■ Den Willen des Kindes brechen: ein Missverständnis

Wer an dieser Stelle des Denkprozesses steht, wird sich möglicherweise mit einer weiteren Frage auseinandersetzen. Manchmal stellen sich Eltern diese Frage selbst, manchmal wird sie von der Umgebung an sie herangetragen.

»Wenn ein Kind gegen seinen Willen gehalten wird, wird ihm dann nicht der Wille gebrochen?« Auf diese Frage gibt es mehrere Antworten. Die Kurzantwort heißt ganz eindeutig »nein«.

Für eine längere Antwort gilt es zunächst einmal den Geltungsbereich dieser Frage einzugrenzen. Jeder Expositionstherapie geht es darum, die Autonomie und die freien Entscheidungsmöglichkeiten der Betroffenen zu erhöhen – so ist es auch bei der Körperbezogenen Interaktionstherapie. Den Kindern soll durch die Fähigkeit zum Körperkontakt eine Lebensmöglichkeit aufgetan werden, damit sie sich frei entscheiden können. Aus diesem Ziel ergeben sich zwei Regeln:

- Während der Monate, in denen die Körperbezogene Interaktionstherapie durchgeführt wird: Außerhalb der reinen Therapiezeiten entscheiden die Kinder, ob sie Körperkontakt haben wollen oder nicht. Die Eltern können Angebote machen. Während der Therapiezeiten treffen die Eltern die letzte Entscheidung. Die Kinder können Angebote machen.
- Nachdem die Körperbezogene Interaktionstherapie durchgeführt wurde: Sobald ein betroffenes Kind den Körperkontakt als positiv und angenehm erlebt, verfügt es über eine wirkliche Entscheidungsfreiheit. Durch diese Entscheidungsfreiheit hat es bezüglich des Körperkontaktes Autonomie erreicht. Es kann dann den Körperkontakt mit den Eltern so regeln, wie es andere Lebensbereiche auch regelt – etwa Spielen oder Gesprächsführen. Mal macht die eine Seite Angebote, mal die andere. Mal geht die eine Seite auf solche Angebote ein und mal nicht.

Aus der Anwendung dieser zwei Regeln lässt sich ableiten, dass es bei der Frage bezüglich des »eigenen Willens« nur um die Zeiten während der direkten Therapie gehen kann. Außerhalb der Therapiezeit wählt das Kind immer so, wie es augenblicklich mag.

Kommen wir zu der Frage zurück: »Wenn ein Kind gegen seinen Willen gehalten wird, wird ihm dann nicht der Wille gebrochen?«

Der entscheidende Punkt an dieser Frage ist, dass ihre Grundannahme unzutreffend ist. Die Frage unterstellt, dass das Kind den grundsätzlichen Willen hat, keinen Körperkontakt einzugehen. Dies wird daraus geschlossen, dass das Kind den Körperkontakt nicht aktiv aufsucht, oder es wird aus dem Verhalten geschlussfolgert, z. B. wenn das Kind den Körperkontakt zu Übungszwecken eingehen soll und es sich dagegen wehrt.

Wer sich die enorme biologische Bedeutung des Körperkontakts aus den ersten Kapiteln vor Augen führt weiß, dass die Fähigkeit zum Körperkontakt biologisch genauso fest verankert ist wie andere Grundfähigkeiten auch, etwa Sich-Bewegen, Gehen, Sehen, Hören.

Menschen, die durch Entzündungen des Bewegungsapparates in ihren Bewegungen und im Gehen eingeschränkt sind, würde keiner unterstellen, sie hätten den grundsätzlichen Willen, nicht zu gehen oder sich nicht zu bewegen und sie bräuchten deswegen keine Therapie. Auch Menschen mit einem Hexenschuss würde man nicht unterstellen, dass sie grundsätzlich den Willen haben, nicht gerade zu gehen und sie bräuchten deswegen keine Therapie. Wenn Menschen aus Angst nicht zum Zahnarzt gehen, würde man ihnen auch nicht unterstellen, sie möchten grundsätzlich keine heilen Zähne haben. Wenn Schüler keine Lust haben ihre Hausarbeiten zu machen, würde man ihnen ebenfalls nicht unterstellen, sie hätten den grundsätzlichen Willen, in der Schule zu scheitern. Wenn Menschen von ihrer Depression überwältigt werden, unterstellt man ihnen auch nicht, sie wollten nicht glücklich sein und bräuchten deshalb keine Therapie. Die Liste lässt sich beliebig verlängern.

Bei all diesen Beispielen ist ersichtlich, dass ein vordergründiges Hinschauen nicht die Wirklichkeit erfasst. Es ist gut, wenn man einer Körper-

kontaktstörung die gleiche Sorgfalt zukommen lässt. Menschen, denen es nicht leicht fällt, in den Körperkontakt zu gehen, darf man nicht aus einer oberflächlichen Betrachtung heraus Grundlegendes ihrer biologischen Ausstattung absprechen. Darüber hinaus haben sie sich diese Schwierigkeit nicht freiwillig ausgesucht. Kinder mit einer Körperkontaktstörung müssen Chancengleichheit haben, sie dürfen nicht aus Unkenntnis diskriminiert werden.

Die Frage: »Wenn ein Kind gegen seinen Willen gehalten wird, wird ihm dann nicht der Wille gebrochen?« wird jedoch noch in einem ganz anderen Bedeutungszusammenhang verwendet. In diesem Fall sind es nicht fragende Eltern oder fragende professionelle Helfer, sondern Anklagende. Die Anklage oder der Vorwurf wird nicht über die sprachliche Formulierung vermittelt, sondern durch den vorwurfsvollen Ton, mit dem diese Frage an die anderen gestellt wird. Sofern die »anderen« ebenfalls Eltern sind, beinhaltet diese Frage noch eine Grundannahme, die unzutreffend ist und die nicht offen ausgesprochen wird.

Diejenigen, die diesen Unterton verwenden, gehen offensichtlich von der Grundannahme aus, sie hätten ein Recht oder vielleicht die Pflicht, sich so zu verhalten. In solchen Fällen empfehlen wir den Eltern – falls das noch nötig ist – für sich zu klären: Wer hat sich mehr Zeit und Mühe gegeben, sich in ihr Kind hineinzusetzen, und um welches Kind geht es hier? Um das des Anklagenden oder um das eigene?

Unter solchen Rahmenbedingungen gibt es Eltern, die Verantwortung für ihr Kind und seine Fähigkeit zum Körperkontakt übernehmen. Eltern, die in einer solchen Lage Verantwortung übernehmen, schaffen es auch, ihr Kind gegen seinen Widerstand zu halten – auch wenn es sich dabei mit allen Kräften wehrt, schreit und weint. Sie machen dabei eine überraschende Erfahrung. Unter dem Widerstand nimmt ihr Kind mehr und mehr Kontakt zu ihnen auf, lässt sich mehr und mehr auf den Körperkontakt ein bis es einen Punkt erreicht, an dem es beginnt, den Körperkontakt zu genießen. Erst ohne Widerstand und ohne Machtkämpfe kann ihr Kind die genetische Fähigkeit abrufen, den Körperkontakt für sich einzusetzen.

### Innerliches Abschalten

Es gibt auch Kinder, die sich für eine Form des Widerstands entscheiden, die völlig anders aussieht. Diese Kinder schalten im Körperkontakt innerlich ab. Dieser Zustand ist nicht zu verwechseln mit einem ruhigen aber aktiven und positiven Erleben von Körperkontakt. Ganz wichtig ist es, das Kind nicht in diesem abgeschalteten Zustand aus dem Körperkontakt zu entlassen, da es sonst dieses Verhalten weiter lernt. Dies würde seine Situation noch einmal erschweren. Dieser abgeschaltete Zustand ist unserer Meinung nach für Folgendes verantwortlich: Es kann immer wieder festgestellt werden, dass auch Kinder, die im Tragetuch getragen wurden, eine Körperkontaktstörung haben können. Interessanterweise sichert das Tragetuch nicht einen positiven Körperkontakt, obwohl viele davon ausgehen. Es muss nochmals betont werden: Ein innerlich abgeschalteter Zustand lässt kein positives Lernen zu.

Wenn wir diese Sätze schreiben, dann machen wir eine Aussage über das, was am Ende sein wird. Wir wollen jedoch nicht den Eindruck erwecken, dass dieser Weg ein leichter Weg ist. Manchmal kann er allerdings auch leichter sein, als die Eltern es sich gedacht haben – manchmal. Kinder können in solchen Situationen massiv in den körperlichen Widerstand gehen. Erfahrungsgemäß tun sie dies nicht nur einmal, sondern mehrmals und in den einzelnen Sitzungen immer wieder. Allerdings werden die Widerstände und Machtkämpfe im Durchschnitt immer kürzer und auch weniger heftig. Insofern können die Eltern schon sehr früh das Licht am Ende des Tunnels sehen. Trotzdem bleibt den Eltern in all diesen Fällen kein anderer Weg, als ihre Kinder gegen deren Widerstand zu halten – ggf. auch, indem das andere Elternteil oder eine andere nahestehende Person das Kind mit hält, um das haltende Elternteil kräftemäßig zu unterstützen. Beenden sie stattdessen die Exposition zu einem Zeitpunkt, zu dem ihr Kind noch nicht ausreichend umgelernt hat, ist die Chance auf eine Verbesserung des Körperkontaktes vertan. Deswegen ist die innere Sicherheit wichtig.

Bei einem autistischen Kind sind in einer einzelnen therapeutischen Sitzung oft nur kleine Veränderungen möglich. Das kann im Einzelfall bedeuten, dass sich das Kind etwas besser auf die Beziehung zu seiner Mutter oder zu seinem Vater einlässt, etwas entspannter im Arm liegt, vielleicht zum ersten Mal für einen kurzen Moment in den Blickkontakt geht oder den Blickkontakt etwas häufiger aufnimmt etc. Bei nicht-autistischen

Kindern ist es im Gegensatz dazu eher die Regel als die Ausnahme, dass bereits bei der ersten oder zweiten Sitzung ein völliges Einlassen auf Körper- und Blickkontakt erreicht wird. Oft wollen sie dann noch nach Beendigung der Therapie länger im Körperkontakt bleiben.

Auch wenn dies so ist, werden die meisten dieser Kinder zu Beginn der nächsten Therapiesitzung zunächst wieder in den Widerstand gehen und ihre Machtkämpfe führen. Allerdings werden über die Zeit – wie bereits gesagt – im Durchschnitt die Widerstände und Machtkämpfe immer kürzer und seltener. Am Ende finden sie dann nicht mehr statt. Die Körperbezogene Interaktionstherapie geht dann in ein normales »Leben« von Körperkontakt über. Wenn Eltern dieser Kinder die Therapie dreibis viermal in der Woche durchführen, dann wird bei sehr vielen Kindern das normale Leben von Körperkontakt in einem Zeitraum zwischen drei und sechs Monaten erreicht sein. In dieser Zeit erhalten die Eltern etwa 3–5 Anleitungen durch ihre Therapeutin oder ihren Therapeuten. Die Dauer der einzelnen Therapiesitzungen wird dabei immer kürzer. Alles ist bei autistischen Kindern schwerer. Hier sollte die Häufigkeit pro Woche möglichst hoch sein und die Therapien dauern meistens länger als ein halbes Jahr. Allerdings wird auch bei Autisten die Dauer der Therapiesitzungen im Laufe der Zeit immer kürzer, sodass sie sich langfristig leichter in den Lebensalltag einbeziehen lassen.

### ■ Die Eigensteuerung der Eltern

In ► Kap. 2 haben wir den großen Einfluss der psychologischen Größe »Kontrolle« aufgezeigt. Die Grundlagenforschung zeigt, dass es dabei nicht darauf ankommt, inwieweit diese Kontrolle wirklich vorhanden ist. Entscheidend ist, ob die Betroffenen Kontrolle wahrnehmen oder nicht. Anders ausgedrückt heißt dies, die innere Wirklichkeit entscheidet darüber, wie es einem Menschen geht. In der psychologischen Fachsprache würde man sagen, dass das mentale Modell über die emotionale Befindlichkeit entscheidet.

Mütter und Väter, die ihr Kind mithilfe einer Körperbezogenen Interaktionstherapie unterstützen, erzeugen sich aufgrund ihrer Eigensteuerung vollständig unterschiedliche mentale Modelle. Es gibt Eltern, die bereits erste positive Veränderungen,

die bei nicht wenigen Kindern bereits nach wenigen Minuten auftreten, mit großer Genauigkeit wahrnehmen. Diese Eltern spüren beispielsweise mit hoher Bewusstheit, dass ihr Kind sich im Rücken ein wenig besser entspannt. Sie merken bewusst, dass der Kopf des Kindes etwas ruhiger an ihrer Schulter anliegt etc. Indem sie diese Veränderungen bemerken, lassen sie sich in ihrer inneren Sicht auf »Erfolg« ein. Dies allein wird dazu führen, dass es ihnen bereits nach kurzer Zeit besser geht und die Therapie sie weniger Kraft kostet.

Menschen, die über eine noch bessere Eigensteuerung verfügen, nutzen die wahrgenommene Veränderung, um ihre innere Wirklichkeit oder ihr inneres Modell noch besser anzupassen. Beispielsweise stellen sie fest, dass ihr Kind nicht in Panik geraten ist und so das Schlimmste, was sie befürchtet hatten, nicht eingetreten ist. Darüber hinaus lassen sie sich auf die Wirklichkeit ein, die ihnen zeigt, dass ihr Kind sich auf sie zu bewegt und nicht von ihnen weg. Manche gehen noch einen Schritt weiter. Sie rechnen sich einen Trend aus. Aus den bereits eingetretenen Veränderungen wissen sie, dass sie am Ende erfolgreich sein werden – ihr Kind und sie.

Ein Denkstil, wie er in den letzten Zeilen skizziert wurde, hilft schwere Therapieabschnitte leichter oder sogar hoffnungsvoll zu machen. Solche Denkstile bedeuten aber nicht nur die wichtigste Kraftquelle für Mütter und Väter, sondern auch für die Kinder. Wenn Eltern so positiv denken, verhalten sie sich ihrem Kind gegenüber günstiger. Sie sprechen mit ihrem Kind günstiger. Sie wählen dabei günstigere Worte und Inhalte und eine günstigere Stimme. Sie halten ihr Kind günstiger. Sie sind mehr beim Kind und weniger bei sich selbst. Sie haben einen anderen Gesichtsausdruck etc. Mit anderen Worten: Sie unterstützen ihr Kind mehr und machen es ihm angenehmer. Natürlich wird hierdurch unter sonst gleichen Bedingungen auch die Therapie kürzer.

Es gibt jedoch auch Eltern, die einen völlig anderen Denkstil haben. Diesen Müttern und Vätern fällt die Durchführung der Therapie besonders schwer. Wenn sie die Therapie tatsächlich zum Erfolg führen, tun sie das aufgrund eines unglaublich starken Verantwortungsbewusstseins. Sie brauchen dabei aber eine enorme Kraft.

Mütter und Väter dieser Gruppe haben die Therapie und ihre Ziele verstanden. Sie wünschen sich für ihr Kind eine Verbesserung bezogen auf Körperkontakt und Lebensqualität. Während der Therapie bringen sie sich allerdings aufgrund ihres Denkstiles in extrem schwierige Situationen, für die keine Mutter und kein Vater biologisch gut ausgestattet ist.

Zunächst einmal tun sie beispielsweise Folgendes nicht: Sie achten nicht auf die positiven Veränderungen. Sie können sich deshalb diese Veränderungen nicht vor ihr geistiges Auge stellen. Deshalb nehmen sie zunächst einmal keinen Erfolg wahr. Weil sie in der Gegenwart keinen Erfolg wahrnehmen, können sie auch keinen Trend in die Zukunft berechnen. Hierdurch erwarten sie auch in der Zukunft keinen Erfolg. Erfolg gibt Kraft. Dieses Geschenk bekommen diese Eltern nicht.

Erfahrungsgemäß machen sie aber noch etwas Zweites nicht: In schwierigen Situationen führen sie sich nicht vor Augen, warum sie die Therapie durchführen. Damit ziehen sie auch aus den Zielen der Therapie keine Kraft und keinen Mut. In ihrer Wahrnehmung hat ihr gesamtes Tun wenig oder gar keinen Sinn.

Auch diese Eltern haben mit der Therapie angefangen, damit es ihrem Kind in Zukunft besser geht. Aus diesem Sachverhalt heraus erwächst ihnen aber in schwierigen Augenblicken kein Vorteil und sie bekommen hierdurch keine Unterstützung. Dies ist so, weil sie sich aufgrund ihres Denkstils in Augenblicken, die schwierig sind, nicht ihr Ziel oder ihre Ziele bewusst machen.

Was aber tun Mütter und Väter dieser Gruppe, die für die Durchführung der Therapie am meisten Kraft verbraucht, denn genau? In den Augenblicken, in denen es schwer wird, rufen sie genau genommen zwei Verhaltensweisen ab, die sie in ihrem mentalen Modell unglücklich miteinander verknüpfen. Zunächst einmal lenken diese Mütter und Väter ihre ganze Aufmerksamkeit auf den Widerstand und den Machtkampf ihres Kindes. Dies tun sie wie alle Mütter und Väter. Hierbei entstehen innere Bilder. Auch dies ist wie bei allen anderen Müttern und Vätern. Im nächsten Schritt kommt der entscheidende Unterschied. Diejenigen, die eine enorme Kraft für die Durchführung der Therapie brauchen, verknüpfen diese Bilder mit anderen

Informationen als die anderen. Sie sagen beispielsweise innerlich »Du Armer«, ohne jetzt weitere Informationen hinzuzufügen. Wenn sie beispielsweise sinngemäß sagen würden »Du Armer, wir stehen das jetzt zusammen durch, damit es Dir in Zukunft besser geht, wir haben ja bereits Erfolg gehabt«, dann würden sie Kraft bekommen, anstatt Kraft aufbringen zu müssen.

Drückt man die bisher angesprochenen Zusammenhänge in allgemeiner Form aus, so lässt sich zusammenfassen: Innere Bilder, wie sie bei der Wahrnehmung entstehen, bekommen ihre gefühlsmäßige Bedeutung erst durch die Informationen, die an diese Bilder herangetragen werden.

Dieser Sachverhalt entscheidet aber nicht nur darüber, wieviel Kraft Eltern aufbringen müssen. Er entscheidet beispielsweise auch, wie sich Mutter und Vater in der Rolle als Lebensgefährten über diesen Bereich unterhalten können. Wenn die Informationen sehr unterschiedlich sind, dann werden die gemeinsamen Gespräche unter sonst gleichen Bedingungen eher schwierig, wenn sie sich ähneln, werden die Gespräche eher leicht.

Aus dem Wissen um diese Zusammenhänge erwächst aus der Körperbezogenen Interaktionstherapie noch eine andere Hilfestellung. Es wird einsichtig, dass es sinnvoll ist, die soziale Umgebung mit Wissen zu versorgen, damit sie mit der Therapie im Falle heftiger Machtkämpfe gut umgehen kann. Manchmal betrifft das den Lebenspartner, in jedem Fall aber die Geschwisterkinder. Geschwisterkinder müssen umfassend aufgeklärt werden, damit sie verstehen können. Bei getrennt lebenden Müttern und Vätern ist es oft wichtig, den anderen mit allem Wohlwollen aufzuklären oder ihn an diesem Prozess zu beteiligen. Manchmal kann es auch im Zusammenhang mit Nachbarn wichtig sein. Es sind die besten Nachbarn, denen das Schreien eines Kindes wichtig ist. Wenn sie erklärt bekommen, warum das Kind schreit, hilft ihnen das enorm. Eine Mutter, die ein solch erklärendes Gespräch vorsorglich vor dem ersten KIT mit ihrer Nachbarin führte, erzählte uns, dass ihre Nachbarin ganz aufmerksam zugehört habe und am Ende des Gespräches sagte: »Dann können wir ja in naher Zukunft darauf hoffen, dass der Michael nicht mehr mit Steinen schmeißt.«

### 7.5.13 Vorbereitung auf eine Körperbezogene Interaktionstherapie

Je mehr sich die Betroffenen und ihre Partner auf eine Exposition vorbereiten, desto einfacher wird diese normalerweise. Dies hat mehrere Gründe. So hilft z. B., dass die Betroffenen aufgrund des Wissens eher ein Gefühl von Kontrolle bekommen. Der Faktor »Kontrolle« wurde in ► Kap. 2 besprochen. Das Gefühl von Kontrolle macht ruhig und senkt das Aktivierungsniveau. Das macht eine Exposition unter sonst gleichen Bedingungen kürzer. Ein weiterer wichtiger Grund ist z. B., dass die Betroffenen Hinweise bekommen, wie sie sich erfolgreich verhalten können. Auch dies macht ruhig, gibt Kontrolle und unterstützt den Erfolg. Eine der wichtigsten Vorteile einer umfassenden Vorbereitung ist jedoch die Tatsache, dass diese selbst bereits eine Exposition darstellt. Erfahrungsgemäß sinkt bereits hierdurch das ungute Gefühl.

Das hier Gesagte gilt für Erwachsene und Kinder. Bei widerständigen Kindern und Kindern mit Besonderheiten wie beispielsweise Intelligenzminderung und Autismus stellen wir manchmal ein Unterlassen der Aufklärung und Vorbereitung fest. Der Grund hierfür ist einfach. Die erwachsenen Bezugspersonen gehen davon aus, dass die betroffenen Kinder die Aufklärung sowieso nicht verstehen und unterlassen sie. Die Einschätzung mag im Einzelfall richtig sein. Oft müsste man jedoch Hellseher sein, um sicher vorherzusagen, dass das Kind die Erklärung wirklich nicht versteht. So sind intelligenzgeminderte Kinder oft geistig leistungsfähiger als man anfänglich denkt. Autistische Kinder verstehen oft mehr als die Umgebung glaubt und widerständige Kinder verstehen in der Regel alles, auch wenn sie bei diesen Erklärungen unter dem Tisch sitzen und mit dem Auto spielen. Im schlimmsten Fall werden die Erklärungen nicht verstanden. Oft helfen sie aber auch und verkürzen die Expositionen, weil die Kinder besser mithelfen, manchmal erst zu einem späteren Zeitpunkt. Es ist selbstverständlich, dass die Sprache und alle Erklärungen an die Verständnisfähigkeit des Kindes angepasst sein müssen.

➤ **Eine gute Vorbereitung vermindert das unangenehme Gefühl. Dies trifft aber nur zu, wenn die Vorbereitung wirklich gut ist – also positiv und konstruktiv. Es gibt Betroffene, die sich als Vorbereitung hauptsächlich negative Gedanken machen. In diesem Fall ist es meist besser, man beginnt möglichst bald mit der Exposition, weil die ungunen Erfahrungen erst durch die neuen wirklichen Erfahrungen in der Expositionssituation verändert werden können. Alles negativ getönte Denken im Vorfeld hilft erfahrungsgemäß nicht weiter. So hat jede Regel ihre Ausnahme.**

Die Vorbereitung verändert nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch ihre Bezugspersonen. Dies ist äußerst wichtig für Eltern, die ihr Kind durch eine Exposition mit Körperkontakt hindurchführen, besonders dann, wenn diese Kinder sich dabei unkooperativ verhalten.

Die Vorbereitung kann auf unterschiedlichstem Weg geschehen, man kann sich beispielsweise von einer erfahrenen Therapeutin oder einem erfahrenen Therapeuten diesen Weg mit all seinen Schwierigkeiten und Möglichkeiten darstellen lassen, man kann Kontakt herstellen mit anderen, die diesen Weg bereits gegangen sind, oder auch versuchen, wichtige Literatur zu lesen.

#### ■ Planung der Exposition

Es gibt Menschen, denen es wichtig ist, die meisten Dinge des Lebens spontan zu machen. Für eine Exposition ist dieses Vorgehen in den meisten Fällen nicht geeignet. Dies hat mehrere Gründe. Es geht bei der Exposition um die Behandlung eines unangenehmen Gefühls. Dieses unangenehme Gefühl besteht nur deshalb noch, weil der Betroffene es bisher immer vermieden hat, sich den unangenehmen Situationen zu stellen, die dieses Gefühl auslösen. Bei einem solchen Menschen kann es u. U. sehr lange dauern, bis es ihn spontan überfällt, sich dieser Situation zu stellen. Bis dahin können größere Teile des Lebens verstrichen sein. Es ist deswegen besser, einen festen Termin zu benennen, an dem die erste oder nächste Exposition stattfinden soll.

Einen festen Termin zu haben bedeutet aber auch, sich besser darauf einstellen zu können und

v. a. sich besser vorzubereiten. So darf es nach der Exposition keine Termine geben, die einen zeitlichen Druck aufbauen könnten. Auch dürfen keine anderen Ereignisse einen Zeitdruck verursachen. Das Handy muss während der Exposition ausgeschaltet sein. Es muss für Essen und Trinken gesorgt sein. Darüber hinaus ist es von höchster Wichtigkeit, gute Sitzpositionen und (oder) Liegepositionen zu ermöglichen, die auch über einen langen Zeitraum als angenehm empfunden werden.

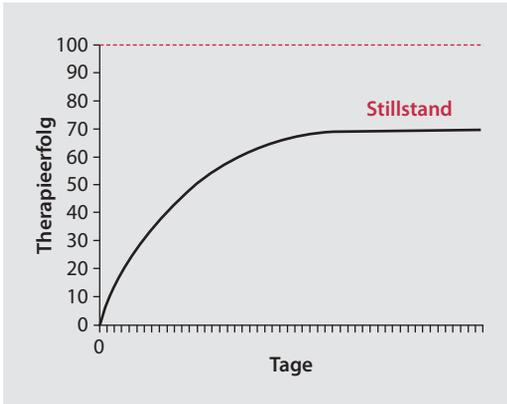
Eine gute Planung erleichtert die Durchführung jeder Exposition. Planungsfehler erschweren Expositionen oder machen einen erfolgreichen Abschluss vollkommen unmöglich. Wenn nur eine der an der Exposition teilnehmenden Personen unter Zeitdruck steht, kann dies den gesamten Erfolg der Exposition gefährden. Dabei ist es gleichgültig, welche Rolle diese Person im Rahmen der Exposition einnimmt – Therapeutin oder Therapeut, anderes Elternteil, das Kind selbst etc. Ein Therapeut, der noch einen weiteren Termin einhalten muss, ist eine Belastung für die Therapie. Ein Vater, der noch abends an einer Veranstaltung teilnehmen will, blockiert die ablaufenden Prozesse genauso wie ein Kind, das noch zum Fußball oder Reiten muss.

#### 7.5.14 Prüfkriterium, ob die Therapie im Einzelfall grundsätzlich erfolgreich ist

Aus den bisherigen Ausführungen ist ersichtlich, dass die Therapie in den verschiedensten Augenblicken Entscheidungen verlangt. Diese Entscheidungen können im Einzelnen unterschiedlich ausfallen, z. B. bezogen auf Fragen wie: Mit welcher Position wird begonnen? Wie wähle ich den Schwierigkeitsgrad? Wie wähle ich die Dauer der Therapie?

Der Erfolg einer Entscheidung kann im Einzelfall oft sehr gut beobachtet werden. Der Körperkontakt verbessert sich, die Beziehung vertieft sich, der Blickkontakt wird häufiger aufgenommen, der Blickkontakt bekommt eine andere Qualität etc.

Manchmal ist es jedoch auch schwer, nach einer Sitzung zu sagen, ob die Therapie insgesamt auf einem guten Weg ist. Zu vielfältig sind im Einzelfall die Einflussgrößen. So bekommt ein Kleinkind



■ **Abb. 7.15** Wenn es bei der Körperbezogenen Interaktionstherapie über längere Zeit zum Stillstand kommt, besteht Handlungsbedarf. Bleibt die Entwicklung über längere Zeit auf einem Plateau stehen, kann die Therapie nicht erfolgreich abgeschlossen werden.

vielleicht einen Zahn und ist deswegen oft ungehalten. Ein größeres Kind ist vielleicht von anderen Kindern in der Schule geärgert worden und hat eine nicht einfache Zeit. Der Ehepartner mag vielleicht im Beruf unter großem Druck stehen. Durch all diese unterschiedlichen Einflussgrößen ergeben sich mehr oder weniger große Schwankungen bezüglich des Erfolges durch die Körperbezogene Interaktionstherapie. Besonders starke Erfolgsschwankungen findet man bei Kindern, die sehr starke Widerstände und Machtkämpfe zeigen. Es hat sich in den vergangenen Jahren immer wieder gezeigt, dass es Sinn ergibt, bei aller Betrachtung von Details den langfristigen Trend im Blick zu behalten. Er gibt Auskunft darüber, ob die Therapie – wie immer sie im Einzelnen durchgeführt wird – insgesamt zum Erfolg führen wird. Dabei haben sich zwei einfache Regeln als äußerst hilfreich herausgestellt:

- Solange der allgemeine Trend – trotz aller kleinen oder größeren Schwankungen – nach oben zeigt, ist alles grundsätzlich in Ordnung.
- Sobald es über längere Zeit zum Stillstand kommt, ist Handlungsbedarf angesagt. In diesem Fall kann die Therapie nicht wirklich erfolgreich sein. Das bedeutet, dass am therapeutischen Vorgehen Veränderungen vorgenommen werden müssen (s. ■ Abb. 7.15).

## 7.6 Bereich 3: Nutzen des Körperkontaktes für andere Fördermaßnahmen

Im ► Kap. 2 wurde deutlich, dass Körperkontakt unangenehme Situationen angenehmer macht. Beispielsweise können Babys eine schmerzhafte Blutabnahme an ihrer Ferse besser ertragen und geraten weniger in Stress, wenn sie dabei im Körperkontakt sind. Eine andere wichtige Eigenschaft des Körperkontaktes ist die Stimulation der Oxytocinproduktion. Diese erhöhte Oxytocinproduktion ist eine hervorragende Grundlage für sehr schwierige und widerständige Kinder, sich auf Beziehung und Kooperation einzulassen.

Das IntraActPlus-Konzept nutzt zunächst einmal die Körperbezogene Interaktionstherapie dazu, die Fähigkeit zum Körperkontakt aufzubauen. Sobald die Fähigkeit zum Körperkontakt aufgebaut ist, wird der Körperkontakt genutzt, um Förder- und Lernsituationen zu unterstützen. Der Anwendungsbereich hierfür ist sehr umfangreich. Wir möchten nachfolgend einige wichtige Beispiele nennen:

- Sprachaufbau bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern, die sich vor der Körperbezogenen Interaktionstherapie sehr schlecht auf Beziehung eingelassen haben: Bei diesen Kindern wird zunächst der Körperkontakt aufgebaut. Sobald die Beziehungsfähigkeit des Kindes im vollen Umfang hergestellt ist, werden die Sprachübungen durchgeführt. Die Kinder tragen dann alle Sprachübungen kooperativ mit. Es kann eine hohe Motivation für diese Übungen aufgebaut werden. Auch schwierige Imitationsübungen gelingen auf einmal (s. hierzu ► Kap. 16).
- Förderkinder mit ehemals extremem Widerstand und Machtverhalten in Förder- und Lernsituationen können mithilfe des Körperkontaktes aus ihrem schwierigen Verhalten geholt werden. Auch in diesem Fall wird zunächst der Körperkontakt hergestellt. Sobald eine sehr nahe Beziehung hergestellt ist, werden die Lerninhalte angeboten. Dies ist insbesondere für autistische Kinder ein sehr effektiver Weg, ein positives Lernverhalten mit einer positiven Eigensteuerung aufzubauen.

- Ein ausgesprochen eleganter Weg bietet sich beim Abbau von Überempfindlichkeiten im Zusammenhang mit unangenehmen taktilen, visuellen, auditiven oder vestibulären Sinnesreizen an. Entsprechende Reize werden von überempfindlichen Kindern, Jugendlichen oder Erwachsenen als deutlich weniger unangenehm erlebt, wenn sich die Betroffenen auf einen positiven Körperkontakt einlassen. Weil die Reize über diesen Weg angenehmer werden, lassen sie sich entweder deutlich schneller oder überhaupt erst abbauen.

## 7.7 Bereich 4: Vernetzung mit anderen verhaltenstherapeutischen Maßnahmen

In fast allen Fällen wird der Therapiebaustein »Körperbezogene Interaktionstherapie« mit anderen Therapiebausteinen des IntraActPlus-Konzeptes vernetzt. Diese werden sowohl vorher, gleichzeitig und nachher eingesetzt. Das IntraActPlus-Konzept selbst ist ein verhaltenstherapeutisches Konzept und in die Verhaltenstherapie eingebettet. Die Verhaltenstherapie stellt somit den Gesamtrahmen sowohl für das IntraActPlus-Konzept als auch der Körperbezogenen Interaktionstherapie dar. Die Autoren verstehen sich als leidenschaftliche Verhaltenstherapeuten. Diese Leidenschaft rührt daher, dass diese Therapierichtung die einzige ist, deren Konzept auf der psychologischen Grundlagenforschung aufbaut.

In den Fällen, die im Rahmen des IntraActPlus-Konzeptes behandelt werden, spielt die Körperbezogene Interaktionstherapie nur dann eine Rolle, wenn eine Körperkontaktstörung diagnostiziert worden ist.

In den meisten Fällen, in denen die Körperbezogene Interaktionstherapie zur Anwendung kommt, ist sie ein gleichberechtigter Therapiebaustein neben anderen. Im Einzelfall kann der Körperbezogenen Interaktionstherapie deswegen eine hohe Bedeutung zukommen, weil die Beziehungsfähigkeit fast vollständig oder sogar vollständig blockiert ist. In diesem Fall ist die grundsätzliche Förderbarkeit massiv eingeschränkt. Dies kann beispielsweise im Zusammenhang mit autistischen

Störungen der Fall sein. Unter solchen Bedingungen kommt der Körperbezogenen Interaktionstherapie die Bedeutung einer Basistherapie zu.

## 7.8 Gegenindikationen

Unter den folgenden Bedingungen darf die Körperbezogene Interaktionstherapie nicht durchgeführt werden:

- **Bei körperlichem und seelischem Missbrauch** darf der Täter keine Körperbezogene Interaktionstherapie durchführen und auch nicht während der Durchführung der Therapie anwesend sein.
- **Der Bezugsperson geht es nicht ausschließlich um den Aufbau von Bindung, Beziehung und Körperkontakt.** Dies ist beispielsweise dann gegeben, wenn eine symbiotische Eltern-Kind-Beziehung besteht, die dem Kind keine freie Entfaltung gestattet, oder wenn bei der Bezugsperson Tendenzen bestehen, Macht gegenüber dem Kind zu genießen.
- **Die Bezugsperson ist schwanger.**

Unter den folgenden Bedingungen darf die Körperbezogene Interaktionstherapie nur nach einer sorgfältigen Abwägung zwischen zu erwartendem Nutzen und zu erwartendem Schaden durchgeführt werden:

**Ernsthafte psychische Erkrankung.** Die Bezugsperson leidet an einer ernsthaften psychischen Erkrankung wie z. B. Depression, Psychose, Borderline-Störung, Alkohol- oder Drogenabhängigkeit. In diesen Fällen ist sorgfältig zu prüfen, inwieweit sich die Bezugsperson trotz ihrer Erkrankung ein Stück weit auf die Beziehung zu ihrem Kind einlassen kann. Das Prüfkriterium wäre, inwieweit das Kind mit dieser Bezugsperson im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie positive Beziehung erleben kann. Im Rahmen dieser Prüfung wäre auch zu berücksichtigen, dass die Körperbezogene Interaktionstherapie sich oft auch auf die Symptomatik der Bezugsperson positiv auswirkt. Dies ist beispielsweise in der Regel dann der Fall, wenn eine depressive Symptomatik dadurch verstärkt oder ausgelöst wird, dass die Bezugsperson

spürt, dass sie keine Bindung zum Kind aufbauen kann. Auch chronische Erschöpfung infolge eines regelmäßigen schwierigen Verhaltens des Kindes kann zu depressiven Zuständen führen oder diese verstärken. Hier ist besonders an Schlafmangel bei Eltern von Säuglingen oder größeren Kindern mit Ein- und Durchschlafstörungen zu denken. Falls es die Möglichkeit gibt, würde man in diesen Fällen die Körperbezogene Interaktionstherapie zunächst mit einer anderen Bezugsperson durchführen. Die psychisch erkrankte Bezugsperson würde erst dann selbst die Körperbezogene Interaktionstherapie durchführen, wenn diese bereits »einfacher« geworden ist. All diese Entscheidungen sind in Ruhe zu treffen, unter wirklichem Spüren dessen, was die Eltern sich vorstellen können.

**Zu Gewalt neigende Eltern.** Hier ist zwischen zwei unterschiedlichen Ausgangssituationen zu unterscheiden: a) Die Gewalt entsteht aus dem Ziel der Eltern, Macht über das Kind zu haben. In diesem Fall darf die Körperbezogene Interaktionstherapie nicht durchgeführt werden (s. oben). b) Das aggressive und gewalttätige Verhalten der Eltern ist das Ergebnis von Stress und Ohnmacht in Zusammenhang mit schwierigem Verhalten des Kindes. Beispielsweise gelten Regulationsstörungen im Säuglingsalter, die u. a. mit exzessivem Schreien einhergehen, als ein wichtiger Risikofaktor für das Auftreten von Kindesmisshandlungen (Lee, Barr, Catherine & Wicks, 2007; Reijneveld et al., 2004; Talvik, Alexander & Talvik, 2008). In diesen Fällen trägt eine durch die Körperbezogene Interaktionstherapie erreichte Verbesserung der Eltern-Kind-Bindung und eine Verminderung schwieriger kindlicher Verhaltensweisen dazu bei, das Kind vor Misshandlung zu schützen. Ein ganz wichtiger Schutzfaktor entsteht auch darüber, dass bei den Eltern im Zusammenhang mit der Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie Verhaltenskompetenzen aufgebaut werden, mit denen sie eine Eskalation von Konfliktsituationen verhindern können.

**Aufmerksamkeits-Defizit-Störung der Bezugsperson.** Ist die Bezugsperson sehr stark von einer Aufmerksamkeits-Defizit-Störung (AD(H)S) betroffen, kann es sein, dass es ihr schwer fällt, aus-

reichend lang in eine wirklich positive Beziehung mit dem Kind zu gehen. Über diesen Punkt gilt es mit der Bezugsperson in Ruhe zu sprechen. Gegebenenfalls würde ärztlich überprüft, inwieweit die Bezugsperson durch eine medikamentöse Behandlung der AD(H)S unterstützt werden kann.

**Gesundheitliche Probleme.** Bei gesundheitlichen Problemen des Patienten oder seiner Bezugsperson ist ärztlich abzuklären, ob und wie die Körperbezogene Interaktionstherapie durchgeführt werden darf. So lässt sich beispielsweise der Stress für den Patienten durch ein extrem langsames und kleinststufiges Vorgehen auf ein Mindestmaß reduzieren. Im Zweifelsfall würde die Therapie nur durchgeführt werden, wenn ein Arzt in der Nähe ist. So haben wir beispielsweise bereits eine Reihe von Körperbezogenen Interaktionstherapien in Herzzentren durchgeführt. Auch hier ist bei den Vorüberlegungen gemeinsam mit den Bezugspersonen und ggf. dem Patienten selbst der folgende Punkt zu berücksichtigen: Eine Körperkontaktstörung geht fast immer damit einher, dass der Betroffene in Zusammenhang mit dem Berührtwerden und Beziehung regelmäßig mehr Stress erlebt. Gleichzeitig kann er nicht oder nicht in vollem Umfang davon profitieren, dass Körperkontakt hilft, Stress zu reduzieren und beispielsweise zu einer Erniedrigung des Blutdrucks oder der Stresshormone führt (vgl. ► Abschn. 2.3.1). Es gilt also, gemeinsam abzuwägen, inwieweit es für die Betroffenen sinnvoll ist, sich einem kontrollierten und zeitlich begrenzten Stress auszusetzen, um langfristig weniger Stress zu erleben und den positiven Einfluss des Körperkontakts auf die Gesundheit nutzen zu können. Entsprechende Abwägungen gilt es beispielsweise in folgenden Fällen zu treffen:

- schwere organische Erkrankung der Bezugsperson, beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankung oder Krebserkrankung;
- schwere organische Erkrankung des Kindes, beispielsweise Herzfehler, Asthma oder Krebserkrankung.

Des Weiteren können orthopädische Probleme der Bezugsperson oder des Kindes die Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie bezüg-

lich der Dauer oder der Sitzposition einschränken oder unmöglich machen, beispielsweise:

- Rücken- oder Bandscheibenprobleme der Bezugsperson;
- alle orthopädischen Probleme des Kindes, die dazu führen, dass während der Körperbezogenen Interaktionstherapie Schmerzen erlebt werden; Funktionsstörungen der Halswirbelsäule wie beispielsweise ein Kopfgelenkinduziertes Schmerzsyndrom müssen in jedem Fall vor Beginn der Körperbezogenen Interaktionstherapie behandelt werden.

## 7.9 Mögliche Nebenwirkungen

Für die Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie gilt wie für alle therapeutischen Maßnahmen der ethische Grundsatz, dass der Patient vor einem möglichen Schaden geschützt werden muss (vgl. ► Kap. 18). Im Zusammenhang mit der Körperbezogenen Interaktionstherapie kommen nicht selten Sorgen um einen möglichen Schaden für den Patienten auf. Diese Sorgen betreffen nicht nur die Körperbezogene Interaktionstherapie, sondern generell alle Expositions-therapien (vgl. hierzu Olatunji, Abramovitz & Deacon, 2009). Eine Befürchtung ist, dass es durch die Expositionsbehandlung zu einer Traumatisierung kommen könne. So stellen sich nicht wenige Menschen beispielsweise vor, dass eine Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen über eine Exposition zur Verschlimmerung führen könne. Wenn der Patient die Situation, die das Trauma auslöste, gedanklich erneut durchlebt, könne es zu einer sog. Retraumatisierung kommen. Um ein solches Risiko zu überprüfen, führten beispielsweise Foa et al. (2002) bei Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen eine Studie durch, die überprüfen sollte, inwieweit es durch die Exposition zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommen kann. Sie stellten fest, dass es bei einer sehr kleinen Gruppe von Patienten tatsächlich anfangs zu einer Verschlechterung kam, die aber im weiteren Verlauf der Therapie verschwand. Noch wichtiger war: Diejenige Untergruppe von Patienten, bei denen es zu einer anfänglichen Verschlechterung gekommen war, zeigte nach Ende

der Therapie einen gleichgroßen Therapieerfolg wie alle anderen Patienten (s. auch Foa et al., 2005; Hembree & Brinen, 2009).

An dieser Stelle ist noch einmal zu betonen, dass Expositionsverfahren grundsätzlich die effektivste und am besten überprüfte Therapieform zur Behandlung von Ängsten und anderen unangenehmen Gefühlen und auch posttraumatischen Belastungsstörungen sind (vgl. ► Abschn. 7.2.3). Studien, die speziell die Effekte einer Exposition mit Körperkontakt überprüften, stellen wir in ► Kap. 8 dar. Auch wenn Expositionsverfahren und damit auch die Körperbezogene Interaktionstherapie als extrem sichere Therapiemethoden gelten, können doch – bei nicht optimaler Durchführung – folgen- de ungünstige Ergebnisse beobachtet werden:

- **Das Kind lernt, dass es den Körperkontakt beenden kann, indem es innerlich abschaltet.** Indem es dies tut, spürt es den Körperkontakt weniger oder nicht mehr. Hierdurch werden unangenehme Gefühle vermindert, die der Körperkontakt bei dem betroffenen Kind auslöst (vgl. Jansen & Streit, 2006). Folgende drei Fehler können ein solches Verhalten beim Kind aufbauen. Diese Fehler gehen darauf zurück, dass Therapeut und Bezugsperson ein inneres Abschalten mit einem positiven entspannten Zustand verwechseln, in dem das Kind sich auf Körperkontakt und Beziehung einlässt. Fehler 1: Therapeut und Bezugsperson lassen dieses Verhalten während der Therapie zu. Fehler 2: Therapeut und Bezugsperson belohnen das Kind in Momenten, in denen es dieses Verhalten zeigt, durch Zuwendung. Fehler 3: Therapeut und Bezugsperson beenden die Körperbezogene Interaktionstherapie in einem Moment, in dem das Kind innerlich abgeschaltet ist.
- **Das Kind trainiert »unechtes« Sozialverhalten,** beispielsweise Schmusen ohne Gefühl oder unechtes Lächeln. Auch hier liegt der Therapiefehler darin, dass Therapeut und Bezugsperson dieses unechte Sozialverhalten nicht erkennen. Fehler 1: Therapeut und Bezugsperson belohnen während der Therapie unechtes Sozialverhalten. Fehler 2: Die Therapie wird zu einem Zeitpunkt beendet, zu dem das Kind entsprechendes Verhalten zeigt.

- **Eine mögliche sensorische Überempfindlichkeit wird nicht erkannt** und nicht im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie berücksichtigt.
  - **Negative Bewertungen und Gefühle der Eltern gegenüber dem Kind nehmen zunächst zu.** In vielen Fällen beobachten die Eltern bereits bei der ersten Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie deutliche positive Veränderungen bei ihrem Kind. Wenn es beispielsweise beginnt, seine Eltern anzuschauen und zu lächeln, kommt es fast immer schlagartig zu positiven Bewertungen und Gefühlen gegenüber dem Kind. Schwieriger ist es, wenn gerade die ersten Therapiesitzungen sehr lange dauern und vielleicht auch nach einigen Stunden nur ein kleiner Fortschritt erreicht ist. In diesem Fall kann es passieren, dass bei der Bezugsperson Ärger und andere negative Gefühle gegenüber dem Kind auftreten. Hier kann ein Therapeut verschiedene Fehler machen. Fehler 1: Er hat die Eltern auf diesen möglichen Ausgang der ersten Therapietermine nicht vorbereitet und möglicherweise den Eltern ein schnelles und positives Therapieergebnis als einzigen zu erwartenden Ausgang angekündigt. Fehler 2: Der Therapeut nimmt den ungünstigen Zustand der Bezugsperson bzw. der Bezugspersonen nicht wahr und spricht nicht mit ihnen darüber. Fehler 3: Der Therapeut setzt nicht zeitnah den nächsten Therapietermin an.
  - **Negative Bewertungen und Gefühle der Eltern bezüglich eigener »Fehler« in Zusammenhang mit Körperkontakt in der Vergangenheit bzw. während der Körperbezogenen Interaktionstherapie selbst nehmen zu.** Hier gilt sinngemäß das Gleiche wie bei dem vorausgegangenen Punkt.
- Birbaumer, N. (1977). *Psychophysiologie der Angst. Fortschritte der klinischen Psychologie*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (2005). *Motivation und Emotion*. In: R. F. Schmidt & H. G. Schaible (Eds.). *Neuro- und Sinnesphysiologie* (5. ed., pp. 424–448). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Birbaumer, N. & Schmidt, R. F. (2010). *Vermeidung (Furcht und Angst) Biologische Psychologie* (Vol. 7. vollst. überarb. u. ergänzte Aufl., pp. 722–732). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Davis, M. (1974). Sensitization of the rat startle response by noise. *J Comp Physiol Psychol*, 87(3), 571–581.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S., Feeny, N. C. & Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol*, 73(5), 953–964. doi: 10.1037/0022-006x.73.5.953
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A. & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *J Consult Clin Psychol*, 70(4), 1022–1028.
- Goossens, L., Sunaert, S., Peeters, R., Griez, E. J. & Schruers, K. R. (2007). Amygdala hyperfunction in phobic fear normalizes after exposure. *Biol Psychiatry*, 62(10), 1119–1125. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.04.024
- Hembree, E. A. & Brinen, A. P. (2009). Prolonged Exposure (PE) for Treatment of Childhood Sexual Abuse-Related PTSD: Do We Need to Augment It?, 5(2), 35–44.
- Jansen, F. & Streit, U. (2006). *Positiv lernen*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Jansen, F. & Streit, U. (2010). *Erfolgreich erziehen: Kindergarten- und Schulkinder*. Frankfurt: Fischer Krüger.
- Koch, M. & Schnitzler, H. U. (1997). The acoustic startle response in rats—circuits mediating evocation, inhibition and potentiation. *Behav Brain Res*, 89(1–2), 35–49.
- Lader, M. H. & Mathews, A. M. (1968). A physiological model of phobic anxiety and desensitization. *Behav Res Ther*, 6(4), 411–421.
- Lader, M. H. & Mathews, A. M. (1977). Ein physiologisches Modell der phobischen Angst und der Desensibilisierung (Deutsche Übersetzung des Artikels von Lader und Mathews 1968). In: N. Birbaumer (Ed.). *Psychophysiologie der Angst. Fortschritte der klinischen Psychologie* (pp. 125–135). München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- LeDoux, J. E. (1995). Emotion: clues from the brain. *Ann Rev Psychol*, 46, 209–235. doi: 10.1146/annurev.ps.46.020195.001233
- Lee, C., Barr, R. G., Catherine, N. & Wicks, A. (2007). Age-related incidence of publicly reported shaken baby syndrome cases: is crying a trigger for shaking? *J Dev Behav Pediatr*, 28(4), 288–293. doi: 10.1097/DBP.0b013e3180327b55
- Nechvatal, J. M. & Lyons, D. M. (2013). Coping changes the brain. *Front Behav Neurosci*, 7, 13. doi: 10.3389/fnbeh.2013.00013

## Literatur

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J. & Whiteside, S. P. (2011). *Exposure Therapy for Anxiety: Principles and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Balaban, M. T. (1995). Affective influences on startle in five-month-old infants: reactions to facial expressions of emotions. *Child Dev*, 66(1), 28–36.

- Olatunji, B. O., Abramovitz, R. & J., Deacon B. (2009). The Cruellest Cure? Ethical Issues in the Implementation of Exposure-Based Treatments. *Cogn Behav Pract* 16 16, 172–180.
- Reijneveld, S. A., van der Wal, M. F., Brugman, E., Hira Sing, R. A. & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Infant crying and abuse. *Lancet*, 364 (9442), 1340–1342. doi: 10.1016/s0140-6736(04)17191-2
- Talvik, I., Alexander, R. C. & Talvik, T. (2008). Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatr*, 97(6), 782–785. doi: 10.1111/j.1651-2227.2008.00778.x
- Yeomans, J. S., Li, L., Scott, B. W. & Frankland, P. W. (2002). Tactile, acoustic and vestibular systems sum to elicit the startle reflex. *Neurosci Biobehav Rev*, 26(1), 1–11.

# Studien zur Wirksamkeit der Exposition mit Körperkontakt

*Uta Streit, Fritz Jansen*

- 8.1 Einleitung – 158**
- 8.2 Autismus – 159**
  - 8.2.1 Saposnek (1972) – 159
  - 8.2.2 Rohmann und Hartmann (1985) – 159
- 8.3 Störungen des Sozialverhaltens – 161**
  - 8.3.1 Vollmer (1999) – 161
  - 8.3.2 Welch et al. (2006) – 162
  - 8.3.3 Wimmer, Vonk und Bordnick (2009) – 164
- 8.4 Regulationsstörungen im Säuglingsalter – 164**
  - 8.4.1 Streit, Nantke et al. (2014) – 164
- 8.5 Studien ohne Prüfung der Ergebnisse auf Signifikanz – 166**
- Literatur – 168**

## 8.1 Einleitung

Eine grundsätzliche Überprüfung der Wirksamkeit der Exposition mit Körperkontakt ist bereits durch den Nachweis der allgemein hohen Effektivität von Expositionstherapien gegeben (► Abschn. 7.2.3). Darüber hinaus sind diejenigen Studien interessant, die speziell die Exposition mit Körperkontakt untersuchten. Hierzu gibt es eine Reihe systematischer Studien, deren Autoren jeweils von den folgenden Grundvorstellungen ausgingen:

- **Angst in Zusammenhang mit Körperkontakt und zwischenmenschlicher Beziehung** führt zu einem Vermeiden von Körperkontakt und Beziehung. Dies kann zu unterschiedlichsten emotionalen und Verhaltensstörungen führen.
- **Angst in Zusammenhang mit Körperkontakt und zwischenmenschlicher Beziehung kann nur abgebaut werden**, indem sich der Betroffene auf Körperkontakt und Beziehung einlässt, anstatt beides zu vermeiden. Da sich gerade Kinder mit schweren emotionalen Störungen wie Autismus oder stark widerständigem und aggressivem Verhalten oft nicht von alleine auf Körperkontakt einlassen, werden sie von den Eltern im Körperkontakt gehalten. Dies kann zunächst zu mehr oder weniger heftigem Widerstand führen. In dem Maße, in dem es im Laufe des Haltens zu einer Verminderung der Schwierigkeit im Umgang mit Körperkontakt kommt, nimmt auch der Widerstand ab, bis am Ende Beziehung und Körperkontakt positiv erlebt werden.
- **Entscheidend ist, dass die durch das Halten hergestellte Exposition mit Körperkontakt und Beziehung positiv beendet wird.** Hierdurch entsteht eine Verknüpfung von Körperkontakt mit guten Gefühlen. Beispielsweise beschreibt Saposnek (1972) das Ziel, dass die Stressreaktion durch »positive Gefühle« und »Lächeln« ersetzt wird (S. 51).

Diese Grundvorstellungen entsprechen voll und ganz dem heutigen Stand der Forschung zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Ängsten und anderen unangenehmen Gefühlen sowie zu deren Therapie.

Wir möchten in diesem Kapitel zunächst Arbeiten ausführlicher vorstellen, in denen die Ergebnisse mit statistischen Methoden überprüft wurden (► Abschn. 8.2, 8.3, 8.4). Eine statistische Überprüfung der Wirksamkeit von Haltetherapien wurde bis heute bei Kindern bzw. Säuglingen mit den folgenden Störungsbildern durchgeführt:

**Autismus:** Saposnek (1972), Rohmann und Hartmann (1985)

**Störungen des Sozialverhaltens:** Vollmer (1999), Welch et al. (2006), Wimmer, Vonk und Bordnick (2009)

**Regulationsstörungen beim Säuglingen:** Streit et al. (2014)

Daneben gibt es eine Reihe von Veröffentlichungen, die die Wirksamkeit von Exposition in Form der Haltetherapie beschreiben, ohne eine statistische Überprüfung der Signifikanz der Therapieeffekte vorzunehmen. Eine Auflistung dieser Arbeiten findet sich am Ende des vorliegenden Kapitels (► Abschn. 8.5).

### Statistische Signifikanz

Der übliche Weg, Therapieeffekte zu untersuchen, ist der Gruppenvergleich. Eine Gruppe von Patienten bekommt die Behandlungsform, die im Rahmen der Studie überprüft werden soll. Eine oder mehrere vergleichbare andere Gruppen bekommen alternative Behandlungen. Diese andere Gruppe bzw. die anderen Gruppen bezeichnet man als »Kontrollgruppe«. Anschließend kann man die Veränderungen der Durchschnittswerte der untersuchten Gruppen miteinander vergleichen.

Nun stellt sich die wichtige Frage, ob die gefundenen Unterschiede zwischen den Gruppen ein rein zufälliges Ergebnis sind. Um diese Frage zu beantworten, wird berechnet, ob die Unterschiede zwischen den Gruppen größer sind, als durch Zufall zu erwarten wäre. Ist dies der Fall, so gilt das Ergebnis als »statistisch signifikant«. Statistische Signifikanz wird üblicherweise folgendermaßen dargestellt:

**p < .05:** Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis durch Zufall zustande gekommen ist, kleiner als 5% ist. Man spricht von einem »statistisch signifikanten« Ergebnis.

**p < .01:** Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis durch Zufall zustande gekommen ist, kleiner als 1% ist. Man spricht von einem »statistisch hochsignifikanten« Ergebnis.

**p < .001:** Dies bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis durch Zufall zustande gekommen ist, kleiner als 0,1% ist. Auch dies bezeichnet man als »statistisch hochsignifikant«.

Liegt die Wahrscheinlichkeit, dass das Ergebnis durch Zufall zustande gekommen ist, zwischen 5 und 10%, so spricht man in der Regel von einem »**marginal signifikantem**« Ergebnis.

## 8.2 Autismus

### 8.2.1 Saposnek (1972)

#### ■ Beschreibung der Studie

An der Studie nahmen 30 autistische Kinder teil. Sie waren zwischen 3½ und 13 Jahre alt. Mit der Hälfte der Kinder wurde eine Haltetherapie durchgeführt. Die anderen Kinder (Kontrollgruppe) bekamen eine Therapie, in der ebenfalls versucht wurde, Beziehung zum Kind aufzubauen, jedoch ohne dass es gehalten wurden. **Der entscheidende Unterschied zwischen beiden Gruppen bestand also darin, dass die Kinder der Gruppe mit Haltetherapie die für sie schwierigen Beziehungssignale nicht vermeiden konnten.** Somit wurde durch das Halten sichergestellt, dass es zu einer Exposition kam. Die Zuordnung zu den Gruppen erfolgte aufgrund der Entscheidung der Eltern für oder gegen die Haltetherapie.

#### ■ Ablauf der Haltetherapie

Es fand eine einzige Therapiesitzung statt, die im Durchschnitt eine Stunde und maximal 2 Stunden dauerte. Das Halten wurde durch den Therapeuten selbst durchgeführt, was ein eher unübliches Vorgehen darstellt. Wenn sich das Kind nach dieser maximalen Zeit von 2 Stunden immer noch nicht entspannt hatte, wurde es beruhigt und dann aus der Halteposition entlassen. Zu Ende der Sitzung versuchte der Therapeut, mit dem Kind Blickkontakt aufzubauen.

#### ■ Kontrollgruppe

In der Kontrollgruppe versuchte der Therapeut ebenfalls mit dem Kind in Beziehung zu kommen. Er versuchte, dabei in ähnlicher Weise wie in der Gruppe mit Haltetherapie vorzugehen. So sprach der Therapeut mit dem Kind und versuchte Blick- oder Körperkontakt herzustellen. All dies geschah jedoch nur so weit das Kind es freiwillig zuließ. Die Dauer der Therapiesitzungen wurde für die Kinder

dieser Gruppe so festgelegt, dass sich die Therapiezeiten in Haltetherapie- und Kontrollgruppe entsprachen.

#### ■ Datenerhebung

Die Auswertung erfolgte durch eine Verhaltensbeobachtung. Hierzu nahm der Versuchsleiter jedes Kind alleine in einen ruhigen Raum. Nach einer Eingewöhnungsphase forderte er es beispielsweise auf: »Schau mir in die Augen!«. Zwei Beobachter bewerteten das Verhalten des Kindes unabhängig voneinander vor und nach der Therapie mithilfe einer von Saposnek selbst entwickelten Autismus-skala. Hierbei wurde jede Verhaltensweise mit einem Wert zwischen »0« (gar nicht zu beobachten) und »3« (intensiv zu beobachten) bewertet.

#### ■ Ergebnisse

In allen 18 untersuchten Verhaltensweisen haben sich die Kinder der Gruppe mit Haltetherapie stärker verbessert als die Kinder der Kontrollgruppe. Alle Gruppenunterschiede sind statistisch hochsignifikant. ■ Abb. 8.1 gibt die Gruppenunterschiede für einige der Verhaltensweisen wieder.

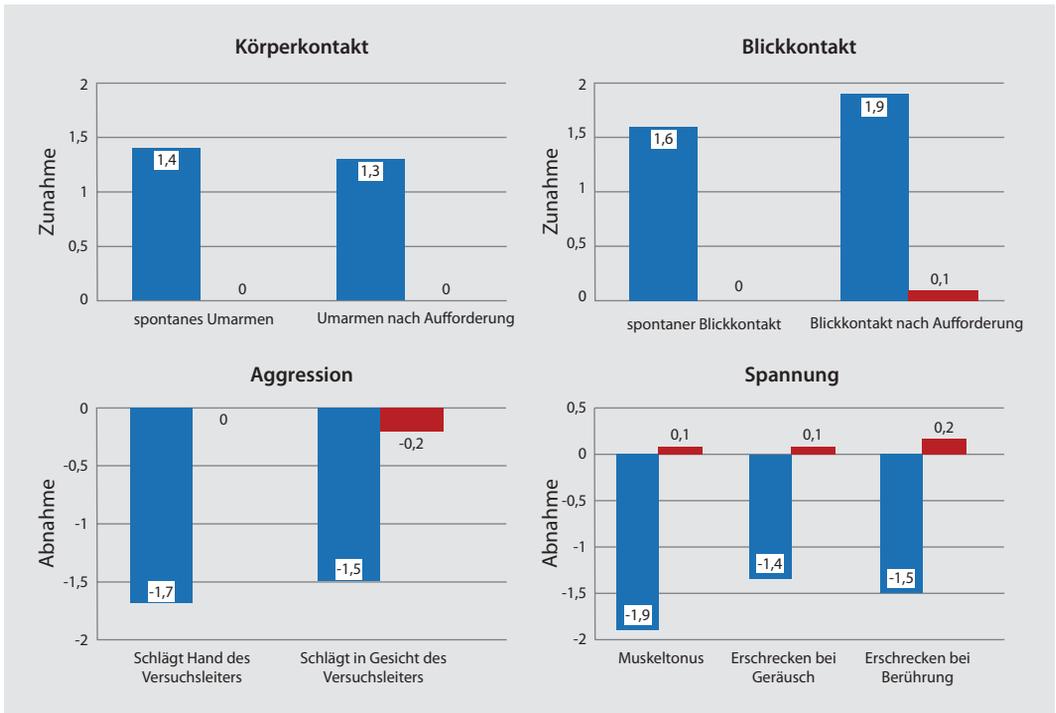
### 8.2.2 Rohmann und Hartmann (1985)

#### ■ Beschreibung der Studie

An der Studie nahmen insgesamt 14 autistische Kinder teil (ICD-Diagnosen 1. Achse 299,0 oder 299,8). Durch Zufallszuweisung wurde die eine Hälfte der Kinder einer Haltetherapie (Dauer 4 Wochen) oder einer Kontrollgruppe zugeordnet. Das jüngste teilnehmende Kind war 2 Jahre und 10 Monate alt, das älteste 15 Jahre und 2 Monate.

#### ■ Ablauf der Haltetherapie

Nachdem die Eltern in einer ersten Therapiesitzung angeleitet worden waren, führten sie das Halten über einen Zeitraum von 4 Wochen täglich alleine zu Hause durch. Die Dauer der einzelnen Haltesitzungen lag bei maximal 45 Minuten. Die Eltern sollten ihr Kind nur in einer Entspannungsphase vom Schoß lassen. Sie waren angeleitet, auf das Verhalten der Kinder entsprechend den Grundprinzipien der Verhaltensmodifikation zu reagieren. Dies bedeutete Widerstände und aggressive Verhaltens-



■ **Abb. 8.1** Grafische Darstellung der Ergebnisse für eine Auswahl der von Saposnek (1972) erfassten Beobachtungskategorien: Blaue Balken stellen die Gruppe mit Haltetherapie, rote Balken die Kontrollgruppe dar. Es ist jeweils die durchschnittliche Veränderung aller Kinder der jeweiligen Gruppe von der Messung vor der Therapie zur Messung nach der Therapie dargestellt. Alle in der Abbildung dargestellten Gruppenunterschiede sind statistisch hochsignifikant ( $p < .001$ ).

weisen zu übersehen und auf positives Verhalten mit Zuwendung zu reagieren.

■ **Kontrollgruppe**

Die Kontrollgruppe war eine sog. Warte-Kontrollgruppe. Die Kinder dieser Gruppe bekamen zunächst keine Therapie. Erst nach Ende der Studie wurde mit ihnen eine Haltetherapie begonnen.

■ **Datenerhebung**

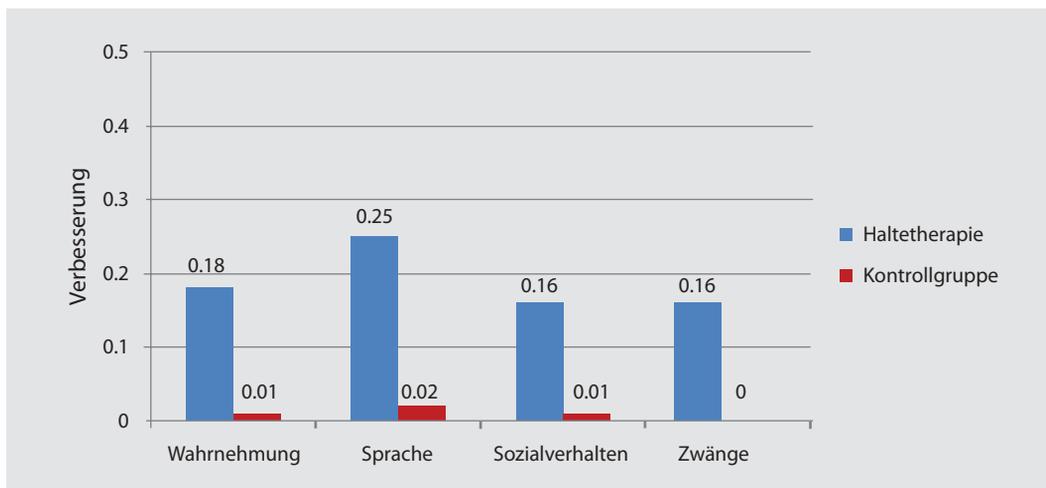
Zu Beginn und nach den 4 Therapiewochen wurde das Verhalten jedes Kindes von seinen Eltern anhand der 4 folgenden Verhaltensdimensionen bewertet:

- **Wahrnehmungsverhalten:** z. B. »Das Kind nimmt Personen bzw. Dinge in seiner Umgebung nicht wahr«.
- **Sprache:** z. B. »Das Kind wiederholt Sätze oder Wörter, die in seiner Umgebung gesprochen werden, wie ein Echo; »Das Kind

braucht zur Verständigung lieber Handbewegungen oder Gesten statt Worte«.

- **Sozialverhalten:** z. B. »Das Kind behandelt Personen wie Werkzeuge«; »Das Kind verhält sich anderen Personen gegenüber abweisend«; »Das Kind wird völlig unerwartet und unbegründet aggressiv«.
- **Zwänge:** z. B. Drehen von Gegenständen, stereotype Bewegungen etc.

Für jede Verhaltensdimension gab es 15 Fragen, die jeweils anhand einer Skala von 0 (Verhalten tritt gar nicht auf) bis 5 (Verhalten wird ständig gezeigt) beurteilt wurden. Die Antworten wurden so zusammengefasst, dass sich für jede der 4 Verhaltensdimensionen ein Wert zwischen »0« (keine Veränderung) und »1« (maximal mögliche Veränderung, Kind unauffällig) ergab.



■ **Abb. 8.2** Ergebnisse der Studie von Rohmann und Hartmann (1985): Blaue Balken stellen die Gruppe mit Haltetherapie, rote Balken die Kontrollgruppe dar. Es sind jeweils die durchschnittlichen Veränderungen von der Messung vor der Therapie zur Messung nach der Therapie dargestellt. Eine Veränderung um 0,2 bedeutet eine Verbesserung um einen Punkt auf der jeweiligen 5-stufigen Bewertungsskala. Es wird deutlich, dass sich die Kinder, die die Haltetherapie bekommen hatten, bezüglich der Sprache durchschnittlich um mehr als einen Punkt, bezüglich der anderen Größen um etwas weniger als einen Punkt verbessert haben. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist für jede der 4 Größen statistisch hochsignifikant.

#### ■ Ergebnisse

In ■ **Abb. 8.2** sind die durchschnittlichen Veränderungen bezüglich der 4 untersuchten Verhaltensdimensionen für Haltetherapiegruppe und Kontrollgruppe dargestellt. Die Gruppenunterschiede sind für alle 4 Verhaltensdimensionen statistisch hochsignifikant.

#### ■ Ablauf der Haltetherapie

Es wurde jeweils eine Therapiesitzung von 2–3 Stunden Dauer durchgeführt.

#### ■ Kontrollgruppe

Die Mütter der Kontrollgruppe erhielten eine verhaltenstherapeutisch orientierte Elternberatung.

## 8.3 Störungen des Sozialverhaltens

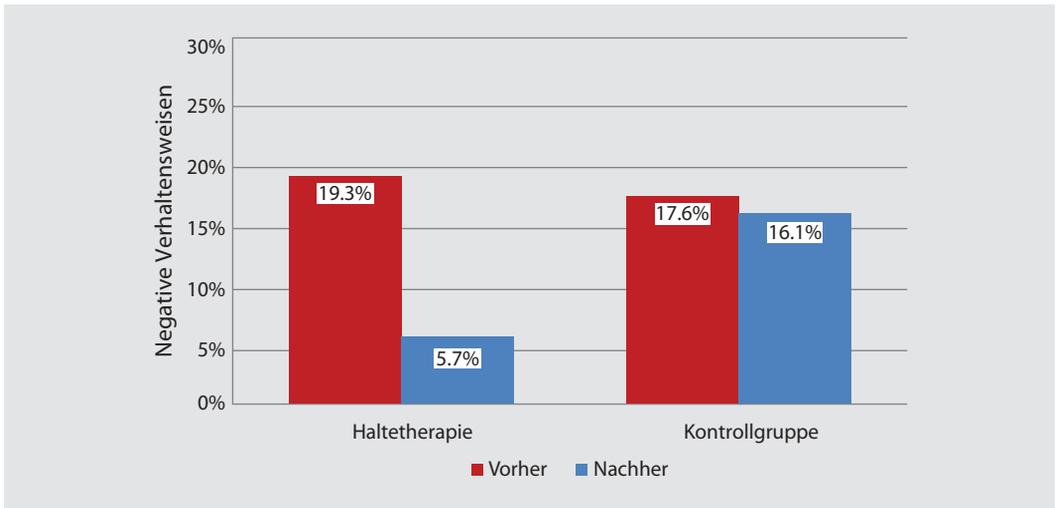
### 8.3.1 Vollmer (1999)

#### ■ Beschreibung der Studie

An der Studie nahmen insgesamt 10 Jungen mit der Diagnose »Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten« (Ziffer F91.3 nach ICD-10) teil. Die Zuordnung der Kinder zur Haltetherapie bzw. zur Kontrollgruppe erfolgte durch Zufallszuweisung. Die beiden Gruppen wurden bezüglich des Alters parallelisiert. Das Durchschnittsalter lag in beiden Gruppen bei knapp über 5 Jahren.

#### ■ Datenerhebung

Eine Woche vor und eine Woche nach der Therapie wurde jeweils eine Videoaufzeichnung der Mutter-Kind-Interaktion während eines gemeinsamen Spiels erstellt. Diese Videoaufzeichnungen wurden später durch Beobachter ausgewertet, die nicht wussten, ob das jeweilige Kind die Haltetherapie bekommen hatte oder in der Kontrollgruppe war. Die Auswertung der Videoaufzeichnungen erfolgte mithilfe des »Kategoriensystems zur Erfassung aggressiver Kindverhaltensweisen« (KAZEAK, Mees und Mertins 1988). Mit diesem Auswertungssystem wird die Häufigkeit von sozial negativen Verhaltensweisen (Ärgern, Beschädigen, Nicht-Einwilligen etc.), sozial positiven Verhaltensweisen



■ **Abb. 8.3** Anteil der negativen Verhaltensweisen wie Ärgern, Beschädigen etc. am Gesamtverhalten des Kindes (nach Vollmer, 1999). Blaue Balken stellen die Mittelwerte vor der Therapie, rote Balken die Mittelwerte nach der Therapie dar. Die Verminderung der negativen Verhaltensweisen in der Gruppe mit Haltetherapie ist statistisch signifikant.

(Lachen, positiver Kontakt, Aufmerksamkeit auf die Bezugsperson etc.) und neutralen Verhaltensweisen erfasst.

#### ■ Ergebnisse

Wie ■ **Abb. 8.3** verdeutlicht, verminderte sich in der Gruppe mit Exposition mit Körperkontakt die Häufigkeit negativer (für einen Kommunikationspartner unangenehmer) Verhaltensweisen deutlich von über 19% auf knapp 6%. Diese positive Veränderung ist trotz der sehr kleinen Gruppengröße statistisch signifikant. Dies spricht für die hohe Effektivität der durchgeführten Therapie, denn nur bei einer hohen Effektivität kann ein Ergebnis auch bei kleiner Gruppengröße signifikant werden.

Vollmer (1999) betont die enorme Bedeutung dieser Veränderung für den Alltag mit dem Kind: Vor der Therapie war etwa jede fünfte Verhaltensweise des Kindes negativer Art. Nach einer einzigen Sitzung mit der Haltetherapie war es nur noch etwa jede 17. Handlung des Kindes.

Bezüglich der positiven Verhaltensweisen (■ **Abb. 8.4**) zeigten sich in der Gruppe mit Haltetherapie ebenfalls Verbesserungen. Diese sind statistisch marginal signifikant.

### 8.3.2 Welch et al. (2006)

#### ■ Beschreibung der Studie

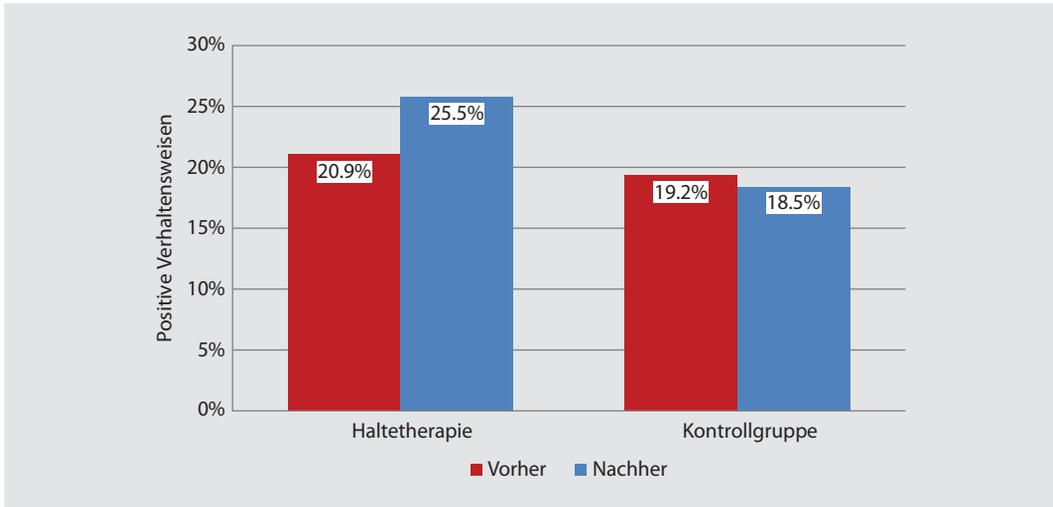
An der Studie nahmen 102 Kinder im Alter zwischen 4 und 18 Jahren teil, darunter 80 Adoptivkinder. Jedes der Kinder hatte mindestens zwei der folgenden Diagnosen: Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten, Störung des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörung, Reaktive Bindungsstörung. Es gab keine Kontrollgruppe.

#### ■ Ablauf der Haltetherapie

Die teilnehmenden Familien wurden jeweils an zwei aufeinanderfolgenden Tagen intensiv (jeweils 8 Stunden lang) in der Haltetherapie angeleitet und dann während des folgenden Jahres zu Hause weiter betreut. Zusätzlich erfolgte eine allgemeine Erziehungsberatung.

#### ■ Kontrollgruppe

Es wurde keine Kontrollgruppe geführt. Dies wird jedoch dadurch ausgeglichen, dass die Autoren die gefundenen Verbesserungen mit den Ergebnissen anderer Studien vergleichen, in denen Kinder mit



■ **Abb. 8.4** Anteil der positiven Verhaltensweisen wie Aufmerksamkeit zur Bezugsperson, Lachen, Einwilligen etc. am Gesamtverhalten des Kindes (nach Vollmer, 1999). Blaue Balken stellen die Mittelwerte vor der Therapie, rote Balken die Mittelwerte nach der Therapie dar. Die Veränderung bezüglich der positiven Verhaltensweisen in der Gruppe mit Haltetherapie ist statistisch marginal signifikant.

einer ähnlichen Störung behandelt und die Veränderungen mit den gleichen Messverfahren (CBCL) erfasst wurden. Die Therapie dort war entweder eine medikamentöse oder eine psychotherapeutische Behandlung. Im Vergleich mit diesen anderen Studien zeigte sich durch die Haltetherapie ein größerer Therapieeffekt.

#### ■ Datenerhebung

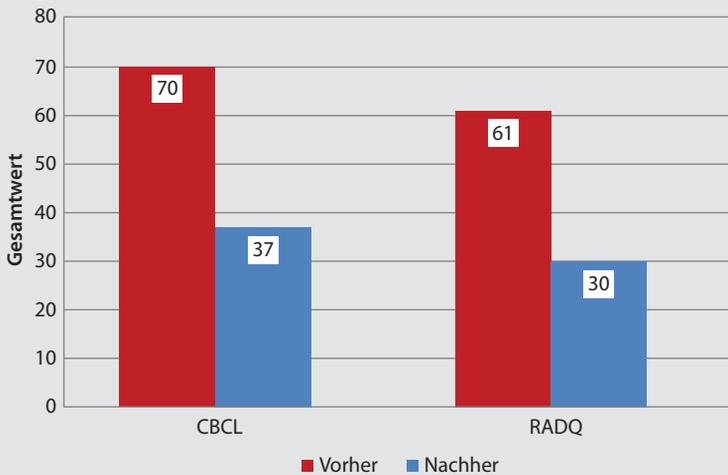
Das Verhalten der Kinder wurde mit folgenden Messinstrumenten beurteilt:

- CBCL (Child Behavior Checklist, Achenbach 1991): Der CBCL umfasst 120 Fragen und gilt als eines der am besten gesicherten und anerkannten Verfahren zur Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern.
- RADQ (Randolph Attachment Disorder Questionnaire, Randolph 1997): Hier wird das Verhalten des Kindes mithilfe von 30 Aussagen bewertet (z. B. »Mein Kind hat ein enormes Bedürfnis nach Kontrolle«, »Mein Kind ärgert oder verletzt andere Kinder oder ist ihnen gegenüber grausam«).
- Wiederholte telefonische Befragung der Eltern: Diese sollten die Ausprägung der Verhaltensprobleme danach bewerten, ob diese »schwer«

(oft außer Kontrolle), »mittel« (manchmal außer Kontrolle aber steuerbar) oder »leicht« (unter Kontrolle, steuerbar) sind. Die erste telefonische Befragung erfolgte vor Therapiebeginn, die letzte ein Jahr später.

#### ■ Ergebnisse

- Sowohl im CBCL als auch im RADQ zeigte sich im Vorher-nachher-Vergleich eine deutliche und statistisch hoch signifikante positive Veränderung (■ Abb. 8.5).
- Bei der telefonischen Befragung vor Therapiebeginn beurteilten 72% der Eltern die Verhaltensprobleme ihres Kindes als »schwer« und 28% als »mittel«. Bereits nach 10 Tagen wurden nur noch von 21% der Eltern die Verhaltensprobleme als »schwer« und von 20% als »mittel«, hingegen von 56% als »leicht« beurteilt. Nach einem Jahr zeigen sich noch deutlichere positive Veränderungen: Nur noch jeweils 6% der Eltern beurteilen das Verhalten ihrer Kinder als »schwer« bzw. »mittel«, 82% als »leicht«. Die Summe der Prozentangaben ist z. T. kleiner als 100, da einzelne Eltern zu den telefonischen Befragungen nicht erreicht wurden.



■ **Abb. 8.5** Ergebnisse der Studie von Welch et al. (2006): Rote Balken stellen die Mittelwerte vor der Therapie, blaue Balken die Mittelwerte nach der Therapie dar. Die Verbesserung des Verhaltens ist sowohl für den CBCL als auch für den RADQ statistisch hochsignifikant (jeweils  $p < .001$ ).

- Die Kinder benötigten weniger Medikamente. Vor der Therapie bekamen 48 der 102 Kinder (47%) eine medikamentöse Behandlung, danach nur noch 14 der 96 Kinder (15%).

- RADQ (vgl. ► Abschn. 8.3.2)
- CAFAS (Child and Adolescent Functional Assessment Scale; Hodges 2000). Dies ist ein häufig verwendetes Verfahren zur Erfassung von Verhaltens- und emotionalen Störungen bei Kindern. Reliabilität und Validität sind anhand großer Datenmengen gut gesichert.

### 8.3.3 Wimmer, Vonk und Bordnick (2009)

#### ■ Beschreibung der Studie

An der Studie nahmen 24 Adoptivkinder mit Diagnose »Reaktive Bindungsstörung« teil (diagnostiziert nach DSM-IV-TR). Der Altersdurchschnitt lag bei 9,8 Jahren.

#### ■ Ablauf der Haltetherapie

Jedes Kind erhielt mindestens 10 Stunden lang eine Kombination aus Haltetherapie und Elterntraining.

#### ■ Kontrollgruppe

Es wurde keine Kontrollgruppe geführt.

#### ■ Datenerhebung

Zur Messung des Therapieeffekts füllten die Adoptivmütter vor und nach der Therapie jeweils zwei Fragebögen aus:

#### ■ Ergebnisse

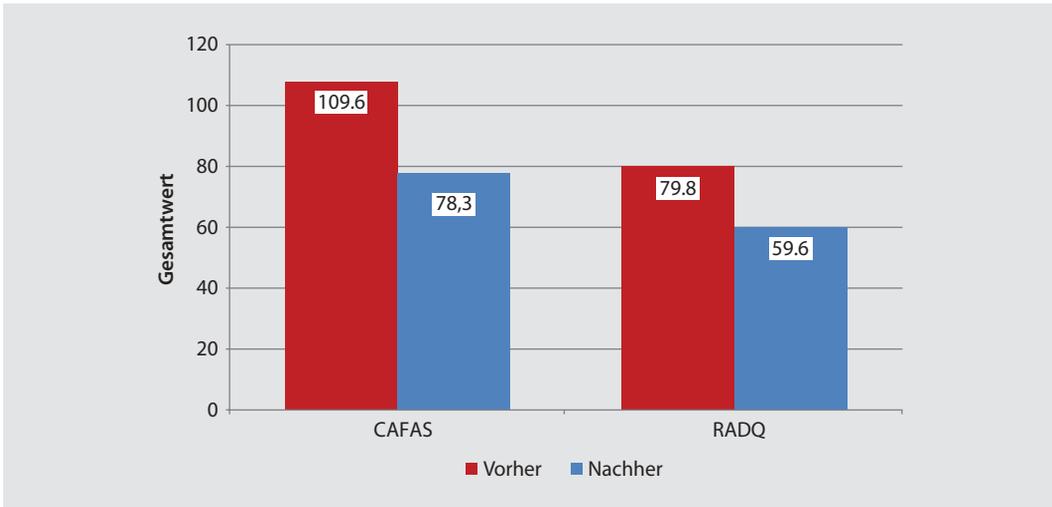
Wie ■ Abb. 8.6 verdeutlicht, zeigte sich in beiden Erhebungsverfahren (RADQ, CAFAS) eine deutliche Verbesserung im Verhalten der Kinder (statistisch signifikant bzw. hochsignifikant).

## 8.4 Regulationsstörungen im Säuglingsalter

### 8.4.1 Streit, Nantke et al. (2014)

#### ■ Beschreibung der Studie

An dieser von unserer Arbeitsgruppe durchgeführten Studie nahmen 40 Säuglinge mit Regulationsstörungen im Alter zwischen 9 und 41 Wochen teil. Bei Säuglingen mit Regulationsstörungen sind Schwierigkeiten im Körperkontakt deutlich häufi-



■ **Abb. 8.6** Ergebnisse des Vorher-nachher-Vergleichs in der Studie von Wimmer et al. (2009): Der Unterschied ist für den CAFAS hochsignifikant ( $p = .001$ ), für den RADQ signifikant ( $p = .02$ ).

ger anzutreffen als bei anderen Säuglingen (Streit, Nantke & Jansen, 2014).

Es wurden zwei Kurzmaßnahmen im Sinne des IntraActPlus-Konzepts überprüft:

- **Elternberatung:** In dieser Gruppe wurden die Eltern bezüglich des Übens von Körperkontakt beraten. Es erfolgte jedoch keine Exposition im Sinne eines praktischen Übens. Es fand ein Beratungstermin von etwa 2 Stunden Dauer statt.
- **Kurzmaßnahme im Sinne einer Exposition:** In dieser Gruppe wurde unter Anleitung der Therapeutin eine Exposition mit Körperkontakt praktisch durchgeführt. Es fanden zwei Therapietermine von jeweils etwa 2 Stunden Dauer statt.

Die Zuordnung zu den beiden Gruppen erfolgte im Anschluss an die Eingangsuntersuchung durch Zufallszuweisung (externe Randomisierung). In beiden Gruppen fand zusätzlich eine videounterstützte Elternanleitung bezüglich der Regulationsproblematik des Säuglings nach dem IntraActPlus-Konzept statt.

#### ■ Datenerhebung

Vor und nach der Therapie, im Abstand von einer Woche, wurden folgende Daten erhoben:

- An 3 aufeinander folgenden Tagen erfassten die Eltern mithilfe eines Verhaltenstagebuchs die tägliche Dauer von Schreien, Unruhe oder Quengeln, Schlafen, Füttern sowie die Zeit, in der das Kind in einem ruhigen Wachzustand war und beispielsweise spielte.
- Anhand der Videostandardsituationen wurden die Qualität des Körperkontakts und die Dauer des Blickkontakts zwischen Mutter und Kind ausgewertet.

Drei Monate nach Ende der Therapie wurden erneut Videoaufzeichnungen angefertigt, um Körper- und Blickkontakt auszuwerten.

#### ■ Ergebnisse

Trotz der extrem kurzen Therapiemaßnahmen hatte sich die Regulationsstörung im Durchschnitt aller teilnehmenden Säuglinge deutlich verbessert. Die Kinder waren weniger unruhig und quengelig. Sie schliefen durchschnittlich pro Tag 41 Minuten länger. Die Zeit, in der sie in einem ruhigen Wachzustand waren und beispielsweise spielten, hatte sich um 50 Minuten verlängert. Die Dauer des

■ **Tab. 8.1** Durchschnittliche Veränderung der im Tagebuch erfassten Regulationsschwierigkeit während der Therapiewoche; beide Gruppen sind hier zusammengefasst

	Durchschnittliche Veränderung pro Tag	Statistische Signifikanz (Erklärung siehe Kasten ► Abschn. 8.1)
Schreien	– 19 Minuten	$p = .06$ , marginal signifikant
Unruhe oder quengeln	– 31 Minuten	$p < .05$ , signifikant
Füttern	– 10 Minuten	nicht signifikant
Schlafen	+ 41 Minuten	$p < .05$ , signifikant
Wach, ruhig oder spielt	+ 49 Minuten	$p < .01$ , hoch signifikant

Schreiens hatte sich um durchschnittlich 19 Minuten pro Tag vermindert. Angaben zur statistischen Signifikanz dieser Veränderungen sind in ■ Tab. 8.1 zu finden.

Bei diesen positiven Veränderungen im Durchschnitt aller teilnehmenden Säuglinge ergab sich für uns als die spannendste Frage: Inwieweit ist die Verbesserung der Regulationsproblematik auf eine Verbesserung der Fähigkeit zum Körperkontakt zurückzuführen? Um diese Frage zu beantworten teilten wir die Säuglinge für eine weitere Auswertung in zwei Gruppen auf:

**Gruppe A: Keine oder nur geringe Verbesserung des Körperkontakts.** Körperkontakt um weniger als einen Punkt auf der 5-stufigen Ratingskala verbessert (29 Säuglinge).

**Gruppe B: Deutliche Verbesserung des Körperkontakts.** Verbesserung des Körperkontakts um mindestens einen Punkt (11 Säuglinge).

Diese beiden Gruppen wurden anschließend bezüglich der Veränderung ihrer Regulationsproblematik miteinander verglichen. Die Ergebnisse dieses Vergleichs sind in ■ Abb. 8.7 wiedergegeben.

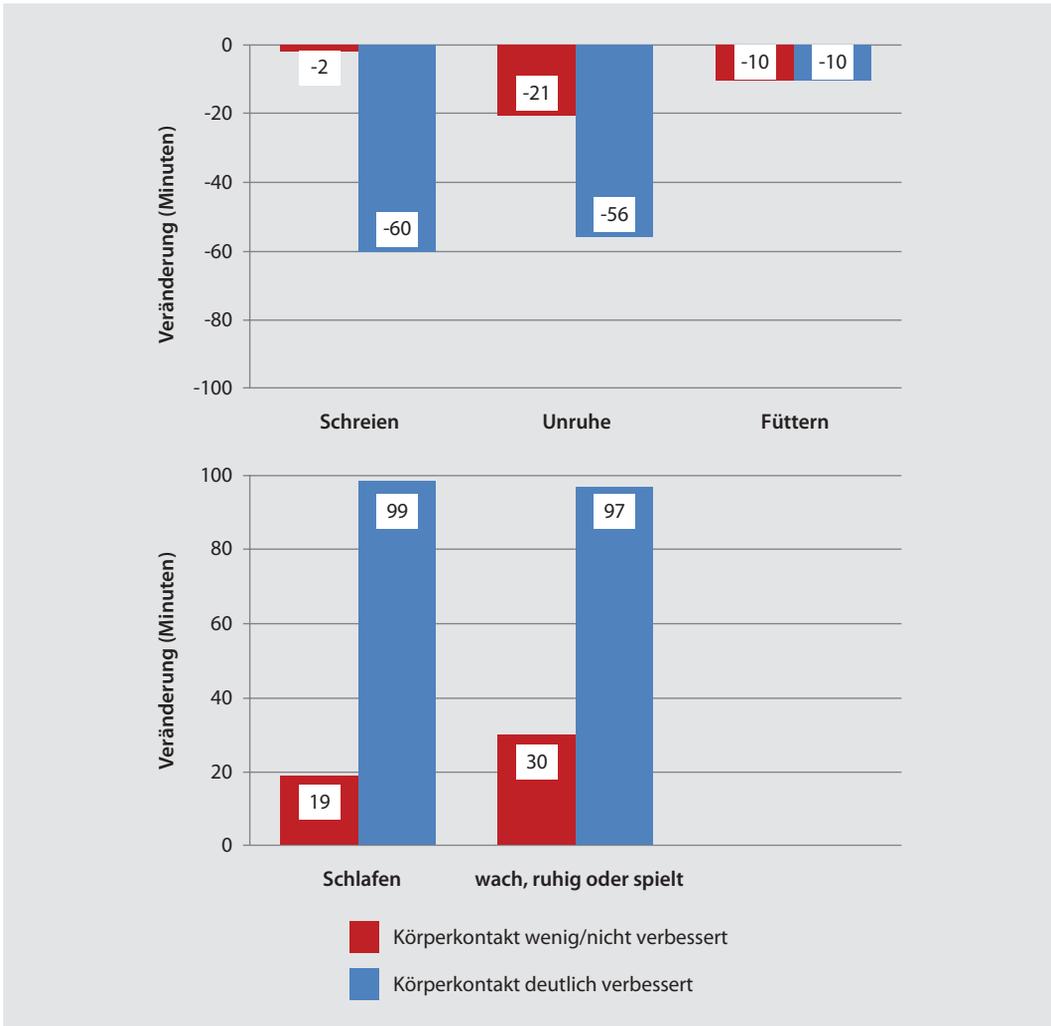
➤ **Diejenigen Kinder, deren Fähigkeit zum Körperkontakt sich durch die Therapie deutlich verbessert hatte, zeigten auch bezüglich ihrer Regulationsproblematik die stärksten positiven Veränderungen.**

Neben diesen wichtigsten Studienergebnissen halten wir die folgenden Befunde aus unserer Studie für wichtig:

- Von der Tendenz her profitierten diejenigen Säuglinge am meisten von der Therapie, bei denen direkt gemeinsam mit Mutter und Kind eine Exposition durchgeführt wurde – in Vergleich zur Gruppe mit reiner Beratung. Besonders deutlich war der Unterschied bezüglich der Größe »Unruhe und quengeln«. Diejenigen Kinder, mit denen die Exposition mit Körperkontakt praktisch durchgeführt worden war, waren deutlich und statistisch signifikant ruhiger geworden.
- In beiden Gruppen kam es zunächst zu einer Verbesserung des Körperkontakts. 3 Monate später war dieser positive Effekt jedoch nur in der Gruppe stabil geblieben, in der mit Mutter und Kind gemeinsam eine Exposition durchgeführt worden war. Bei denjenigen Säuglingen, deren Mütter nur sprachliche Beratung erhalten hatten, hatte sich der Körperkontakt nach 3 Monaten wieder auf das Ausgangsniveau verschlechtert.
- In der Gruppe, in der die Expositionstherapie praktisch durchgeführt worden war, hatte sich die Fähigkeit zum Blickkontakt deutlich verbessert. Dies war in der Gruppe, in der die Mütter nur beraten wurden, nicht der Fall.

## 8.5 Studien ohne Prüfung der Ergebnisse auf Signifikanz

Saposnek und Watson (1974) beschreiben den Abbau von autoaggressivem Verhalten bei einem 10-jährigen geistig behinderten und autistischen Jungen. In dieser Studie wurde der zeitliche Abstand zwischen autoaggressiven Verhaltensweisen



■ **Abb. 8.7** Vergleich zwischen den Säuglingen, bei denen die Qualität des Körperkontakts sich wenig oder nicht (rote Balken) bzw. viel (blaue Balken) verbessert hat. Es wird deutlich, dass sich bei den Säuglingen, die bezüglich ihres Körperkontakts stark von der Therapie profitiert haben, auch die Regulationsproblematik sehr stark verbessert hat. Die Gruppenunterschiede sind für die Größen »Schlafen« und »wach, ruhig oder spielt« statistisch signifikant und bezüglich der Dauer des Schreiens statistisch marginal signifikant.

ausgewertet. Im Laufe der 6 Monate während derer die Haltetherapie in Verbindung mit verhaltenstherapeutischen Methoden stattfand, erhöhte sich der zeitliche Abstand zwischen autoaggressiven Verhaltensweisen von 3 Sekunden auf 3 Stunden.

**Carpenter (1976)** stellt die positiven Veränderungen durch eine Haltetherapie bei einer 15-jährigen Jugendlichen mit Schizophrenie und autistischen Symptomen dar. Es zeigten sich u. a.

deutliche Verbesserungen im Blickkontakt, in der Qualität der Sprache und in der Interaktion mit Gleichaltrigen.

**Welch (1983)** beschreibt die Auswirkungen von Haltetherapien in 6 Einzelfallberichten, davon 5 Fällen mit sehr deutlichen Verbesserungen und einem Fall, bei dem die Therapie nicht erfolgreich war.

**Rohmann, Hartmann und Kehrer (1984)** geben positive Effekte von Haltetherapien bei 11 autisti-

schen Kindern in Form von Häufigkeitsdiagrammen wieder.

**Welch und Chaput (1988)** erfassten die Wirksamkeit von Haltetherapien bei 10 autistischen Kindern, indem sie die Eltern die Therapie bewerten ließen. In 84 von 111 erhobenen Veränderungsmaßen gaben die Eltern »moderate« bis »dramatische« positive Veränderungen an. In keinem Veränderungsmaß ergab sich eine Verschlechterung.

**Burchard (1988)** erfasste anhand von Elternangaben die Veränderungen im Verhalten von 85 autistischen Kindern nach 4 Monaten bis 2½ Jahren Haltetherapie. Die Auswirkungen der Haltetherapie auf das Verhalten ihres Kindes beurteilten 28% der Eltern als »sehr positiv«, 29% als »eher positiv«, 25% als »kaum positiv« und 8% als »nicht positiv«. Bei der Befragung zu zwei Zeitpunkten gaben 72% der Eltern mindestens einmal an, das Kontaktverhalten ihres Kindes habe sich verbessert. Als positive Effekte wurden weiter genannt, dass die Kinder anschmiegsamer und fröhlicher sowie weniger ängstlich und weniger aggressiv waren.

**Burchard (1992)** befragte mithilfe verschiedener Erfassungsbögen die Familien von insgesamt 206 mit Haltetherapie behandelten Kindern. Die teilnehmenden Patienten hatten die Diagnose »Autistisches Syndrom«, »Autistisches Verhalten im Zusammenhang mit einer hirnorganischen Schädigung« oder »Störung des Sozialverhaltens«. Bei den Verhaltensbeurteilungen unmittelbar im Anschluss an eine Haltesitzung waren besonders das Kontaktverhalten und das Aktivierungsniveau der Kinder verbessert. Bei einer Erfassung der Therapieeffekte ca. 1–2 Jahre nach Therapiebeginn sahen 69,5% der teilnehmenden Eltern starke oder eher positive Auswirkungen der Therapie (Burchard, 1992, S. 104).

## Literatur

Achenbach, T. M. (1991). Manual for Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Burlington, VT: University of Vermont, Dept. of Psychiatry.

Burchard, F. (1988). Festhaltetherapie bei autistischen Kindern. *Autismus*, 27, 6–16.

Burchard, F. (1992). Festhaltetherapie in der Kritik - Dreiteilige Beobachtungsstudie zur Praxis der Festhaltetherapie nach ein bis fünf Jahren. Berlin: Edition Marhold.

Carpenter, J. C. (1976). Change in a Schizophrenic Adolescent as a Result of a Series of Rage-Reduction Treatments. *J Nerv Ment Dis*, 162(1), 58–64.

Hodges, K. (2000). *Child and adolescent functional assessment scale (CAFAS/Form FAS10)*. Ann Arbor, MI: Functional Assessment Systems.

Randolph, E. M. (1997). Manual for the Randolph Attachment Disorder Questionnaire (RADQ). Evergreen, CO: The Attachment Center Press.

Rohmann, U. H., & Hartmann, H. (1985). Modifizierte Festhaltetherapie (MFT). *Z Kinder-Jugendpsychiatrie*, 13, 182–198.

Rohmann, U. H., Hartmann, H., & Kehrer, H. E. (1984). Erste Ergebnisse einer modifizierten Form der Festhaltetherapie. *Autismus*, 17, 10–13.

Saposnek, D. T. (1972). An experimental study of rage-reduction treatment of autistic children. *Child Psychiatry Hum Dev*, 3(1), 50–62.

Saposnek, D. T., & Watson, L. S. (1974). The Elimination of the Self-Destructive Behavior of a Psychotic Child: A Case Study. *Behav Ther*, 5, 79–89.

Streit, U., Nantke, S., & Jansen, F. (2014). Unterschiede in der Qualität des Körper- und Blickkontakts bei Säuglingen mit und ohne Regulationsstörungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 42(6). In Vorbereitung.

Streit, U., Nantke, S., Jansen, F., Wolf, K., Gallasch, M., & Kohlmann, T. (2014). Einfluss einer Verbesserung des Körperkontakts auf Regulationsstörungen im Säuglingsalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 42(5), 301–313. doi: 10.1024/1422-4917/a000306.

Vollmer, P. (1999). Zur Wirksamkeit der Haltetherapie bei Kindern mit Störungen des Sozialverhaltens – eine quasi-experimentelle Beobachtungsstudie. Universität Koblenz-Landau.

Welch, M. G. (1983). Retrieval from autism through mother-child holding therapy. In N. Tinbergen & E. A. Tinbergen (Eds.), *Autistic Children: New Hope for a Cure* (pp. 322–336). London: Allen and Unwin.

Welch, M. G., & Chaput, P. (1988). Mother-child holding therapy and autism. *Pennsylvania Medicine*, 91(10), 33–38.

Welch, M. G., Northrup, R. S., Welch-Horan, T. B., Ludwig, R. J., Austin, C. L., & Jacobson, J. S. (2006). Outcomes of Prolonged Parent-Child Embrace Therapy among 102 children with behavioral disorders. *Complement Ther Clin Pract*, 12(1), 3–12. doi: 10.1016/j.ctcp.2005.09.004

Wimmer, J. S., Vonk, M. E., & Bordnick, P. (2009). A Preliminary Investigation of the Effectiveness of Attachment Therapy for Adopted Children with Reactive Attachment Disorder. *Child Adolesc Soc Work J*, 26(4), 351–360. doi: 10.1007/s10560-009-0179-8

# Prävention und Therapie von Körperkontaktstörungen in Zusammenhang mit Störungen der sensorischen Integration

*Sabine Nantke, Uta Streit, Kirsten Anne Hinrichsen*

- 9.1 Aktivierungsniveau – 170**
- 9.2 Überempfindlichkeit – 171**
  - 9.2.1 Grundlegendes – 171
  - 9.2.2 Taktile Überempfindlichkeit – 171
  - 9.2.3 Vestibuläre Überempfindlichkeit – 178
  - 9.2.4 Auditive Überempfindlichkeit – 181
  - 9.2.5 Überempfindlichkeit in anderen Sinnessystemen – 183
- 9.3 Unterinformiertheit – 184**
  - 9.3.1 Vestibuläre Unterinformiertheit – 184
  - 9.3.2 Propriozeptive Störung – 188
- 9.4 Videounterstützte Elternanleitung – 192**
- Literatur – 192**

## 9.1 Aktivierungsniveau

In diesem Kapitel möchten wir zeigen, wie im Sinne einer Prävention verhindert werden kann, dass eine Störung der sensorischen Integration zu einer Körperkontaktstörung führt. Wir stellen auch dar, was bei der Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie zu berücksichtigen ist, wenn gleichzeitig eine Körperkontaktstörung und eine Störung der sensorischen Integration bestehen. Die dargestellten Vorgehensweisen ergeben sich aus einer Verbindung von psychologischen und physiologischen Gesetzmäßigkeiten (vgl. ► Kap. 7.5.6) sowie Konzepten und Therapiebausteinen der Sensorischen Integrationstherapie. Darüber hinaus wurden viele der im Folgenden beschriebenen Therapiemaßnahmen im Rahmen des IntraActPlus-Konzepts in Zusammenarbeit mit Kinderärzten und Therapeuten aller Berufsgruppen erarbeitet. Sie entstanden in der praktischen Arbeit mit Frühgeborenen, Säuglingen, Kindern und Erwachsenen.

Die Maßnahmen, die wir in diesem Kapitel beschreiben, zielen immer auch auf eine Veränderung des Aktivierungsniveaus ab. Bei **überempfindlichen** Menschen geht es darum, so weit wie möglich zu vermeiden, dass sie in eine zu hohe Aktivierung kommen. Eine zu hohe Aktivierung geht immer mit unangenehmen Gefühlen einher, die von leichter Angespanntheit oder Nervosität bis hin zu Angst oder sogar Panik reichen können.

Auch bei **unteraktivierten** Menschen geht es um eine bessere Aktivierung. Bei ihnen ist es jedoch das Ziel, ein höheres Aktivierungsniveau zu erreichen. Auch eine Unteraktivierung bedeutet einen gefühlsmäßig wenig positiven Zustand. In diesem Zustand erhält bzw. verarbeitet das Gehirn zu wenige Informationen. Dies geht in der Regel mit Gefühlen von Leere und Langeweile einher. Unterinformierten Menschen geht es also gefühlsmäßig besser, wenn ihr Aktivierungsniveau ansteigt.

Ziel ist also für beide Gruppen das Erreichen eines **mittleren Aktivierungsniveaus**. Dies bedeutet nicht nur ein besseres Gefühl, sondern ist auch für alles Lernen von größter Bedeutung:

Bei einer mittleren Aktivierung lernt der Mensch am besten. Dieser Zusammenhang gehört zu dem ältesten Wissen aus der psychologischen Grundlagenforschung (Yerkes & Dodson, 1908, vgl. ► Abb. 2.30).

Auf einem mittleren Aktivierungsniveau kann der Mensch seine Möglichkeiten zu lernen am besten nutzen. Eine zu niedrige oder eine zu hohe Aktivierung bedeuten immer, dass schlechter gelernt und auch bereits Gelerntes schlechter abgerufen werden kann. Einige Beispiele hierzu:

- Das **Frühgeborene** kann bereits das Gesicht der Mutter und des Vaters, ihre Stimme, ihren Geruch wahrnehmen. Dies gelingt ihm am besten, wenn es auf einem mittleren Aktivierungsniveau ist, also nicht schläfrig und nicht übererregt. Entsprechendes gilt für die Verarbeitung anderer Sinnesreize.
- Der **Säugling** kann auf einem mittleren Aktivierungsniveau soziale Signale anderer Menschen am besten wahrnehmen und verarbeiten. In allen anderen Entwicklungsbereichen wie Sprache, Wahrnehmung, Fein- und Grobmotorik lernt der Säugling optimal bei mittlerer Aktivierung.
- Das **Schulkind** kann auf einem mittleren Aktivierungsniveau neue Lerninhalte am besten verstehen und bekannte Lerninhalte am besten abrufen. Dies bedeutet beispielsweise, dass es bei mittlerer Aktivierung im Rahmen der Hausaufgaben und in anderen Lernsituationen am effektivsten lernt. Dies betrifft in gleicher Weise das Lernen im Sozialbereich.
- Der **Erwachsene** kann die verschiedensten Anforderungen des Alltags, beispielsweise in Beruf und Familie, auf einem mittleren Aktivierungsniveau am besten bewältigen.

Der beschriebene Zusammenhang gilt für die Aneignung neuer Lerninhalte. Je mehr ein bestimmter Lerninhalt automatisiert ist, desto eher kann er auch im Zustand der Über- oder Unteraktivierung abgerufen werden. Darüber hinaus ist es wichtig zu verstehen, dass es für unterschiedliche Aufgaben jeweils ein unterschiedliches optimales Aktivierungsniveau gibt. So ist für sportliche Leistungen ein höheres Aktivierungsniveau erforderlich als für kognitive Aufgaben (vgl. Jansen & Streit, 2006).

## 9.2 Überempfindlichkeit

### 9.2.1 Grundlegendes

Im Rahmen des IntraActPlus-Konzeptes sehen wir folgende Maßnahmen als grundlegend für den Umgang mit einer sensorischen **Überempfindlichkeit** an:

- Schutz vor Überforderung durch Sinnesreize im Alltag,
- Schutz vor Überforderung durch Sinnesreize in Zusammenhang mit Nähe, Zärtlichkeit und Körperkontakt,
- Körperbezogene Interaktionstherapie zum Aufbau der Fähigkeit zum Körperkontakt, wenn bereits eine Körperkontaktstörung besteht. Dabei gilt es, sensorische Überempfindlichkeiten zu berücksichtigen,
- schrittweise Gewöhnung an schwierige Sinnesreize.

In den folgenden Unterkapiteln werden wir diese vier Maßnahmen bezüglich unterschiedlicher Sinnessysteme ausführlich darstellen.

Die schrittweise Gewöhnung an schwierige Reize entspricht den Gesetzmäßigkeiten der Exposition (gleichbedeutend: »Konfrontation« oder »Extinktion«), der wichtigsten verhaltenstherapeutischen Therapiemaßnahme zur Behandlung von Angst und anderen unangenehmen Gefühlen (► Kap. 7). Hierbei setzt sich der Patient über längere Zeit und wiederholt der unangenehmen Situation aus. Dies bewirkt einen allmählichen Abbau des unangenehmen Gefühls, bis die ursprünglich angstausslösende Situation entspannt und positiv erlebt wird.

Die Auslöser von Angst oder Unwohlsein werden entsprechend ihrer Schwierigkeit **individuell** in eine Reihenfolge gebracht. Man beginnt mit dem leichtesten Schwierigkeitsgrad für den jeweiligen Betroffenen. Unter ► Abschn. 9.2.2 haben wir am Beispiel der Überempfindlichkeit gegenüber Berührungsreizen dargestellt, wie eine solche schrittweise Gewöhnung aussehen kann.

Ein Gewöhnen an unangenehme Reize im Sinne einer Exposition lässt sich prinzipiell für alle Auslöser von unnötigen negativen Gefühlen bzw. unnötiger Angst durchführen. Im Zusammenhang mit

Störungen der sensorischen Integration betrifft dies beispielsweise Berührungsreize, Gleichgewichtsreize, Geschmacksreize, Geräusche oder Licht.

- **Prinzipiell kann eine Gewöhnung an schwierige Reize ohne Körperkontakt durchgeführt werden. Meist ist es für die Betroffenen jedoch günstiger, wenn die Gewöhnung im Körperkontakt erfolgt. Dies gilt in jedem Alter, ganz besonders jedoch bei Säuglingen. Guter Körperkontakt mit einer nahen Bezugsperson hilft, schwierige Situationen besser zu bewältigen.**

Häufig bestehen gleichzeitig eine Körperkontaktstörung und eine sensorische Überempfindlichkeit. In diesem Fall sind im Rahmen der Behandlung prinzipiell zwei Wege möglich:

- Zuerst wird – ohne Körperkontakt – die Überempfindlichkeit behandelt. Im nächsten Schritt wird dann die Körperbezogene Interaktionstherapie durchgeführt.
- Es wird in einer ersten Phase innerhalb der Körperbezogene Interaktionstherapie die Fähigkeit zum Körperkontakt aufgebaut. Hierbei wird auf die Besonderheit der sensorischen Überempfindlichkeit Rücksicht genommen. In einer zweiten Phase der Körperbezogenen Interaktionstherapie wird der positiv aufgebaute Körperkontakt als Hilfsmittel eingesetzt, **da alle unangenehmen Reize über einen positiven Körperkontakt leichter zu ertragen sind**. Mit Unterstützung durch den positiven Körperkontakt wird dann die sensorische Überempfindlichkeit über eine stufenweise Exposition – beginnend mit der leichtesten Situation – behandelt.

### 9.2.2 Taktile Überempfindlichkeit

Unter einer »taktilen Überempfindlichkeit« versteht man, dass der Betroffene auf Berührungsreize im Vergleich zu anderen Menschen ganz besonders stark reagiert (vgl. ► Abschn. 6.4.1). Eine taktile Überempfindlichkeit führt sehr häufig zu einer Körperkontaktstörung. Sowohl die taktile Überempfindlichkeit selbst als auch die fehlende

Möglichkeit, sich im Körperkontakt zu entspannen, bewirken bei den betroffenen Säuglingen, Kindern und Erwachsenen nicht selten eine anhaltende Übererregtheit und Überreiztheit.

### **Schutz vor Überforderung durch Berührungsreize im Alltag**

- **Weglassen von flauschigen, weichen und diffusen Materialien, stattdessen Materialien mit klarer und eher rauer Oberflächenbeschaffenheit**

Menschen mit taktile Überempfindlichkeit haben oft Schwierigkeiten bei der Berührung mit flauschigen, weichen und diffusen Materialien. Ungünstig sind beispielsweise Fell oder Bommeln. Generell ist Wolle schwerer zu ertragen als Baumwolle. Bei der Auswahl von Spielzeug für Säuglinge oder Kleinkinder kann es sinnvoll sein, auf Materialien wie Plastik und Holz mit klarer Oberfläche zurückzugreifen, die einen eindeutigen taktilen Reiz darstellen. Kuschtiere sind und bleiben für die Entwicklung eines Kindes wichtig. Um die Provokation des taktilen Systems durch Kuschtiere zu vermeiden, empfehlen wir, diese auch eher aus einem Material mit klarer Struktur zu wählen. Diese Vorschläge dienen alle dazu, den Leser auf die entsprechenden Zusammenhänge aufmerksam zu machen. **Letztendlich gilt es, diese Dinge auszuprobieren und zu beobachten.** Das Verhalten des Kindes gibt die entscheidende Antwort.

- **Ankündigung jeder Handlung, die mit Berührung verbunden ist; Setzen von Achtungszeichen**

Bei **Säuglingen und Kindern** wird beispielsweise gesagt: »Achtung (1 Sekunde Pause) Lara, jetzt fasse ich dich an (Pause, dann erst wird das Kind angefasst)« oder »Achtung, (Pause) Hannes, jetzt kommt die Socke (Pause, dann erst beginnt die Mutter mit dem Anziehen der Socke)« oder »Achtung (Pause), jetzt creme ich dich ein (Pause, dann erst beginnt die Mutter mit dem Eincremen)«. Wichtig ist, das Kind dabei immer anzuschauen, zu beobachten und aus seinen Reaktionen zu lernen. Es wird klar und auffordernd in Zimmerlautstärke gesprochen. Durch die sprachliche Ankündigung (»Achtung!«) stellt sich das Kind darauf ein, dass gleich etwas passiert. Sein Gehirn kann den nun

folgenden Berührungsreiz besser verarbeiten (Präpulsinhibition, ► Abschn. 7.5.6). Eine bewusste **Langsamkeit** und **Pausen** innerhalb und zwischen verschiedenen Handlungsabläufen helfen, Unruhe, Irritation und Schreien zu verhindern.

Entsprechendes gilt für **Erwachsene**. So kann es für Erwachsene mit einer taktilen Überempfindlichkeit eine Hilfe sein, wenn beispielsweise ihr Partner oder ihre Partnerin Berührungen vorher ankündigt, z. B. »Darf ich dich nochmal drücken, bevor du gehst?« oder »Ich möchte dich nochmal drücken, bevor du gehst«. Hier gilt es, viel miteinander zu sprechen und Absprachen zu treffen, die sich auch über die Zeit verändern können.

- **Anbieten von klaren Reizen bei Alltagshandlungen**

Dies ist v. a. für **Säuglinge und jüngere Kinder** wichtig. Die taktile Überempfindlichkeit betrifft sehr viele Alltagssituationen wie An- und Ausziehen, Waschen, Abtrocknen, Eincremen, Schneiden der Finger- und Fußnägel oder Kämmen. Beim Säugling kommt jedes Hochnehmen und Ablegen und unter Umständen das Stillen oder Füttern hinzu. Generell kann ein Kind diese Handlungen schwerer ertragen, wenn es dabei leicht und vorsichtig angefasst wird. Daher ist es wichtig, immer langsam und mit klarem Druck vorzugehen. Beispielsweise wird langsam, mit der ganzen Handfläche und etwas Druck eingecremt. Pausen helfen dem Kind, die Berührungsreize besser zu verarbeiten. Entsprechendes kann in gleicher Weise für größere Kinder, Jugendliche und Erwachsene von Bedeutung sein. Auch hier gilt es gut abzusprechen und genau hinzuschauen.

### **Schutz vor Überforderung durch Berührungsreize in Zusammenhang mit Nähe, Zärtlichkeit und Körperkontakt**

Besonders wichtig ist dies für überempfindliche **Säuglinge und Kleinkinder**. Eltern mit guter intuitiver Kompetenz lieben es, ihre kleinen Kinder sanft, leicht und viel zu streicheln und zu küssen. Dies ist für Kinder mit taktile Überempfindlichkeit oft schwer zu ertragen. Sie reagieren mit Unruhe, körperlicher Abwendung, oft auch mit Schreien. Nicht selten ist eine entsprechende Reaktion erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zu

beobachten. Diese Verzögerung kann wenige Sekunden aber auch mehreren Minuten dauern.

Entsprechendes gilt auch für **Erwachsene**. Nicht selten ist es so, dass dem einen Partner Berühren, Streicheln und Küssen sehr wichtig sind und er bzw. sie selbst Berührungsreize gut verarbeiten kann. Ganz automatisch streichelt er den anderen so, wie er es selbst gerne mag: sanft, möglichst viel und mit vielen Variationen. Dies kann für einen taktil überempfindlichen Partner unangenehm sein. Nicht selten beobachtet man, dass dieser in der Folge Situationen, in denen es zu Berührungen kommen kann, immer mehr vermeidet. Ein betroffener Mann würde sich dann z. B. lieber alleine in einen Sessel als neben seine Frau auf die Couch setzen.

Eltern betroffener Kinder oder Partner betroffener Erwachsener müssen sich daher in diesem Punkt weitgehend umstellen und **ein Stück gegen ihr intuitives Muster handeln**. Ganz auf Streicheln und Küssen zu verzichten, ist in der Regel schwer und meist auch nicht nötig. Stattdessen kann es zunächst ausreichen, Streicheln und Küssen in einer anderen Qualität durchzuführen. Taktil überempfindliche Menschen, gleich ob **Säugling**, jüngerer oder älterer **Kind** oder **Erwachsener** können in Zusammenhang mit Nähe, Zärtlichkeit und Körperkontakt bestimmte Berührungen oft besonders schwer ertragen:

- Berührung mit den Fingerspitzen,
- schnelles, leichtes Streicheln,
- Streicheln über den Kopf oder das Gesicht.

Günstig im Umgang mit den Betroffenen ist:

- Alle Handlungen ankündigen.
- Berühren mit klarem, flächigem Druck (■ Abb. 9.1),
- wenn streicheln, dann über der Kleidung,
- langsam sein und Pausen machen.

Für das Berühren im Kopf- und Gesichtsbereich gilt:

- Bei überempfindlichen Säuglingen in diesem Bereich gar nicht streicheln oder küssen.
- Für größere Kinder und Erwachsene gilt es, langsam und mit klarem Druck auszustreichen. Dabei ist die Hand gefaustet, sodass die Mittelglieder der Finger eine Fläche bilden, mit der berührt wird. Keine Berührung über die Fingerspitzen.



■ **Abb. 9.1** Die Finger bilden eine Fläche und es wird mit klarem Druck berührt. Dies kann ein taktil überempfindlicher Mensch am besten verarbeiten. (© Jansen & Streit)

- Alle Handlungen ankündigen
- Nach jeder Berührung eine deutliche Pause machen.
- Entsprechendes gilt für das Küssen: Ankündigung, mit klarem Druck küssen, Pause, Wiederholen des Gleichen.
- Solange Berührungen und Küssen schwer ertragen werden, auf keinen Fall zwischen beidem abwechseln.

Ganz wichtig ist es, nur zu streicheln, wenn der Betroffene eher entspannt ist. Der taktil überempfindliche Partner kann beispielsweise ein Streicheln besonders schwer ertragen, wenn er gestresst nach Hause kommt, wegen eines schreienden Kindes genervt ist oder man sich gerade in einer Auseinandersetzung befindet. In solchen Situationen kann das Streicheln bei dem Betroffenen unangenehme Gefühle und Stress noch weiter intensivieren.

Wir haben bewusst formuliert »eher« entspannt. Damit möchten wir berücksichtigen, dass stärker überempfindliche Menschen selten völlig entspannt sind. Dies gilt ganz besonders für überempfindliche Säuglinge.

Gerade bei Frühgeborenen lösen Berührungsreize besonders leicht unangenehme Empfindungen und Erschrecken aus. Viele dieser Kinder zeigen auch später noch eine taktile Überempfindlichkeit. Was bei Frühgeborenen bezüglich der taktilen Überempfindlichkeit zu beachten ist, findet sich in ► Kap. 10.

### Körperbezogene Interaktionstherapie bei taktiler Überempfindlichkeit

Da ein großer Teil der Säuglinge, Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen mit einer Körperkontaktstörung – zumindest im Zustand der Übererregung – auch ein Stück weit oder deutlich taktil überempfindlich sind, haben wir die hier zu berücksichtigten Punkte bereits unter ► Abschn. 7.5.6 in Zusammenhang mit der Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie dargestellt.

Für die Betroffenen und ihre Bezugspersonen ist folgende Information wichtig: Auch nach erfolgreicher Körperbezogener Interaktionstherapie kann die Bereitschaft zu einem überempfindlichen Reagieren weiter bestehen bleiben. Dies kann dazu führen, dass die anfängliche Schwierigkeit mit Körperkontakt wieder ein Stück weit zurückkommt, wenn auch nicht so stark wie vor der Therapie. Gerade bei Säuglingen und Kindern gilt es daher darauf zu achten, dass diese möglichst viel positiven Körperkontakt erleben können und – im Falle eines Rückfalls – die Körperbezogene Interaktionstherapie zeitnah erneut durchgeführt wird.

### Schrittweise Gewöhnung an Berührungsreize

Im Folgenden stellen wir einen möglichen Ablauf der Gewöhnung an Berührung **als Beispiel** vor. In dieser oder ähnlicher Weise könnte das Üben mit einem Erwachsenen oder einem älteren Kind ablaufen. Es gilt jedoch immer, im Einzelfall gemeinsam mit dem Betroffenen **zu prüfen, ob der Ablauf so passt**. Bei Säuglingen und Kleinkindern wird etwas anders vorgegangen. In dieser Altersstufe und ganz besonders bei Frühgeborenen ist unbedingt eine therapeutische Anleitung erforderlich. Dies ist ebenfalls der Fall, wenn eine Gewöhnung bei Kindern mit einer autistischen Störung durchgeführt wird.

Als Strukturierungshilfe haben wir den Körper in 4 Bereiche eingeteilt, in denen körperliche Berührungen unterschiedlich gut verarbeitet werden können:

- Arme und Beine,
- Rücken und Brustkorb,
- Handinnenflächen, Fußsohlen,
- Kopf und Gesicht.

Innerhalb jedes dieser Übungsbereiche gilt es auch wieder, eine feine Abstufung der Lernschritte vorzunehmen. Wie fein diese Abstufung sein muss, hängt von der Stärke der Überempfindlichkeit und der Geschwindigkeit des Lernens ab. Für die meisten Betroffenen ist es einfacher, wenn mit dem Üben zunächst im bekleideten Zustand begonnen wird.

Auf jeder Stufe wird so lange geübt, bis die entsprechende Berührung ein anhaltend gutes Gefühl auslöst. Säuglinge können beginnen zu lächeln, zu juchzen oder zu lautieren. Bei älteren Kindern und Erwachsenen kann man ebenfalls beobachten, dass es ihnen immer besser geht. Sie können auch sprachlich über ihr Gefühl kommunizieren und beispielsweise sagen: »Das fühlt sich jetzt gut an« oder »schön, wie du mich jetzt gerade massierst«. Wenn das Kind, der Partner oder der Patient hier von sich aus wenig äußert, gilt es nachzufragen.

Ist ein solch positiver Zustand erreicht, bleibt man noch für eine gewisse Zeit auf der entsprechenden Schwierigkeitsstufe, bevor in der gleichen Übungssitzung oder zu einem späteren Zeitpunkt die Schwierigkeit etwas erhöht wird. Bei Menschen, die sich in der Verarbeitung von Berührungsreizen sehr schwer tun, beispielsweise autistische Menschen, kann es nötig sein, über mehrere Tage bis Wochen bei ein und derselben Berührung zu bleiben.

- **Achtung Aktivierungsniveau**  
Sensorisch überempfindliche Menschen, insbesondere Säuglinge und Kleinkinder, können auf schwierige sensorische Reize mit Herunterschalten reagieren. Dies bedeutet, dass sie ihr Aktivierungsniveau erniedrigen, um sich vor Stress

und anderen unangenehmen Gefühlen zu schützen. Dieser Zustand darf nicht verwechselt werden mit einer Beruhigung aufgrund einer guten Verarbeitung der Reize im Sinne einer Habituation. Deshalb gilt es im Rahmen einer Exposition immer genauestens zu prüfen, in welchem Aktivierungszustand der Betroffene sich wirklich befindet.

### Grundlagen für die Gewöhnung an taktile Reize im Sinne einer Exposition

Bei Kindern und Erwachsenen wird zu Beginn und vor jedem neuen Schritt die Einwilligung des Betroffenen eingeholt. Wenn dieser nicht innerlich hinter dem Weg der Exposition steht, ist ein Misserfolg meist vorprogrammiert. Bei Kindern wäre in diesem Fall ein vorgeschaltetes Therapieziel der Aufbau von Kooperation (s. hierzu auch ► Abschn. 7.5.13 und ► Abschn. 7.5.14).

Während des Übens wird gut wahrgenommen, wie es dem Betroffenen in jedem Moment geht, um den Schwierigkeitsgrad des Vorgehens darauf abzustimmen.

- Jede Handlung wird angekündigt, also z. B. »Achtung (Pause) Peter, jetzt lege ich meine Hand auf deinen Rücken« (Pause, dann wird die Hand mit etwas Gewicht auf den Rücken gelegt).
- Jedes Drücken oder Ausstreichen wird in gleicher Weise mehrmals wiederholt. Die Zahl der Wiederholungen wird dem Bedürfnis der jeweiligen Person individuell angepasst. In der folgenden Darstellung gehen wir beispielhaft von 2–3 Wiederholungen aus. Zwischen den Wiederholungen wird eine bewusste Pause gemacht, damit der Reiz gut verarbeitet werden kann.
- Es wird auf langsames Sprechen mit ruhiger, tieferer Stimme in Zimmerlautstärke geachtet.
- Kinder und Erwachsene können Berührungreize in der Regel besser verarbeiten, wenn sie bewusst hinschauen. So sehen

sie, wann und wo die Berührung gleich kommen wird bzw. gerade stattfindet.

- Eine grundlegend warme und positive Beziehung sollte selbstverständlich sein.
- Bei kleineren Kindern und bei allen Menschen, die eher starke Schwierigkeiten mit Berührung haben, ist ein ritualartiges Wiederholen von gleichartigem Berühren mehrmals am Tag sinnvoll.
- Bei Babys und kleineren Kindern kann die Gewöhnung mit wiederkehrendem, spielerischem Sprachrhythmus verbunden werden. z. B. »Gu-ten-Tag, Gu-ten-Tag«. Auch hier gilt es, so langsam und einfach zu sprechen, dass das Kind alle Informationen gut verarbeiten kann und in einem aufmerksamen Wachzustand gehalten wird.

### ■ Übungsbereich 1: Arme und Beine

#### ■ 1. Schwierigkeitsstufe: Nur Drücken

- Der Arm bzw. das Bein wird mit beiden Händen klar umfasst. Es wird mit den ganzen Handflächen gedrückt.
- Es wird darauf geachtet, keine diffusen Reize auf die Innenseite von Arm oder Bein zu geben, da dies besonders empfindliche Stellen sind.
- Das Drücken wird an jeder Stelle ca. 2–3-mal wiederholt.
- Der Druck wird jeweils eine Zeit lang gehalten, um die Verarbeitung des Reizes zu gewährleisten. Bevor der nächste Druckreiz kommt, wird eine Pause gemacht.

In dieser Weise wird in folgender Reihenfolge gedrückt:

- Unterarm oberhalb des Handgelenkes,
- Unterarm unterhalb des Ellenbogens,
- Oberarm oberhalb des Ellenbogens,
- Oberarm unterhalb der Schulter.

Jetzt kommt der andere Arm in gleicher Weise dran. Die nächste »sichere« Region wären dann die Beine. Zunächst wird an einem Bein in folgender Reihenfolge gedrückt:

- Unterschenkel oberhalb des Fußgelenkes,
- Unterschenkel unterhalb des Knies,

- Oberschenkel oberhalb des Knies,
- Mitte des Oberschenkels (Achtung, bei Erwachsenen vorher besprechen).

Nun kommt das andere Bein in gleicher Weise dran. Wenn diese erste Schwierigkeitsstufe an allen Extremitäten anhaltend mit gutem Gefühl gelingt, kann zur zweiten Schwierigkeitsstufe übergegangen werden.

### ■ ■ 2. Schwierigkeitsstufe: Es wird immer zunächst gedrückt und direkt anschließend ausgestrichen

#### »Ausstreichen«

Wir verwenden hier den Begriff »ausstreichen«, weil dies eine langsamere und eindeutiger Art der Berührung ist. »Streicheln« ist ein eher diffuserer Reiz, und stellt daher eine höhere Schwierigkeit dar. Zu einem späteren Zeitpunkt wird dann auch gestreichelt.

An jeder Extremität wird erst gedrückt und anschließend an der gleichen Stelle mit klarem Druck langsam ausgestrichen. Das Ausstreichen erfolgt immer vom Rumpf weg in Richtung Fuß- bzw. Handgelenk. Beispielsweise:

- Der Unterschenkel oberhalb des Fußgelenkes wird mit beiden Händen klar umfasst und gedrückt (Pause).
- Der Unterschenkel oberhalb des Fußgelenkes wird ausgestrichen (Pause).
- Nun wird der Unterschenkel oberhalb des Fußgelenkes wieder mit beiden Händen klar umfasst und gedrückt (Pause).
- Diese Abfolge von Drücken und Ausstreichen wird ca. 2–3-mal wiederholt. Dann kommt der Unterschenkel unterhalb des Knies in gleicher Weise dran.

Wenn dies an allen Extremitäten anhaltend mit gutem Gefühl gelingt, kann zur nächsten Schwierigkeitsstufe übergegangen werden.

### ■ ■ 3. Schwierigkeitsstufe: Erst nur Drücken, dann nur Ausstreichen

Nun werden erst alle Extremitäten nacheinander in der oben beschriebenen Weise und Reihenfolge gedrückt. Dann werden alle Extremitäten nacheinander ausgestrichen. Wenn dies an allen Extremi-

täten anhaltend mit gutem Gefühl gelingt, kann zur nächsten Schwierigkeitsstufe übergegangen werden.

### ■ ■ 4. Schwierigkeitsstufe: Nur Ausstreichen

Es wird gleich mit dem Ausstreichen begonnen, ohne vorher zu drücken. Mit zunehmender Bewältigung wird allmählich zum Streicheln übergegangen.

#### ■ Übungsbereich 2: Rücken und Brustkorb

- Eine Hand wird mit etwas Gewicht auf den Rücken gelegt. Dies gibt Sicherheit und hilft, die folgenden Reize besser zu verarbeiten. Die Hand bleibt zunächst eine Zeitlang ruhig liegen, um eine Verarbeitung und Integration des Reizes zu ermöglichen.
- Erst in einem nächsten Schritt und nach einer Pause wird langsam und flächig mit etwas Druck links und rechts der Wirbelsäule ausgestrichen.
- Wenn diese Situation gut bewältigt wird, dreht der Betroffene sich auf den Rücken. Eine Hand wird mit etwas Gewicht auf die Brust gelegt (bei Frauen halsnah im oberen Bereich des Brustkorbs).
- Als Nächstes kann auf der Brust flächig, langsam und mit Druck ausgestrichen werden.

#### ■ Übungsbereich 3: Handinnenflächen, Fußsohlen

Eine Berührung in diesen Bereichen stellt für die meisten taktil empfindlichen Menschen eine deutliche Schwierigkeit dar.

### ■ ■ 1. Schwierigkeitsstufe

Nacheinander werden zunächst die eine und dann die andere Hand auf der Seite der Handfläche gedrückt. Aufgrund der hohen Rezeptordichte erfolgt dies mit geringerer Intensität als an Armen und Beinen. Anschließend kommen die Füße dran. Wenn dies anhaltend mit gutem Gefühl gelingt, kann zur nächsten Schwierigkeitsstufe übergegangen werden.

### ■ ■ 2. Schwierigkeitsstufe

Jede Handfläche wird erst gedrückt. Anschließend wird an der gleichen Stelle mit klarem Druck langsam ausgestrichen. Dies geschieht immer vom Körper weg. Eventuell werden etwas später auch die

Fußsohlen in entsprechender Weise gedrückt und anschließend vom Körper weg ausgestrichen.

### ■ ■ 3. Schwierigkeitsstufe

Es wird gleich mit dem Ausstreichen begonnen, ohne vorher zu drücken.

### ■ Übungsbereich 4: Kopf und Gesicht

Hier sind Berührungen am schwersten zu ertragen. Gerade anfangs ist es wichtig, dass der Betroffene immer auch sieht, wann und wo die Berührung kommt bzw. ihm dies sprachlich angekündigt wird.

### ■ ■ 1. Schwierigkeitsstufe

Langsames Berühren mit klarem Druck. Dabei ist die Hand gefaustet, sodass die Mittelglieder der Finger eine Fläche bilden, mit der berührt wird (■ Abb. 9.2). Nach und nach kann zu einem Abwechseln zwischen Berührung mit mehr und Berührung mit weniger Druck übergegangen werden. Wenn dies anhaltend mit gutem Gefühl gelingt, kann zur nächsten Schwierigkeitsstufe übergegangen werden.

### ■ ■ 2. Schwierigkeitsstufe

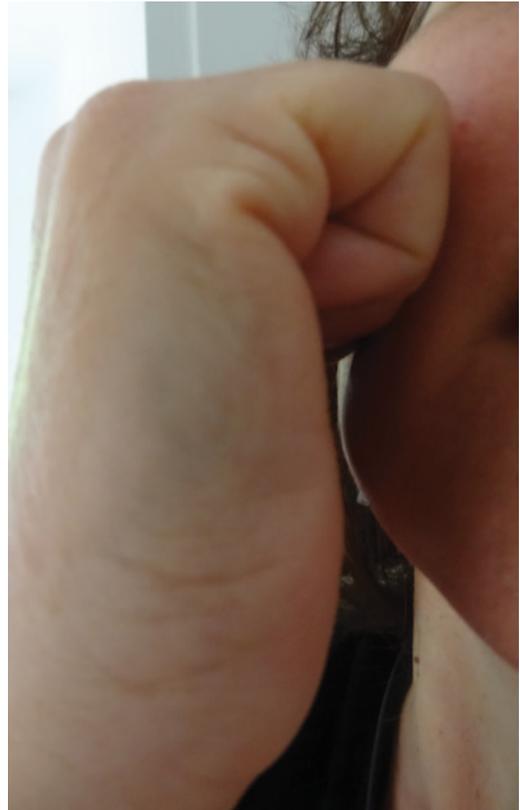
Mit der gefausteten Hand wird langsam gestrichen. Wenn dies anhaltend mit gutem Gefühl gelingt, kann zur nächsten Schwierigkeitsstufe übergegangen werden.

### ■ ■ 3. Schwierigkeitsstufe

Es wird mit der ganzen Handfläche langsam und mit etwas Druck ausgestrichen. Schrittweise kann allmählich zu einem immer noch langsamen Streicheln mit etwas weniger Druck übergegangen werden.

➤ **Alle bisher beschriebenen Vorgehensweisen für ein schrittweises Gewöhnen an Berührungsreize gelten in gleicher Weise, wenn dies im Körperkontakt erfolgt, beispielsweise im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie.**

Im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie führen wir Kinder oft auch in spielerischer Form an Berührung heran. Voraussetzung hierfür ist, dass die Kinder wirklich entspannt und aufnahmefähig sind und sich ganz sicher und geborgen fühlen. Beispiele hierfür sind:



■ **Abb. 9.2** Berühren mit klarem Druck. Die Hand ist gefaustet, sodass die Mittelglieder der Finger eine Fläche bilden, mit der berührt wird. (© Jansen & Streit)

mebereit sind und sich ganz sicher und geborgen fühlen. Beispiele hierfür sind:

- Die Mutter oder der Vater malt mit dem Finger einen Buchstaben auf den Rücken des Kindes, den dieses raten soll. Zunächst wird dabei mit deutlichem Druck, später auch mit weniger Druck vorgegangen.
- Die Mutter oder der Vater macht eine Berührung am Körper des Kindes vor (z. B. Massieren, Reiben, Streicheln in unterschiedlicher Qualität). Das Kind imitiert die Berührung am Körper der Mutter oder des Vaters. Wenn das Kind am Ende der Körperbezogenen Interaktionstherapie ganz entspannt ist, können dabei auch Berührungen ausprobiert werden, die »schwieriger« sind, beispielsweise leichtes Tippeln mit den Fingern oder Pusten oder zartes Streicheln. Auch Berührungen im Gesicht

können in dieser Weise geübt werden. Hier gilt es ebenfalls, Überforderung zu vermeiden. Daher wird immer nur mit 1–2 »schwierigen« Berührungsreizen gearbeitet. **Es wird immer gut hingeschaut, damit das Kind in einem guten Gefühl bleibt.**

Auch nach einer erfolgreichen Gewöhnung an Berührungsreize in der beschriebenen Weise **bleibt nicht selten ein Rest der Überempfindlichkeit bestehen**. Das taktile System kann also immer noch ein Stück leichter irritierbarer sein als bei anderen Menschen. Wichtig ist, dass Eltern sich auf diese Besonderheit ihres Kindes generell einstellen. Gleiches gilt für die Partnerbeziehung. Der Partner kann darauf achten, dass er den anderen mit etwas mehr Druck anfasst und streichelt und weiterhin Berührungen ankündigt. Wichtig ist, dass die Betroffenen in diesem Bereich gut kommunizieren. Dies bedeutet beispielsweise, dass das Kind oder der Erwachsene lernt, anderen zu sagen, welche Berührungen ihm besonders guttun und welche Berührungen es eher als unangenehm empfindet.

### 9.2.3 Vestibuläre Überempfindlichkeit

Unter einer vestibulären Überempfindlichkeit versteht man, dass der Betroffene im Vergleich zu anderen Menschen besonders stark auf Gleichgewichtsreize reagiert (vgl. ► Abschn. 6.5.1). Daher werden Bewegungen, die mit deutlichen Lage-, Geschwindigkeits- und Richtungsänderungen verbunden sind, oft als zu intensiv und unangenehm erlebt.

#### Schutz vor Überforderung durch Gleichgewichtsreize im Alltag

##### ■ Säuglinge

Im Säuglingsalter kommt der vestibulären Überempfindlichkeit eine ganz besondere Bedeutung zu, da gerade beim Säugling alle Alltagshandlungen wie Wickeln, Hochnehmen, Ablegen oder Füttern mit einer Vielzahl von Gleichgewichtsreizen einhergehen. Zusätzlich erschwerend ist, dass der Säugling sich noch nicht über die Sprache mitteilen kann.

Noch schwieriger wird die Situation durch Folgendes: Die meisten betroffenen Babys reagieren

auf Reize verschiedenster Sinnesmodalitäten überempfindlich, also beispielsweise auf Gleichgewichtsreize **und** Berührungsreize **und** Töne. Dies bedeutet, dass verschiedene Reizmodalitäten Unruhe und Unwohlsein bei ihnen auslösen. Hierdurch sind die betroffenen Kinder oft über viele Stunden täglich unruhig oder schreien. Es gelingt Bezugspersonen in vielen Fällen nicht, einen Zusammenhang zwischen bestimmten Reizen und der Unruhe ihres Kindes zu erkennen. Noch einmal schwieriger wird die Situation dadurch, dass Erwachsene zum Trösten eines schreienden Säuglings meist intuitiv ein Verhaltensmuster verwenden, das auch wieder das Gleichgewichtssystem stimuliert: Sie wiegen das Baby.

Eine Überstimulation des Gleichgewichtssinns kann durch ein günstiges Handling weitgehend verhindert werden. Vor allem gilt es, auf Folgendes zu achten:

##### ► **Möglichst kein Wippen, kein Schaukeln und keine Wiegebewegungen.**

Dies ist für Eltern oft sehr schwer, da entsprechende Bewegungen als biologisches Muster zur Tröstung eines Säuglings bei jedem Menschen angelegt sind und situationsbedingt abgerufen werden. Daher benötigen Eltern hier oft therapeutische Unterstützung und Begleitung. Durch die Vermeidung einer Überstimulation des Gleichgewichtssinns werden die Kinder zunächst einmal geschützt. Dies ist für die optimale Entwicklung des kleinen Säuglings unabdingbar. Später ist es Schritt für Schritt möglich und auch wichtig, diese Kinder in kleinen, von ihnen sicher zu bewältigenden Schritten an Schaukeln und Wippen zu gewöhnen.

##### ■ **Haltgebende Begrenzung in Alltagssituationen**

Besonders wichtig ist es, schnelle Bewegungen des Köpfchens zu vermeiden. Beim Hochnehmen oder Tragen wird hierzu mit einer Hand der Kopf möglichst großflächig am Hinterkopf gefasst (keinesfalls im Nackenbereich) und ruhig gehalten. Die andere Hand hält das Kind am Becken oder Gesäß. Die Bezugsperson nimmt das Kind in aufrechter Haltung eng an ihren Körper und stabilisiert es hierdurch.

Wenn das Kind liegt, kann das Köpfchen ebenfalls großflächig mit einer Hand umgrenzt und etwas angehoben werden. Die andere wird ruhig auf die Brust gelegt. Über die Handinnenfläche wird etwas Druck gegeben. Die Beine des Babys sind gebeugt. Mit seinen Füßchen kann es sich am Bauch der Mutter oder des Vaters stützen. All diese Begrenzungen helfen dem Säugling, ruhig zu werden. In einer solchen Situation können überempfindliche Babys am ehesten Blickkontakt aufnehmen und kommunizieren.

Gleiches gilt für Situationen, in denen das Kind an- oder ausgezogen wird. Da die Mutter oder der Vater hierzu eine freie Hand braucht, kann das Köpfchen durch ein gefaltetes Handtuch etwas angehoben und durch ein zweites, gerolltes Handtuch oder ein Stillkissen an Kopf und Körper begrenzt werden.

#### ■ ■ Klarer Druck beim Anfassen

Bei allen Alltagshandlungen wird das Baby möglichst großflächig und mit etwas Druck angefasst. Hierdurch kommt es zu einer physiologischen Hemmung, die ein Erschrecken verhindert oder abschwächt.

#### ■ ■ Bewusste Langsamkeit im allen Situationen

Wenn der Kopf bewegt werden muss, beispielsweise beim Ablegen oder An- und Ausziehen, so wird dies ganz langsam und in kleinen Schritten gemacht. Günstig sind immer wieder Pausen, damit das Kind den einen Bewegungsreiz verarbeiten kann, bevor es dem nächsten ausgesetzt wird. Besonders dann, wenn sich die Bewegungsrichtung ändert, ist es wichtig, ganz langsam zu sein.

#### ■ ■ Ankündigung jeder Handlung, Setzen von Achtungszeichen

Jede Bewegung oder Handlung wird sprachlich angekündigt. Dabei wird das Kind mit dem Namen angesprochen, z. B. »Achtung (Pause), Paul, jetzt nehme ich dich hoch! (Pause, dann wird Paul hochgenommen)«. Durch das klare Ankündigen jeder Handlung im Alltag kann sich das kindliche Gehirn auf den kommenden Reiz vorbereiten und diesen besser bewältigen. Die Pausen nach dem Namen und zwischen Ankündigung und Ausführung der Handlung helfen dem Kind ebenfalls, alle Informationen gut zu verarbeiten.

#### ■ ■ Wegnahme visueller und akustischer Reize

Gerade vestibulär überempfindliche Säuglinge reagieren meist auch auf visuelle und akustische Reize mit Übererregung. Für sie gelten dieselben Regeln wie für visuell und auditiv überempfindliche Kinder. Insbesondere ist es wichtig, buntes, blinkendes und lautes Spielzeug zunächst zu vermeiden und in allen Situationen mit eher tiefer, ruhiger Stimme in Zimmerlautstärke zu sprechen. Über Kinderbetten und Wickelkommoden sollten keine Mobiles hängen. Auch am Kinderwagen und an der Babysitzschale sollte – zumindest bis das Kind weniger überempfindlich ist – auf entsprechendes Spielzeug verzichtet werden.

#### ■ ■ Größere Kinder und Erwachsene

Größere Kinder und Erwachsene können in vielen Situationen selbst entscheiden, wie viel Stimulation sie ihrem Gleichgewichtssystem zumuten, beispielsweise ob sie auf die Schaukel gehen und wie hoch sie schaukeln. Dennoch benötigen auch Kinder und Erwachsene mit einer vestibulären Überempfindlichkeit in der Regel Hilfestellungen, um sich vor einer Überforderung im Alltag zu schützen. Hierzu einige Beispiele:

- Im Kinderturnen oder Sportunterricht kann mit betroffenen Kindern besprochen werden, welche Aktivitäten sie sich zutrauen und was sie überfordert. In aller Regel muss dies nicht bedeuten, bei einer bestimmten sportlichen Aktivität gar nicht mitzumachen. Vielmehr gilt es, dem betroffenen Kind oder den Kindern (meist sind es mehrere in der Klasse) die Möglichkeit zu geben, in kleinen Schritten zu üben. So kann beispielsweise nur über einen ganz niedrigen Bock gesprungen werden. Im Schwimmunterricht braucht beispielsweise nicht vom Meterbrett gesprungen zu werden, sondern das Kind darf – je nachdem, was es sich zutraut – damit anfangen, sich vom Rand ganz langsam ins Wasser rutschen zu lassen.
- Auf Spielplätzen und Jahrmärkten kann mit den betroffenen Kindern geprüft werden, ob es Aktivitäten gibt, die sie sich zutrauen. Beispielsweise kann dies ein leichtes Schaukeln auf einer normalen Schaukel sein. Anhand entsprechender Aktivitäten, die nur eine geringfügige Stimulation des

Gleichgewichtssinns bedeuten, können sie sich Schritt für Schritt an Gleichgewichtsreize gewöhnen. Von Aktivitäten, die ihr Gleichgewichtssystem zu stark stimulieren, dürfen sie sich fernhalten.

- Beim Autofahren gilt es aufzupassen, dass nicht zu schnell beschleunigt, gebremst und in die Kurven gefahren wird.

Eines der wichtigsten Ziele ist es, die eigene Besonderheit zu verstehen. Missempfindungen und Ängste in Situationen, die andere Menschen als normal und harmlos empfinden, können die Betroffenen dann als Folge dieser Besonderheit einordnen. Das kann ihnen helfen, sich selbst nicht wegen ihrer Ängste abzuwerten.

Ein anderes wichtiges Ziel ist es, die Betroffenen dabei zu unterstützen, dass sie sich selbst schützen. Hierzu ist es erforderlich, dass sie gut mit anderen Menschen kommunizieren. Nur so können sie diesen mitteilen, was für sie schwierig ist und welche Art von Unterstützung sie benötigen. Im Rahmen des IntraActPlus-Konzepts arbeiten wir mithilfe eines videounterstützten Trainings, um eine solche Gesprächsführung für unterschiedlichste Lebensbereiche zu üben, z. B.:

- Gespräche zwischen Kind und Eltern,
- Gespräche mit Gleichaltrigen,
- Gespräche mit (Sport-)Lehrern,
- Gespräche mit dem Lebenspartner, z. B. bezüglich des Fahrstils oder bezüglich bestimmter Urlaubsaktivitäten, die starke Gleichgewichtsreize darstellen (z. B. Bootfahren).

## **Schutz vor Überforderung durch Gleichgewichtsreize in Zusammenhang mit Nähe, Zärtlichkeit und Körperkontakt**

### ■ Säuglinge

Für alle Situationen mit Körperkontakt wie In-den-Arm-Nehmen, Tragen oder Trösten ist wichtig:

#### ■ ■ In den Körperkontakt nehmen

Wenn der Säugling bereits vor dem Körperkontakt durch zu viele Reize in eine Übererregung kommt, kann dies dazu führen, dass auch der anschließende Körperkontakt als unangenehm erlebt wird. Das

Hochnehmen selbst ist bereits ein starker Reiz für das Gleichgewichtssystem. Daher ist es für vestibulär überempfindliche Säuglinge wichtig, beim Hochnehmen in den Körperkontakt alle oben beschriebenen Regeln für das Handling in Alltagssituationen zu berücksichtigen. Besonders wichtig sind:

- sprachliche Ankündigung aller Veränderungen,
- haltgebende Begrenzung mit besonderer Stabilisierung des Köpfchens,
- bewusste Langsamkeit,
- eine eher tiefere, ruhige Stimme.

#### ■ ■ Im Körperkontakt halten

Säuglingen mit einer Überempfindlichkeit des Gleichgewichtssinns fällt Körperkontakt in der Wiegestellung besonders schwer. Daher empfiehlt sich für die meisten dieser Kinder:

- Ankündigung aller Veränderungen,
- aufrechtes Halten dicht am Körper,
- im Körperkontakt haltgebende Begrenzung mit besonderer Stabilisierung des Köpfchens,
- bewusste Langsamkeit,
- mit dem Kind sprechen, aber mit eher tiefer, ruhiger Stimme und Pausen.
- Wenn möglich Blickkontakt, da durch das Fokussieren die Überempfindlichkeit vermindert wird.

Gerade bei vestibulär überempfindlichen Säuglingen und Kleinkindern gilt es, die Zeit für Körperkontakt und Nähe gut auszuwählen. In der Regel gelingt Körperkontakt morgens bzw. vormittags am besten, weil das Kind zu dieser Zeit noch weniger überreizt ist.

#### ■ Größere Kinder und Erwachsene

Mit Kindern und Erwachsenen wird immer wieder besprochen, in welcher Position Körperkontakt für sie angenehm ist. In aller Regel ist dies ein aufrechtes Sitzen. Darüber hinaus sollte auf Folgendes geachtet werden:

- Ankündigung aller Veränderungen,
- bewusste Langsamkeit,
- Sprechen mit eher tiefer, ruhiger Stimme und Pausen.

### **Körperbezogene Interaktionstherapie bei vestibulärer Überempfindlichkeit**

Im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie wird die vestibuläre Überempfindlichkeit in folgender Weise berücksichtigt:

- Zunächst erfolgt die Gewöhnung an den Körperkontakt in aufrechter Haltung mit möglichst wenig Schaukeln und anderen Bewegungen.
- Wichtig ist es, das Kind nicht über die Art des Sprechens zusätzlich zu aktivieren. Es ist günstig, eher wenig, langsam und mit ruhiger, etwas tieferer Stimme zu sprechen.
- Jede Lageveränderung wird angekündigt.
- Wenn sich das Kind im aufrechten Körperkontakt wohlfühlt, kann der nächste Übungspunkt darin bestehen, es im Körperkontakt ein wenig seitlich gelagert zu halten. Bei sehr überempfindlichen Kindern können dies anfangs nur wenige Grad sein. Wichtig ist dabei immer ein langsames Verändern der Lage mit guter Sicherung. Jede neue Lage wird sehr lange beibehalten. Gerade bei vestibulär überempfindlichen Kindern ist es wichtig, hierbei eine möglicherweise zeitverzögerte Stressreaktion zu berücksichtigen.
- Allmählich darf sich die Bezugsperson etwas mehr bewegen. Dies geschieht auch wieder zunächst langsam und im aufrechten Halten.

### **Schrittweise Gewöhnung an Gleichgewichtsreize**

Die schrittweise Gewöhnung an Gleichgewichtsreize läuft in entsprechender Weise ab, wie wir es bezüglich des Berührungssystems ausführlich beschrieben haben (► Abschn. 9.2.2). Bei Säuglingen sollte sie zunächst im Körperkontakt erfolgen, ähnlich wie im vorangegangenen Abschnitt dargestellt.

Bei größeren Kindern könnte eine Gewöhnung an Gleichgewichtsreize beispielsweise damit beginnen, dass das Kind in einer Hängematte liegt, ohne dass diese bewegt wird. Über erst leichtes, später deutlicheres Schaukeln kann die Schwierigkeit kleinschrittig erhöht werden. Achtung: Bei der Gewöhnung an Gleichgewichtsreize ist zu berücksichtigen, dass es in diesem Bereich oft erst nach Stun-

den zu einer Überreaktion kommen kann. Daher gilt es, hier die Übungseinheiten gerade anfangs eher kurz zu halten. Erwachsene können entsprechende Übungen auch mit sich selbst durchführen. Im Rahmen der sensorischen Integrationstherapie gibt es eine Vielzahl von Therapiemaßnahmen zum schrittweisen Gewöhnen an Gleichgewichtsreize. Diese Therapie sollte von ausgebildeten Fachtherapeuten durchgeführt werden. Auch im Rahmen der Sensorischen Integrationstherapie gehört die Elternanleitung zu den Standards. Im Rahmen des IntraActPlus-Konzepts führen wir diese Elternarbeit unter Zuhilfenahme von Videoaufzeichnungen durch (► Abschn. 9.4).

### **9.2.4 Auditive Überempfindlichkeit**

Unter einer auditiven Überempfindlichkeit versteht man, dass der Betroffene auf Geräusche, die von anderen Menschen als normal empfunden werden, mit Übererregung und Missbehagen reagiert (vgl. 6.7). Bei manchen auditiv überempfindlichen Menschen betrifft dies generell Geräusche einer bestimmten Lautstärke. Andere zeigen nur innerhalb bestimmter Frequenzbereiche, meist für hohe Töne, eine überstarke Reaktion.

Ganz generell geht es darum, die Betroffenen vor einem Zuviel an Geräuschen zu schützen. Im Bereich des Hörens ist dies z. T. noch schwieriger als in anderen sensorischen Bereichen, da eine Vielzahl ganz normaler Alltagssituationen wie Kindergarten, Schule, Einkaufen in Geschäften etc. mit großen Lautstärken und Störgeräuschen verbunden sind.

Noch schwieriger wird die Situation dadurch, dass die Stress- und Überforderungsreaktion auf zu laute Situationen oft erst nach einiger Zeit zu beobachten ist. Beispielsweise kann der geräuschüberempfindliche Säugling, der zum Kinderturnen seines großen Bruders mitgenommen wird, dort noch völlig ruhig wirken. Erst eine Stunde später zu Hause, wenn eigentlich nichts mehr los ist, kann es zu unstillbarem Schreien kommen. Hierdurch ist es für Eltern oft schwierig, einen Zusammenhang zwischen den vorher einwirkenden Geräuschen und dem späteren Verhalten ihres Babys zu erkennen.

Entsprechendes gilt auch für größere Kinder und Erwachsene.

Auch da, wo Menschen nicht unmittelbar eine Überempfindlichkeitsreaktion auf auditive Reize zeigen, können diese doch, wenn sie zusätzlich zu anderen Sinnesreizen wie vestibulären und taktilen Reizen auftreten, Unwohlsein und Stress auslösen. Hier spielt das Prinzip der »crossmodalen Summation« (► Abschn. 7.5.6) eine wichtige Rolle: Wenn Reize über verschiedene Sinnessysteme aufgenommen werden, so ist die Aktivierung größer als wenn innerhalb ein und desselben Sinnessystems entsprechend intensive Reize eingehen. Aus diesem Grund ist es nicht nur für auditiv überempfindliche Säuglinge, Kinder und Erwachsene wichtig, eine Überforderung durch Geräusche zu vermeiden, sondern für alle, die in irgendeinem Sinnesbereich überempfindlich sind.

### **Schutz vor Überforderung durch auditive Reize im Alltag**

#### ■ ■ Außerhäusliche Situationen mit viel Lärm möglichst vermeiden

Viele außerhäusliche Situationen wie Einkaufen, Bus- und Bahnfahrten, Schwimmbäder, das Kinderturnen etc. sind enorm geräuschintensiv. In der Regel lassen sich entsprechende Situationen nicht immer vermeiden. Dennoch ist es ratsam, dass sich auditiv überempfindliche Menschen zumindest nicht mehren geräuschintensiven Situationen hintereinander aussetzen.

#### ■ ■ Zu Hause von unnötigem Lärm fernhalten

Größere Kinder oder Erwachsene vermeiden meist von sich aus Geräusche, die ihnen unangenehm sind. Sie können dann z. B. in ein anderes Zimmer gehen. Säuglingen ist dies nicht möglich. Bezugspersonen können auditiv überempfindlichen Säuglingen und Kleinkindern helfen, indem sie z. B. das Kind in einen ruhigen Raum bringen, wenn staubgesaugt wird, das Kind aus der Küche bringen, bevor ein lautes Gerät eingeschaltet wird, den Fernseher nicht in Gegenwart des Kindes anmachen etc.

Auch auf Geräusche machendes Spielzeug sollte zunächst verzichtet werden. Beispielsweise sind Rasseln, Klappern, quietschende Spielzeuge etc.

ungünstig. Dies gilt insbesondere für Situationen, in denen das Baby der Stimulation über längere Zeiten ausgesetzt wäre. Auch am Kinderwagen oder an der Babysitzschale sollte kein entsprechendes Spielzeug hängen.

Die Lautstärke der Stimme von Eltern und anderen Bezugspersonen sollte Zimmerlautstärke nicht überschreiten. Es empfiehlt sich, bei diesen Kindern bewusst eine tiefe Stimmlage zu wählen und hohe Töne bzw. schnelles Sprechen zu vermeiden.

#### ■ ■ Die Ohren schützen

Mützen oder Gehörschutzkopfhörer, die es auch in kleinen Größen für Säuglinge und Kinder gibt, können helfen, Geräusche zu reduzieren.

#### ➤ **Geräusche nur zu vermeiden, verschlimmert das Problem.**

**Manche geräuschüberempfindliche Menschen schützen sich ständig vor Geräuschen, indem sie Kopfhörer tragen und Situationen mit Geräuschen möglichst komplett vermeiden. Dies ist ein sehr ungünstiger Weg, da unser Gehirn Geräusche umso stärker wahrnimmt, je stiller es insgesamt ist. Auch hier gilt, wie überall, sich einerseits vor Überforderung zu schützen und gleichzeitig in kleinen Schritten an die schwierigen Reize zu gewöhnen.**

### **Schutz vor Überforderung durch auditive Reize in Zusammenhang mit Nähe, Zärtlichkeit und Körperkontakt**

Generell ist es gut, in Situationen mit Nähe, Zärtlichkeit und Körperkontakt auf mögliche Hintergrundgeräusche zu achten und diese zu vermeiden. Ganz besonders wichtig ist es, in diesen Situationen auf die eigene Art des Sprechens mit dem Säugling, Kind oder erwachsenen Partner zu achten. Eine laute oder eine eher hohe Stimme führt eher zu einer Übererregung. Flüstern ist ebenfalls ungünstig, da beim Flüstern besonders hohe Klangfrequenzen erzeugt werden. Am günstigsten ist es, mit eher tiefer Stimme, in normaler Zimmerlautstärke und eher langsam zu sprechen.

Um eine Überforderung des Kindes zu vermeiden, lassen manche Eltern oft Sprache in Körper-

kontaktsituationen ganz weg. Auch dies ist **weniger günstig**, da ein ruhiges, tiefes Sprechen für Säuglinge und auch größere Kinder immer ein Signal von Sicherheit und Geborgenheit ist.

### **Körperbezogenen Interaktionstherapie bei auditiver Überempfindlichkeit**

Wenn der Verdacht auf eine auditive Überempfindlichkeit besteht, ist noch einmal besonders auf die folgenden Punkte zu achten:

- bewusst in einer tiefen Stimmlage sprechen,
- nicht zu laut sprechen, aber auch auf keinen Fall flüstern,
- kein schnelles Sprechen,
- ganz besonders darauf achten, dass der Raum ruhig ist.

Da die auditive Überempfindlichkeit häufig mit einer Überempfindlichkeit im Bereich des Gleichgewichtssinns einhergeht, gilt all das, was wir für den Körperkontakt bei vestibulärer Überempfindlichkeit beschrieben haben, auch für die auditive Überempfindlichkeit.

### **Schrittweise Gewöhnung an auditive Reize**

Es gibt verschiedene Therapieansätze zur Behandlung einer Geräuschüberempfindlichkeit. Auch diese beruhen auf dem Grundkonzept der schrittweisen Exposition. Es wird mit nur wenig schwierigen auditiven Reizen begonnen. Diese werden so lange dargeboten, bis sie keine unangenehmen Gefühle mehr auslösen. Dann wird zur nächsten Schwierigkeitsstufe übergegangen. Näheres hierzu findet sich beispielsweise bei Schaaf, Kastellis und Hesse (2009).

Auch für eine Gewöhnung an schwierige auditive Reize ist es günstig, wenn diese im Körperkontakt erfolgt. Körperkontakt hilft, unangenehme Reize besser zu ertragen. Beispielsweise ist es im Rahmen der Behandlung von autistischen Menschen sinnvoll, zunächst unangenehme Gefühle in Zusammenhang mit Körperkontakt über die körperbezogene Interaktionstherapie abzubauen. Wenn dies erreicht ist, wird in einer nächsten Therapiephase im Körperkontakt eine Gewöhnung an auditive Reize durchgeführt.

## **9.2.5 Überempfindlichkeit in anderen Sinnessystemen**

### ■ **Visuelle Überempfindlichkeit**

Im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie mit überempfindlichen, leicht erregbaren Säuglingen, Kindern oder Erwachsenen ist es wichtig, zunächst in allen Sinnessystemen eine mögliche Reizüberforderung zu vermeiden. Oft ist es schwer, zu erkennen, inwieweit auch das visuelle System von der Überempfindlichkeit betroffen ist. Daher gilt es, hier »auf Nummer sicher« zu gehen. Dies bedeutet, visuelle Reize, die ein unangenehmes Gefühl auslösen könnten, zunächst zu vermeiden.

### ■ **Gustatorische Überempfindlichkeit (Überempfindlichkeit gegenüber Geschmack)**

Im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern ist es wichtig, die enge Verknüpfung zwischen Haut und Schleimhaut zu berücksichtigen. Häufig bestehen also gleichzeitig eine taktile und eine gustatorische Überempfindlichkeit. Dieser Zusammenhang ist vor allem für den Umgang mit **Fütterstörungen** wichtig. Ist der Säugling oder das Kleinkind taktil überempfindlich und wird vor oder während der Mahlzeit die Haut über Berührung ungünstig stimuliert, reagiert auch die Mundschleimhaut empfindlicher. Dies bewirkt, dass das Kind Geschmacksreize noch schlechter aushalten kann. Aus diesem Grund gilt für Säuglinge und Kinder, die auf Geschmacksreize überempfindlich reagieren, zunächst einmal all das, was wir bereits in Zusammenhang mit der taktilen Überempfindlichkeit beschrieben haben (► Abschn. 9.2.2).

Für die Behandlung der gustatorischen Überempfindlichkeit gilt wie für alle Überempfindlichkeiten oder Ängste: Wird der schwierige Reiz vermieden, so bleibt die Schwierigkeit bestehen oder nimmt sogar zu. In der Praxis sehen wir sehr viele Kinder, die diese Auffälligkeit noch im Schulalter haben. Die Folgen sind ein ständiger Druck um das Thema Essen, Fehlernährung und oft große Schuldgefühle der Eltern.

Daher gilt es, das Kind einerseits in kleinen Schritten, andererseits aber klar und konsequent an neue Nahrung heranzuführen. Wie dies genau aussehen kann, muss für jedes Kind individuell

herausgefunden werden. Zum Beispiel könnten bei einem 6 Monate alten Säugling mit gustatorischer Überempfindlichkeit zu jeder Mahlzeit immer mehrere Löffel pürierte Banane gefüttert werden. Für das eine Kind kann es günstig sein, dass die Banane zuerst gegessen wird – erst dann gibt es als Belohnung die Muttermilch. Für ein anderes Kind kann es günstiger sein, wenn es erst die Muttermilch bekommt, weil dann sein Geschmackssystem auf die Banane weniger überempfindlich reagiert und weil das Kind nicht durch zu großen Hunger zusätzlich übererregt ist. In jedem Fall wird – bis sie gut toleriert wird – nur Banane zugefüttert. Ziel wäre es dann, möglichst noch vor Ende des Säuglingsalters, neue Nahrungsmittel relativ dicht nacheinander einzuführen.

#### **Gustatorische Überempfindlichkeit: zusätzliche Erschwernisse**

Das Gewöhnen an neue Nahrungsbestandteile ist zunächst ein ganz normaler Entwicklungsschritt, den Eltern normalerweise gut alleine meistern. Wenn das Kind im Bereich des Geschmacks überempfindlich reagiert, wird dieser Gewöhnungsprozess erheblich schwieriger. Noch einmal deutlich schwieriger wird es dadurch, dass gustatorisch überempfindliche Kinder fast immer zusätzlich eine taktile Überempfindlichkeit zeigen. Darüber hinaus haben sie oft auch Probleme mit Körper- und Blickkontakt. Beim Füttern werden die betroffenen Kinder in allen diesen Bereichen gleichzeitig gestresst. Dies führt dazu, dass sie in Essenssituationen starken Widerstand zeigen. Oft sieht man darüber hinaus auch in anderen Bereichen eine deutliche Verhaltensproblematik.

Unsere Erfahrung ist, dass gerade dieses Zusammenwirken von sensorischer Überempfindlichkeit und Verhaltensproblematik besonders günstig im Rahmen der körperbezogenen Interaktionstherapie schrittweise angegangen werden kann. Hierbei geht man so vor, dass zunächst die Fähigkeit zum Körperkontakt aufgebaut wird. Solange hieran gearbeitet wird, lässt man das Kind weiter nur das

essen, was es zulässt. Hierdurch wird verhindert, dass es durch die Essenssituation immer wieder neu zu Stress und einer Belastung der Eltern-Kind-Beziehung kommt.

Sobald das Kind sich im Körperkontakt wohl und sicher fühlt, kann dann der Körperkontakt als Ressource genutzt werden, um es zunächst an Berührungsreize und etwas später auch an neue Nahrung zu gewöhnen. All dies erfolgt in kleinen Schritten.

#### ■ **Olfaktorische Überempfindlichkeit (Überempfindlichkeit gegenüber Gerüchen)**

Nicht selten reagieren sensorisch überempfindliche Menschen auch auf Gerüche mit Abwehr. Gerade bei Säuglingen und Kleinkindern, die sich noch nicht zu ihren Empfindungen äußern können, ist eine Überempfindlichkeit gegenüber Gerüchen oft nicht eindeutig feststellbar. Daher empfiehlt es sich generell, bei Säuglingen und Kleinkindern stark riechende Dinge aus dem Umfeld zu entfernen. Für überempfindliche Kinder gilt dies noch einmal strenger. Beispielsweise sollte insbesondere im Säuglingsalter zunächst auf Parfüme, Rasierwasser oder Deodorants verzichtet werden. Gleiches gilt für andere Dinge, die stark riechen, beispielsweise Blumen und intensiv riechende Nahrungsmittel.

## **9.3 Unterinformiertheit**

### **9.3.1 Vestibuläre Unterinformiertheit**

Vestibulär unterinformierte Menschen suchen zunächst einmal nach starken Gleichgewichtsreizen (► Abschn. 6.5.3). Bei **Säuglingen und Kleinkindern** beobachtet man beispielsweise, dass sie es eigentlich lieben, stark gewiegt, geschaukelt oder gar hochgeworfen zu werden. Nicht selten lachen und juchzen sie dabei laut. Da die Kinder die Gleichgewichtsreize, obwohl sie sie selbst einfordern, nicht wirklich angemessen verarbeiten können, »kippen« sie nach einiger Zeit in einen übererregten Zustand. Dies passiert häufig in den späten Nachmittagsstunden. Insbesondere Säuglinge sind dann oft schlagartig sehr unruhig und können stundenlang schreien. Jetzt zeigen sie die gleichen Verhaltensmuster wie

die vestibulär überempfindlichen Säuglinge oder Kleinkinder (► Abschn. 9.2.3). Die Überstimulation des Gleichgewichtssinns wirkt sich bei diesen Kindern also verzögert aus.

Auch **größere Kinder und Erwachsene** erleben entsprechende zeitverzögerte Reaktionen auf Gleichgewichtsreize. So können sie über Stunden beispielsweise auf Jahrmärkten, in Spielparks oder Erlebnisbädern intensive Stimulationen des Gleichgewichtssinns suchen. Erst Stunden später sind sie dann unruhig, gereizt oder aggressiv.

### **Schutz vor Überstimulation des Gleichgewichtssinns im Alltag**

In allen Alltagssituationen ist es wichtig, zu viel Stimulation des Gleichgewichtssinns zu vermeiden. Dieser Grundsatz, den wir bereits in Zusammenhang mit der vestibulären **Überempfindlichkeit** formuliert haben, gilt auch für vestibulär **unterinformierte** Säuglinge, Kleinkinder, größere Kinder und Erwachsene. Ein Unterschied besteht allerdings darin, wie streng diese Regel eingehalten werden muss. Vestibulär überempfindliche Menschen sollten über den ganzen Tag viel stärker vor einer Überstimulation geschützt werden. Dies betrifft insbesondere vestibulär überempfindliche Säuglinge und Kleinkinder. Im Gegensatz dazu erleben unterinformierte Menschen meist bereits eine deutliche Verbesserung, wenn bestimmte Dinge im Tagesablauf verändert werden. Das »Kippen« in eine Überempfindlichkeit in den Nachmittags- und frühen Abendstunden kann hierdurch verhindert oder zumindest reduziert werden. In der Regel verbessert sich dadurch auch das Schlafverhalten.

- **Säuglinge und Kleinkinder**
- **Wenig Wippen, Schaukeln und Wiegebewegungen**

Dies ist für Eltern schwierig, da entsprechende Bewegungen als biologisches Muster im Umgang mit Säuglingen und Kleinkindern bei jedem Menschen angelegt sind. Hinzu kommt, dass das vestibulär unterinformierte Kind, ganz anders als das primär überempfindliche, auf Schaukeln und Wippen zunächst mit Rückmeldungen wie Freude, besserem Blickkontakt, Sprache und einer verbesserten Wachheit reagiert.

- **Haltgebende Begrenzung bzw. Grenzsetzung in Alltagssituationen**

Dies betrifft bei Säuglingen und Kleinkindern beispielsweise Füttern, Wickeln oder An- und Ausziehen. Die »haltgebende Begrenzung« im Rahmen des Handlings bei jüngeren Säuglingen haben wir bereits im Zusammenhang mit der vestibulären Überempfindlichkeit beschrieben. Ab Mitte des 1. Lebensjahres wird bei den vestibulär unterinformierten Babys eine Steuerung ihres Verhaltens über klare Grenzsetzung im Rahmen der Erziehung zunehmend wichtiger. Ziele können hier beispielsweise sein, dass das Kind beim Wickeln nicht auf dem Wickeltisch herumturnt oder dass es lernt, beim Essen nicht im Hochstuhl zu wippen oder aufzustehen. In entsprechenden Situationen Grenzen zu setzen ist gerade bei vestibulär unterinformierten Kinder meist nicht einfach, da diese auf Haltgebung und Begrenzung oft mit heftigem Widerstand reagieren. Günstig ist es, wenn die Eltern hier frühzeitig eine Anleitung bekommen.

- **Klarer Druck beim Anfassen**

Bei allen Alltagshandlungen wird das Kind möglichst großflächig und mit etwas Druck angefasst. Dies hilft, Reize besser zu verarbeiten.

- **Bewusste Langsamkeit und Wiederholung**

Über den gesamten Tag gilt es, klar strukturierte Abläufe zu schaffen und ungeordnete Stimulation so weit wie möglich zu vermeiden. Nur so wird die notwendige Organisation von Reizen zur Behandlung der Unterinformiertheit erreicht. Langsamkeit und Wiederholung sind dabei oberstes Gebot. Dies gilt insbesondere für sich wiederholende Situationen wie Wickeln, Anziehen, Füttern oder Zu-Bett-Gehen.

- **Wegnahme von visuellen und akustischen Reizen**

Dies betrifft beispielsweise das Spielzeug. Die vom Kind eigentlich bevorzugten bunten, Lärm machenden Spielzeuge, sollten gegen weniger buntes, wenig Geräusche machendes Spielzeug ausgetauscht werden. Das Kind sollte keinem Radio und Fernsehen ausgesetzt werden. Sinnvoll ist es auch, reizintensive Situationen wie Kaufhäuser, Supermarkt, Bahn oder Bus so weit wie möglich zu

vermeiden. Auch bezüglich des Besuchs von Aktivitäten wie beispielsweise Krabbelgruppen gilt es zu prüfen, inwieweit das Kind anschließend an den Besuch eher in einem überreizten Zustand ist.

### ■ ■ Ankündigung jeder Handlung, Setzen von Achtungszeichen

Eine klare, handlungsbegleitende Sprache mit Achtungszeichen verbessert die Aufmerksamkeit des Kindes. Hierdurch kann es sich wiederholende wichtige Abläufe und Strukturen besser wahrnehmen und verarbeiten. Dies bedeutet eine verbesserte Reizorganisation.

### ■ Größere Kinder

#### ■ ■ Einschränkung von Aktivitäten

Auch bei größeren Kindern empfiehlt es sich, stärker stimulierende Aktivitäten zu reduzieren. Dies kann beispielsweise bedeuten, nicht auch noch einen Freund zu besuchen, wenn am Nachmittag bereits Kinderturnen stattfindet. Längere Pausen mit ruhiger Beschäftigung helfen dem Kind, die aus einer Aktivität entstandenen Sinnesreize zu verarbeiten, bevor die nächste intensivere Beschäftigung erfolgt.

### ■ ■ In allen Situationen eher eine langsame Gangart wählen

Auch wenn es dem Kind damit erst einmal gut geht, gilt es, zu viel Stimulation zu vermeiden. Dies bedeutet, weniger rumzutoben und weniger visuelle und auditive Reize zuzuführen. Fernsehen stellt eine intensive Stimulation dar. Für vestibulär unterinformierte Kinder sind Regeln besonders wichtig, die die Dauer des Fernsehens – ohne Ausnahme – begrenzen. Auch bei Hörkassetten gilt es zu prüfen, ob diese eher beruhigen oder eher reizintensiv sind. Gerade wenn Ein- oder Durchschlafstörungen bestehen, ist es wichtig, am späten Nachmittag und Abend ruhige Dinge zu tun. Beispiele hierfür wären: Die Spielfreunde werden bereits am späten Nachmittag verabschiedet, damit das betroffene Kind vor dem Zu-Bett-Gehen noch eine längere ruhige Zeit erlebt. Wenn der Vater abends nach Hause kommt, ist es günstiger, wenn er ein ruhiges Spiel macht, vorliest oder das Kind mit etwas Druck massiert, statt es durch Schaukeln und anderes Toben zum Lachen zu bringen.

### Besonderheiten für Eltern

Die verzögerte Reaktion ihrer Kinder auf zu viele Reize stellt Eltern vestibulär unterinformierter Kinder vor eine ganz besondere Schwierigkeit. Sie müssen ihr eigenes Verhalten im Umgang mit dem Kind ganz bewusst an mittel- und langfristig wichtigen Zielen ausrichten. Dabei gilt es, kurzfristige »Nachteile« in Kauf zu nehmen, z. B.:

- Kurzfristig vermindert sich die oft starke Freude, die ihr Kind gerade in Zusammenhang mit wilden Aktivitäten und einem häufigen Wechsel zwischen verschiedenen Tätigkeiten zeigt.
- Kurzfristig beschwert sich ihr Kind möglicherweise verstärkt über Langeweile.
- Nicht selten reagieren Kinder auf die beschriebenen Maßnahmen, die mit mehr Struktur und Verzicht auf zu viel Stimulation einhergehen, zunächst mit Widerstand. Dieser Widerstand kann sehr heftig sein.

Eltern vestibulär unterinformierter Kinder sind damit grundsätzlich in einer anderen Situation als Eltern überempfindlicher Kinder. Letztere erleben zeitnah eine Verbesserung im Verhalten ihrer Kinder, wenn sie diese vor überfordernden Sinnesreizen schützen.

Eltern vestibulär unterempfindlicher Kinder benötigen in der Regel therapeutische Unterstützung, um die Zusammenhänge zwischen zunächst positiver und erst später überreizter Reaktion ihres Kindes zu verstehen und damit angemessen umzugehen. Ein wichtiges Ziel ist hierbei, die Unterinformiertheit bereits im Säuglingsalter zu erkennen und im gesamten Umgang mit dem Kind zu berücksichtigen. Unsere Erfahrung ist, dass eine frühe, klare Beratung und Therapie in vielen Fällen zu einem Verschwinden oder zumindest zu einer sehr deutlichen Verbesserung der Symptomatik führt.

Es gibt jedoch eine Gruppe von Kindern, bei denen die Schwierigkeit über einen langen Zeitraum bestehen bleibt. Hier benötigen die Eltern meist in verschiedenen Altersphasen ihres Kindes wiederholt therapeutische Hilfestellung: im Säuglingsalter, im Kleinkindalter, im Vorschul- und

noch einmal im Schulalter. Dies liegt daran, dass sich das reizsuchende Verhalten in verschiedenen Altersstufen immer wieder in anderer Form zeigt und somit die Eltern immer wieder vor andere Herausforderungen gestellt werden.

Im Rahmen der Therapie gilt es, ergotherapeutische und verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen eng miteinander zu vernetzen. Dies entspricht dem Vorgehen im Rahmen des IntraActPlus-Konzepts. Bei denjenigen Kindern, bei denen sich die Symptomatik hierdurch nicht eindeutig verbessert und es zu deutlichen Belastungen für das Kind und die gesamte Familie kommt, gilt es darüber hinaus zu prüfen, in wie weit ein ADHS vorliegt und dieses medikamentös behandelt werden könnte (► Kap. 16).

### **Körperkontakt bei vestibulär unterinformierten Kindern**

Im Körperkontaktverhalten von vestibulär unterinformierten Kindern zeigen sich häufig zwei Besonderheiten:

- Wenn das Kind Körperkontakt aufnimmt, sind die Phasen des Körperkontakts meist nur kurz, da sich das Kind rasch wieder zu reizintensiveren Aktivitäten hingezogen fühlt.
- Im Arm oder auf dem Schoß eines Elternteils ist das Kind kaum wirklich ruhig. Es sucht auch in der körperliche Nähe nach intensiver Stimulation. Es macht zum Beispiel Quatsch, ärgert seine Bezugsperson oder ist motorisch sehr aktiv.

Auch oder gerade für vestibulär unterinformierte Kinder ist es wichtig, dass sie eine gute Fähigkeit zum Körperkontakt aufbauen. Körperkontakt und die damit einhergehende bessere Beziehungsfähigkeit verbessern die Fähigkeit, soziale Signale, insbesondere auch soziale Belohnungen wahrzunehmen (► Abschn. 2.7.8). Dies spielt eine wichtige Rolle für das Lernen in den unterschiedlichsten Bereichen, insbesondere im Bereich der sozialen Kompetenz. Hinzu kommt: Wenn es nicht gelingt, die Fähigkeit zum Körperkontakt aufzubauen, bleiben für die Betroffenen aufgrund ihres stark reizsuchenden Verhaltens Körperkontakt und Beziehung oft lebenslang wenig wichtig. Dies kann beispielsweise im Rahmen einer späteren Partnerschaft zu deutlichen Problemen führen.

Meist ist für diese Kinder die günstigste Zeit für Körperkontakt morgens oder in den Vormittagsstunden. Sie sind dann am ehesten in einem günstigen Aktivierungsniveau. Wenn sich das Kind in dieser Zeit ein Stück weit auf Körperkontakt einlässt, kann eine Schmuszeit als regelmäßiges Ritual eingeführt werden, beispielsweise direkt nach dem Aufstehen. Ziel wäre es, die Dauer des Körperkontakts allmählich zu verlängern und auch auf andere Tageszeiten auszuweiten.

Nicht selten entwickelt sich aus der Besonderheit der vestibulären Unterinformiertheit heraus jedoch eine Körperkontaktstörung, sodass positive Schmuszeiten in der beschriebenen Weise nicht möglich sind. In diesem Fall hilft die Körperbezogene Interaktionstherapie, einen positiven Körperkontakt aufzubauen.

Bei vestibulärer Unterinformiertheit gilt sowohl für Alltagssituationen wie Kuschneln oder Trösten als auch im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie:

- Ankündigung aller Veränderungen,
- Körperkontakt zunächst eher in aufrechter Position,
- klares enges Halten,
- bei Säuglingen besonders auf Stabilisierung des Köpfcchens achten,
- möglichst wenig Wippen und Schaukeln im Körperkontakt,
- eine große innere Ruhe,
- mit eher tiefer, ruhiger Stimme und Pausen sprechen.

Dies sind im Wesentlichen die gleichen Regeln, die auch für vestibulär überempfindliche Kinder gelten. In ihrer Reaktion auf ein entsprechendes Angebot von Körperkontakt unterscheiden sich die unterinformierten Kinder jedoch deutlich von den überempfindlichen:

- **Die meisten vestibulär überempfindlichen Kinder empfinden ein aufrechtes, enges, ruhiges Halten im Körperkontakt als entspannend. Die meisten vestibulär unterinformierten Kinder wehren sich hingegen v. a. anfangs besonders stark, wenn der Körperkontakt in der beschriebenen ruhigen Weise erfolgt.**

Für sie bedeutet ein ruhiges Halten, dass sie wenig stimuliert werden. Dies können sie schwer ertragen. Sie versuchen, diesen Zustand zu beenden. Gleichzeitig geht es ihnen besser, sobald sie sich gegen den Körperkontakt wehren und beispielsweise versuchen, sich herauszuwinden. Dies liegt daran, dass sie durch ein solches Verhalten viel Stimulation erleben.

In diesem Zusammenhang ist für das Üben von Körperkontakt noch Folgendes wichtig: Auf kleinere Bewegungen, Wiegen und andere Stimulationen lässt sich anfangs oft nicht ganz verzichten. Das Üben von Körperkontakt wird bei vestibulär unterinformierten Kindern deutlich einfacher, wenn diese Stimulationen ein Stück weit zugelassen werden. Ziel ist es jedoch, im Laufe der Zeit auch im Körperkontakt mehr und mehr auf Wiegen und Ähnliches zu verzichten.

- 9 **► Wenn Körperkontakt am Morgen oder Vormittag gut gelingt, wäre ein nächster Schritt, die Körperbezogene Interaktionstherapie auch am Nachmittag und frühen Abend durchzuführen, um hierdurch die sich entwickelnde Unruhe günstig zu beeinflussen.**

### 9.3.2 Propriozeptive Störung

Manche Säuglinge, Kinder und Erwachsene wirken in verschiedenen Lebensbereichen eher schlaff und passiv. Sie sitzen lieber als sich zu bewegen. Wenn sie sich bewegen, erscheinen sie verlangsamt und klagen schnell darüber, dass die Bewegungsaktivität sie anstrengt. Ihr Muskeltonus ist eher erniedrigt. Entsprechende Besonderheiten gehen auf der Ebene der sensorischen Verarbeitung meist mit einer Störung im Bereich der Propriozeption oder auch Eigenwahrnehmung (► Abschn. 6.6) einher. Informationen aus dem Bewegungsapparat, v. a. aus den Sehnen, Muskeln und Gelenken, werden nicht angemessen verarbeitet.

Ein solcher schlaffer, unteraktiver Zustand wirkt sich in vielen Lebensbereichen ungünstig auf das Lernen und die gefühlsmäßige Befindlichkeit aus. Betroffene Kinder benötigen in aller Regel nicht nur im Säuglingsalter, sondern begleitend durch

das Kleinkindalter, die Kindergarten- und Schulzeit Unterstützung, um Folgendes zu erreichen:

**Lernen und Wohlbefinden in den unterschiedlichsten Lernbereichen.** Wichtig ist, dass das Kind in möglichst allen Lernsituationen auf ein günstiges Aktivierungsniveau kommt und dieses über immer längere Zeiten aufrechterhalten kann. Langfristiges Ziel ist es, dass es den Betroffenen gelingt, sich selbst innerlich so zu aktivieren, dass sie gut lernen können und sich dabei wohlfühlen. Der Reiz »Lernen« bekommt eine andere Valenz, indem er mit Positivem gekoppelt wird (vgl. Jansen & Streit, 2006).

**Lernen und Wohlbefinden in sozialen Situationen.** Die Betroffenen nehmen oft wenig Blickkontakt auf und spüren auch sonst ihre Mitmenschen meist nicht wirklich gut. Deswegen lassen sie sich auch häufig durch ihre Mitmenschen weniger aktivieren. Dies führt zu einem schlechteren Lernen im sozialen Bereich. Freude mit anderen Menschen kommt weniger auf. Auch für soziale Situationen ist es daher das Ziel, bei den Kindern so oft wie möglich eine gute Aktivierung zu erreichen. In diesem aktivierten Zustand kann das Lernen sozialer Kompetenzen am besten gefördert werden.

Ergänzend zu den im Folgenden beschriebenen Vorgehensweisen im Alltag und in Zusammenhang mit Körperkontakt sind folgende Therapiemaßnahmen sinnvoll:

- Im **Säuglingsalter** empfiehlt sich der frühzeitige Einsatz neurophysiologischer Krankengymnastik nach Vojta oder Bobath. Diese Form der Krankengymnastik bewirkt u. a. eine starke Stimulation der Eigenwahrnehmung und führt zu einem verbesserten allgemeinen Aktivierungsniveau. Ergänzend kann die sensorische Integrationstherapie helfen, die Eigenwahrnehmung stärker zu stimulieren.
- Bei **Kindern** werden im Rahmen der sensorischen Integrationstherapie Übungen durchgeführt, die darauf abzielen, die Rezeptoren in Sehnen, Muskeln und Gelenken deutlich anzuregen. Hierzu sind stärkere, besonders klare und lang anhaltende Stimulationen wichtig. Diese werden möglichst oft und in kurzem zeitlichem Abstand wiederholt. Hierdurch kann der Betroffene diese Signale besser wahrnehmen,

verarbeiten und mit Informationen aus anderen Sinnessystemen vernetzen. Beispielsweise lässt man größere Kinder gegen Widerstand arbeiten. Sie können Seile ziehen oder Dinge mit dem ganzen Körper oder mit den Füßen wegdrücken. Gleichzeitig werden die Eltern angeleitet, wie sie ihre Kinder im Alltag im Bereich der Propriozeption anregen können. All dies wird individuell auf das Kind abgestimmt.

- **Dicht aufeinanderfolgende Signale führen zu einer stärkeren Aktivierung. Hier geht man also bewusst ganz anders vor als bei überempfindlichen Menschen. Bei Letzteren lässt man eher längere Pausen zwischen den Stimulationen, um eine Überaktivierung zu verhindern.**

### Stimulation im Alltag

#### ■ Säuglinge und Kleinkinder

Normalerweise findet bei Säuglingen und Kleinkindern entscheidendes Lernen in praktisch allen Alltagssituationen statt. Beispielsweise beobachtet das Kind zunächst, wie eine Socke angezogen, ein Löffel in die Hand genommen oder ein Schraubverschluss gedreht wird. Bereits beim Beobachten lernt es. In der Folge übt es die vorher beobachteten Handlungen, indem es sie immer wieder selbst probiert. Während all dieser alltäglichen Tätigkeiten trainiert es die Steuerung von Handlungsabläufen, Fein- und Grobmotorik, Verstehen von Sprache und ggf. aktives Sprechen. Voraussetzung für ein erfolgreiches Lernen in Alltagssituationen ist, dass das Kind sich gut spürt und auf einem guten Aktivierungsniveau ist. Beides ist bei Kindern, die in vielen Situationen in einem unteraktivierten Zustand sind, oft nicht der Fall. Weil ihnen in vielen Situationen der Antrieb fehlt, beobachten sie weniger aktiv und wiederholen weniger. Weil sie sich gleichzeitig aufgrund ihrer propriozeptiven Störung schwerer tun, sich selber gut wahrzunehmen, können sie beobachtete Handlungen anderer weniger gut in eigene motorische Programme übersetzen.

Um ihr unteraktiviertes Baby oder Kleinkind in Zusammenhang mit dem Lernen auf ein gutes Aktivierungsniveau zu bringen, können Eltern und andere Bezugspersonen Folgendes tun:

#### ■ ■ Klares Anfassen mit deutlichem und anhaltendem Druck

Dies gilt für alle alltäglichen Handlungen wie z. B. Hochnehmen und Ablegen, Wickeln, An- und Ausziehen, Füttern, Baden oder Waschen. Die Kinder werden länger, mit der ganzen Handfläche und mit mehr Druck angefasst. Hierdurch werden die Propriozeptoren stärker angeregt. Dies aktiviert das Kind, verbessert sein Aktivierungsniveau und fördert die Wahrnehmungs- und Lernfähigkeit. Das Kind kann besser spüren, was mit ihm passiert.

#### ■ ■ Für Enge und Begrenzung sorgen:

In allen Situationen, bei denen das Kind auf einer Unterlage liegt, z. B. auf dem Wickeltisch, kann Begrenzung gegeben werden, indem eine geöffnete Hand mit klarem Druck auf die Brust des Kindes gelegt wird. Druck und Gewicht auf der Brust stimulieren die Propriozeption und helfen dem Kind, sich besser zu spüren. Zu diesem Zweck kann auch ein auf die Brust gelegtes Gewicht, beispielsweise ein mit schwerem Material gefülltes Säckchen dienen. Zusätzlich ist es günstig, das Köpfchen durch ein zusammengefaltetes Handtuch etwas zu erhöhen. Auch eine Begrenzung am Kopf und seitlich am Körper, beispielsweise durch ein Stillkissen oder eine Handtuchrolle, bewirkt eine stärkere Stimulation der Eigenwahrnehmung und kann helfen, aufmerksamer zu werden. Beim Stillen und Füttern wird das Kind möglichst eng am Körper gehalten. Die Füße werden dabei klar und mit Druck umfasst, Hüfte und Beine sind leicht gebeugt. Beim Schlafen kann eine Begrenzung beispielsweise durch einen nicht zu weiten Schlafsack erreicht werden.

Durch Enge und Begrenzung kommt es zu einer stärkeren, anhaltenden und damit besser wahrnehmbaren Stimulation der Rezeptoren in Muskeln, Sehnen und Gelenken. Die Kinder spüren sich besser und werden wacher und aktiver.

#### ■ ■ Ansprache mit stark aufforderndem Charakter:

Hiermit ist eine Ansprache gemeint, bei der über verschiedene Sinneskanäle gleichzeitig stärkere und eindeutige Signale gesendet werden, beispielsweise gleichzeitig eine energische Stimme, eine starke Mimik und ein Berühren mit klarem Druck. Wenn über verschiedene Sinneskanäle Signale

eingehen, so verstärken sie sich in ihrer Wirkung gegenseitig. Man bezeichnet dies auch als »cross-modale Summation« (► Abschn. 7.5.6). Indem man klare Signale über mehrere Sinneskanäle gleichzeitig sendet, kommt es also zu einem besonders deutlichem Aktivierungsanstieg und damit zu einer deutlichen Verbesserung der Lernfähigkeit des Kindes. Wie eine solche klare Stimulation über verschiedene Sinneskanäle erfolgen kann, soll das folgende Beispiel verdeutlichen. Es geht dabei um das Üben von Imitationsverhalten. Da das Imitieren (Nachahmen) für alles Lernen wichtig ist, sollte es im Alltag so häufig wie möglich geübt werden, beispielsweise beim Wickeln oder Spielen.

### Beispiel

Das Baby liegt in der Rückenlage mit den Schultern und Armen zwischen den Unterarmen und Händen der Mutter. Sein Kopf ist leicht erhöht. Die Füße werden an den Bauch der Mutter gehalten, die Hüfte ist leicht gebeugt. Bevor die Mutter beginnt, das Nachahmen zu fördern, bringt sie zunächst ihr Kind in ein für das Lernen günstiges Aktivierungsniveau. Hierzu gibt sie über ihre Unterarme und Handflächen großflächigen Druck auf den Körper des Kindes. Dieser Druck wird über mehrere Sekunden gehalten und mehrmals wiederholt. Die Pausen zwischen den einzelnen Wiederholungen werden eher kurz gehalten (ganz anders als bei den überempfindlichen Säuglingen), um ein Abfallen des Aktivierungsniveaus zu vermeiden.

Auch über die Sprache gibt die Mutter ihrem Baby deutliche Signale. Sie spricht ihr Kind mit deutlicher Stimme und sportlichem Aufforderungscharakter an. Beispielsweise:

»Pass auf, und jetzt« – Die Mutter steckt die Zunge raus.

Dies macht die Mutter mehrmals hintereinander. Im Verlauf des Tages wird dann genau diese Handlung immer wieder in kurzen Sequenzen wiederholt.

Während die Mutter in dieser Weise mit ihrem Kind kommuniziert, achtet sie darauf, ihr Gesicht in das Wahrnehmungsfeld des Kindes zu bringen. Sie sendet starke Signale über ihre

Mimik. Sobald der Säugling reagiert, beispielsweise mit mehr Bewegung, mehr Mimik, Blickkontakt, lautlichen Äußerungen oder sogar Nachahmung, wird er stark mit freudvoller Mimik und Stimme gelobt.

Eine solche stark auffordernde Ansprache hilft unterinformierten Säuglingen und Kleinkindern, ihre allgemeine Aktivierung über einen längeren Zeitraum auf einem höheren Niveau zu halten. Eltern beschreiben ihre Kinder auch in der Folge als aktiver und anstrengungsbereiter. Neben der Lernbereitschaft verbessert sich meist auch die Zufriedenheit der Kinder insgesamt. Unruhe und Quengeln nehmen ab.

Zu einem späteren Zeitpunkt kann dann eine andere Handlung in gleicher Weise hinzugenommen werden. Beispielsweise:

»Pass auf, und jetzt« – Die Mutter macht den Mund auf und zu.

»Pass auf, und jetzt« – Die Mutter führt einen intensiven Augengruß aus.

Allmählich wird dann zwischen verschiedenen Handlungen abgewechselt, sodass sich eine Art von Spiel entwickelt, bei dem schrittweise auch Laute und Silben eingebaut werden.

### ■ Vor Alltagshandlungen en Massagetechniken einsetzen

Sinnvoll sind hier alle Massagetechniken, bei denen mit klarem Druck gearbeitet wird. Hierdurch werden die Rezeptoren im Bereich der Eigenwahrnehmung deutlich angeregt. Wir bezeichnen dies als »tiefensensorische« Massage. Diese führt in der Regel zu einem verbesserten allgemeinen Aktivierungsniveau. Das Baby kann die nachfolgende Handlung besser verarbeiten und dabei auch besser in Beziehung gehen. Die Anleitung für eine solche Massage muss durch ausgebildete Therapeuten erfolgen.

### ■ Größere Kinder

Auch bei größeren eher schlaffen, unteraktivierten Kindern ist in allen Lern- und Alltagssituationen eine klare Stimulation über die Eigenwahrnehmung und andere Sinnessysteme günstig. Dies betrifft beispielsweise folgende Lernsituationen:

- Malen,
- Puzzles machen,
- Gesellschaftsspiele,
- Situationen, in denen Selbstständigkeit aufgebaut wird, wie Anziehen, Zähneputzen etc.,
- frühe Förderung und Therapie, beispielsweise Ergotherapie oder Logopädie,
- gezieltes Aufbauen von Kompetenzen für die Schule im Kindergartenalter wie Zählen, Stifthaltung, erstes Lesen etc.,
- schulisches Lernen.

In all diesen Situationen gilt:

- klare energische Ansprache mit einer gewissen Lautstärke,
- das Kind öfters anfassen, und zwar mit klarem Druck,
- beim Sprechen das Kind anschauen,
- Blickkontakt einfordern, sofern dies nicht eine besondere Schwierigkeit für das Kind darstellt,
- starkes Lob für Einlassen,
- das Kind gleich zu Beginn in eine gute aktivierte Lernhaltung bringen. Dies kann beispielsweise so aussehen: Die Bezugsperson schaut das Kind an. Sie achtet selbst auf eine aktive, aufrechte Körperhaltung und sagt mit kräftiger Stimme: »Achtung, Paul (Pause), jetzt setzt dich mal ganz gerade hin!« (sobald Paul sich bemüht und sich in eine bessere Aktivierung bringt, wird er dafür stark gelobt),
- Einsatz des Feedbacks im Sekundenfenster für ein Absinken des Aktivierungsniveaus (vgl. Jansen & Streit, 2006),
- Lerneinheiten jeweils so kurz wählen, dass es dem Kind gelingt, während des gesamten Lernens in einer guten Körperspannung und damit guten Aktivierung zu bleiben,
- positives Ende in guter Aktivierung mit abschließendem Lob.

### Stimulation im Körperkontakt

Aufgrund der Unteraktivierung und verminderter Eigenwahrnehmung müssen alle Signale im Körperkontakt klar und eindeutig gesetzt werden. Je klarer die Signale, desto besser können die Betroffenen im Körperkontakt sich selbst und ihre Mutter oder ihren Vater spüren. Dies ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass Körperkontakt und

Beziehung zu guten Gefühlen führen und dass es zu einer positiven Kommunikation mit Blickkontakt, miteinander Sprechen und gegenseitigem sich Spüren kommt. Sowohl für die Körperkontaktaufnahme im Alltag als auch für ein Üben von Körperkontakt im Rahmen der Körperbezogenen Interaktionstherapie bedeutet dies v. a.:

- Im Körperkontakt deutlicher, nachhaltiger Druck. Wichtig ist, dass nicht erst im Verlauf des Körperkontakts allmählich zu klarerem Druck übergegangen wird, sondern dies von Beginn an geschieht. Das gilt bereits für Säuglinge, auch wenn es hier den Eltern oft schwerfällt. Sie haben meist das Gefühl, ihr Baby bereits viel zu stark an sich zu drücken, obwohl diesem möglicherweise noch mehr Druck gut täte. Hier brauchen Eltern in der Regel eine Anleitung. Sie können beispielsweise unter Zuhilfenahme von Videoaufzeichnungen wahrnehmen, wie ihr Baby reagiert, wenn sie es im Körperkontakt deutlicher an sich drücken. Wenn sie am Video sehen, wie das Kind bei klarerem Druck wacher wird, mehr Mimik zeigt und vielleicht beginnt, freudvoll zu lautieren, fällt es den Eltern leichter, mit dieser deutlichen Stimulation fortzufahren.
- Körperkontakt mit starken Signalen über andere Kanäle verbinden, beispielsweise mit einer klaren deutlichen Ansprache oder einem Massieren mit Druck.
- Wenn das Aktivierungsniveau des Kindes absinkt, Druck und andere intensive Signale noch einmal verstärken und für dieses ungünstige Verhalten frühzeitig mit etwas lauterer Stimme eine Grenze setzen, z. B. »Paul, du schläfst mir jetzt nicht ein« oder »Hallo, Paul, hier ist die Mama, bleib wach!« Bei Besserung sofortige positive Verstärkung durch Lob, z. B. »Toll Paul, da bist du ja wieder!«
- Das Kind wach halten wenn es dösig wird und einschlafen möchte.
- Starkes Loben, das mit intensiven positiven Signalen in Gesicht und Stimme einhergeht.
- Beibehalten des Körperkontakts bis zur ersten positiven Situation. Diese wird dann für Beziehungsaufnahme, sprachliche Kommunikation und Imitation genutzt.

- Wichtig für Eltern ist es, dass die Kinder oft verlangsamt auf den Blickkontakt reagieren und diesen oft zunächst auch nur kurz halten. Es gilt, diese kleinen positiven Veränderungen wahrzunehmen, zu loben und die intensive Stimulation fortzusetzen. Das Gleiche gilt für die sprachliche Kommunikation und Imitation im Zusammenhang mit Körperkontakt.
- Wiederholen des Körperkontakts in dichtem zeitlichem Abstand. Dies kann durchaus mehrmals am Tag sein.
- Positives Ende in guter Aktivierung mit abschließendem Lob.

#### 9.4 Videounterstützte Elternanleitung

In aller Regel benötigen Eltern bezüglich des Umgangs mit der sensorischen Integrationsstörung ihres Säuglings, Kleinkindes oder größeren Kindes eine Anleitung. Diese können sie durch in diesem Bereich ausgebildete Ergotherapeutinnen bzw. -therapeuten oder Krankengymnastinnen bzw. -gymnasten, aber auch durch geschulte Kinderärzte, Psychologen, Pädagogen oder Hebammen bekommen.

Im Rahmen des IntraActPlus-Konzepts wird immer gleichzeitig an der Steuerung des Verhaltens des Kindes durch die Eltern gearbeitet, z. B. grundlegend positive Beziehung, Blickkontakt, Lob für Einlassen, angemessene Geschwindigkeit, angemessenes klares Sprechen mit dem Kind etc. Diese Arbeitsweise (vgl. Jansen & Streit, 2006) gilt auch für die Behandlung von Kindern mit sensorischen Integrationsstörungen.

Die Elternanleitung im Rahmen des IntraActPlus-Konzepts wird unter Zuhilfenahme von Videoaufzeichnungen durchgeführt. Wie dies ablaufen kann, möchten wir im Folgenden für das Handling beim Wickeln eines sensorisch überempfindlichen Säuglings beispielhaft darstellen:

- Mutter bzw. Vater und Kind werden auf Video aufgenommen. Dabei wird u. a. das Wickeln gefilmt.
- Anhand dieser Standardaufzeichnungen wird den Eltern der Zusammenhang zwischen eigenem Verhalten und Verhalten des Kindes

verdeutlicht. Ungünstige und günstige Verhaltensweisen beim Wickeln werden besprochen.

- Anschließend kann die Therapeutin oder der Therapeut den Eltern das günstigere Handling an einer Puppe verdeutlichen. Beispielsweise kann er den Eltern anhand einer Puppe vor-machen, wie sie ihren überempfindlichen Säugling so wickeln, dass eine Übererregung so weit wie möglich verhindert wird.
- Die Mutter oder der Vater übt das Wickeln zunächst an der Puppe. Hierdurch fühlen sich die Eltern deutlich sicherer, wenn sie das Wickeln in der veränderten Form anschließend mit ihrem Baby machen. Der Säugling wird so weniger durch eine anfängliche Schwierigkeit der Eltern mit der neuen Art des Handlings irritiert. Die Eltern dürfen so lange mit der Puppe üben, bis sie alle wichtigen Verhaltensweisen im Rahmen des Wickelns gut abrufen können.
- Als nächstes wickelt die Mutter oder der Vater ihr Baby in der soeben geübten Weise. Sie werden von der Therapeutin oder dem Therapeuten unterstützt, wenn sie Hilfestellungen benötigen.
- Zu einem späteren Zeitpunkt wird eine erneute Videoaufzeichnung der Wickelsituation angefertigt und besprochen. Hierbei werden die wichtigsten Vorgehensweisen im Rahmen des Handlings mit den Eltern noch einmal durchgegangen.
- Wenn die Eltern bezüglich des Handlings in der Wickelsituation ganz sicher sind und dies auch aktiv für die Beziehungsgestaltung nutzen, werden sie schrittweise unterstützt, das Gelernte auch auf andere Alltagssituationen zu übertragen. Dies gilt beispielsweise für das Füttern, das Baden, das Einschlafritual etc.

#### Literatur

- Jansen, F. & Streit, U. (2006). *Positiv lernen*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Schaaf, H., Kastellis, G. & Hesse, G. (2009). Geräuschüberempfindlichkeit: Hyperakusis – Phonophobie – Redrruitment. *HNO kompakt*, 17(4), 227–237.
- Yerkes, R. M. & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative and Neurological Psychology*, 18, 459–482.

# Körperkontaktstörungen bei Frühgeborenen verhindern, erkennen und behandeln

*Sabine Nantke, Uta Streit*

- 10.1 Frühgeborene als besondere Risikogruppe für Körperkontaktstörungen – 194**
  - 10.1.1 Körperkontakt nach der Geburt – Unterschiede zwischen normaler Geburt und Frühgeburt – 194
  - 10.1.2 Unreife des autonomen Nervensystems – 196
  - 10.1.3 Sorgen und Stress der Eltern – 198
- 10.2 Einer Körperkontaktstörung bei Frühgeborenen vorbeugen – 200**
  - 10.2.1 Körperkontakt in Form der Känguru-Methode – 200
  - 10.2.2 Umgang mit den jeweiligen Besonderheiten – 200
  - 10.2.3 Frühe Kommunikation mit dem Frühgeborenen – 203
  - 10.2.4 Wenn Körperkontakt noch nicht möglich ist – 206
  - 10.2.5 Körperkontakt in unangenehmen Situationen – 208
  - 10.2.6 Umgang mit Schwierigkeiten im Körperkontakt im weiteren Verlauf – 209
- 10.3 Videoarbeit nach dem IntraActPlus-Konzept im Frühgeborenen- und Säuglingsbereich – 210**
  - Literatur – 211**

## 10.1 Frühgeborene als besondere Risikogruppe für Körperkontaktstörungen

Frühgeborene Kinder bekommen heute bereits auf der Intensivstation viel häufiger Körperkontakt angeboten als noch vor 10 oder 20 Jahren. In der Regel geschieht dies entsprechend der sog. »Känguru-Methode«. Hierbei liegt das Baby unbekleidet auf dem nackten Oberkörper seiner Mutter oder seines Vaters.

Die Känguru-Methode wird heute auf nahezu allen Frühgeborenen-Intensivstationen durchgeführt. Trotzdem stellen wir in der Nachbetreuung fest, dass viele ehemalige Frühgeborene Schwierigkeiten mit Körperkontakt haben. Die betroffenen Säuglinge lassen vielleicht ein kurzzeitiges An-sich-Drücken zu, werden dann aber bald im Körperkontakt unruhig und versuchen, sich vom Körper der Mutter bzw. des Vaters wegzudrücken. Bei diesen Babys ist in der Regel auch ein Trösten in körperlicher Nähe nur schwer möglich. Woran liegt es, dass trotz der heute deutlich verbesserten Versorgung Frühgeborener mit Körperkontakt viele dieser Babys später Schwierigkeiten mit Körperkontakt haben? Wir nehmen an, dass u. a. folgende Faktoren eine Rolle spielen:

- Im Vergleich zu einer normalen Geburt bekommen Frühgeborene, besonders wenn sie noch sehr klein und unreif sind, meist nicht von Anfang an, sondern z. T. erst nach Tagen den ersten längeren Körperkontakt. Dies führt dazu, dass sich die mit dem Körperkontakt verbundene gegenseitige Regulation von Mutter bzw. Vater und Kind völlig anders gestaltet als nach einer normalen Geburt.
- Das Nervensystem des Frühgeborenen ist wenig ausgereift. Besonders die Hemmung von Übererregung gelingt noch schlecht. Mit seinem unreifen Nervensystem ist das Frühgeborene nun – viel mehr als ein normales Neugeborenes – intensiven und oft unangenehmen Reizen ausgesetzt. Treten entsprechende Reize in Zusammenhang mit Körperkontakt auf, kann Körperkontakt mit unangenehmen Empfindungen verbunden werden.
- Infolge der nicht selten kritischen medizinischen Situationen ihres Babys sind die Eltern

frühgeborener Kinder häufiger als andere Eltern in Sorge, Angst oder Stress. Diese Gefühle können den Körperkontakt ungünstig beeinflussen.

Sofern keine korrigierenden Erfahrungen gemacht werden, bleibt eine Schwierigkeit mit Körperkontakt in der Regel lebenslang bestehen. In diesen Fällen beobachtet man bei ehemaligen Frühgeborenen auch im Vorschul- und Schulalter bis hin zum Erwachsenen unterschiedlich ausgeprägte Schwierigkeiten, Körperkontakt zuzulassen.

Wir möchten in diesem Kapitel Maßnahmen zur Verhinderung einer solch ungünstigen Entwicklung darstellen. Diese Maßnahmen sind das Ergebnis unserer praktischen Arbeit mit Frühgeborenen, ihren Eltern und den Mitarbeitern der Frühgeborenen-Intensivstation des Vivantes-Klinikums in Berlin-Friedrichshain. **Ganz besonders möchten wir uns bei den Schwestern der neonatologischen Intensivstation und unseren ehemaligen studentischen Mitarbeiterinnen Danielle Thieme und Frances Gath bedanken, die uns durch ihre Unterstützung, ihr Mitdenken und v. a. das Erstellen von unzähligen Videoaufzeichnungen tatkräftig und mit großer Begeisterung geholfen haben.**

### 10.1.1 Körperkontakt nach der Geburt – Unterschiede zwischen normaler Geburt und Frühgeburt

#### ■ Normale Geburt

Wenn ein Baby termingerecht auf die Welt kommt und die Geburt normal verläuft, beginnen Mutter und Kind in der Regel sofort, sich gegenseitig kennenzulernen. Dies geschieht im Körperkontakt. Idealerweise liegt das Kind in den ersten Minuten und Stunden nach der Entbindung unbekleidet auf dem nackten Oberkörper der Mutter und beide haben ausreichend Zeit und Ruhe, um sich über alle Sinne wahrzunehmen. In einem solchen intensiven Körperkontakt können Mutter und Neugeborenes optimal auf genetisch mitgegebene Verhaltensweisen zurückgreifen, mit denen sie nicht nur das Verhalten des jeweils anderen beeinflussen, sondern

bei diesem auch entscheidende physiologische Veränderungen bewirken.

Ein Beispiel für eine solche genetisch mitgegebene gegenseitige Regulation von Verhalten und Physiologie ist die Stimulation der Ausschüttung des Bindungshormons Oxytocin im Körperkontakt. Das Neugeborene berührt die Brust der Mutter. In der Regel sucht es bereits in der ersten halben Stunde die Brustwarze und versucht, daran zu nuckeln. Dieses Verhalten des Babys, aber auch den Säugling auf der Haut zu spüren, ihn zu riechen, zu hören und zu sehen, bewirkt bei der Mutter einen starken Anstieg des Oxytocinspiegels (Matthiesen et al., 2001). Oxytocin setzt u. a. den Milchfluss in Gang und bewirkt, dass sich die Gebärmutter zusammenzieht. Eine weitere wichtige Auswirkung des Hormons Oxytocin ist, dass es Stress reduziert. Damit hilft es der Mutter, nach der Anstrengung und Aufregung der Geburt wieder ruhig und entspannt und damit noch offener für die Beziehungsaufnahme zu werden.

Eine der wichtigsten Funktionen des Oxytocins besteht jedoch darin, dass es den Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung unterstützt (Heinrichs & Domes, 2008). Es fördert, dass die Mutter genetisch mitgegebene Verhaltensprogramme gegenüber dem Kind abrufen. Je höher der Oxytocinspiegel in der Schwangerschaft und unmittelbar nach der Geburt ist, desto ausgeprägter sind entsprechende mütterliche Verhaltensweisen (Feldman et al., 2007).

In der Regel lassen sich unmittelbar nach der Geburt bei den Müttern folgende intuitive Verhaltensweisen beobachten (Klaus, 2007): Die meisten Mütter berühren zuerst Arme und Beine des Säuglings leicht mit den Fingerspitzen. Etwas später beginnen sie, ihr Kind mit der ganzen Handfläche zu streicheln. Erst ganz zuletzt berühren sie das Köpfchen. Dabei kommunizieren die Mütter liebevoll mit ihrem Baby. Mehr und mehr gehen sie dazu über, es beim Vornamen zu nennen. Da Oxytocin auch die Wahrnehmung sozialer Signale verstärkt, fühlt, riecht, sieht und hört die Mutter ihr Baby gleich bei dieser ersten Beziehungsaufnahme ganz besonders intensiv.

Das Neugeborene ist in gleicher Weise bestens auf den Bindungsaufbau zu seinen Eltern vorbereitet. Auch bei ihm kommt es durch den Körperkon-

takt, das Streicheln und alle anderen Beziehungssignale seiner Mutter zu einer vermehrten Oxytocinausschüttung. Gleichzeitig ist das Neugeborene aufgrund der Noradrenalin- und Adrenalin-Ausschüttung unter der Geburt gerade in den ersten Stunden sehr wach.

Beide Hormone bewirken gemeinsam, dass das Baby von Anfang an seine Mutter über alle Sinneskanäle intensiv wahrnimmt. Es fühlt und riecht seine Mutter. Es reagiert auf die Stimme seiner Mutter und bevorzugt diese gegenüber anderen Stimmen (Beauchemin et al., 2011; DeCasper & Fifer, 1980). Es richtet seine Aufmerksamkeit bevorzugt auf das Gesicht der Mutter (Bakti et al., 2000). Auch wenn es noch nicht gut sehen kann, beginnt hier bereits ein Lernen im Bereich der Wahrnehmung von Gesichtern. Wenn dieses Lernen in den nächsten Tagen und Wochen ungestört fortgeführt wird, kann der Säugling bald längeren Blickkontakt aufnehmen und durch soziales Lächeln Beziehung immer aktiver gestalten. Der Aufbau von Bindung und die hiermit verbundene wechselseitige positive Beeinflussung der hormonellen und neuronalen Regulation verstärken sich in den nächsten Tagen durch wiederholten langen und ungestörten gemeinsamen Körperkontakt.

► **Normalerweise kommt es also bereits unmittelbar nach der Geburt im Körperkontakt zu einem extrem feinen Zusammenspiel zwischen Neugeborenem und Mutter. Auch bei seinem Vater löst das Baby intuitive Verhaltensweisen aus, die dem Aufbau einer intensiven Beziehung zwischen beiden dienen.**

In der Forschung hat man sich zunächst v. a. auf die Mütter konzentriert. Erfreulicherweise gab es in den letzten Jahren auch erste Studien, die den Zusammenhang zwischen Oxytocin und der Vater-Kind-Interaktion untersucht haben. Sehr eindrucksvoll sind die Ergebnisse von Weisman, Zagoory-Sharon und Feldman (2012). Hier bekamen Väter vor der Interaktion mit ihren 5 Monate alten Babys in Form eines Nasensprays entweder Oxytocin oder ein Placebopräparat. Die anschließende Vater-Kind-Interaktion wurde auf Video

aufgezeichnet und ausgewertet. Es zeigte sich, dass diejenigen Väter, die das Oxytocin erhalten hatten, ihre Babys häufiger berührten und in der Interaktion feiner auf das Kind abgestimmt waren. Noch spannender aber war: Hatte der Vater vorher Oxytocin bekommen, so war anschließend auch bei seinem Baby der Oxytocinspiegel erhöht. Da das Baby selbst kein Oxytocin bekommen hatte, konnte der Anstieg des Oxytocins nur durch die intensivere und gleichzeitig feinfühligere Beziehungsaufnahme durch den Vater infolge des Oxytocins bewirkt worden sein. Auch im Verhalten der Kinder zeigten sich Unterschiede: Diejenigen Säuglinge, deren Väter Oxytocin bekommen hatten, nahmen länger Blickkontakt auf und beschäftigten sich länger mit einem angebotenen Spielzeug.

➤ **Was in der beschriebenen Studie durch ein oxytocinhaltiges Nasenspray bewirkt wurde, löst die Natur mithilfe des Körperkontakts. Lang anhaltender, ungestörter und entspannter Körperkontakt unterstützt den Aufbau und die Aufrechterhaltung der fein abgestimmten gegenseitigen Regulation zwischen Mutter bzw. Vater und Kind in optimaler Weise.**

Wie die große Anzahl von Studien zum frühen Körperkontakt (► Kap. 4) zeigt, ist diese feine gegenseitige Regulation entscheidend für

- die **Gesundheit** des Kindes,
- seine Fähigkeit, neue **Reize gut zu verarbeiten** und auch unangenehmere Situationen gut zu bewältigen und
- seine geistige und körperliche **Entwicklung**.

#### ■ **Frühgeburt**

Wenn ein Kind zu früh auf die Welt kommt, ergibt sich für den Körperkontakt eine vollständig andere Situation als nach einer normalen Geburt. Viele Eltern von Frühgeborenen werden ab der ersten Lebensminute von ihrem gerade geborenen Baby getrennt. Das Kind wird intensivmedizinisch versorgt, die Mutter im Kreißsaal und später auf der Entbindungs- oder sogar Intensivstation. Für viele Eltern Frühgeborener ist es nicht einmal möglich, ihr Baby nach der Geburt zu berühren oder gar in

den Arm zu nehmen. Manchmal gelingt nur ein kurzer Blick. Der erste Körperkontakt muss meist auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Dies bedeutet, dass **normale intuitive Verhaltensweisen der Eltern sowie entsprechende Veränderungen auf physiologischer Ebene nicht wie nach einer normalen Geburt abgerufen werden**.

Auch wenn die Eltern Frühgeborener heute fast immer die Möglichkeit zum Körperkontakt mit ihrem Baby bekommen, dauert es oft Tage, bis das Frühgeborene das erste Mal für längere Zeit nackt auf dem Oberkörper seiner Mutter oder seines Vaters liegt. Dies wird aus einer 2012 in Deutschland durchgeführten Studie deutlich, an der 162 Frühgeborenenstationen in Deutschland teilnahmen. Fast alle gaben an, die Möglichkeit zum Körperkontakt anzubieten. Allerdings gab es fast überall Einschränkungen bezüglich der Durchführung. In manchen Kliniken mussten Frühgeborene beispielsweise erst ein Mindestgewicht oder Mindestalter haben, damit ihre Eltern sie in den Körperkontakt nehmen konnten (Thiel, Längler & Ostermann, 2012).

### 10.1.2 Unreife des autonomen Nervensystems

Ein weiterer wichtiger Risikofaktor für die Entstehung von Körperkontaktstörungen bei Frühgeborenen ist die Unreife ihres autonomen Nervensystems. Diese Unreife des autonomen Nervensystems führt dazu, dass Frühgeborene durch Sinnesreize besonders leicht erschrecken. Dies lässt sich beispielsweise an häufigen überschießenden Bewegungen im Sinne einer Moro-Reaktion erkennen. Wenn das Frühgeborene erschrickt, bedeutet das immer, dass es einen Sinnesreiz nicht gut verarbeiten konnte und der Reiz bei ihm daher Stress und andere unangenehme Gefühle auslöste. Besonders schwer fällt es dem Frühgeborenen, Sinnesreize zu verarbeiten, wenn

- Reize besonders stark sind,
- wenig zeitlicher Abstand zwischen den Reizen ist, sodass ein Reiz noch nicht vollständig verarbeitet ist, wenn bereits der nächste folgt,



■ **Abb. 10.1** Der frühgeborene Junge berührt das Kinn des Vaters. Die etwas kratzigen Bartstoppeln lösen bei ihm zunächst eine unangenehme Empfindung aus (links). Kurze Zeit später hat das Kind sich bereits ein Stück weit an die neue Wahrnehmung gewöhnt und beginnt, sich zu entspannen (rechts). (© Jansen & Streit)

- über verschiedene sensorische Systeme gleichzeitig Reize eingehen,
- Reize für das Frühgeborene unangekündigt kommen.

Auch die Art des Sinnesreizes spielt eine Rolle. So ist beispielsweise leichtes, diffuses Streicheln schwerer einzuordnen als ein Anfassen mit klarem Druck (vgl. hierzu ► Kap. 6).

Nun kann Körperkontakt mit sehr vielen Sinnesreizen verbunden sein. Der Wechsel vom Inkubator auf den Körper der Bezugsperson bedeutet, dass das Baby in verschiedene Richtungen bewegt wird, und stellt damit eine Stimulation des Gleichgewichtssinns dar. Wenn diese Bewegungen eher schnell erfolgen und für das Frühgeborene ohne Ankündigung passieren, kann dieses bereits in einem Zustand hoher Erregung in den Körperkontakt kommen. Hinzu kommen weitere Sinnesreize, die beispielsweise durch die Berührung und die Veränderung der Umgebungstemperatur entstehen. Während des Körperkontakts selbst kann das Frühgeborene eine Vielzahl von Sinnesreizen erleben wie helles Licht, ein Piepen des Alarms, eine vorbeigehende Person, unerwartetes Streicheln oder unerwartete Bewegungen der Bezugsperson. Aufgrund seines unreifen Nervensystems bedeutet dies für Frühgeborene:

- Die mit dem Körperkontakt einhergehenden Sinneserfahrungen können sowohl plötzliches Erschrecken auslösen als auch zu anhaltendem

Stress führen. Beides bedeutet unangenehme Empfindungen. Diese koppeln sich an die Situation »Körperkontakt«. Falls es nicht zu einer korrigierenden Erfahrung kommt, entsteht eine Körperkontaktstörung.

- Das Frühgeborene kann unangenehme Sinneserfahrungen in Zusammenhang mit Körperkontakt bewältigen, indem es in einen Zustand der Unteraktivierung herunterschaltet. In diesem Zustand nimmt das Frühgeborene kaum etwas von seiner Umwelt wahr. Es lernt daher nicht, die mit dem Körperkontakt verbundenen Sinnesreize gut zu verarbeiten und zu integrieren. Die Sinnesreize bleiben schwierig und können, sobald das Baby wieder wacher wird, erneut zu unangenehmen Empfindungen führen.

In ■ **Abb. 10.1** sehen wir ein sehr kleines Frühgeborenes im Körperkontakt mit seinem Vater. Das Baby berührt das Kinn seines Vaters, was bei ihm zunächst eine unangenehme Empfindung auslöst. Kurze Zeit später berührt das Kind das Kinn immer noch, beginnt jedoch bereits, entspannter zu werden. Hier findet also eine Gewöhnung (Habituation) statt. Diese gelingt deshalb besonders gut, weil der Vater entspannt und sehr warm ist. Hierdurch gibt er seinem Baby Sicherheit.

In ■ **Abb. 10.2** sehen wir das gleiche Frühgeborene etwas später. Jetzt ist es sichtbar gestresst. Dies liegt daran, dass es in der vorausgegangenen



■ **Abb. 10.2** Links sehen wir, wie das Frühgeborene nach verschiedenen lauterer und unerwarteten Reizen gestresst ist. Wenige Sekunden später greift es auf eine Form der Bewältigung zurück, die für Frühgeborene ganz typisch ist. Es schaltet innerlich ab (rechtes Bild). (© Jansen & Streit)

Minute verschiedene unerwartete Reize erlebte, insbesondere einen piependen Alarm. Etwa 20 Sekunden später beginnt das Baby, die unangenehme Situation zu bewältigen, indem es abschaltet.

Noch schwieriger wird die Situation für Frühgeborene durch Folgendes: Angefasst und bewegt zu werden bedeutet häufig, dass danach etwas Unangenehmes kommt, beispielsweise ein Sondenwechsel oder eine Blutentnahme. Dies kann – über den Mechanismus der klassischen Konditionierung – noch einmal zusätzlich dazu führen, dass das Frühgeborene Stress erlebt, sobald es aus dem Inkubator herausgenommen und in den Arm genommen wird.

#### Aktivierungsniveau bei Frühgeborenen

Dass Frühgeborene eher erschrecken und mit Überaktivierung reagieren, liegt daran, dass es ihnen schwerer fällt, das eigene Aktivierungsniveau situationsabhängig angemessen zu steuern. Die Regulation des Aktivierungsniveaus erfolgt durch ein enges Zusammenwirken des autonomen Nervensystems und des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Systems. Beide Systeme reifen im Wesentlichen erst ab der 32. Schwangerschaftswoche (Smith et al., 2013). Sie sind also bei Frühgeborenen noch nicht ausreichend entwickelt. Insbesondere sind innerhalb des autonomen Nervensystems erregungshemmende Funktionen des Parasympatikus noch nicht ausgereift. Dies führt dazu, dass das Frühgeborene durch Reize schneller in einen Zustand der Übererregung kommt.

Aus einem solchen zu hohen Erregungszustand kann sich das frühgeborene Kind im Vergleich zu älteren Säuglingen weniger gut selbst in ein günstiges Aktivierungsniveau

herunterregulieren. Anders ausgedrückt: Es fällt ihm schwer, sich selbst zu beruhigen.

Gerade Frühgeborene können jedoch auf plötzliche oder überfordernde Sinnesreize auch mit einem Herunterschalten des allgemeinen Aktivierungsniveaus reagieren. Sie kommen dabei in einen Zustand, in dem sie nahezu regungslos sind und die Augen geschlossen haben, obwohl sie nicht schlafen. Auch ein solches deutliches »Abschalten« hängt mit der Unreife des autonomen Nervensystems zusammen. Man nimmt an, dass es sich hier um einen phylogenetisch (entwicklungsgeschichtlich) sehr alten Schutzmechanismus handelt, der bereits im Reptiliengehirn vorhanden ist (Porges & Furman, 2011). In gefährlichen Situationen kommt es zu einem Herunterschalten von Motorik und Physiologie (Totstellreflex). Dieser Zustand erhöht einerseits die Chance zu überleben und bewirkt andererseits, dass Unangenehmes nicht mehr wahrgenommen wird. Diese phylogenetisch »alte« Funktion des Herunterschaltens wird über nicht-myelinisierte Anteile des Nervus vagus ausgelöst. Diese Anteile des Vagus sind bereits beim Ungeborenen sehr früh funktionsfähig. Das feine, differenzierte Anpassen des Aktivierungsniveaus an die Anforderungen der jeweiligen Situation wird hingegen über myelinisierte Anteile des Nervus vagus bewirkt. Diese entwickeln sich etwa ab der 32. Schwangerschaftswoche und sind erst mit etwa 6 Monaten überwiegend ausgereift. Unreife Frühgeborene, die heutzutage zunehmend bereits ab der 23. Schwangerschaftswoche auf den neonatologischen Intensivstationen betreut werden, können auf diese Funktionen nicht zurückgreifen.

### 10.1.3 Sorgen und Stress der Eltern

Nur ein Teil der betroffenen Eltern kann sich auf das Ereignis der Frühgeburt vorbereiten. Andere

trifft die plötzliche Geburt eines kleinen Frühgeborenen ohne vorherige Ankündigung. Sie stehen der gesamten Situation häufig überwältigt und hilflos gegenüber. Herausgerissen aus ihrem Alltag, z. T. der noch regelmäßigen Berufstätigkeit der Mutter, stehen ab diesem Moment völlig andere Lebensaufgaben und Entscheidungen an.

Medizinische Probleme und Komplikationen bis hin zu einem möglicherweise akut lebensbedrohlichen Zustand des Frühgeborenen bringen eine Vielzahl notwendiger und umfangreicher intensivmedizinischer Maßnahmen mit sich. Dies kann bei den Eltern eine hohe innere Erregung auslösen. Viele von ihnen beschreiben Gefühle von Angst, Hilflosigkeit, Ohnmacht und Ausgeliefertsein.

Gleichzeitig wächst bei Eltern oft die Sorge, dass nach erfolgreichem Überleben des Kindes seine körperliche oder geistige Entwicklung gefährdet bleibt. Diese Anspannung und Belastung kann bei den Eltern von Frühgeborenen über lange Zeit bis hin zu Monaten oder Jahren bestehen bleiben.

All dies führt sehr oft dazu, dass es den Eltern Frühgeborener im Vergleich zu Eltern eines termingerecht und komplikationslos geborenen Babys viel schwerer fällt, in der Interaktion mit dem Kind auf günstige intuitive Muster zurückzugreifen. Dies betrifft auch die Interaktion im Rahmen von gemeinsam erlebtem Körperkontakt.

Ein weiterer entscheidender Grund dafür, dass es Eltern Frühgeborener schwerer fällt, auf intuitive Beziehungssignale zurückzugreifen, liegt in **Besonderheiten des Frühgeborenen selbst**, die durch seine physiologische Unreife bedingt sind. Das Frühgeborene kann die Kommunikation mit seinen Eltern nicht so aktiv gestalten wie ein normal geborenes Baby. Ein großer Teil der Verhaltensweisen, mit denen das Baby im Körperkontakt das Verhalten und die Physiologie seiner Eltern beeinflusst, steht Frühgeborenen noch nicht zur Verfügung. Hier einige Beispiele:

- Berühren der Brust und Saugen an der Brust finden anfänglich nicht statt. Damit vermindert sich die Stimulation der Oxytocinausschüttung durch entsprechende Verhaltensweisen.

- Die mimischen und sprachlichen Signale, die ein normales Neugeborenes sendet, um intuitives Verhalten bei den Eltern zu stimulieren, fallen im Wesentlichen weg.
- Wie wir im vorangegangenen Abschnitt dargestellt haben, sind Frühgeborene im Körperkontakt häufig entweder übererregt oder innerlich heruntergeschaltet. In beiden Zuständen senden sie wenig Signale, die günstiges intuitives Verhalten bei den Eltern abrufen.

Auch wenn die Eltern im Körperkontakt mit ihrem frühgeborenen Kind sind, ist es für sie also schwieriger als für Eltern eines gesunden Neugeborenen, angemessen und abgestimmt auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren. Hier beobachten wir folgende Besonderheiten:

- Nicht wenige Mütter und Väter signalisieren nicht nur anfänglich, sondern über eine längere Zeit im Körperkontakt Anspannung oder Ängstlichkeit beispielsweise über Gesichtsausdruck, Stimme oder andere körperliche Signale. Diese Anspannung der Bezugsperson kann sich auf das Frühgeborene übertragen.
- Häufig fällt es den Eltern schwer, im Körperkontakt mit ihren Kindern mit warmer, ausreichend lauter Stimme zu sprechen. Auch die Mimik ist weniger ausgeprägt und positiv. Dies ist gerade für übererregte oder innerlich abgeschaltete Frühgeborene ungünstig. Die übererregten Kinder erfahren im Körperkontakt keine Beruhigung über positive Beziehungssignale. Die abgeschalteten bleiben in ihrer Unteraktivierung, da nichts für sie Spürbares passiert. In beiden Fällen kommt es nicht dazu, dass das Frühgeborene Körperkontakt positiv erleben kann.
- Eine kleinere Gruppe von Eltern bieten ihrem Frühgeborenen zu viele Reize an. Sie reden schnell und viel, streicheln viel und verändern häufig die eigene Lage und die Lage des Kindes. Auch dies ist für das Frühgeborene ungünstig, da es aufgrund seiner physiologischen Unreife plötzliche und schnelle Reize schwer verarbeiten kann.



■ Abb. 10.3 Körperkontakt mit frühgeborenen Zwillingen auf der Intensivstation. (© Jansen & Streit)

## 10.2 Einer Körperkontaktstörung bei Frühgeborenen vorbeugen

### 10.2.1 Körperkontakt in Form der Känguru-Methode

Alle Berufsgruppen, die Frühgeborene während der ersten Zeit in der Neonatologie betreuen, kennen die hohe Bedeutung des Körperkontakts. Daher bekommen heute die meisten Frühgeborenen Körperkontakt in Form der sog. »Känguru-Methode« angeboten. Hierbei liegt das Frühgeborene Haut an Haut auf dem Körper einer Bezugsperson, in der Regel der Mutter oder des Vaters. Die Mutter oder der Vater sitzt zurückgelehnt oder liegt mit leicht aufgerichtetem Oberkörper. Das Kind liegt nackt zwischen den Brüsten der Mutter oder auf der Brust des Vaters wobei sein Kopf etwas zur Seite gedreht ist (vgl. ■ Abb. 10.3) Wichtig ist, dass das Kind sich v. a. im Bereich der Halswirbelsäule nicht überstreckt. Hüfte und Beine des Babys sind gebeugt und leicht nach außen rotiert, ähnlich einer Froschhaltung. Der Bauch des Kindes darf nicht eingengt sein, damit die Bauchatmung nicht behindert wird. Die Atemtätigkeit der Mutter oder des Vaters regt häufig auch die Atemtätigkeit des Kindes an. Die Eltern können mit ihren Handflächen den kindlichen Körper umgrenzen. Dabei kann eine Hand auf dem Rücken des Kindes liegen und die andere das Gesäß umfassen.

Körperkontakt zwischen Eltern und Frühgeborenen sollte bereits auf der Intensivstation möglichst mehrmals täglich durchgeführt werden. Die

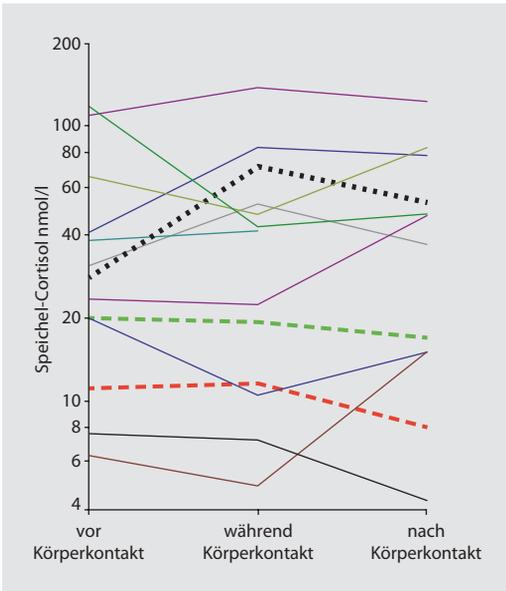
Dauer sollte mindestens 30 Minuten, optimal sogar eine Stunde und mehr betragen.

Auf der Intensivstation werden während des Körperkontakts regelmäßig Atmung, Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung überwacht. Dies gibt den Eltern Sicherheit, dass alles in Ordnung ist. Auch die Temperatur des Kindes wird kontrolliert, um eine Überwärmung oder Unterkühlung auszuschließen. Wenn die Känguru-Methode bei kleinen und sehr unreifen Frühgeborenen (< 26. Schwangerschaftswoche) angewandt wird, sind diese zum Teil auch während des Körperkontakts beatmet.

### 10.2.2 Umgang mit den jeweiligen Besonderheiten

Möreljus, Theodorsson und Nelson (2005) untersuchten das Aktivierungsniveau von Frühgeborenen bei ihrem ersten und vierten Körperkontakt mit ihrer Mutter. Hierzu erfassten sie u.a. das Stresshormon Cortisol. Es zeigte sich beide Male, dass die Kinder sehr unterschiedlich reagierten (■ Abb. 10.4). Bei manchen Babys kam es zu einem Anstieg des Cortisolspiegels. Bei anderen erniedrigte sich der Cortisolspiegel und bei wieder anderen war keine Veränderung zu beobachten.

Auch die Mütter wurden in dieser Studie untersucht. Bei ihnen zeigte sich während des Körperkontakts eine sehr deutliche Abnahme des Stresses sowie eine Zunahme positiver Gefühle und des Gefühls, Kontrolle zu haben.



■ **Abb. 10.4** Cortisolspiegel von 13 Frühgeborenen in Zusammenhang mit dem ersten Körperkontakt. Es wurde 3-mal gemessen: bevor das Kind aus dem Inkubator genommen wurde, in der Mitte des 60-minütigen Körperkontaktes und dann noch einmal 30 Minuten nachdem das Kind wieder in den Inkubator gelegt worden war. Bei der Wiederholung der Untersuchung zum Zeitpunkt des 4. Körperkontaktes ergab sich ein ähnliches Bild.

Bei der Beurteilung der in ■ **Abb. 10.4** wiedergegebenen Ergebnisse ist Folgendes wichtig: Wird ein Anstieg oder ein Abfall des Aktivierungsniveaus gemessen, so kann daraus nicht abgeleitet werden, ob das Kind hierdurch in einen günstigeren oder ungünstigeren Aktivierungszustand kommt. So wäre ein Ansteigen des Aktivierungsniveaus für ein unteraktiviertes Frühgeborenes günstig, für ein eher überaktiviertes Frühgeborenes hingegen ungünstig. Auch wenn die Studiendaten nicht ausdrücken, ob die einzelnen Kinder im Körperkontakt in einen günstigeren Aktivierungszustand kommen, zeigen die Ergebnisse jedoch klar die unterschiedlichen Reaktionen frühgeborener Babys im Körperkontakt.

Auch wir stellen fest, dass Frühgeborene anfangs sehr unterschiedlich auf den Körperkontakt reagieren. Nicht wenige von ihnen zeigen gerade in den ersten Körperkontaktsituationen einen Aktivierungsanstieg. Herzrate und Atmung werden

schneller, die Haut kann sich röten, das Gesicht Unwohlsein ausdrücken. Oft sind unkoordinierte, überschießende Bewegungen zu beobachten. Entsprechende Stressreaktionen können durch ein günstiges Handling deutlich vermindert werden.

### Maßnahmen, um Übererregung in Zusammenhang mit Körperkontakt zu vermindern

Generell gilt es, Stress in Zusammenhang mit dem Körperkontakt so weit wie möglich zu verhindern. Hierzu ist es wichtig, dass bereits die Lagerungsveränderung vom Inkubator auf die Brust der Mutter oder des Vaters äußerst langsam geschieht. Das Kind sollte für den Lagewechsel in enge Beugehaltung (runder Rücken, Extremitäten gebeugt am Körper) genommen werden, mit großflächiger Umgrenzung durch die Hände. Es ist günstig, alle Veränderungen sprachlich anzukündigen und zu begleiten (► Kap. 9, Umgang mit Übererregung).

Um eine Überreizung durch taktile Reize zu vermeiden, empfiehlt es sich, so lange nicht zu streicheln, bis das Kind den Körperkontakt als solchen erst einmal gut und entspannt annimmt. Hingegen kann ein langsames Massieren mit etwas Druck dem Kind helfen, sich zu beruhigen (Field, Diego & Hernandez-Reif, 2010). Der Körperkontakt sollte so ausreichend lang sein, dass das Kind sich zumindest ein Stück weit entspannen kann und in einen Zustand kommt, in dem es Körperkontakt und Beziehung als positiv wahrnimmt.

Wird Körperkontakt regelmäßig durchgeführt, kommt es normalerweise zur Gewöhnung. Idealerweise kann man dann bei längerem Körperkontakt beobachten, dass das Frühgeborene zwischen verschiedenen Aktivierungszuständen abwechselt. Es gibt Phasen von positiver Wachheit und Ruhephasen. In den wachen Phasen können größere Frühgeborene (etwa ab 6–8 Wochen vor dem errechneten Geburtstermin) bereits die Augen öffnen und vielleicht sogar versuchen, in das Gesicht der Bezugsperson zu schauen (■ **Abb. 10.5**). Ein solches Verhalten im Körperkontakt ist ein sehr sicherer Hinweis



■ **Abb. 10.5** Hier ist der frühgeborene Junge im Körperkontakt auf einem günstigen Aktivierungsniveau. Er ist wach und entspannt. In diesem guten Aktivierungszustand versucht er bereits, in das Gesicht seines Vaters zu schauen. (© Jansen & Streit)

darauf, dass es dem Kind im Körperkontakt gut geht und sein Aktivierungsniveau günstig ist.

Wir beobachten jedoch auch Frühgeborene, die trotz Känguru-Methode Schwierigkeiten haben, im Körperkontakt auf ein gutes Aktivierungsniveau zu kommen und sich dabei wohlfühlen. Diese Schwierigkeit kann sich unterschiedlich äußern:

1. Die **Übererregung** bleibt auch bei wiederholtem Körperkontakt bestehen.
2. Das Frühgeborene ist während des Körperkontakts überwiegend in einem **unteraktivierten** Zustand.
3. Das Frühgeborene wechselt ab zwischen Phasen der Übererregung und Phasen, in denen es komplett abgeschaltet wirkt.

**Zu 1.: Die Übererregung bleibt auch bei wiederholtem Körperkontakt bestehen.** Wenn der Zustand der Übererregung auch bei wiederholtem Körperkontakt zu beobachten ist, kann dies ein Hinweis darauf sein, dass das Frühgeborene besonders stark überempfindlich ist. Für diese Kinder gilt es noch einmal mehr, alle Punkte zu beachten, die dazu dienen, Übererregung zu vermindern. Dies bedeutet insbesondere

- noch mehr Langsamkeit,
- Reize noch einmal stärker zu reduzieren, beispielsweise durch einen Schutz der Ohren und eine Verminderung des Lichts.

Gleichzeitig gilt es, diesen Frühgeborenen einen besonders langen Körperkontakt anzubieten, so dass es während der Körperkontaktsituation so weit wie möglich zur Gewöhnung und damit zum Abbau der Erregung kommt (vgl. ► Abschn. 7.5.8).

Aus der anhaltenden Übererregung dieser Untergruppe von Frühgeborenen wird nicht selten ein für diese Kinder fataler Schluss gezogen: Da das Kind im Körperkontakt gestresst ist, sei es zunächst besser, auf Körperkontakt zu verzichten. Dies ist aus zweierlei Gründen das Ungünstigste, was einem überempfindlichen Frühgeborenen geschehen kann. Erstens wird ihm die Ressource Körperkontakt genommen. Wie wir in ► Abschn. 2.3.1 ausführlich dargestellt haben, wirkt Körperkontakt entspannend. Zweitens hat das Frühgeborene bereits Körperkontakt in einem Zustand hoher Aktivierung erlebt. Wird jetzt abgebrochen, so ist Körperkontakt mit unangenehmen Empfindungen verknüpft und das Frühgeborene hat zusätzlich zu allen anderen ungünstigen Faktoren auch noch eine Körperkontaktstörung.

**zu 2.: Das Frühgeborene bleibt überwiegend in einem unteraktiviertem Zustand.** Bei einer anderen Gruppe von Frühgeborenen beobachtet man, dass sie selbst auf den mit vielen Sinnesreizen verbundenen Lagewechsel vom Inkubator auf den Körper der Bezugsperson nicht oder nur wenig reagieren. Auf dem Körper der Bezugsperson sind diese Kinder dann ebenfalls überwiegend in einem abgeschalteten Zustand. Dieser Zustand ist sowohl für die Beziehung als auch für ein Lernen ungünstig. Um wieder in eine bessere Aktivierung zu kommen, brauchen Frühgeborene, die zum Abschalten neigen, eine deutliche, etwas lautere Ansprache mit Aufforderungscharakter (► Kap. 9, Umgang mit Unterinformiertheit). Über großflächige tiefsensorische Reize können sie zusätzlich stimuliert werden. Beispielsweise kann die Mutter ihr Baby anschauen und es mit ausreichend lauter Stimme auffordern: »Paul, wach auf«. Gleichzeitig kann sie Paul in langsamen, rhythmischen Bewegungen an ihren Körper drücken. Eine entsprechende klare Stimulation wird mit kürzeren Pausen öfters wiederholt. Jedes Wachwerden des Kindes wird sofort mit einer intensiven warmen Stimme und deutlicher freudiger Mimik belohnt.

Das Absenken des Aktivierungsniveaus im Sinne von Abschalten ist erst einmal eine normale Schutzreaktion von Frühgeborenen. Auch im Körperkontakt sind daher viele Frühgeborene zunächst über gewisse Zeiten schläfrig. Normalerweise erleben Eltern jedoch, dass das Kind bei regelmäßigem Anbieten im Körperkontakt immer öfter und immer länger wach ist.

zu 3.: Das Frühgeborene reagiert zunächst übererregt und zeigt im späteren Verlauf ein Abschalten in einen unteraktivierte Zustand. Dem Kind gelingt es, die durch den Lagewechsel und den Körperkontakt ausgelöste Übererregung zu beenden, indem es in einen eher niedrigen Aktivierungszustand übergeht. Ein solches Herunterschalten ist eine Form der Selbstregulation. Es dient der Bewältigung einer unangenehmen Situation im Sinne von Schutz. Manche Frühgeborene zeigen ein solches tiefes Herunterschalten während kurzer Momente, andere während längerer Phasen oder des ganzen Körperkontakts. Bei einer Gruppe der betroffenen Kinder stabilisiert sich die Schutzreaktion so, dass sie fast regelmäßig im Körperkontakt abgerufen wird. Für diese Frühgeborenen ist Folgendes wichtig: Vermeidung von Übererregung (vgl. Unterpunkt 1) und Auflösen der Unteraktivierung (vgl. Unterpunkt 2).

### Begleitung und Anleitung der Eltern

Eltern erleben mehr Sicherheit, wenn sie bei den ersten Körperkontaktsituationen auf der Frühgeborenenstation in folgenden Punkten **begleitet** und **angeleitet** werden:

- Handling und Ansprache des Kindes vor, während und nach dem Lagerungswechsel,
- spezifisches Handling und Ansprache des Kindes beim Halten im Körperkontakt,
- Strategien für den Umgang mit Überempfindlichkeit oder Unteraktivierung.

Wichtig ist es, den Eltern zu vermitteln, dass sie selbst Veränderungen im Verhalten und in der Befindlichkeit ihres Kindes im Körperkontakt am besten spüren. Aus diesem Grund dürfen und sollen sie dem Personal zeitnah Rückmeldung geben.

Im Rahmen des IntraActPlus-Konzepts arbeiten wir darüber hinaus mit Videoaufzeichnungen, um den Eltern zu helfen, ihr Kind gut wahrzunehmen und kompetent zu werden im Umgang mit den Besonderheiten »ihres« Frühgeborenen (► Abschn. 10.3).

## 10.2.3 Frühe Kommunikation mit dem Frühgeborenen

Normalerweise zeigen Eltern und auch andere Menschen im Kontakt Säuglingen ganz typische Kommunikationsmuster. Diese sind uns genetisch mitgegeben und müssen nicht gelernt werden. Sie stehen uns offensichtlich über ein genetisches Programm zur Verfügung und werden unbewusst abgerufen. Daher spricht man von »intuitiver Kompetenz«. Wichtige Beispiele sind die Ammensprache und der Augengruß.

### Ammensprache

Hierunter versteht man, dass Eltern von Säuglingen in einer typischen Melodik mit erhöhter Stimmlage und erweitertem Stimmumfang sprechen. Dabei vereinfachen und verdeutlichen sie die melodischen Konturen ihrer Äußerungen. Alle Menschen, nicht nur die unmittelbaren Bezugspersonen, und selbst andere Kinder kommunizieren in dieser Weise mit einem Säugling.

### Augengruß

In der Kommunikation mit ihrem Säugling hebt die Mutter, der Vater oder eine andere Bezugsperson beide Augenbrauen an, schaut das Kind an und öffnet die Augen weit. Dabei zeigen sie freudvolle Mimik mit Lachen (■ Abb. 10.6).

Bei Eltern frühgeborener Kinder sind Ammensprache und Augengruß oft weniger oder gar nicht zu beobachten. Aus der Verunsicherung heraus sprechen sie ihr Kind häufig mit leiser monoto-



■ **Abb. 10.6** Das frühgeborene Mädchen öffnet die Augen, schaut seine Mutter an und wird mit seiner Zunge aktiv. Die Mutter reagiert mit dem typischen »Augengruß«. (© Jansen & Streit)

ner Stimme mit nur wenig Sprachmelodie an und verstummen schnell. Dabei zeigen sie wenig Mimik und wenig freudvolles Lachen.

Bei den Eltern frühgeborener Kinder sind also die intuitiven Kompetenzen nicht selten blockiert. Ein Grund hierfür können Sorgen und Ängste aufgrund der Frühgeburtlichkeit, der damit verbundenen Risiken und erforderlichen medizinischen Maßnahmen sein.

➤ **Die Hauptursache für blockierte intuitive Kompetenzen besteht aus unserer Sicht jedoch in der andersartigen Reaktion der Frühgeborenen auf Kommunikationsangebote ihrer Eltern.**

Frühgeborene zeigen in den ersten Lebenswochen und -monaten bei Ansprache häufig wenig Mimik und halten die Augen oft geschlossen. Ihre Bewegungen können spärlich sein. Wenn die Kinder auf Ansprache reagieren, so tun sie dies in der Regel mit einer Verzögerung, die durchaus bis zu 20 Sekunden dauern kann.

Ein solches Verhalten des frühgeborenen Kindes kann dazu führen, dass die Eltern ihre Kommunikationsversuche einstellen. Sie nehmen wahr, dass auf ihre Kontaktaufnahme hin scheinbar nichts passiert. Oft interpretieren sie das Verhalten ihrer frühgeborenen Kinder als ein Bedürfnis nach

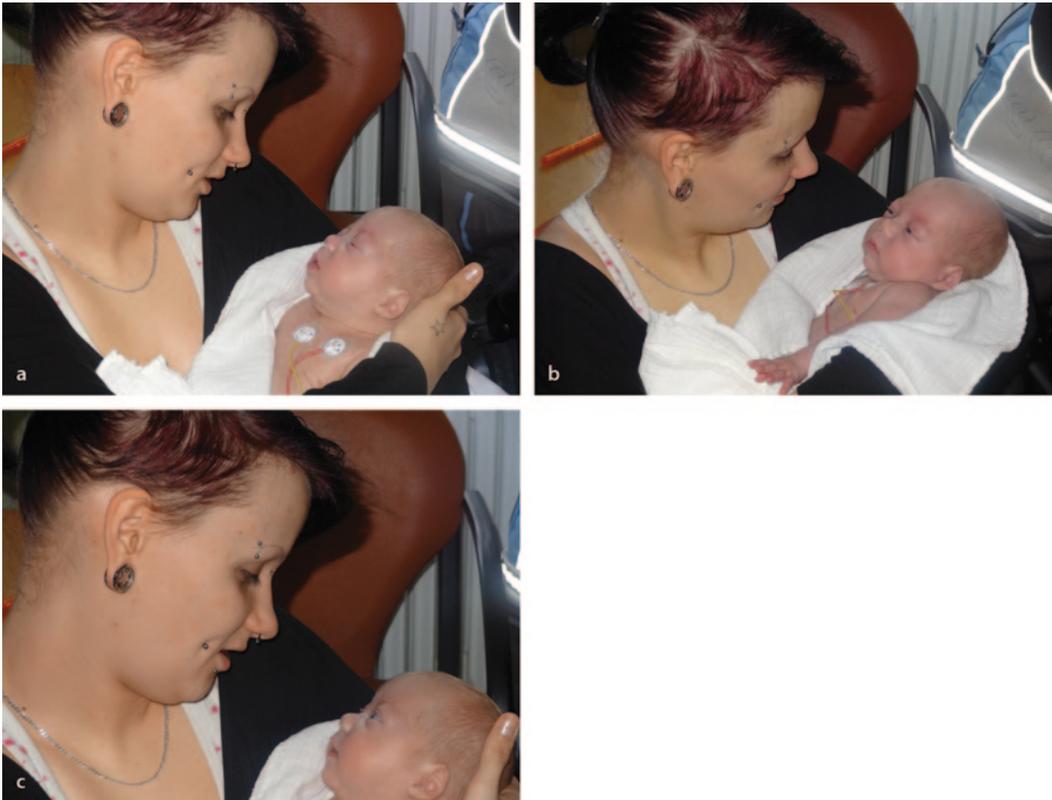
Ruhe. All dies kann dazu beitragen, dass sie immer weniger mit ihrem Baby kommunizieren.

Auf der anderen Seite kann das Frühgeborene auch schnell in einen übererregten Zustand kommen. Auch das kann dazu führen, dass Eltern immer weniger mit ihrem Baby im Kontakt sind.

Oft benötigen diese Eltern nur wenige Hilfestellungen, um die Signale ihres Kindes wahrzunehmen und angemessen zu interpretieren. Sie verstehen dann, dass ihr Kind trotz scheinbar ausbleibender Reaktion ihre Beziehungssignale aufnimmt und verarbeitet. Aus diesem Verständnis heraus fällt es ihnen leichter, ihr Kind weiter anzusprechen und dabei sogar eine ganz besonders intensive Mimik einzusetzen. Wenn die Eltern den Namen ihres Kindes mehrmals rufen, kann es sein, dass dieses mit einer Verzögerung von einigen Sekunden beginnt, auf die Stimme der Eltern zu reagieren. Durch begleitende großflächige Berührung über Druck und begrenzte Haltgebung gelingt es z. T., eine positive Reaktion des Frühgeborenen schneller hervorzurufen (► Kap. 6).

Nicht selten zeigt sich dann ein Anflug von Mimik in den Mundwinkeln. Finger und Füße bewegen sich mehr. Wenn die Eltern ihr Kommunikationsangebot dann noch eine Zeitlang fortsetzen, beginnt das Frühgeborene vielleicht, die Augen zu öffnen (vgl. ■ Abb. 10.7). Dies geschieht anfangs nur kurz, oft weniger als eine Sekunde lang. Ab einem solchen Moment ist dann fast regelmäßig eine deutliche positive Spirale hinsichtlich der Reaktion der Eltern zu beobachten. Spontan reagieren sie mit freudigem Gesichtsausdruck, Lächeln, Ansprache des Kindes, Lob und wiederholender Stimulation.

Auch das folgende Verhalten ihres frühgeborenen Kindes kann Eltern Schwierigkeiten machen: Wenn sie ihr Kind anhaltend und intensiv ansprechen, kann es passieren, dass das Frühgeborene aufgrund seiner unreifen Regulation nach relativ kurzer Zeit überempfindlich reagiert. Es verzieht das Gesicht und bewegt sich unruhiger und unkoordinierter. Unter Umständen überstreckt es sich und wendet den Kopf ab. Es kann beginnen, zu quengeln oder sogar zu schreien. Auch an der Veränderung der Hautfarbe und einer erhöhten Muskelspannung ist die Übererregung gut zu erkennen. Ist das Kind noch am Monitor, so zeigt sich als erstes ein Anstieg der Herz- und Atemfrequenz.



■ **Abb. 10.7** In Bild a ist der frühgeborene Junge in einem Zustand der Unteraktivierung. Die Mutter »bleibt dran« und kommuniziert weiter mit ihrem Sohn. Auf Bild b sieht man, wie dieser beginnt, wacher zu werden. Unten (Bild c) ist er bereits in einem guten Wachheitszustand. Er hat die Augen geöffnet, sein Gesicht hat einen wachen Ausdruck und er nimmt Blickkontakt auf. Dieser Aktivierungszustand ist für Lernen – hier soziales Lernen – optimal. (© Jansen & Streit)

Um zu verhindern, dass das Frühgeborene in eine solche Übererregung kommt, können Eltern und andere Bezugspersonen Folgendes beachten:

- Entweder wird das Kind in einer etwas aufrechten Wiegehaltung im Körperkontakt gehalten oder mit guter klarer Begrenzung auf einer Unterlage gelagert. Das Köpfchen sollte in jedem Fall etwas erhöht liegen. Bei größeren Frühgeborenen ist auch eine Lagerung auf den Oberschenkeln der Bezugsperson oft günstig.
- Für die einzelne Kommunikationssituation ist es vorteilhaft, das gleiche Verhalten langsam mehrmals hintereinander zu zeigen und dann eine Pause zu machen, z. B.
  - »Hallo Paul« + Augengruß (1–2 Sek. Pause)
  - »Hallo Paul« + Augengruß (1–2 Sek. Pause)
  - »Hallo Paul« + Augengruß (1–2 Sek. Pause).

Jetzt folgt eine etwas längere Pause. Dann wird die Ansprache in der gleichen Weise wiederholt.

- Über den Tag verteilt werden mehrere gleichartige Kommunikationssituationen angeboten.
- Es wird gut auf den Aktivierungszustand des Kindes geachtet. Hierdurch kann der Beginn der Übererregung schnell erkannt und die Ansprache beendet werden.

Gerade solange die Kinder noch auf der Intensivstation betreut werden, bietet sich eine hervorragende Möglichkeit, die Eltern für diese wichtige frühe Kommunikation anzuleiten und damit den Bindungs- und Beziehungsaufbau zu unterstützen. Dies sollte so früh wie möglich erfolgen – idealerweise sobald es der medizinische Zustand des Kindes erlaubt. Auch bei der Anbahnung von Kör-

perkontakt benötigen viele Eltern besonders am Anfang eine Unterstützung für die Ansprache ihres Babys.

Wenn Eltern in der beschriebenen Weise darin angeleitet werden, wie sie ihr frühgeborenes Kind am besten ansprechen, können wir in der Regel schon nach wenigen Tagen eine deutliche Verbesserung der Qualität ihrer Beziehungsaufnahme zum Kind beobachten. Dies liegt daran, dass die Eltern frühgeborener Kinder über die gleichen intuitiven Kompetenzen wie alle anderen Eltern verfügen. Indem sie nun die Signale ihrer Kinder sicherer erkennen und angemessener interpretieren können, gelingt es ihnen besser, auf ihre intuitiven Kompetenzen zurückzugreifen.

Eine große Rolle spielt, inwieweit Kinderkrankenschwestern und Ärzte in der Klinik selbst diese auf Frühgeborene abgestimmte Kommunikation anwenden. Wenn Eltern von Beginn an erleben, wie Krankenschwestern und Ärzte regelmäßig intensive Ansprache verbunden mit ausgeprägter Mimik in der Kommunikation mit dem Frühgeborenen zeigen, werden sie dies viel schneller in ihr eigenes Verhaltensrepertoire übernehmen. Besteht diese Vorbildrolle des neonatologischen Personals nicht oder nur wenig, ist es für Eltern Frühgeborener viel schwieriger, ein nicht vertrautes Interaktionsmuster in der insgesamt schwierigen Umgebungssituation der neonatologischen Intensivstation regelmäßig einzusetzen. Aus diesem Grunde ist es uns ein großes Anliegen, auf die Wichtigkeit der Aus- und Fortbildung der neonatologischen Intensivschwestern und Ärzte im Bereich der frühen Kommunikation mit Frühgeborenen zu verweisen.

### 10.2.4 Wenn Körperkontakt noch nicht möglich ist

Bei manchen Frühgeborenen ist Körperkontakt aufgrund der medizinischen Situation des Kindes zunächst nicht oder nur kurz möglich. In diesen Fällen ist es wichtig, Bindung und Beziehung durch bewusste Anwesenheit der Eltern bei ihrem frühgeborenen Kind anzubahnen. Hiermit werden bereits die Weichen für einen positiven Körperkontakt zu einem späteren Zeitpunkt gestellt (■ Abb. 10.8).



■ **Abb. 10.8** Frühe Beziehungsaufnahme mit dem Frühgeborenen. (© Jansen & Streit)

- Die Eltern beginnen mit dem Aufbau von Bindung zu ihrem Kind. Gleichzeitig werden sie bereits sicher in der Ansprache und Kommunikation mit ihrem Baby. Hierdurch können sie gleich in den ersten Känguru-Situationen ihrem Kind eine größere Sicherheit geben.
- Das Frühgeborene lernt seine Eltern auch außerhalb des Bauches besser kennen. Es erfährt ihren Geruch, ihre Stimme, die Art ihrer Berührung. Wenn es dann zum ersten Körperkontakt kommt, sind ihm seine Eltern schon gut vertraut und wirken daher beruhigend. Hinzu kommt ein weiterer wichtiger Aspekt: Da die Eltern nur positiv sind und beispielsweise keine unangenehmen medizinischen Maßnahmen durchführen, sind sie ein Signal für Sicherheit, Geborgenheit und Entspannung. Dies ist für den Körperkontakt entscheidend.

Die Eltern können mit ihrem Kind im Inkubator sprechen. Gut ist, wenn sie dabei den Vornamen benutzen, z. B. »Hallo, Nina, hier ist dein Papa!«. Danach dürfen die Eltern ihr Frühgeborenes berühren. Dies sollte langsam geschehen. Hier benötigen Eltern die Information, dass viele Frühgeborene ein sanftes, leichtes Streicheln schlechter verarbeiten können und es daher günstiger ist, sie klar und mit leichtem Druck anzufassen.

Für das Wiedererkennen und Lernen ist es günstig, Ansprache und Berührungen zunächst immer nach dem gleichen Begrüßungsritual durchzuführen. Wenn die Eltern ihre Kontaktaufnahme

mehrmals am Tag auf diese Weise gestalten, reagieren manche Frühgeborene bereits nach wenigen Tagen in einer besonderen Art auf ihre Mutter bzw. ihren Vater. Diese Reaktion ihres Kindes wird für die Eltern mehr und mehr spürbar. Sie freuen sich und reagieren intuitiv mit mehr positiver Mimik und Stimme auf ihr Kind. Eine Positivspirale beginnt.

Auch für die Kontaktaufnahme durch das Klinikpersonal ist es günstig, wenn diese immer in ähnlicher Weise abläuft. Hierzu kann z. B. am Inkubator ein Merkzettel für »Initialberührung und Ansprache« angebracht werden. Wenn Intensivschwester, Arzt oder Therapeut Kontakt mit dem Kind aufnehmen, tun sie dies dann immer in der gleichen Weise. Ihr Ritual darf durchaus von dem der Eltern abweichen!

Die erste bewusste Begegnung von Eltern mit ihrem frühgeborenen Baby hat einen ganz besonderen Stellenwert für den Aufbau von Bindung und Beziehung. Wichtig ist, die Eltern gut darauf vorzubereiten und sie ggf. dabei zu begleiten. Ein Frühgeborenes erscheint im Gegensatz zu dem erwarteten rosigen neugeborenen Kind extrem klein und faltig. Es kann die Augen geschlossen haben und leblos wirken. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das Kind sedierende Medikamente erhält, wie sie z. B. im Zusammenhang mit der Beatmung erforderlich sind. Auch die Apparaturen, Schläuche und Kabel können Eltern verunsichern.

Auf all dies können Eltern bereits vor dem ersten Besuch ihres Kindes auf der Intensivstation vorbereitet werden. Dabei kann ihnen ein Foto ihres Kindes gezeigt werden. Sinngemäß kann gesagt werden:

#### **Beispiel: Vorbereitung auf den ersten Kontakt mit dem Frühgeborenen**

»Wenn Sie jetzt zu Ihrer Tochter kommen, dürfen Sie sich erst einmal Zeit lassen und sie in Ruhe anschauen. Ihr Baby. Ihre Anna. (Pause). Und wenn Sie sich dafür genügend Zeit genommen haben, wäre der nächste Schritt, dass Sie Ihr Baby mit dem Namen ansprechen: »Anna! Meine kleine Anna«. Gehen Sie dafür ruhig mit dem Gesicht ein bisschen ran. Dann kann Anna Sie besser spüren. Wenn Sie möch-

ten, dürfen Sie Anna gerne berühren (falls dies von der medizinischen Situation her möglich ist). Aber bitte achten Sie darauf, dass Sie sie immer erst ansprechen, danach eine Pause machen und dann erst berühren. (Pause)

Natürlich ist man erst einmal sehr vorsichtig, wenn man so ein kleines Kind anfasst. Ich möchte Ihnen aber dazu noch Folgendes sagen: Viele Frühgeborene empfinden ein sanftes, leichtes Streicheln eher als unangenehm. Sie können diese Art von Reizen zu Beginn nicht so gut verarbeiten. Berühren Sie Anna daher eher mit etwas Druck und natürlich mit ganz langsamen Bewegungen. Darf ich Ihnen das einmal zeigen?« (Das Anfassen wird am Arm der Mutter oder des Vaters vorge-macht.). Am besten wäre es, dass Sie Ihre Hand zunächst großflächig auf die Brust oder den Rücken legen.

Haben Sie noch Fragen?

Fühlen Sie sich jetzt bereit, zu Anna rein-zugehen?

Möchten Sie, dass ich Sie an das Bettchen von Anna begleite?

Sie können mich jederzeit fragen, wenn Sie etwas wissen möchten.«

#### **Beispiel: Erste Kontaktaufnahme**

Ein Vater hat seinen Sohn dann so begrüßt:

»Hallo kleiner Stefan. Ich bin Dein Papa. Und du bist mein Sohn. Mein Stefan. Und du bist so klein. Ich werde immer für dich da sein. Auch wenn ich noch nicht weiß, wie das mit so einem kleinen Kerl geht. Ich weiß auch noch nicht, was auf uns zukommt. Aber ich werde mir immer Mühe geben, es gut für Dich zu machen ...«

Ein solcher Erstkontakt ist eine hervorragende Voraussetzung für den Start in eine positive Eltern-Kind-Beziehung und einen unblockierten Körperkontakt, bei dem Vater und Sohn sich gegenseitig spüren und genießen können.

### 10.2.5 Körperkontakt in unangenehmen Situationen

Generell werden unangenehme Situationen im Körperkontakt besser ausgehalten (► Kap. 2). Dies gilt in jedem Alter. Auch Frühgeborene können bei der Bewältigung schwieriger und unangenehmer Situationen über den Körperkontakt unterstützt werden. Dies betrifft insbesondere medizinische Maßnahmen wie Blutabnehmen oder Sondenwechsel.

► **Damit Körperkontakt wirklich eine Hilfe für das Kind darstellt, ist es wichtig, dass das Frühgeborene bereits durch mehrmals wiederholten langen Körperkontakt gelernt hat, diesen mit guten Empfindungen zu verbinden.**

Wie bereits an anderer Stelle beschrieben, kann Körperkontakt bei überempfindlichen Frühgeborenen zunächst eine Irritation auslösen. Solange dies der Fall ist, würde kurzzeitiger Körperkontakt nicht helfen, unangenehme Situationen zu bewältigen. Der Stress würde sich im Gegenteil durch den Körperkontakt eher erhöhen.

Noch aus einem weiteren Grund ist es wichtig, dass das Kind zunächst außerhalb der medizinischen Intervention viel guten Körperkontakt erhält. Würde Körperkontakt regelmäßig v. a. in Zusammenhang mit unangenehmen oder schmerzhaften Ereignissen erlebt werden, käme es hier zu einer negativen Kopplung. Körperkontakt würde mit unangenehmen Empfindungen wie Stress und Schmerz verknüpft werden.

An folgendem Beispiel möchten wir verdeutlichen, wie einem Frühgeborenen im Körperkontakt bei der Bewältigung eines unangenehmen Sondenwechsels geholfen werden kann.

#### **Beispiel: Sondenwechsel bei Paul, einem Frühgeborenen der 30. Schwangerschaftswoche**

Die Mutter hat ihren kleinen Sohn im Arm. Mit einer Hand begrenzt sie die Füße des Kindes, die Beine sind im Kniegelenk leicht gebeugt.

Die andere Hand der Mutter liegt auf Brust und Bauch des Frühgeborenen. Sie spricht ihr Kind wiederholt liebevoll mit dem Vornamen an »Hallo Paul, Mama ist da.« (2–3 Sekunden Pause) »Paul, Mama ist da.« (2–3 Sekunden Pause) »Paul, hörst Du mich.« Paul beginnt mit einer Verzögerung von einigen Sekunden auf die Stimme der Mutter zu reagieren. Er räkel sich, zuckt leicht mit den Mundwinkeln und bewegt die Finger. Die Mutter spricht weiter »Paul, Mama ist bei Dir.«

Jetzt ändert sie Ihre Stimmlage hin zu einer klareren Ansprache »Achtung Paul, (Pause) jetzt wird die Sonde gezogen.« Natürlich versteht Paul den sprachlichen Inhalt nicht. Er beginnt aber zu verstehen, dass bei dieser Art der Ansprache gleich etwas passieren wird. Durch die klare und deutliche Ansprache wird er wacher, kann sich besser auf den kommenden Reiz einstellen und erschrickt daher weniger.

Idealerweise übernehmen die Schwestern und Ärzte die weitere sprachliche Begleitung des Ablaufs der Intervention in ähnlicher Weise. Auch hier ist die Ansprache des Kindes mit wiederholender Nennung des Vornamens wichtig. Insbesondere die Vorbereitung auf mögliche unangenehme Intervention, z. B.: »Achtung Paul (Pause), jetzt wird die Sonde neu geschoben.«

Während der gesamten Zeit des Sondenwechsels gibt die Mutter Begrenzung und Halt. Sie bleibt fortwährend über ihre Stimme mit ihrem Kind im Kontakt. Die wichtigsten Worte sind hier das liebevolle Rufen des Vornamens und die Versicherung der Anwesenheit der Mutter: »Paul, hallo Paul, Mama ist da, (2–3 Sekunden Pause). Paul, Mama hält dich im Arm«. Die Mutter achtet darauf, selbst so ruhig wie möglich zu sein, z. B. indem sie ruhig ein- und ausatmet. Sie spricht langsam und mit tieferer Stimme.

Nach der Intervention ist es wichtig, das Kind für gewisse Zeit weiter liebevoll mit Stimme und Haltgebung zu begleiten. Auch wenn das Kind die Augen geschlossen hat, wird es durch die Stimme der Mutter oder des Vaters weiter beruhigt.



■ **Abb. 10.9** Ehemaliges Frühgeborenes im Körperkontakt. Auf dem linken Bild sehen wir den kleinen Jungen zum Zeitpunkt des errechneten Geburtstermins. In diesem Alter war er im Körperkontakt überwiegend passiv und unteraktiviert. Auch bei anhaltender intensiver Ansprache, verbunden mit propriozeptiver Stimulation war er nur schwer aus diesem Zustand wach zu bekommen. Im rechten Bild sieht man den gleichen Jungen im korrigierten Alter von 2 Monaten. In diesem Alter reagierte der Junge auf Körperkontakt immer so, wie im rechten Bild. (© Jansen & Streit)

Die Ressource Körperkontakt sollte, wenn es medizinisch und organisatorisch möglich ist, so häufig wie möglich genutzt werden. Dabei ist wichtig, dass die Eltern über den Ablauf der jeweiligen Intervention klar unterrichtet werden. Gegebenenfalls würden auch hier Merkblätter für Eltern z. B. über die Maßnahme Sondenwechsel im Vorfeld hilfreich sein. Besonders wichtig wäre es, mit den Eltern über die Art der Berührung, der Begrenzung und des Haltens aber auch den begleitenden Sprachgebrauch während der Intervention zu sprechen.

### 10.2.6 Umgang mit Schwierigkeiten im Körperkontakt im weiteren Verlauf

Spätestens im häuslichen Umfeld zeigen die Kinder im korrigierten Alter von wenigen Wochen oder Monaten entwicklungsbedingt eine zunehmende Aktivierung. Bei nicht wenigen ehemaligen Frühgeborenen beobachten wir dann eine zunehmende Abwehr gegenüber Berührung und Körperkontakt. Auf einmal berichten die Eltern, dass ihr Kind wenig kuschelt und sich durch Streicheln und Körperkontakt nicht gut beruhigen lässt. Einen entsprechenden typischen Verlauf zeigen die beiden Bilder in ■ Abb. 10.9. Im linken Bild sehen wir ein frühgeborenes Baby zum korrigierten Geburtszeitpunkt. In diesem Alter war der Junge im Körper-

kontakt – so wie in den meisten anderen Situationen – in einem stark unteraktivierten Zustand. Den tollen Eltern gelang es nur dann, ihn etwas wacher zu bekommen, wenn sie ihn über längere Zeit sehr intensiv ansprachen.

Im rechten Bild sieht man den Jungen im korrigierten Alter von 2 Monaten. Der Zustand im Körperkontakt hatte sich komplett verändert. Unabhängig davon, in welcher Lage er in den Körperkontakt genommen wurde, zeigte er ein heftiges Abwehrverhalten. Eine Situation wie in ■ Abb. 10.9 rechts ist für Eltern extrem schwierig. Sie benötigen hier in der Regel eine erneute Begleitung und Anleitung für den Umgang mit der veränderten Befindlichkeit ihres Babys.

Kinderkrankenschwestern, Hebammen, Physiotherapeuten und auch Ergotherapeuten, die im Frühgeborenenbereich arbeiten, können Eltern bei der Anbahnung von Körperkontakt unterstützen. Über unsere Ausbildungseinrichtung IntraActPlus bilden wir seit mehr als 10 Jahren berufsgruppenübergreifend Fachpersonal aus dem Frühgeborenen- und Säuglingsbereich aus, die u. a. auch im Bereich der Anbahnung von Körperkontakt bei Frühgeborenen arbeiten. Eine Liste von uns ausgebildeter und geprüfter Therapeuten im Säuglingsbereich ist unter ► [www.intraactplus.de](http://www.intraactplus.de) abrufbar.

Wie für alle anderen Säuglinge mit Körperkontaktschwierigkeiten gilt auch für die Frühgeborenen:

- **Am ungünstigsten ist es, das Frühgeborene in den als schwierig erlebten Körperkontakt zu bringen und diesen zu beenden, solange es ihn noch als unangenehm erlebt.**

Jedes Mal, wenn das Kind Körperkontakt mit unangenehmen Empfindungen und einem hohen Erregungsniveau erlebt, wird die Verbindung zwischen Körperkontakt und schlechter Empfindung erneut gefestigt. Es kommt nicht zu einer korrigierenden Erfahrung.

Eltern können jedoch prüfen, in welchen Situationen Körperkontakt mit ihrem Kind ohne Abwehr möglich ist. Solche Situationen können z. B. sein:

- beim Aufwachen oder Einschlafen auf dem Arm,
- nach dem Trinken an der Brust,
- nach der Gabe der Flasche,
- nach tiefensensorischer Massage,
- ggf. nach der zu Hause durchgeführten Krankengymnastik.

Entsprechende Situationen können zum Üben von Körperkontakt genutzt werden. Es gelten hier grundsätzlich die Empfehlungen zum Umgang mit Schwierigkeiten oder Störungen der sensorischen Integration (► Kap. 6). Ganz besonders wichtig sind dabei das sprachliche Ankündigen aller Handlungen und bewusste Langsamkeit. Der Körperkontakt wird mit großflächiger, aktivierender Berührung verbunden. Die Berührung sollte in jedem Fall über Druck erfolgen. Leichtes Streicheln kann bei Frühgeborenen zu Irritationen führen.

Während des Körperkontakts wird das Kind entsprechend seines Aktivierungsniveaus aktiv angesprochen. Auch hier ist zu beachten, dass eine große Gruppe der Frühgeborenen auch nach dem errechneten Geburtstermin **auf Sprache und Berührung immer noch verzögert reagiert**. Die Anbahnung von Körperkontakt in diesen oben beschriebenen Situationen sollte wenn möglich mehrmals am Tag erfolgen.

Manche Frühgeborene lernen über diesen Weg, Körperkontakt als etwas Angenehmes und Positives wahrzunehmen. Bei anderen bleibt die Schwierigkeit im Körperkontakt bestehen oder nimmt so-

gar zu. In einem solchen Fall benötigen Eltern eine therapeutische Intervention für die Behandlung der Körperkontaktstörung ihres Kindes.

### 10.3 Videoarbeit nach dem IntraActPlus-Konzept im Frühgeborenen- und Säuglingsbereich

In der Elternberatung arbeiten wir sowohl bei ehemaligen Frühgeborenen als auch bei Säuglingen mit Regulationsstörungen unter Zuhilfenahme von Videoaufzeichnungen der Eltern-Kind-Interaktion. Um die Auswertung dieser Videoaufzeichnungen zu standardisieren, haben wir Dokumentationsbögen für unterschiedliche Zeitpunkte im Verlauf des 1. Lebensjahrs entwickelt (abrufbar unter ► [www.intraactplus.de](http://www.intraactplus.de)). Diese lehnen sich an die ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen im ersten Lebensjahr (U3–U6) an. Sie sind nicht nur für Ärzte, sondern auch für Therapeuten und Pädagogen aus dem Säuglingsbereich nutzbar. Frühgeborene werden entsprechend dem korrigierten Lebensalter beurteilt.

Innerhalb der Eltern-Kind-Kommunikation werden u. a. die folgenden Fähigkeiten des Säuglings überprüft:

- Körperkontakt,
- Blickverhalten,
- soziales Lächeln,
- Reaktion auf Sprache der Mutter oder des Vaters,
- Imitation,
- Verhalten bei Förderung.

Aufseiten der Eltern wird die Ausprägung der intuitiven Kompetenzen eingeschätzt. Bei Frühgeborenen wird insbesondere darauf geachtet, inwieweit sich die Eltern auf die sensorischen Besonderheiten und die Regulation des Aktivierungsniveaus ihres Babys einstellen können.

Im gemeinsamen Gespräch mit den Eltern werden zusätzlich zur Videodokumentation folgende Punkte abgefragt:

- Trink-, Saug- und Essverhalten,
- Wach-Schlafrythmus,
- Beschäftigung allein,
- Befindlichkeit der Eltern,

- Ängste der Eltern,
- Aktivitäten (Teufelskreis: zu viel Aktivität – gereiztes Kind – Steigerung der Zunahme der Unzufriedenheit).

Ab dem 6./7. Lebensmonat ergeben sich durch die Entwicklung des Säuglings weitere Themen, die im Austausch mit den Eltern angesprochen werden sollten.

- Entwicklung von Widerstand z. B. beim An- und Ausziehen und Füttern,
- ständiges Fordern der Aufmerksamkeit,
- Beschäftigung alleine (wie lange),
- geregelter Tagesablauf mit regelmäßigen Wach- und Schlafzeiten, Fördersituation durch die Eltern,
- Chancen der frühen Grenzsetzung,
- Freiräume für Mutter bzw. Eltern.

Die Videoaufzeichnungen sind eine wichtige Grundlage für die Elternberatung. Das Betrachten kurzer Videosequenzen bietet den Eltern die Möglichkeit, die Besonderheiten im Verhalten ihres frühgeborenen Kindes und ihre eigenen unbewussten Beziehungssignale besser wahrzunehmen. Dabei können sie lernen, die Zusammenhänge zwischen ihren Reaktionen und denen des Kindes in der Interaktion zu verstehen.

Eine günstige elterliche Verhaltenssteuerung in der Kommunikation mit ihrem frühgeborenen Kind wird in der Beratungssituation zusätzlich geübt. Dabei können die Eltern sofort überprüfen, ob diese Veränderung des Verhaltens wirklich einen günstigen Einfluss auf die Beziehungssignale ihres Kindes hat.

Im Rahmen dieser Videoarbeit werden die Eltern sowohl bei Blick- und Körperkontakt als auch in Alltagssituationen wie Trösten, Einschlafen, Füttern, An- und Ausziehen oder Wickeln individuell angeleitet. Eine solche videounterstützte Beratung kann bereits auf der Intensivstation begonnen werden (Weber, 2011).

### Maßnahmenkatalog

Folgende Maßnahmen können helfen, Körperkontaktstörungen bei Frühgeborenen so weit wie möglich zu vermeiden:

- Angebot von Körperkontakt wenn möglich von Anfang an, in jedem Fall aber so früh wie möglich,
- Achten auf Reizreduktion in der Körperkontaktsituation, d.h. beispielsweise kein grelles Licht, hohe Töne oder lautes Sprechen,
- Begleitung der Eltern gerade in den ersten Körperkontaktsituationen auf der Intensivstation durch ausgebildetes und erfahrenes Personal,
- Körperkontakt täglich, wenn möglich mehrmals täglich,
- Körperkontakt ausreichend lange (mindestens 30 Minuten, besser 60 Minuten oder länger),
- jede Veränderung ankündigen und dabei das Kind mit dem Namen ansprechen,
- große Langsamkeit bereits beim Herausnehmen aus dem Inkubator und bei allen folgenden Veränderungen in Zusammenhang mit Körperkontakt,
- Berücksichtigen einer möglichen Über- oder Unteraktivierung des Frühgeborenen im Körperkontakt,
- Elternanleitung, ggf. videounterstützt, bezüglich der Kommunikation mit dem Frühgeborenen,
- ggf. Hilfestellung für die Eltern um das Trauma der Frühgeburtlichkeit besser zu bewältigen.

Auch nach der Entlassung des Frühgeborenen aus der Klinik gilt es, im Rahmen der Diagnostik den Körperkontakt besonders zu beachten. Dies ermöglicht es, eine beginnende oder bereits ausgeprägte Körperkontaktstörung zeitnah zu behandeln.

### Literatur

- Bakti, A., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Connellan, J. & Ahluwalia, J. (2000). Is there an innate gaze module? Evidence from human neonates. *Infant Behavior and Development*, 23, 223–229.
- Beauchemin, M., Gonzalez-Frankenberger, B., Tremblay, J., Vannasing, P., Martinez-Montes, E., Belin, P., Béland, R., Francoeur, D., Carceller, A.-M., Wallois, F., Lassonde, M.

- (2011). Mother and stranger: an electrophysiological study of voice processing in newborns. *Cereb Cortex*, 21(8), 1705–1711. doi: 10.1093/cercor/bhq242
- DeCasper, A. J. & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208(4448), 1174–1176.
- Feldman, R., Weller, A., Zagoory-Sharon, O. & Levine, A. (2007). Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychol Sci*, 18(11), 965–970. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x
- Field, T., Diego, M. & Hernandez-Reif, M. (2010). Preterm infant massage therapy research: a review. *Infant Behav Dev*, 33(2), 115–124. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.12.004
- Heinrichs, M. & Domes, G. (2008). Neuropeptides and social behaviour: effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Prog Brain Res*, 170, 337–350. doi: 10.1016/s0079-6123(08)00428-7
- Klaus, M. H. (2007). Die Bindungsbereitschaft der Eltern-Grundlage für eine sichere Bindungsentwicklung des Kindes. In K. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Die Anfänge der Eltern-Kind-Bindung* (S. 115–128). Stuttgart: Klett-Kotta.
- Matthiesen, A. S., Ransjo-Arvidson, A. B., Nissen, E. & Uvnäs-Moberg, K. (2001). Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth*, 28(1), 13–19.
- Mörelus, E., Theodorsson, E. & Nelson, N. (2005). Salivary cortisol and mood and pain profiles during skin-to-skin care for an unselected group of mothers and infants in neonatal intensive care. *Pediatrics*, 116(5), 1105–1113. doi: 10.1542/peds.2004-2440
- Porges, S. W. & Furman, S. A. (2011). The Early Development of the Autonomic Nervous System Provides a Neural Platform for Social Behavior: A Polyvagal Perspective. *Infant Child Dev*, 20(1), 106–118. doi: 10.1002/icd.688
- Smith, S. L., Lux, R., Haley, S., Slater, H., Beechy, J. & Moyer-Mileur, L. J. (2013). The effect of massage on heart rate variability in preterm infants. *J Perinatol*, 33(1), 59–64. doi: 10.1038/jp.2012.47
- Weber, D. (2011). *Entwicklungsrehabilitation in der frühen Interaktion zwischen Eltern und ihrem frühgeborenen Kind*. Diplomarbeit, Humboldt-Universität Berlin.
- Weisman, O., Zagoory-Sharon, O. & Feldman, R. (2012). Oxytocin administration to parent enhances infant physiological and behavioral readiness for social engagement. *Biol Psychiatry*, 72(12), 982–989. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.06.011

# Autismus und Körperkontaktstörungen

*Fritz Jansen, Uta Streit*

- 11.1 Oxytocin und autistische Störungen – 215**
  - 11.1.1 Autismus geht mit einem erniedrigten Oxytocinspiegel einher – 215
  - 11.1.2 Oxytocinsystem, Gene und Beziehungsverhalten – 219
  - 11.1.3 Warum gleichen autistische Menschen ihren erniedrigten Oxytocinspiegel nicht aus? – 221
- 11.2 Ein Kernsymptom von Autismus: unangemessene Verarbeitung von Sinnesreizen – 221**
- 11.3 Zurückbildung von Synapsen und Verkleinerung von Hirnarealen bei Nichtgebrauch – 222**
- 11.4 Schlussfolgerungen für eine Therapie des Autismus – 225**
  - Literatur – 226

### Autismus ist deutlich besser behandelbar als allgemein bekannt

Autistische Kinder, Jugendliche und Erwachsene leiden extrem häufig an einer Körperkontaktstörung. Aufgrund dieses Sachverhaltes wird die Behandlung der Körperkontaktstörung zu einem der Dreh- und Angelpunkte in der Behandlung der meisten Betroffenen.

Wenn es bei autistischen Menschen versäumt wird, frühzeitig die Fähigkeit zur körperlichen Nähe aufzubauen, dann hat dies für sie tiefgreifende Folgen für ihren Alltag und ihre Therapien.

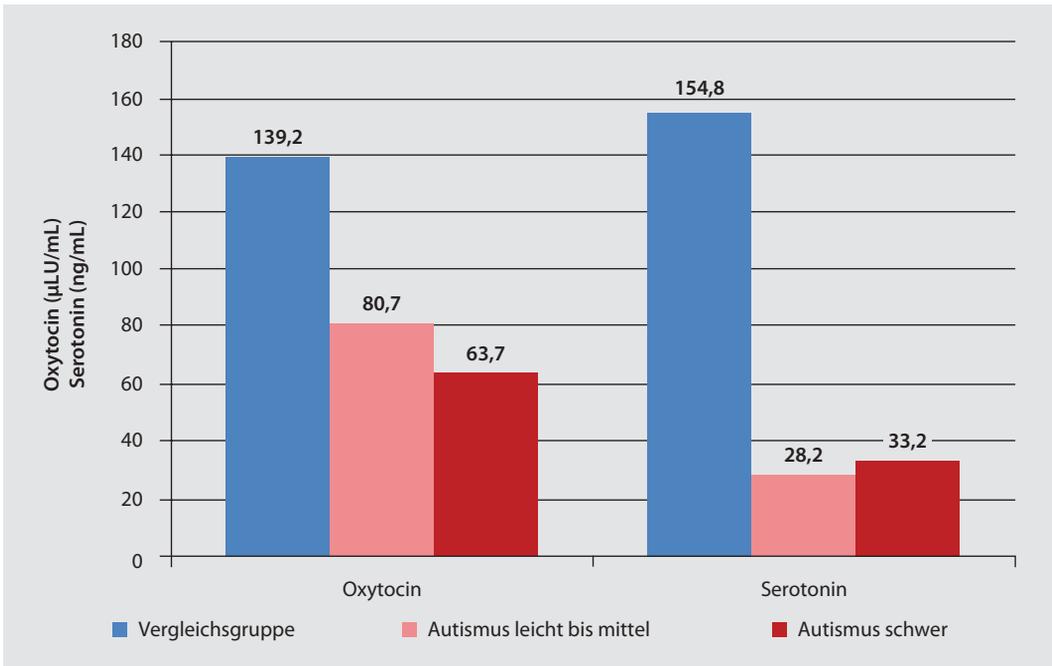
- Zunächst einmal treten alle Nachteile ein, die auch andere ertragen müssen, die von einer Körperkontaktstörung betroffen sind (s. z. B. ► Kap. 2).
- Autistische Menschen haben im Durchschnitt einen erniedrigten Oxytocinpiegel. Möglicherweise kann dies z. T. auf genetische Besonderheiten zurückgeführt werden. Diese bereits ungünstige Ausgangssituation wird durch eine Körperkontaktstörung massiv verstärkt, weil hierdurch wichtige Wege beeinträchtigt oder blockiert werden, über die die Oxytocinproduktion stimuliert werden könnte.
- Der geringe Oxytocinpiegel trifft autistische Menschen zentral. Er nimmt direkt Einfluss auf ihr Sozialverhalten und ist mitverantwortlich für einen Teil der autistischen Symptomatik.
- Mit einer autistischen Störung sind massive Beeinträchtigungen des Sozialverhaltens verbunden. Eine Körperkontaktstörung bedeutet in diesem Fall den Verlust der wichtigsten und grundlegendsten Trainingssituation für soziale Fähigkeiten.
- Sobald autistische Menschen über die Fähigkeit zum Körperkontakt und zum Blickkontakt verfügen, verhalten sie sich in allen sozialen Situationen günstiger. Für

Kinder bedeutet dies z. B., dass im Durchschnitt alle Lern-, Förder- und Therapiesituationen effektiver sind. Dies betrifft z. B. die Schule, die Hausaufgaben, die Sprachtherapie, das Sozialtraining und andere Fördermaßnahmen. Der Grund hierfür ist folgender: Nachdem sie über die Fähigkeit zum Körperkontakt verfügen, lassen sich die Kinder besser oder z. T. überhaupt erst auf eine Beziehung zu ihren Bezugspersonen ein. Dies ist notwendig, um Lernmotivation und positives Lernverhalten aufbauen zu können.

- Die Erfahrung zeigt, dass autistische Menschen umso schwerer den Körperkontakt erlernen, je später sie ihn aufbauen. Bei sehr schweren autistischen Störungen kann es bereits im späten Kindesalter nicht mehr möglich sein, den Körperkontakt zu erlernen. Dies ist bei nicht autistischen Menschen anders. Hier kann die Fähigkeit zum Körperkontakt lebenslang aufgebaut werden – ohne dass dies auffallend schwieriger würde.

Als Erklärung für das andere Reagieren von autistischen Menschen kommen nach heutigem Wissensstand aus unserer Sicht sowohl ungünstige Verhaltensautomatismen als auch der Verlust von neuronalen Verbindungen in Frage (► Abschn. 11.3).

Achtung: Die gesamte Therapie bei autistischen Menschen umfasst eine Reihe substanzieller Therapiebausteine. Einer davon ist die Körperbezogene Interaktionstherapie. Im Rahmen des IntraActPlus-Konzeptes wurde eine umfassende Behandlung für autistische Menschen entworfen, speziell auch für Kinder. Diese umfassende Behandlung ist aber nicht Gegenstand dieses Buches, weil dieses kein Buch über Autismus ist, sondern über Körperkontakt.



■ **Abb. 11.1** Menschen mit Autismus haben einen erniedrigten Oxytocin- und Serotoninspiegel. Hier sind die Ergebnisse für eine Gruppe von Jungen zwischen 3 und 12 Jahren wiedergegeben. Der Unterschied zwischen den autistischen Jungen und den unauffälligen Vergleichskindern ist für beide Neurotransmitter statistisch hochsignifikant. Bezüglich des Oxytocins besteht darüber hinaus ein negativer Zusammenhang mit dem Schweregrad des Autismus. (Aus Alabdali, Al-Ayadhi & El-Ansary, 2014)

## 11.1 Oxytocin und autistische Störungen

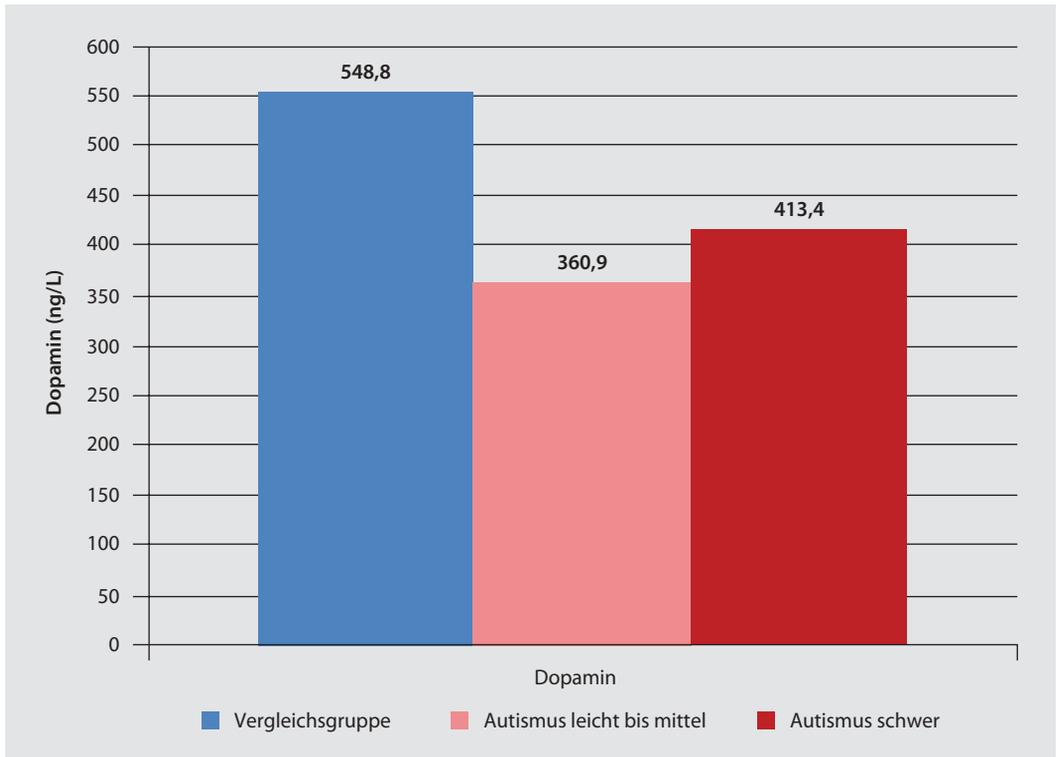
### 11.1.1 Autismus geht mit einem erniedrigten Oxytocinspiegel einher

Es wurde bisher eine große Zahl von Untersuchungen durchgeführt, bei denen der Oxytocinspiegel für die unterschiedlichsten Störungen untersucht wurde. Mit **Ausnahme des Autismus** ergibt sich dabei zum jetzigen Zeitpunkt kein eindeutiges Bild. Für verschiedene Störungen erbrachten die einzelnen Studien unterschiedliche Ergebnisse. Mal wurde ein zu niedriger Oxytocinspiegel, mal ein normaler und manchmal auch ein überdurchschnittlich hoher Oxytocinspiegel festgestellt. Es konnte bisher nicht geklärt werden, inwiefern die Befunde nur widersprüchlich sind oder doch hochinteressant. Hochinteressant wären sie z. B. dann,

wenn sie bei einer Störung unterscheidbare Untergruppen von Patienten widerspiegeln würden.

Ein **eindeutiges** Bild ergibt sich für den Bereich Autismus. Die Studien zeigen übereinstimmend, dass Menschen mit Autismus im Durchschnitt einen erniedrigten Oxytocinspiegel haben (Alabdali, Al-Ayadhi & El-Ansary, 2014; Green et al., 2001; Modahl et al., 1998).

Alabdali, Al-Ayadhi und El-Ansary (2014) untersuchten Jungen im Alter zwischen 3 und 12 Jahren, 52 Kinder mit Autismus und 30 unauffällige Vergleichskinder. Mithilfe zweier unterschiedlicher Fragebögen wurde in der Patientengruppe jeweils der Schweregrad der autistischen Störung als »leicht bis mittel« oder »schwer« beurteilt. Bei allen Kindern wurde über eine Blutentnahme u. a. der Spiegel an Oxytocin, Dopamin und Serotonin bestimmt. Es zeigte sich, dass bei den autistischen Kindern alle 3 Transmitter im Vergleich zu den unauffälligen Kindern erniedrigt waren (■ Abb. 11.1,



■ **Abb. 11.2** Ein weiteres Ergebnis aus der Studie von Alabdali, Al-Ayadhi und El-Ansary (2014): Auch der Dopaminspiegel war bei den Jungen mit Autismus hochsignifikant erniedrigt.

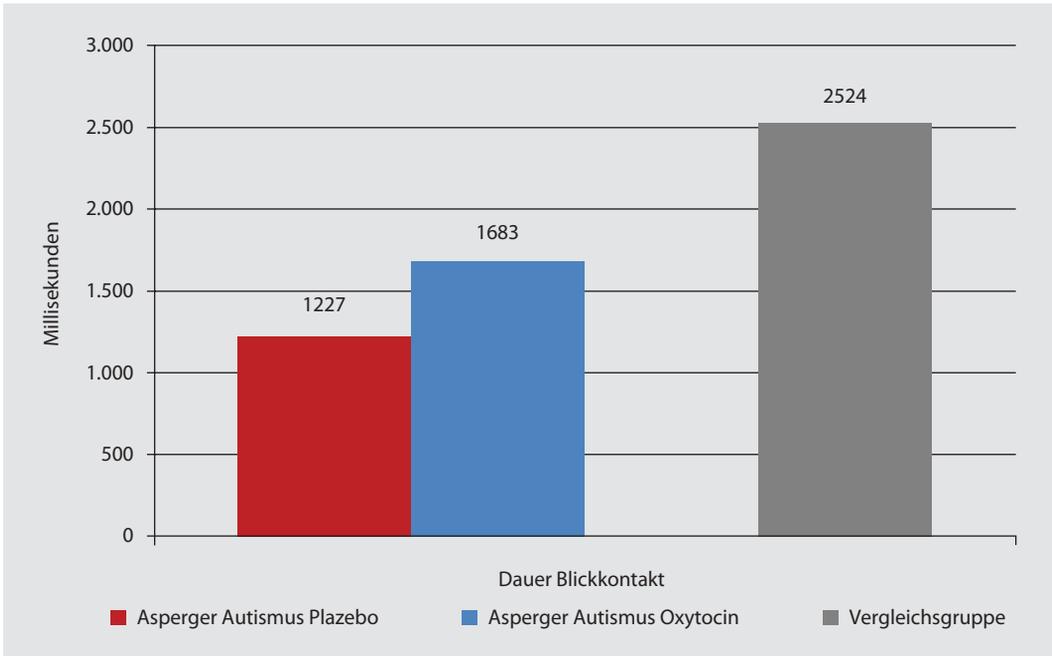
■ **Abb. 11.2).** Bezüglich des Oxytocins zeigte sich darüber hinaus ein Zusammenhang mit dem Schweregrad der autistischen Störung.

Für die Therapie sind auch die Ergebnisse in ■ **Abb. 11.2** hochinteressant. Möglicherweise erklären sie zumindest teilweise, warum die meisten Menschen mit einer autistischen Störung sehr günstig auf Stimulanzien reagieren z. B. Ritalin. Stimulanzien, die im Zusammenhang mit autistischen Störungen eingesetzt werden, führen nicht nur zu einer Verbesserung der Aufmerksamkeit, sondern auch zu einer Verbesserung des Sozialverhaltens (s. auch ► Kap. 17).

#### ■ **Oxytocin erhöht die Dauer des Blickkontakts bei Menschen mit Autismus**

Andari et al. (2010) führten eine Reihe von Experimenten mit zwei Gruppen von Versuchspersonen durch: einer Gruppe mit Asperger-Autismus und einer unauffälligen Vergleichsgruppe. Mit den au-

tistischen Versuchspersonen wurden die Experimente jeweils 2-mal im Abstand von einer Woche durchgeführt. Einmal bekamen sie zuvor ein oxytocinhaltiges Nasenspray, das andere Mal ein Placebopräparat. In einem dieser Experimente sollten die Versuchspersonen bei einer Abfolge von Gesichtern jeweils angeben, ob die abgebildete Person sie anschaut oder zur Seite blickt. Jedes Gesicht wurde über einen Monitor 3 Sekunden lang gezeigt. Währenddessen wurden mit einem speziellen Programm die Augenbewegungen der Versuchsperson erfasst und daraus berechnet, wie lange sie in die Augenregion der auf dem Monitor abgebildeten Person schaute. Die Ergebnisse dieses Experiments bestätigten zunächst die deutliche Schwierigkeit von Menschen mit Autismus, einem Gegenüber in die Augen zu schauen (■ **Abb. 11.3**). Während die normalen Vergleichspersonen fast ununterbrochen (2,5 Sekunden innerhalb der 3 Sekunden dauernden Darbietung des Gesichts) in den Augenbereich



■ **Abb. 11.3** Menschen mit autistischen Störungen schauen deutlich weniger in den Augenbereich anderer Menschen als Vergleichspersonen ohne Autismus. Bekamen die Teilnehmer mit Autismus zuvor Oxytocin, gelang es ihnen deutlich länger, in den Augenbereich zu schauen. Vergleicht man die Werte für die Bedingungen ohne und mit Oxytocin, so ergibt sich durch das Oxytocinspray eine Verbesserung um 37%. Abb. nach den Ergebnissen der Studie von Andari et al. (2010).

schaufen, gelang dies den Menschen mit Autismus ohne Oxytocin nicht einmal halb so lang. Hatten die Versuchspersonen mit einer autistischen Störung allerdings zuvor das oxytocinhaltige Nasenspray bekommen, verbesserte sich ihre Fähigkeit zum Blickkontakt erheblich (blauer Balken in **Abb. 11.3**).

In anderen Studien konnten bei autistischen Menschen, deren Oxytocinspiegel über ein Nasenspray erhöht wurde, eine Reihe weiterer entscheidender Verbesserungen im Bereich des Sozialverhaltens und anderer Merkmale autistischer Störungen festgestellt werden:

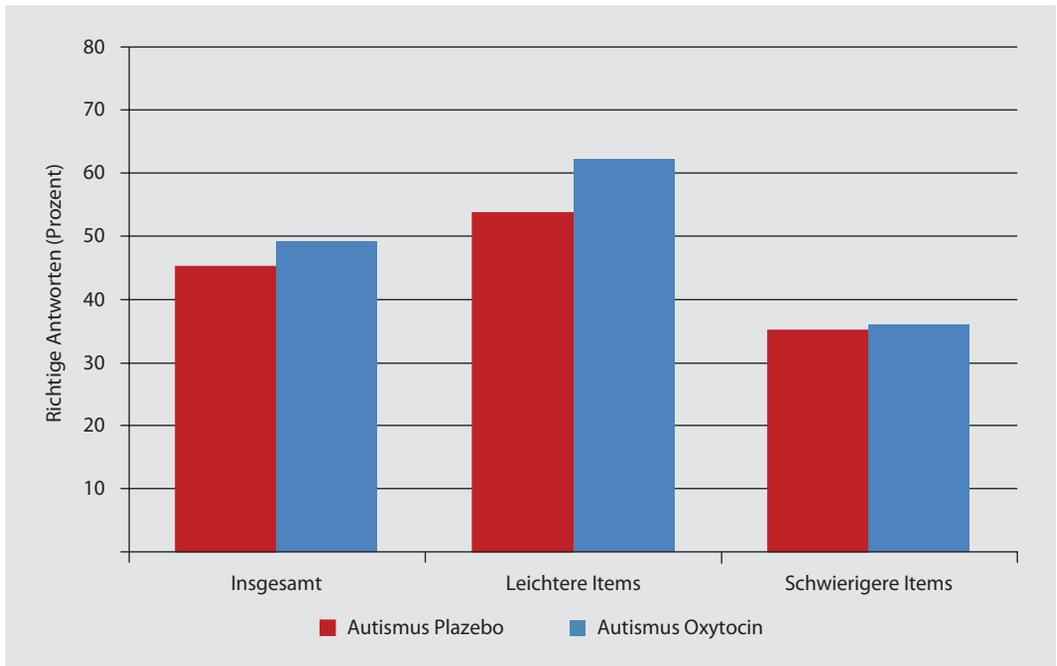
■ **Oxytocin verbessert bei Menschen mit Autismus oder autistischen Eigenschaften die Fähigkeit, Emotionen zu erkennen**

Guastella et al. (2010) untersuchten 16 männliche Jugendliche im Alter zwischen 12 und 19 Jahren mit autistischen Störungen. Mit den Teilnehmern wurde der Test »Reading the Mind in the Eyes«

durchgeführt. Dies ist ein häufig genutztes und reliables Verfahren zur Untersuchung der Fähigkeit, Emotionen im Gesicht zu erkennen. Jeder Teilnehmer wurde einmal nach Gabe eines Oxytocinsprays und einmal nach Gabe eines entsprechenden Placebopräparates untersucht. Die Ergebnisse sind in **Abb. 11.4** dargestellt.

Auch unter nichtautistischen Menschen lassen sich Verhaltensweisen beobachten, die für Autismus typisch sind. Entsprechende Verhaltensweisen werden beispielsweise im AQ-Test gemessen (Autismus-Spektrum-Quotient-Test; Baron-Cohen et al., 2006). Hierzu gehören beispielsweise Merkmale wie:

- Wenn ich eine Geschichte lese, fällt es mir schwer, mir die Absichten der Personen vorzustellen.
- Wenn ich mich unterhalte, können mich andere kaum unterbrechen.
- Oft wird mir erzählt, dass ich ständig über dieselben Dinge spreche.



■ **Abb. 11.4** Autistische Jugendliche sollten in Gesichtern ausgedrückte Emotionen erkennen. Nach Gabe eines oxytocinhaltenen Nasensprays war ihr Testergebnis insgesamt signifikant verbessert. Eine ergänzende Auswertung zeigte, dass sich die Jugendlichen durch das Oxytocinspray in den leichteren Items deutlich verbesserten. Für die schwierigeren Items zeigte sich kein Unterschied zwischen den beiden Bedingungen. (Abb. nach Andari et al. 2010)

- Andere Menschen sagen mir häufig, dass das, was ich gesagt habe, unhöflich war, obwohl ich denke, es sei höflich gewesen.

Bartz et al. (2010) ließen 27 normale männliche Versuchsteilnehmer zunächst diesen AQ-Test ausfüllen. Dann sollten die Teilnehmer Emotionen von auf Video gezeigten Personen einschätzen – auch hier wieder einmal nach Gabe eines Oxytocin- und einmal nach Gabe eines Plazebosprays. Das Ergebnis ist sehr aufschlussreich (■ Abb. 11.5):

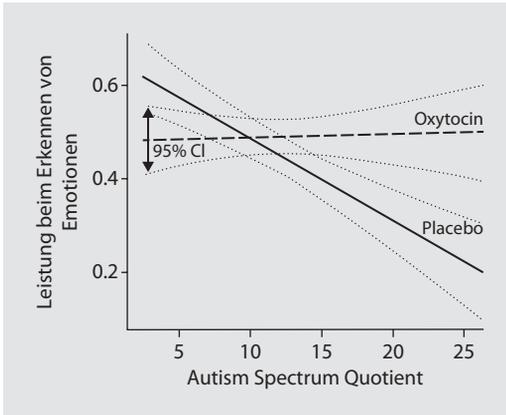
- Unter der Plazebobedingung bestand ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen dem Autismusquotienten der Teilnehmer und ihrer Fähigkeit, Emotionen einzuschätzen. Je höher der Autismusquotient war, desto schlechter konnte die Person Emotionen richtig bewerten.

- **Dieser Effekt verschwand unter der Bedingung mit Oxytocin!** Unter dieser Bedingung war die Leistung der Personen mit hohem und niedrigem Autismusquotient gleich.

■ **Oxytocin erhöht bei Menschen mit Autismus die Hirnaktivität bei der Verarbeitung sozial bedeutsamer Reize**

Gordon et al. (2013) führten eine Studie durch, in der sie bei 17 Kindern mit Asperger-Autismus die Aktivierung bestimmter Hirnareale mithilfe der funktionellen Magnetresonanztomographie untersuchten. Die Kinder bekamen zwei verschiedene Aufgabenstellungen:

- Beurteilen der Emotion bei Bildern von Gesichtern;
- Benennen der Marke bei Bildern von Autos.



■ **Abb. 11.5** Bei Normalpersonen wurde zunächst der »Autismus-Spektrum-Quotient« bestimmt (s. Text). Es zeigte sich, dass die Leistung beim Erkennen von Emotionen umso schlechter war, je höher der Autismus-Spektrum-Quotient einer Person (Placebo, durchgezogene Linie). Bekamen die Versuchsteilnehmer über das Nasenspray Oxytocin, so hob sich dieser Unterschied auf. Die Linien in der Abb. sind die jeweils aus den Daten berechneten Regressionsgeraden. (Aus Bartz et al., 2010)

Beide Aufgabenstellungen wurden zweimal durchgeführt: Einmal nach Gabe eines Oxytocinsprays und einmal nach Gabe eines Placebopräparates. Unter Oxytocin zeigte sich im Gehirn der Versuchspersonen mit Autismus ein deutlicher Aktivierungsanstieg in Arealen, die für die Verarbeitung von sozialen Signalen wie Gesichtswahrnehmung zuständig sind (rote Balken in ■ Abb. 11.6).

Bezüglich der zweiten Aufgabenstellung, dem Benennen der Automarke, konnte der entgegengesetzte Effekt beobachtet werden: Hier fand sich in den untersuchten Hirnarealen eine geringere Aktivierung, wenn die Versuchspersonen zuvor das Oxytocin bekommen hatten (blaue Balken in ■ Abb. 11.6).

Besonders wichtig für die Therapie ist der Befund, dass sich bei der Wahrnehmung von Gesichtern unter Oxytocin der Nucleus accumbens des Striatums stärker aktiviert. Dieses Hirnareal spielt eine wichtige Rolle bei der Verarbeitung von sozialer Belohnung.

Mit der sozialen Aufmerksamkeit und dem sozialen Denken stehen folgende Hirnareale im

Zusammenhang: Sulcus temporalis superior, prämotorischer Kortex, Precuneus und Teile des Cingulum.

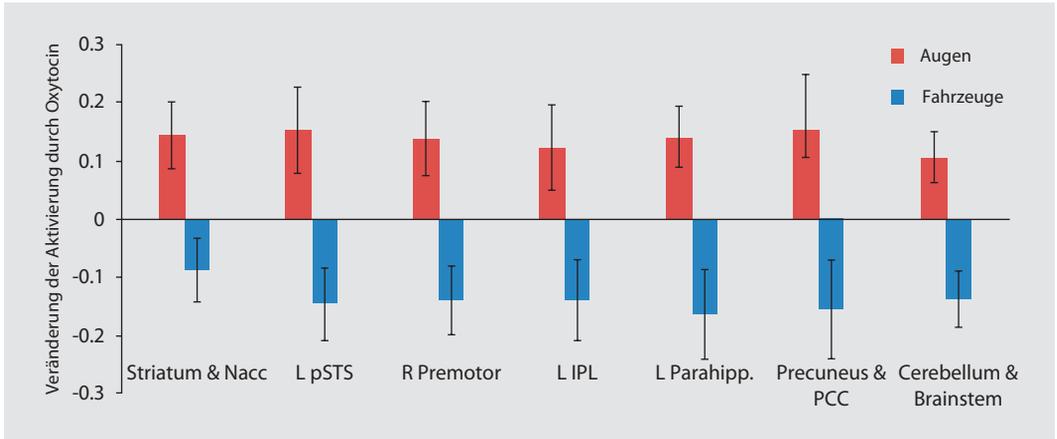
## 11.1.2 Oxytocinsystem, Gene und Beziehungsverhalten

Die Funktion des Oxytocinsystems hängt auch von genetischen Faktoren ab. Besonders gut erforscht ist ein Gen, das die Funktion der Rezeptoren für das Oxytocin beeinflusst und daher als »Oxytocin-Rezeptor-Gen« bezeichnet wird. Menschen, die nicht autistisch sind, jedoch ungünstigere Varianten des Oxytocin-Rezeptor-Gens haben, können beispielsweise Emotionen weniger gut erkennen und reagieren empfindlicher auf Stress (Rodrigues et al., 2009). Andere Studien konnten beispielsweise zeigen, dass auch das Verhalten von Eltern gegenüber ihrem Säugling oder Kleinkind durch das Oxytocin-Rezeptor-Gen beeinflusst wird (Feldman et al., 2013; Feldman et al., 2012). Eltern mit ungünstigen Varianten des Oxytocin-Rezeptor-Gens berührten beispielsweise ihre Säuglinge durchschnittlich weniger (■ Abb. 11.7). Eine Übersicht über den Stand der Forschung zum Einfluss genetischer Faktoren auf das Oxytocinsystem findet sich bei Kumsta und Heinrichs (2013).

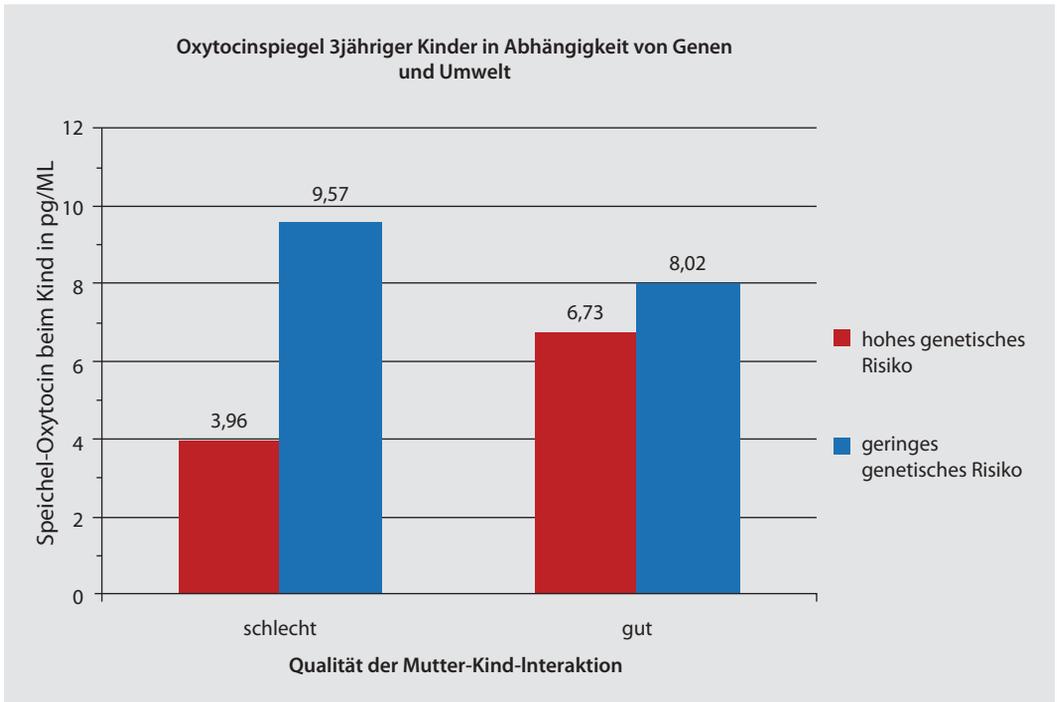
Gerade in den letzten Jahren hat man also begonnen, die Zusammenhänge zwischen Oxytocin-Rezeptor-Gen und Verhalten besser zu verstehen. In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass der Einfluss der genetischen Größen auf das Verhalten zwar statistisch signifikant, jedoch nicht sehr groß ist und in den genannten Studien bei 6–16% liegt. So bedeuteten die in der Studie von Rodrigues et al. (2009) gefundenen genetischen Faktoren eine um 6% höhere Trefferquote. Feldmann und ihre Mitarbeiter fanden einen genetischen Einfluss auf das untersuchte Verhalten in der Größenordnung von 15–16%.

Therapeutisch von höchster Bedeutung ist der Befund von Feldman et al. (2013):

➤ **Ein ungünstiger genetischer Faktor kann durch eine qualitativ hochwertige Interaktion mit dem Kind ausgeglichen werden.**



■ **Abb. 11.6** In der Zeichnung sind die Veränderungen der Aktivierung durch »Oxytocin« wiedergegeben. Dabei zeigt sich für 7 Hirnbereiche, dass bei Oxytocin die Aktivierung zunimmt, wenn Gesichter angeschaut werden (rote Balken). Erstaunlicherweise wird jedoch nicht nur die Aktivierung dieser Hirnareale bei Oxytocin erhöht, sondern es ist auch eine Erniedrigung der Aktivierung bei nichtsozialen Reizen wie Autos festzustellen (blaue Balken). Nacc: Nucleus accumbens; L pSTS: left posterior superior temporal sulcus; R Premotor: Rechter prämotorischer Kortex; L IPL: Left inferior parietal lobule; L Parahipp: Linker Gyrus parahippocampalis; PCC: Posteriorer cingulärer Kortex. (Aus Gordon et al., 2013)



■ **Abb. 11.7** Oxytocinspiegel dreijähriger Kinder in Abhängigkeit von ihrem genetischem Risiko und der Mutter-Kind-Interaktion. Ist die Mutter-Kind-Interaktion gut, so besteht kein Zusammenhang zwischen dem genetischen Risiko und der tatsächlichen Oxytocinproduktion (rechte Balken - Unterschied ist nicht signifikant). Eine gute Mutter-Kind-Interaktion konnte also das genetische Risiko der Kinder ausgleichen. Bei einer qualitativ schlechten Mutter-Kind-Interaktion bewirkt das genetische Risiko hingegen nahezu eine Halbierung des vorhandenen Oxytocins (linke Balken). (Nach Feldmann et al., 2013)

Wenn Mütter mit ihren Säuglingen viel Körper- und Blickkontakt aufnahmen, so führten die unterschiedlichen genetischen Voraussetzungen nicht zu Unterschieden im Oxytocinspiegel des Kindes. Die Autoren sprechen hier von einem »extragenomischen« Transfer von einer Generation zur nächsten: Der Oxytocinspiegel der Mutter beeinflusst die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion. Die Mutter-Kind-Interaktion beeinflusst ihrerseits wieder den Oxytocinspiegel beim Kind. Ähnliche Zusammenhänge wurden bezüglich der Vater-Kind-Interaktion gefunden. Bekamen Väter ein oxytocinhaltiges Nasenspray, so führte dies zu einer Erhöhung des Oxytocinspiegels beim Kind (► Abschn. 2.7.1).

### 11.1.3 Warum gleichen autistische Menschen ihren erniedrigten Oxytocinspiegel nicht aus?

Menschen mit einer autistischen Störung haben im Durchschnitt einen erniedrigten Oxytocinspiegel (s. o.). Auch bei ihnen findet man häufiger ungünstige genetische Varianten des Oxytozin-Rezeptorgens (Jacob et al., 2007; Lerer et al., 2008; Liu et al., 2010; Wu et al., 2005). Aber warum können sie den niedrigen Oxytocinspiegel nicht ausgleichen?

Als wichtigste Ursache sehen wir Körperkontaktstörungen an, die aufgrund massiver Schwierigkeiten entstanden sind, Sinnesreize angemessen zu verarbeiten (s. auch ► Kap. 5 und ► Kap. 6).

Aufgrund der Körperkontaktstörung rufen autistische Menschen im Durchschnitt extrem seltener ein Verhalten ab, mit dem nach unserem heutigen Kenntnisstand die Oxytocinproduktion stimuliert wird. Wie bereits in ► Kap. 2 ausgeführt wurde, kann die Oxytocinproduktion über mindestens vier Wege angeregt werden: beziehungs- mäßig ausgerichtetem Körperkontakt, beziehungsorientierter Blickkontakt, beziehungsorientierte Gespräche und – aufgrund von Tierstudien anzunehmen – Riechen. Aufgrund einer Körperkontaktstörung werden zunächst der Weg über den Körperkontakt und der Weg über das Sehen direkt blockiert. Der Weg über das Riechen wird indirekt in Mitleidenschaft gezogen, da dies körperliche Nähe voraussetzt. Darüber hinaus fällt es autistischen Menschen schwer, beziehungsorientierte

Gespräche zu führen, was aus unserer therapeutischen Erfahrung zu einem großen Teil auch durch die Körperkontaktstörung begründet ist. Damit sind die wesentlichen Wege beeinträchtigt oder im Einzelfall sogar blockiert, über die sich autistische Menschen die Oxytocinproduktion selber stimulieren können.

## 11.2 Ein Kernsymptom von Autismus: unangemessene Verarbeitung von Sinnesreizen

Die Diagnosesysteme DSM und ICD legen die Kriterien fest, nach denen im Gesundheitssystem und in der Wissenschaft international verbindlich diagnostiziert wird. Die im Mai 2013 erschienene 5. Auflage des DSM (DSM V) führt zum ersten Mal die Schwierigkeit, Sinnesreize angemessen zu verarbeiten, als Kernsymptom für autistische Störungen auf, wie aus der nachfolgenden Darstellung ersichtlich ist:

- A. Defizite in der sozialen Kommunikation
  - Defizite in der sozial-emotionalen Reziprozität
  - Defizite im nichtsprachlichen Kommunikationsverhalten (z. B. Blickkontakt halten können, Emotionen angemessen zeigen)
  - Defizite im Aufbau, Aufrechterhalten und Verstehen von sozialen Beziehungen
- B. Eingeschränkte oder sich wiederholende Muster im Verhalten, den Interessen oder Aktivitäten
  - Stereotype Verhaltensweisen
  - Widerstand gegenüber Veränderung
  - Fixierungen z. B. auf bestimmte Interessen, ungewöhnliche Gegenstände etc.
  - **Hyper- oder Hyporeaktivität auf sensorische Reize** oder ein unübliches Interesse an bestimmten sensorischen Merkmalen

Besonderheiten in der Verarbeitung von Sinnesinformationen werden jetzt als ein **Kernsymptom** autistischer Störungen angesehen. In früheren Versionen galten sie als begleitende Besonderheit. Damit wird dem neuen Stand der Forschung entsprochen. Bereits seit Längerem weiß man, dass Menschen mit autistischen Störungen in allen Sinnessysteme

men empfindlicher reagieren können oder Wahrnehmungen anders empfinden können als nicht autistische Menschen. Dies gilt für Berührung, Sehen, Hören, Gleichgewichtssinn, Riechen, Schmecken und Propriozeption (Eigenwahrnehmung, hiermit ist beispielsweise die Information aus Muskeln und Gelenken gemeint). Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind jeweils Unterschiede im Gruppendurchschnitt. Die Besonderheiten in der Sinnesverarbeitung sind bei unterschiedlichen Personen mit Autismus unterschiedlich stark ausgeprägt. Daneben ist zu beobachten, dass manche autistische Menschen in allen oder fast allen Sinnessystemen empfindlicher oder verändert wahrnehmen. Bei anderen können nur einer oder wenige Sinnesbereiche betroffen sein.

Silva (2013) vergleicht die Ergebnisse von 128 Kindern mit Autismus und einer Gruppe von 138 unauffälligen Vergleichskindern. Die Kinder waren zwischen 2 und 5 Jahre alt. Mithilfe eines Fragebogens gaben die Eltern an, inwieweit sie bei ihren Kindern Verhaltensweisen feststellen, die auf Überempfindlichkeiten im Bereich der Berührung hinweisen, z. B.:

- Gesicht waschen ist schwierig,
- Haare, Finger- oder Fußnägel zu schneiden ist schwierig,
- das Kind weigert sich, eine Mütze zu tragen,
- das Kind trägt nur bestimmte Kleidungsstücke oder bestimmte Arten von Kleidung.

Auch »Unterempfindlichkeit« im Sinne eines Nichtspürens von Schmerzen wurde erfasst, z. B.:

- Das Kind schlägt mit dem Kopf auf eine harte Unterlage,
- das Kind weint nicht, wenn es sich verletzt hat.

Für jede Aussage gaben die Eltern an, wie häufig das Verhalten bei ihrem Kind auftrat: gar nicht (0), selten (1), manchmal (2) oder oft (3). Aus den in Klammern stehenden Werten wurde dann für jedes Kind ein Gesamtpunktwert für die Merkmale »Überempfindlichkeit« und »verminderte Schmerz Wahrnehmung« berechnet. Diese Mittelwerte für die Gruppen mit und ohne Autismus sind in  Abb. 11.8 wiedergegeben. Es fanden sich statistisch hochsignifikante Unterschiede: Die autis-

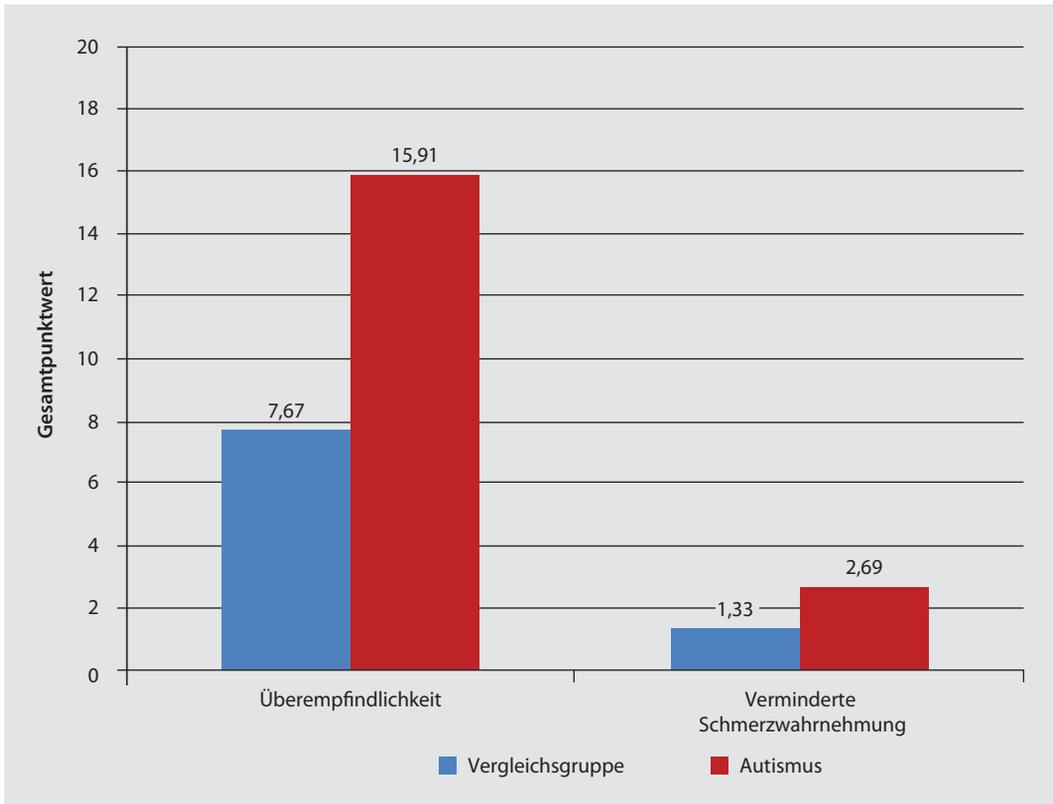
tischen Kinder hatten im Durchschnitt eine mehr als doppelt so hohe Überempfindlichkeit. Es traten aber auch doppelt so häufig Unterempfindlichkeiten gegenüber Schmerzen auf.

Eine andere Studie hat bei Erwachsenen mithilfe eines Fragebogens Überempfindlichkeiten in den Sinnessystemen Berührung, Sehen, Hören, Riechen, Geschmack und Propriozeption erfasst (sensorische Überempfindlichkeitsskala der »Sensory processing scale« von Miller und Schoen, 2012). Menschen mit und ohne Autismus wurden anschließend bezüglich dieser Überempfindlichkeiten verglichen (Tavassoli et al., 2013). Wie aus  Abb. 11.9 deutlich wird, fanden sich bei den Menschen mit Autismus z. T. entschieden höhere Überempfindlichkeiten in allen Sinnesbereichen. Die beiden Studien verdeutlichen die massive Überempfindlichkeit von autistischen Menschen gegenüber den unterschiedlichsten Sinnesreizen. In dieser Besonderheit ist aus unserer Sicht der wichtigste Grund zu sehen, warum autistische Menschen so häufig an einer Körperkontaktstörung leiden. Die Körperkontaktstörung sehen wir dabei als im Wesentlichen gelernt und grundsätzlich behandelbar an, sofern neuronale Verbindungen noch nicht durch Nichtbenutzung unwiderruflich verlorengegangen sind.

### 11.3 Zurückbildung von Synapsen und Verkleinerung von Hirnarealen bei Nichtgebrauch

Wenn ein Kind auf die Welt kommt, verfügt sein Gehirn über die gleiche Anzahl von Nervenzellen (Neurone) wie das Gehirn eines Erwachsenen. Das Neugeborene und der Erwachsene haben jeweils etwa 100 Milliarden Nervenzellen. Im Vergleich zu Kleinkindern, größeren Kindern und Erwachsenen sind die Neurone des Neugeborenen jedoch kleiner und v. a. noch wenig untereinander verbunden.

Ab dem Moment der Geburt erlebt das Baby eine gewaltige Menge neuer Sinneserfahrungen. Diese bewirken eine rasante Zunahme der Verbindungen zwischen den Nervenzellen seines Gehirns. Diese Verbindungen nennt man Synapsen. Mit 2 Jahren hat das Kind bereits so viele Synapsen wie



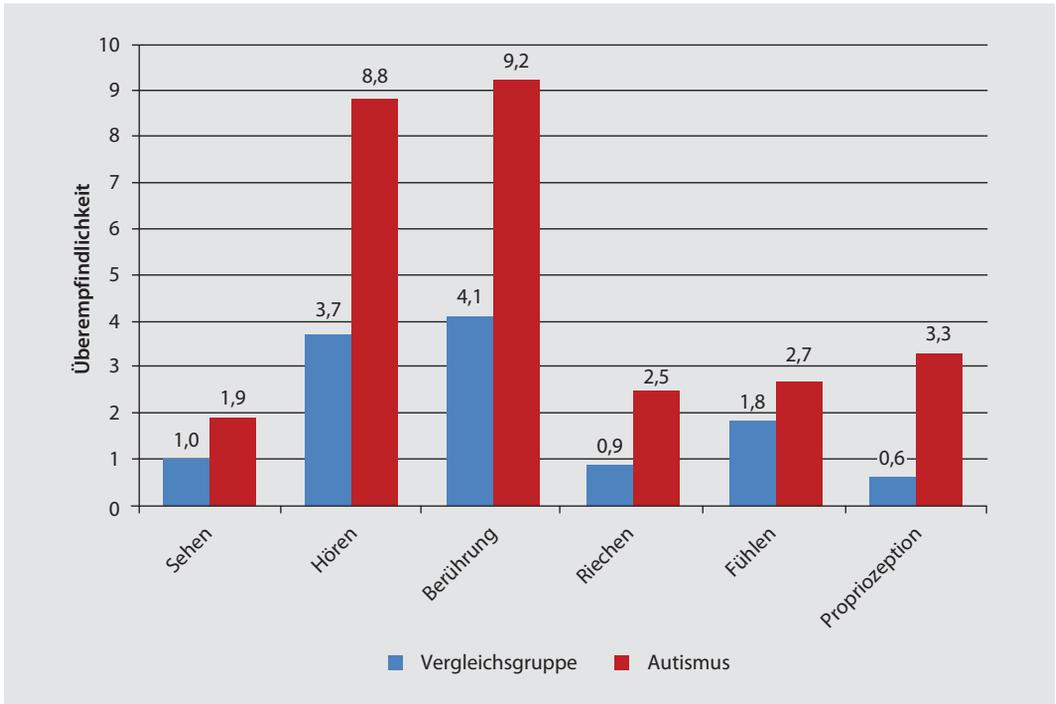
■ **Abb. 11.8** Berührungssinn bei Kindern mit autistischen Störungen. Bei den autistischen Kindern fanden sich doppelt so häufig Überempfindlichkeiten gegenüber Berührungsreizen, aber auch doppelt so häufig Anzeichen für eine verminderte Schmerzempfindung (Abb. wurde nach den Daten von Silva (2013) erstellt).

ein Erwachsener, mit 3 Jahren sind es sogar doppelt so viele wie beim Erwachsenen. Ab dem Alter von etwa 3 Jahren lässt sich dann eine weitere faszinierende Veränderung in der Architektur des Gehirns feststellen: Synapsen, die nicht benötigt werden, bilden sich wieder zurück. Zwischen dem Ende des 3. Lebensjahrs bis zum Jugendalter wird rund die Hälfte der zunächst erstellten Synapsen wieder abgebaut.

Offensichtlich werden also in den ersten 3 Lebensjahren erst einmal möglichst viele unterschiedliche Sinneserfahrungen im Gehirn gespeichert, was physiologisch der Ausbildung von Synapsen entspricht. Diejenigen Verbindungen, die sehr oft genutzt werden, werden dauerhaft beibehalten und weiter ausgebaut. Die Nervenzellen werden dann immer größer und es entstehen immer stabilere

Verschaltungen mit anderen Nervenzellen. Andererseits verlieren Nervenzellen, die nur wenig oder gar nicht benutzt werden, an Bedeutung. Diese Verbindungen werden dann allmählich wieder abgebaut.

Die Ausbildung von doppelt so vielen Synapsen wie später beibehalten werden erklärt die unglaubliche Fähigkeit des Menschen, sich an die unterschiedlichsten Anforderungen seiner jeweiligen Lebensumwelt anzupassen. Die Überproduktion von Synapsen in den ersten Lebensjahren ermöglicht das Erlernen ganz verschiedener Verhaltensweisen. Ein eindrucksvolles Beispiel hierzu ist die Sprachentwicklung. Zunächst bilden sich im Gehirn des Babys Vernetzungen, mit denen es alle Laute jeder Sprache dieser Welt abspeichern kann. Dies zeigt sich darin, dass Babys zunächst Laute in



■ **Abb. 11.9** Autistische Menschen zeigen im Gruppendurchschnitt in allen Sinnessystemen ein stark erhöhtes Ausmaß an Überempfindlichkeit (die Abb. wurde nach den Daten von Tavassoli et al., 2013 erstellt).

allen Sprachen unterscheiden können. Nun ist es aber langfristig nicht sinnvoll, alle entsprechenden Erfahrungen im Gehirn festzuhalten. Vielmehr ist es wichtig, die eigene Kompetenz in derjenigen Sprache oder denjenigen Sprachen zu steigern, die das Kind ständig erlebt. Aus diesem Grund werden diejenigen Synapsen abgebaut, die nicht oder nur ab und zu benutzt werden – zugunsten einer extremen Perfektion in der Verarbeitung der Sprache oder der Sprachen, die das Kind ständig hört.

Die Veränderung von Synapsen in Abhängigkeit von der Häufigkeit ihrer Nutzung ist nur ein Merkmal dessen, was man als »Plastizität des Gehirns« bezeichnet. Die Plastizität des Gehirns umfasst noch viel mehr. Hirnareale, die für bestimmte Funktionen zuständig sind, verändern ihre Größe in Abhängigkeit davon, wie häufig sie genutzt werden. Dies geht so weit, dass Hirnareale, die nicht genutzt werden, für andere Funktionen eingesetzt werden. So konnte man beispielsweise bei Menschen, die von Geburt an taub sind, feststellen, dass Gehirnareale, die normalerweise für die Verarbei-

tung von Gehörtem zuständig sind, für »Sehen« eingesetzt werden (Finney, Fine & Dobkins, 2001).

Die Plastizität des Gehirns ist in den ersten 3 Lebensjahren am größten. In vielen Funktionsbereichen hat man festgestellt, dass Funktionen, die in diesen ersten Lebensjahren nicht genutzt werden, später nicht mehr oder nur noch teilweise wieder hergestellt werden können (vgl. Hensch, 2004). Dabei ist das »Zeitfenster«, in dem eine bestimmte Hirnfunktion genutzt werden muss, um vollständig erhalten zu bleiben, für verschiedene Funktionsbereiche unterschiedlich. Einige Beispiele hierzu:

- Im Alter zwischen 2 und 6 Monaten zeigen Säuglinge extreme Fortschritte im Bereich ihrer Sehfähigkeit. Diese gehen mit einer schnellen Vergrößerung von Hirnarealen, die für Sehen zuständig sind, sowie einer extremen Zunahme synaptischer Verbindungen einher. Wenn das Sehsystem in diesem Alter keine Information erhält, weil das Kind blind ist, ist es irreversibel geschädigt. Säuglinge, die mit beidseitigem Katarakt (einer Trübung

der Augenlinse) geboren werden, erreichen normale oder nahezu normale Sehfunktionen, wenn der Katarakt vor dem Alter von 2 Monaten operiert wird. Findet eine entsprechende Operation erst nach dem 6. Lebensmonat statt, so haben die betroffenen Kinder lebenslang starke Sehbehinderungen (Gelbart et al., 1982).

- Säuglinge, die aufgrund einer Schädigung der Cochlea (Hörschnecke) taub oder mit einer starken Beeinträchtigung ihrer Hörfähigkeit geboren werden, bekommen heute so früh wie möglich ein Cochlea-Implantat. Diese implantierte Hörhilfe leitet die Hörinformation direkt an den Hörnerv weiter. Je früher das Cochlea-Implantat eingesetzt wird, desto besser wird das Kind später sprechen können (Manrique et al., 2004; McConkey Robbins et al., 2004). Taube Erwachsene können nach Einsetzung eines Cochlea-Implantats nur dann wieder sprechen lernen, wenn sie erst nach dem Spracherwerb taub geworden waren. Hirngelbiete, die für Sprache wichtig sind, werden also nicht mehr oder nur noch in geringem Maße funktionsfähig, wenn sie nicht in frühem Alter benutzt wurden.
- Kinder, die die erste Lebenszeit in einem rumänischen Waisenhaus verbrachten und später in eine Familie kamen, zeigten eine verminderte Informationsverarbeitung beim Wahrnehmen von Gesichtern. Dies äußerte sich sowohl in einer allgemein verminderten Aktivierung des Gehirns als auch in einem verringerten Reagieren der Hirnareale, die für die Verarbeitung des Gesichts zuständig sind (Moulson et al., 2009a; Moulson et al., 2009b).

Halten wir also fest: Für viele Fähigkeiten gibt es Zeitfenster, in denen Lernerfahrungen stattfinden müssen, damit die entsprechende Funktion später in vollem Umfang zur Verfügung steht. Diese Zeitfenster nennt man »kritische Perioden«. Findet in diesem Zeitfenster keine Anregung der Funktion statt, so kann es sein, dass sie später auch bei intensivem Training nicht wieder hergestellt werden kann. Kritische Perioden beginnen nicht immer ab dem Zeitpunkt der Geburt, sondern können auch

zu späteren Zeitpunkten beginnen (Toyoizumi et al., 2013).

Wir hatten am Anfang dieses Kapitels von unserer durch jahrzehntelange therapeutische Arbeit entstandenen Sicherheit berichtet: Menschen mit einer Körperkontaktstörung können lebenslang ihre Fähigkeit zum Körperkontakt aufbauen, ohne dass dies mit steigendem Alter schwieriger wird.

Hiervon gibt es eine Ausnahme: Dies sind Menschen, die von einer autistischen Störung betroffen sind. Im Durchschnitt werden die Therapien bei diesen Menschen umso schwieriger, je älter sie sind. Bei sehr schwerem Autismus kann es unmöglich werden, den Körperkontakt noch aufzubauen. Diese Aussage gilt ab dem höheren Kindesalter.

Für dieses Phänomen haben wir zwei Erklärungen. Zum einen könnten ungünstige Verhaltensweisen automatisiert sein und dies könnte die Therapie erschweren. Andererseits könnte hier jedoch etwas Ähnliches passieren wie im Bereich des Hörens, Sehens oder der Motorik: Wenn nicht frühzeitig synaptische Verschaltungen aufgebaut oder wenn diese nicht regelmäßig genutzt werden, kann es zum Abbau synaptischer Verbindungen und zur Zurückbildung von Hirnarealen kommen. So, wie für viele andere Funktionsbereiche »kritische Perioden« gefunden wurden, kann es also sein, dass es auch für Körperkontakt und beispielsweise den Zusammenhang zwischen Körperkontakt und Oxytocinsystem bei autistischen Menschen eine »kritische Periode« gibt.

## 11.4 Schlussfolgerungen für eine Therapie des Autismus

Folgende Therapiemaßnahmen müssten unmittelbar nach Diagnose des Autismus oder der autistischen Symptomatik beginnen. Dies kann bereits im Alter von mehreren Wochen sein:

- Richtigen Umgang mit dem betroffenen Kind in allen Alltagssituationen erlernen, um nicht ständig Reize anzubieten, auf die das Kind überempfindlich reagiert. Hierdurch soll die Entstehung oder Verfestigung einer Körperkontaktstörung verhindert werden (s. ► Kap. 9).

- Gewöhnung des Kindes an Reize, auf die es überempfindlich reagiert, im Sinne einer Desensibilisierung.
- Sofern vorhanden: Behandlung der Körperkontaktstörung.

Es muss hier nochmals betont werden: Diese drei Maßnahmen sollten zum frühestmöglichen Zeitpunkt angeboten werden, nachdem das entsprechende Problem erkannt wurde.

## Literatur

- Alabdali, A., Al-Ayadhi, L. & El-Ansary, A. (2014). Association of social and cognitive impairment and biomarkers in autism spectrum disorders. *J Neuroinflammation*, 11(1), 4. doi: 10.1186/1742-2094-11-4
- Andari, E., Duhamel, J.R., Zalla, T., Herbrecht, E., Leboyer, M. & Sirigu, A. (2010). Promoting social behavior with oxytocin in high-functioning autism spectrum disorders. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 107(9), 4389–4394. doi: 10.1073/pnas.0910249107
- Baron-Cohen, S., Hoekstra, R.A., Knickmeyer, R. & Wheelwright, S. (2006). The Autism-Spectrum Quotient (AQ) – adolescent version. *J Autism Dev Disord*, 36(3), 343–350. doi: 10.1007/s10803-006-0073-6
- Bartz, J.A., Zaki, J., Bolger, N., Hollander, E., Ludwig, N.N., Kolevzon, A. & Ochsner, K.N. (2010). Oxytocin selectively improves empathic accuracy. *Psychol Sci*, 21(10), 1426–1428. doi: 10.1177/0956797610383439
- Feldman, R., Gordon, I., Infus, M., Gutbir, T. & Ebstein, R.P. (2013). Parental Oxytocin and Early Caregiving Jointly Shape Children's Oxytocin Response and Social Reciprocity. *Neuropsychopharmacology*, 38(7), 1154–1162. doi: 10.1038/npp.2013.22
- Feldman, R., Zagoory-Sharon, O., Weisman, O., Schneiderman, I., Gordon, I., Maoz, R., Shalev, I. & Ebstein, R.P. (2012). Sensitive parenting is associated with plasma oxytocin and polymorphisms in the OXTR and CD38 genes. *Biol Psychiatry*, 72(3), 175–181. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.12.025
- Finney, E.M., Fine, I. & Dobkins, K.R. (2001). Visual stimuli activate auditory cortex in the deaf. *Nat Neurosci*, 4(12), 1171–1173. doi: 10.1038/nn763
- Gelbart, S.S., Hoyt, C.S., Jastrebski, G. & Marg, E. (1982). Long-term visual results in bilateral congenital cataracts. *Am J Ophthalmol*, 93(5), 615–621.
- Gordon, I., Vander Wyk, B.C., Bennett, R.H., Cordeaux, C., Lucas, M.V., Eilbott, J.A., Zagoory-Sharon, O., Leckman, J.F., Feldman, R. & Pelphrey, K.A. (2013). Oxytocin enhances brain function in children with autism. *Proc Natl Acad Sci U S A*. doi: 10.1073/pnas.1312857110
- Green, L., Fein, D., Modahl, C., Feinstein, C., Waterhouse, L. & Morris, M. (2001). Oxytocin and autistic disorder: alterations in peptide forms. *Biol Psychiatry*, 50(8), 609–613.
- Guastella, A.J., Einfeld, S.L., Gray, K.M., Rinehart, N.J., Tonge, B.J., Lambert, T.J. & Hickie, I. B. (2010). Intranasal oxytocin improves emotion recognition for youth with autism spectrum disorders. *Biol Psychiatry*, 67(7), 692–694. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.09.020
- Hensch, T.K. (2004). Critical period regulation. *Annu Rev Neurosci*, 27, 549–579. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144327
- Jacob, S., Brune, C.W., Carter, C.S., Leventhal, B.L., Lord, C., & Cook, E.H., Jr. (2007). Association of the oxytocin receptor gene (OXTR) in Caucasian children and adolescents with autism. *Neurosci Lett*, 417(1), 6–9. doi: 10.1016/j.neulet.2007.02.001
- Kumsta, R., & Heinrichs, M. (2013). Oxytocin, stress and social behavior: neurogenetics of the human oxytocin system. *Curr Opin Neurobiol*, 23(1), 11–16. doi: 10.1016/j.conb.2012.09.004
- Lerer, E., Levi, S., Salomon, S., Darvasi, A., Yirmiya, N., & Ebstein, R.P. (2008). Association between the oxytocin receptor (OXTR) gene and autism: relationship to Vineland Adaptive Behavior Scales and cognition. *Mol Psychiatry*, 13(10), 980–988. doi: 10.1038/sj.mp.4002087
- Liu, X., Kawamura, Y., Shimada, T., Otowa, T., Koishi, S., Sugiyama, T., Nishida, H., Hashimoto, O., Nakagami, R., Tochigi, M., Umekage, T., Kano, Y., Miyagawa, T., Kato, N., Tokunaga, K. & Sasaki, T. (2010). Association of the oxytocin receptor (OXTR) gene polymorphisms with autism spectrum disorder (ASD) in the Japanese population. *J Hum Genet*, 55(3), 137–141. doi: 10.1038/jhg.2009.140
- Manrique, M., Cervera-Paz, F. J., Huarte, A. & Molina, M. (2004). Advantages of cochlear implantation in prelingual deaf children before 2 years of age when compared with later implantation. *Laryngoscope*, 114(8), 1462–1469. doi: 10.1097/00005537-200408000-00027
- McConkey Robbins, A., Koch, D. B., Osberger, M.J., Zimmerman-Phillips, S. & Kishon-Rabin, L. (2004). Effect of age at cochlear implantation on auditory skill development in infants and toddlers. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 130(5), 570–574. doi: 10.1001/archotol.130.5.570
- Miller, L.J. & Schoen, S.A. (2012). The Sensory Processing Scales Inventory: Sensory Over-Responsivity (SenSI: SOR). Greenwood Village, CO: Developmental Technologies.
- Modahl, C., Green, L., Fein, D., Morris, M., Waterhouse, L., Feinstein, C. & Levin, H. (1998). Plasma oxytocin levels in autistic children. *Biol Psychiatry*, 43(4), 270–277.
- Moulson, M.C., Fox, N.A., Zeanah, C.H. & Nelson, C.A. (2009a). Early adverse experiences and the neurobiology of facial emotion processing. *Dev Psychol*, 45(1), 17–30. doi: 10.1037/a0014035
- Moulson, M.C., Westerlund, A., Fox, N.A., Zeanah, C.H. & Nelson, C.A. (2009b). The effects of early experience on face recognition: an event-related potential study of institutionalized children in Romania. *Child Dev*, 80(4), 1039–1056. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01315.x

- Rodrigues, S.M., Saslow, L.R., Garcia, N., John, O.P. & Keltner, D. (2009). Oxytocin receptor genetic variation relates to empathy and stress reactivity in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 106(50), 21437–21441. doi:10.1073/pnas.0909579106
- Silva, L.M. (2013). Prevalence and Significance of Abnormal Tactile Responses in Young Children with Autism. *North American Journal of Medicine and Science*, 6(3), 121–127.
- Tavassoli, T., Miller, L.J., Schoen, S.A., Nielsen, D.M. & Baron-Cohen, S. (2013). Sensory over-responsivity in adults with autism spectrum conditions. *Autism*. doi: 10.1177/1362361313477246
- Toyoizumi, T., Miyamoto, H., Yazaki-Sugiyama, Y., Atapour, N., Hensch, T.K. & Miller, K.D. (2013). A theory of the transition to critical period plasticity: inhibition selectively suppresses spontaneous activity. *Neuron*, 80(1), 51–63. doi: 10.1016/j.neuron.2013.07.022
- Wu, S., Jia, M., Ruan, Y., Liu, J., Guo, Y., Shuang, M., Gong, X., Zhang, Y., Yang, X. & Zhang, D. (2005). Positive association of the oxytocin receptor gene (OXTR) with autism in the Chinese Han population. *Biol Psychiatry*, 58(1), 74–77. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.03.013

# Regulationsstörungen im Säuglingsalter und Körperkontakt

*Uta Streit, Sabine Nantke*

- 12.1 Körperkontakt bei Säuglingen mit Regulationsstörungen – 230
  - 12.2 Wechselwirkung mit Störungen der sensorischen Integration – 233
  - 12.3 Diagnostik bei Säuglingen mit Regulationsstörungen nach dem IntraActPlus-Konzept – 233
- Literatur – 240

## 12.1 Körperkontakt bei Säuglingen mit Regulationsstörungen

Nicht wenige Säuglinge haben in den ersten Lebensmonaten Schwierigkeiten, ihr eigenes Verhalten in einem oder mehreren Bereichen erfolgreich zu regulieren. Diese Schwierigkeit drückt sich beispielsweise in exzessivem Schreien, Unruhe, Schlaf- oder Fütterproblemen aus.

Schwierigkeiten in der Regulationsfähigkeit kann man in den ersten 3 Lebensmonaten bei 15–25% aller Säuglinge beobachten (Akman et al., 2006; Wake et al., 2006). Bei einem größeren Teil dieser Babys ist die Regulationsproblematik vorübergehend und hört nach Ende des 3. oder 4. Monats von alleine auf. Bei 5–10% aller Säuglinge bleiben häufiges Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen jedoch weit über den 4. Monat hinaus bestehen. Bei dieser Gruppe von Babys finden sich im Kleinkind- und Kindesalter mehr Verhaltensprobleme sowie eine weniger günstige kognitive Entwicklung (Hemmi, Wolke & Schneider, 2011; Rao et al., 2004; von Kries, Kalies & Papousek, 2006; Wolke, Rizzo & Woods, 2002; Wolke et al., 2009). Gerade diese Gruppe von Kindern, bei der die Regulationsproblematik weiter bestehen bleibt, gilt es daher sehr ernst zu nehmen, um den Eltern frühzeitig Hilfestellungen zu geben.

Der Säugling ist darauf angewiesen, dass er bei der Selbstregulation durch seine Bezugspersonen unterstützt wird. Nahe, emotional warmer und lange andauernder Körperkontakt ist eine wesentliche Voraussetzung dafür, dass das Wechselspiel zwischen Selbstregulation des Säuglings und Unterstützung der Regulation durch die Mutter oder den Vater erfolgreich gelingt. Bereits in ► Kap. 4 haben wir einige der Bereiche aufgezeigt, in denen Körperkontakt die Selbstregulation des Säuglings unterstützt: Regulation von Körpertemperatur, Trinkverhalten, Schlaf-Wach-Rhythmus, Beruhigung nach Stress, Bewältigen unangenehmer bzw. schmerzhafter Situationen, Verarbeitung schwieriger sensorischer Reize, Steuerung der Aufmerksamkeit etc.

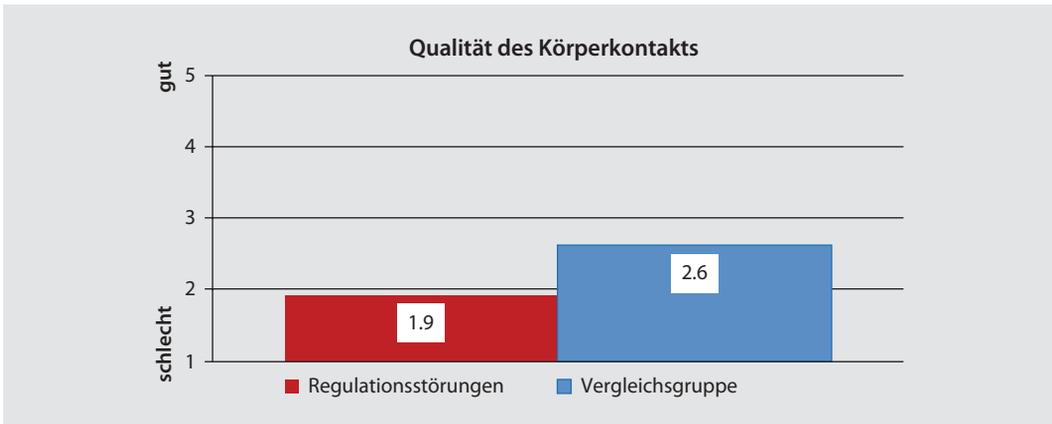
Die Unterstützung der Selbstregulation des Säuglings durch Mutter oder Vater erfolgt über eine Vielzahl genetisch mitgegebener Verhaltensweisen und physiologischer Prozesse (► Abschn. 10.1.1).

Eine ganz entscheidende Rolle spielt hierbei das Oxytocin. Über intuitives elterliches Verhalten wie Körperkontakt, Streicheln, Augengruß, warmes Gesicht, warme Stimme etc. wird die Oxytocinproduktion des Babys stimuliert.

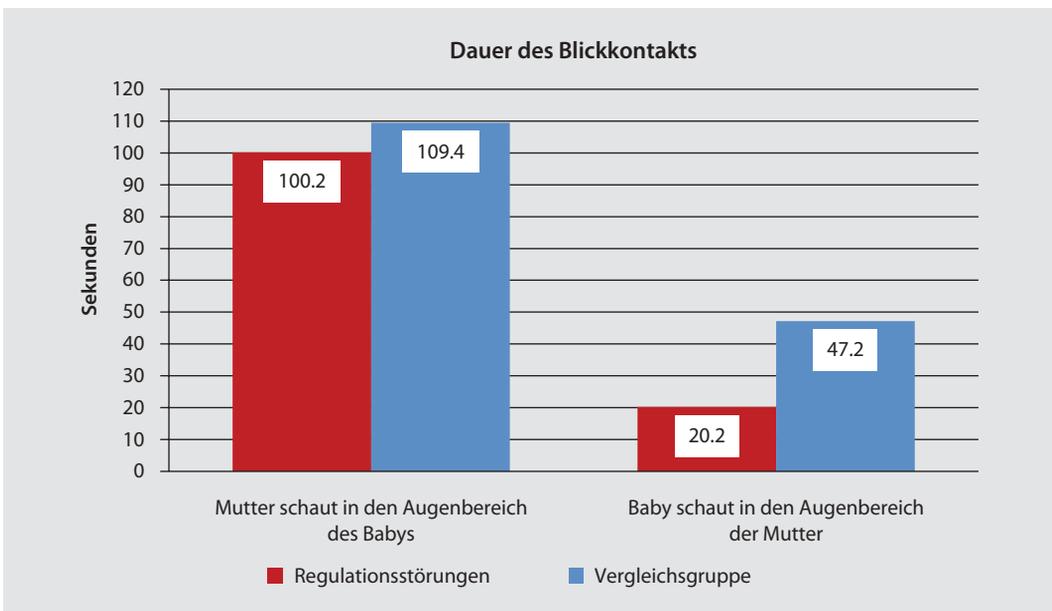
Säuglinge mit einer Regulationsstörung haben häufiger als andere Babys auch eine Körperkontaktstörung. Dies konnten wir zunächst im Rahmen unserer jahrelangen praktischen Arbeit mit regulationsgestörten Säuglingen beobachten. Wir stellten bei sehr vielen dieser Babys eine mehr oder weniger heftige Abwehr gegenüber Körperkontakt fest. Vor allem fiel auf, dass sie sich im Gegensatz zu unauffälligen Babys nicht oder nur gelegentlich über Körperkontakt beruhigen ließen. Diese Beobachtungen waren der Anlass für die Durchführung von zwei Studien.

In einer ersten Studie wurden 20 Säuglinge mit Regulationsstörungen und 20 unauffällige Säuglinge bezüglich ihres Körper- und Blickkontaktverhaltens miteinander verglichen (Streit, Nantke & Jansen, 2014). Zu diesem Zweck wurden von allen Babys Videoaufzeichnungen entsprechend den unten beschriebenen Standardsituationen aufgenommen. Zwei Beurteilerinnen, die »blind« für die Zugehörigkeit der Kinder zur jeweiligen Gruppe waren, werteten anschließend die Qualität des Körperkontakts und die Dauer des Blickkontakts aus. Das Ergebnis war eindeutig: Die Säuglinge mit einer Regulationsstörung hatten einen schlechteren Körperkontakt (■ Abb.12.1). Darüber hinaus zeigte sich, dass diese Babys auch einen schlechteren Blickkontakt hatten. Sie schauten weniger als halb so lang wie die unauffälligen Babys in den Augenbereich ihrer Mutter (■ Abb.12.2).

Diese Ergebnisse zeigen, dass bei Säuglingen mit einer Regulationsstörung in jedem Fall zwei der Wege, über die eine Oxytocinproduktion stimuliert wird, blockiert sind (► Abschn. 2.7.2): Körperkontakt und Blickkontakt. Über die Körperkontaktstörung wäre der dritte Weg, Riechen, ebenfalls beeinträchtigt. Riechen setzt körperliche Nähe voraus. So bliebe diesen Babys nur noch der Weg des sozialen Hörens. Wir halten es jedoch für unwahrscheinlich, dass ein Säugling eine schlechtere Qualität von Körperkontakt, Blickkontakt und sozialem Riechen über das Hören ausgleichen kann. Dies ist auch noch aus einem anderen Grund unwahrscheinlich.



■ **Abb. 12.1** Qualität des Körperkontakts bei Säuglingen mit und ohne Regulationsstörung. Ergebnis einer Auswertung standardisierter Videoaufzeichnungen einer Körperkontaktsituation. Die Säuglinge mit einer Regulationsstörung hatten im Durchschnitt einen schlechteren Körperkontakt. Der Unterschied zwischen den Gruppen ist statistisch hochsignifikant ( $p < .001$ ). (Aus Streit, Nantke & Jansen, 2014)



■ **Abb. 12.2** Dauer des Blickkontakts. Die linken Balken geben wieder, wie lange die Mütter jeweils in die Augenregion ihres Babys schauten. Es wird deutlich, dass in beiden Gruppen die Mütter innerhalb der 120 Sekunden langen Situation »Blickkontakt« fast durchgehend in den Augenbereich ihrer Babys schauten. Der Unterschied zwischen den Müttern beider Gruppen ist nicht statistisch signifikant. Zwischen den Babys selbst bestand hingegen ein extremer Unterschied: Die Säuglinge ohne Regulationsstörung schauten mehr als doppelt so lange in den Augenbereich ihrer Mutter. Dieser Unterschied ist statistisch hochsignifikant ( $p < .01$ ). (Aus Streit, Nantke & Jansen, 2014)

Die Oxytocinproduktion sinkt immer dann, wenn die Qualität der Beziehung schlechter wird. Eine Körperkontaktstörung bei einem Säugling führt

aufseiten der Bezugspersonen zu einer schlechteren Qualität der Beziehungssignale.

Der Zusammenhang zwischen Regulationsstörung im Säuglingsalter, Körperkontakt- und Blickkontaktstörung lässt sich noch tiefgreifender verstehen, wenn man sich verdeutlicht, dass Körperkontakt immer in beide Richtungen wirkt. Wenn zwei Menschen miteinander in positiven Körperkontakt gehen, wird bei beiden ein gutes Gefühl, Entspannung, Sicherheit und eine erhöhte Offenheit für soziale Signale ausgelöst.

Wenn ein Säugling Schwierigkeiten mit dem Körperkontakt hat, kann sich dies in verschiedener Weise auf seine Mutter und seinen Vater auswirken, wie z. B.

- geringere Stimulation der Oxytocinproduktion,
- geringere Wahrnehmungsfähigkeit für soziale Signale des Babys,
- Blockade der intuitiven elterlichen Kompetenz,
- geringere Entspannung, geringerer Schutz vor Stress, wobei die Eltern aufgrund des schwierigen Verhaltens ihres Babys gleichzeitig mehr Stress erleben als andere Eltern,
- vermindertes Erleben von eigener Kontrolle, dies betrifft ganz besonders den wichtigen Bereich der Kompetenz im Umgang mit dem eigenen Baby. Stattdessen erleben Eltern hier verstärkt Gefühle von Hilflosigkeit.

### ➤ Zusammenhang zwischen Körperkontaktstörungen und Regulationsstörungen im Säuglingsalter

- Der Säugling ist darauf angewiesen, dass er bei seiner Selbstregulation durch Mutter, Vater oder andere ähnlich nahestehende Bezugspersonen unterstützt wird.
- Körperkontakt ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, dass die genetischen Programme gut funktionieren, über die der Säugling bei seiner Selbstregulation unterstützt wird.
- Säuglinge mit einer Regulationsstörung haben sehr häufig auch eine Körperkontaktstörung.
- Eine Körperkontaktstörung bedeutet, dass Körperkontakt vermieden wird. Von einer Körperkontaktstörung betroffene Säuglinge bekommen also weniger Körperkontakt als andere Babys.

- **Aus den bisherigen Punkten ergibt sich: Säuglinge mit einer Regulationsstörung, müssten besonders viel Unterstützung über den Körperkontakt bekommen. Tatsächlich ist jedoch das Gegenteil der Fall, da die betroffenen Babys im Gruppendurchschnitt eine schlechtere Fähigkeit zum Körperkontakt haben.**

Aus diesen Überlegungen ergibt sich, dass die Überprüfung der Fähigkeit zum Körperkontakt ein entscheidender Punkt im Rahmen der Diagnostik bei Regulationsstörungen im Säuglingsalter sein muss. Sollten sich hier Schwierigkeiten zeigen, so sehen wir die Behandlung der Körperkontaktstörung als entscheidend an. Dies gilt sowohl für eine positive Behandlung der Regulationsproblematik als auch für die langfristige Prävention von Verhaltens- und emotionalen Störungen.

Dass sich eine Verbesserung der Fähigkeit zum Körperkontakt positiv auf die Regulationsstörung von Säuglingen auswirkt, konnten wir in einer zweiten Studie (Streit et al., 2014) zeigen, in der wir zwei Kurzmaßnahmen zur Verbesserung des Körperkontakts überprüft haben. Entsprechend der üblichen Vorgehensweise des IntraActPlus-Konzeptes wurden diese Maßnahmen jeweils mit einer videounterstützten Verhaltens- und Interaktionsberatung verbunden. Die zwei wichtigsten Ergebnisse dieser Studie sind:

- Therapeutische Maßnahmen, die die Fähigkeit zum Körperkontakt verbessern, führen zu einer deutlichen Verbesserung in der Regulationsproblematik der betroffenen Säuglinge.
- Diejenigen Säuglinge, bei denen sich die Fähigkeit zum Körperkontakt sehr deutlich verbessert hat, haben auch bezüglich ihrer Regulationsproblematik am deutlichsten profitiert. Die Babys, bei denen sich der Körperkontakt deutlich verbessert hatte,
  - schliefen nach der Therapie täglich etwa 1½ Stunden länger als vor der Therapie,
  - schrien nach der Therapie täglich etwa 1 Stunde weniger als vor der Therapie,
  - waren nach der Therapie täglich etwa 1 Stunde weniger unruhig,
  - waren nach der Therapie täglich 1½ Stunden länger in einem positiven

Wachzustand, in dem sie entweder ruhig waren oder spielten.

Eine ausführliche Darstellung des Studienaufbaus und der Ergebnisse der Studie findet sich in ► Kap. 8.4.

## 12.2 Wechselwirkung mit Störungen der sensorischen Integration

Nahezu alle Säuglinge, bei denen eine Regulationsstörung noch über den 3. Lebensmonat hinaus besteht, haben nicht nur Schwierigkeiten im Körperkontakt, sondern auch eine mehr oder weniger ausgeprägte Störung im Bereich der sensorischen Integration. Besonders Überempfindlichkeiten bezüglich des Berührungs- und Gleichgewichtssinns bedeuten, dass der Säugling in sehr vielen Alltagsbereichen Stress auslösende Erfahrungen macht. Beispielsweise wird beim Wickeln sowohl das Berührungs- als auch das Gleichgewichtssystem intensiv stimuliert. Hierauf können überempfindliche Säuglinge mit anhaltendem Schreien reagieren.

Wie wir bereits an anderen Stellen dargestellt haben, beeinflussen sich Körperkontaktstörungen und Störungen der sensorischen Integration gegenseitig in ungünstiger Weise. Im Rahmen der Therapie dieser Säuglinge sind daher in der Regel die folgenden Punkte wichtig:

- Schutz vor einer Überstimulation durch Sinnesreize;
- allmähliches Gewöhnen an schwierige Sinnesreize entsprechend dem Vorgehen der Exposition;
- Sicherstellen, dass das Baby viel Körperkontakt bekommt. Sollte dies aufgrund einer Körperkontaktstörung nicht möglich sein, würde im Rahmen der Therapie die Fähigkeit zum Körperkontakt aufgebaut.

Im Rahmen des IntraActPlus-Konzepts verbinden wir für alle 3 Bereiche eine videounterstützte Elternberatung mit dem praktischen Üben von Kompetenzen, beispielsweise:

- Wie gelingt es, den betroffenen Säugling zu wickeln, ohne dass es zu einer Überstimulation durch Sinnesreize kommt?

- Wie können die Eltern ihr Kind an Reize, die für dieses schwierig sind, in kleinen Schritten gewöhnen? Dies kann beispielsweise das Gewöhnen an Lageveränderungen, Berührung oder bestimmte Nahrung bedeuten.
- Wie können die Eltern mit ihrem Säugling die Fähigkeit zum Körperkontakt aufbauen?

Ausführliche Darstellungen dieser Bereiche finden sich in ► Kap. 9.

## 12.3 Diagnostik bei Säuglingen mit Regulationsstörungen nach dem IntraActPlus-Konzept

Im Rahmen einer standardisierten Diagnostik nach dem IntraActPlus-Konzept werden Mutter bzw. Vater und Säugling in den folgenden jeweils 1- bis 2-minütigen Standardsituationen gefilmt:

### ■ A Blickkontakt

Die Instruktion könnte lauten: »Versuchen Sie jetzt zu erreichen, dass Ihr Kind Sie anschaut. Sie können dabei mit ihm sprechen. Lassen Sie sich Zeit dafür.«

### ■ B Reaktion auf Sprache der Mutter bzw. des Vaters

Die Instruktion könnte lauten: »Sprechen Sie jetzt mit Ihrem Kind. Ich möchte sehen, wie er/sie darauf reagiert.«

### ■ C Fördern mit Spielzeug

Der Mutter bzw. dem Vater werden in einem Körbchen 3 Gegenstände hingestellt, z. B. eine Rassel, ein Stofftier und ein Beißring. Sinngemäß wird der Bezugsperson gesagt: »Hier haben Sie ein paar Gegenstände. Versuchen Sie, ob er bzw. sie sich für einen Gegenstand interessiert und ihn vielleicht in die Hand nimmt.«

### ■ D Wickeln

Die Mutter bzw. der Vater wird gebeten, ihr Kind so wie zu Hause zu wickeln.

### ■ E Körperkontakt

Die Instruktion könnte lauten: »Können sie Ihr Baby bitte ganz dicht zu sich auf den Arm nehmen

**Auswertung Standardsituationen Säuglinge**

Name: \_\_\_\_\_ Datum Video: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

<b>A Blickkontakt: Lernbereich soziale Kompetenz</b>					
<b>Kind</b>	viel		etwas		nicht
Beziehung ist ihm wichtig	1	2	3	4	5
hält Blickkontakt (max. Dauer in Sek.: _____)	1	2	3	4	5
reagiert mit sozialem Lächeln	1	2	3	4	5
zündet die Bezugsperson über Lächeln, Sprache usw.	1	2	3	4	5
Aktivierungsniveau	<input type="checkbox"/> sehr niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sehr hoch
<b>Bezugsperson</b>	viel		etwas		nicht
stellt eine gesicherte Ausgangslage für Blickkontakt her	1	2	3	4	5
bemüht sich um günstige Aktivierung	1	2	3	4	5
bringt Gesicht ins Gesichtsfeld des Kindes	1	2	3	4	5
angemessener Abstand, damit Kind gut sieht	1	2	3	4	5
Stimuliert Kontaktaufnahme über Mimik, Sprache	1	2	3	4	5
belohnt Kontaktaufnahme des Kindes	1	2	3	4	5
ausreichend langes Dranbleiben	1	2	3	4	5
Stimulation	<input type="checkbox"/> zu wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zu viel

Videostelle günstig: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Videostelle ungünstig: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

12

■ **Abb. 12.3** Dokumentationsbogen (© Streit, Nantke & Jansen)

B Lernbereich Sprache					
Kind	viel		etwas		nicht
vokalisiert / brabbelt / lautiert	1	2	3	4	5
achtet auf Mund und Sprache der Bezugsperson	1	2	3	4	5
imitiert	1	2	3	4	5
Sprache wird zur Kommunikation eingesetzt	1	2	3	4	5
Aktivierungsniveau	<input type="checkbox"/> sehr niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sehr hoch
Bezugsperson	viel		etwas		nicht
bemüht sich um günstige Aktivierung	1	2	3	4	5
achtet darauf, dass Kind Mund u. Sprache wahrnimmt	1	2	3	4	5
Ammensprache	1	2	3	4	5
belohnt Sprache des Kindes	1	2	3	4	5
wiederholt kindliche Äußerung	1	2	3	4	5
Stimulation	<input type="checkbox"/> zu wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zu viel

Videostelle günstig: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Videostelle ungünstig: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

■ Abb. 12.3 Fortsetzung

und es ganz ruhig halten. Wenn sie möchten, können Sie mit ihm bzw. ihr sprechen.«

Die Fähigkeit zum Körperkontakt prüfen wir im Säuglingsalter in folgenden Situationen:

- Körperkontakt bei dem der Säugling aufrecht am Oberkörper gehalten wird;
- seitlicher Körperkontakt in der Wiegeposition. In dieser Haltung ist gleichzeitiger Körper- und Blickkontakt am besten möglich. Säuglin-

gen mit einer Überempfindlichkeit im Bereich des vestibulären Systems (Gleichgewichtssinn) fällt diese Haltung in der Regel am schwersten.

Der folgende Dokumentationsbogen ermöglicht die standardisierte Auswertung der einzelnen Video-Standard Situationen. Für den praktischen Gebrauch kann dieser Bogen im Internet unter ► [www.intraactplus.de](http://www.intraactplus.de) abgerufen werden (■ Abb. 12.3).

<b>C Fördern mit Spielzeug</b>					
<b>Kind</b>	viel		etwas		nicht
fixiert Gegenstand (max. Fixation in Sek.: _____)	1	2	3	4	5
folgt Gegenstand mit den Augen	1	2	3	4	5
Aktivierung bei Wahrnehmen des Gegenstands	1	2	3	4	5
übt zielgerichtete Motorik (z. B. ab 4. Monat beginnendes aktives Greifen)	1	2	3	4	5
angemessenes Wiederholen (keine Stereotypien!)	1	2	3	4	5
langes Beschäftigen mit einem einzelnen Gegenstand	1	2	3	4	5
Aktivierungsniveau	<input type="checkbox"/> sehr niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sehr hoch
<b>Bezugsperson</b>	viel		etwas		nicht
bemüht sich um günstige Aktivierung	1	2	3	4	5
bietet Gegenstand im Wahrnehmungsfeld an	1	2	3	4	5
belohnt Aktivität des Kindes	1	2	3	4	5
fördert langes Beschäftigen mit einem einzelnen Gegenstand	1	2	3	4	5
angemessene Grenzsetzung bei Widerstand	1	2	3	4	5
Stimulation	<input type="checkbox"/> zu wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zu viel

Videostelle günstig: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Videostelle ungünstig: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

▣ Abb. 12.3 Fortsetzung

D Einlassen auf Alltagssituationen (z.B. Wickeln, Füttern)					
Kind	viel		etwas		nicht
Lässt sich auf Anforderung ohne Widerstand ein	1	2	3	4	5
hält Blickkontakt (max. Dauer in Sek.: _____)	1	2	3	4	5
zündet die Bezugsperson über Lächeln, Sprache usw.	1	2	3	4	5
Aktivierungsniveau	<input type="checkbox"/>				
	sehr niedrig		optimal		sehr hoch
Bezugsperson	viel		etwas		nicht
handlungsbegleitende Ansprache	1	2	3	4	5
sicheres klares Handling	1	2	3	4	5
belohnt Mitarbeit des Kindes	1	2	3	4	5
lässt sich auf Beziehung ein	1	2	3	4	5
angemessene Grenzsetzung bei Widerstand	1	2	3	4	5
Stimulation	<input type="checkbox"/>				
	zu wenig		optimal		zu viel

Videostelle günstig:

---



---

Videostelle ungünstig:

---



---

▣ Abb. 12.3 Fortsetzung

E1 Körperkontakt - aufrecht					
Kind	viel		etwas		nicht
ganzer Körper im Kontakt mit Bezugsperson	1	2	3	4	5
Kind fühlt sich wohl	1	2	3	4	5
vokalisiert / brabbelt / lautiert	1	2	3	4	5
lässt sich durch Körperkontakt trösten	1	2	3	4	5
Aktivierungsniveau	<input type="checkbox"/> sehr niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sehr hoch
Bezugsperson	viel		etwas		nicht
gutes Übergehen in die Körperkontaktsituation mit handlungsbegleitender Sprache	1	2	3	4	5
klares, Sicherheit gebendes Halten	1	2	3	4	5
warm und liebevoll	1	2	3	4	5
spricht Kind angemessen an	1	2	3	4	5
belohnt Kind für Einlassen	1	2	3	4	5
angemessene Grenzsetzung bei Widerstand	1	2	3	4	5
Stimulation	<input type="checkbox"/> zu wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zu viel

12

Videostelle günstig: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Videostelle ungünstig: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

■ Abb. 12.3 Fortsetzung

E2 Körperkontakt - Wiegestellung					
Kind	viel	etwas			nicht
ganzer Körper im Kontakt mit Bezugsperson	1	2	3	4	5
Kind fühlt sich wohl	1	2	3	4	5
Blickkontakt zur Bezugsperson	1	2	3	4	5
zündet die Bezugsperson über Lächeln, Sprache usw.	1	2	3	4	5
lässt sich durch Körperkontakt trösten	1	2	3	4	5
Aktivierungsniveau	<input type="checkbox"/> sehr niedrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> sehr hoch
Bezugsperson	viel	etwas			nicht
gutes Übergehen in die Körperkontaktsituation mit handlungsbegleitender Sprache	1	2	3	4	5
klares, Sicherheit gebendes Halten	1	2	3	4	5
warm und liebevoll	1	2	3	4	5
spricht Kind angemessen an	1	2	3	4	5
belohnt Kind für Einlassen	1	2	3	4	5
angemessene Grenzsetzung bei Widerstand	1	2	3	4	5
Stimulation	<input type="checkbox"/> zu wenig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> optimal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> zu viel

Videostelle günstig:

---



---

Videostelle ungünstig:

---



---

■ Abb. 12.3 Fortsetzung

## Literatur

---

- Akman, I., Kuscü, K., Ozdemir, N., Yurdakul, Z., Solakoglu, M., Orhan, L., Karabekiroglu, A. & Ozek, E. (2006). Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Arch Dis Child*, 91(5), 417–419. doi: 10.1136/adc.2005.083790
- Hemmi, M. H., Wolke, D. & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: a meta-analysis. *Arch Dis Child*, 96(7), 622–629. doi: 10.1136/adc.2010.191312
- Rao, M. R., Brenner, R. A., Schisterman, E. F., Vik, T. & Mills, J. L. (2004). Long term cognitive development in children with prolonged crying. *Arch Dis Child*, 89(11), 989–992. doi: 10.1136/adc.2003.039198
- Streit, U., Nantke, S. & Jansen, F. (2014). Unterschiede in der Qualität des Körper- und Blickkontakts bei Säuglingen mit und ohne Regulationsstörungen. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 42(6). In Vorbereitung.
- Streit, U., Nantke, S., Jansen, F., Wolf, K., Gallasch, M., & Kohlmann, T. (2014). Einfluss einer Verbesserung des Körperkontakts auf Regulationsstörungen im Säuglingsalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*, 42(5), 301–313. doi: 10.1024/1422-4917/a000306.
- von Kries, R., Kalies, H. & Papousek, M. (2006). Excessive crying beyond 3 months may herald other features of multiple regulatory problems. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 160(5), 508–511. doi: 10.1001/archpedi.160.5.508
- Wake, M., Morton-Allen, E., Poulakis, Z., Hiscock, H., Gallagher, S. & Oberklaid, F. (2006). Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community-based study. *Pediatrics*, 117(3), 836–842. doi: 10.1542/peds.2005-0775
- Wolke, D., Rizzo, P. & Woods, S. (2002). Persistent Infant Crying and Hyperactivity Problems in Middle Childhood. *Pediatrics*, 109(6), 1054–1060. doi: 10.1542/peds.109.6.1054
- Wolke, D., Schmid, G., Schreier, A. & Meyer, R. (2009). Crying and feeding problems in infancy and cognitive outcome in preschool children born at risk: a prospective population study. *J Dev Behav Pediatr*, 30(3), 226–238. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181a85973

# Störungen des Sozialverhaltens und Körperkontaktstörungen

*Uta Streit und Fritz Jansen*

Unter einer »Störung des Sozialverhaltens« versteht man ein über das normale Maß hinausgehendes aggressives, dissoziales oder aufsässiges Verhalten eines Kindes oder Jugendlichen. Hierzu gehören häufiges Streiten, schwere Wutausbrüche, widerständiges Verhalten, Regelverletzungen, Zerstören von Gegenständen oder tyrannisches und aggressives Verhalten gegenüber anderen Menschen. In den Diagnosekriterien des ICD 10 (F90) heißt es hierzu:

» Dieses Verhalten übersteigt mit seinen gröberen Verletzungen die altersentsprechenden sozialen Erwartungen. Es ist also schwerwiegender als gewöhnlicher kindlicher Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit. «

Störungen des Sozialverhaltens entsprechend ICD 10, F90 (International Classification of Disease) beziehen sich auf das Kindes- und Jugendalter. Die grundlegenden Schwierigkeiten und die damit einhergehenden nachfolgend beschriebenen Besonderheiten gelten jedoch auch für Erwachsene.

Elternberichte und Videoaufzeichnungen aus unserer therapeutischen Arbeit mit Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens zeigen, dass diese besonders häufig eine Körperkontaktstörung haben. Entsprechend gibt es für diesen Störungsbereich mehrere Studien, die den Erfolg einer Exposition mit Körperkontakt zeigen konnten (► Kap. 8). Beispielsweise zeigt die Studie von Vollmer (1999), dass sich bereits nach einer einzigen Sitzung mit der Körperbezogenen Interaktionstherapie die Häufigkeit oppositioneller Verhaltensweisen um etwa 70% verminderte.

► **Körperkontaktstörungen beeinflussen Störungen des Sozialverhaltens ähnlich ungünstig wie z. B. ein AD(H)S, ungünstige Eigensteuerungen oder Störungen der sensorischen Integration.**

Wie lässt sich dieser Zusammenhang zwischen Körperkontaktstörung und Störung des Sozialverhaltens erklären? Eine Körperkontaktstörung bedeutet, dass Körperkontakt weniger oder gar nicht stattfindet. Wenn es doch zu körperlicher Nähe kommt, hat diese eine geringere Qualität.

Das kann sich beispielsweise so äußern, dass die Kinder, wenn sie einer Bezugsperson körperlich nahe sind, rangeln, diskutieren, Quatsch machen oder provozieren. Körperkontakt hat jedoch auch dann eine geringe Qualität, wenn das Kind dabei innerlich abgeschaltet und desinteressiert an der Beziehung ist.

Ausreichend viel und qualitativ guter Körperkontakt ist für eine Vielzahl von Funktionen wichtig: Blickkontakt, Erkennen von Emotionen, verbessertes Lernen bei belohnenden sozialen Signalen, Reziprozität im Verhalten (feine Abstimmung des eigenen Verhaltens auf das Verhalten des Gegenübers), Vertrauen, Entspannung und Empathie. Gerade in Zusammenhang mit aggressivem Verhalten spielt ein Mangel an Empathie oft eine wichtige Rolle, sodass wir diesen Punkt im Folgenden ausführlicher darstellen möchten:

► **Eine, wenn nicht vielleicht die entscheidende Größe im Zusammenhang mit Störungen des Sozialverhaltens ist die Unfähigkeit, sich in andere einzufühlen und mit anderen mitzufühlen. Anders ausgedrückt: Eine zentrale Größe für Störungen des Sozialverhaltens ist die geringe oder mangelnde Fähigkeit zur gefühlsmäßigen (emotionalen) Empathie.**

Erst seit Kurzem ist man dazu übergegangen, verschiedene Aspekte empathischen Verhaltens zu unterscheiden. So unterscheidet man aus heutiger Sicht eine **gedankliche** und eine **gefühlsmäßige** Komponente der Empathie (Petermann & Koglin, 2013; Shamay-Tsoory, Aharon-Peretz & Perry, 2009). Wer die Fähigkeit hat, gedanklich empathisch zu sein, kann denkend nachvollziehen, wie der andere sich fühlt und warum er sich in entsprechender Weise fühlt. Er ist in der Lage zu sagen, welches Gefühl ein Gesicht ausdrückt, also ob es beispielsweise fröhlich, traurig oder ängstlich ist. Er könnte auch gedanklich den Grund für das jeweilige Gefühl erfassen, z. B. »Der Junge ist traurig, weil der andere ihm sein Spielzeugauto weggenommen hat« oder »Er hat Angst vor mir, weil er weiß, dass ich schnell zuschlage«. Ein Mensch, der nur gedanklich empathisch sein kann, **fühlt jedoch nicht**, wie sich eine andere Person fühlt. Anders ist es bei der

gefühlsmäßigen (emotionalen) Empathie. Hier spüren Menschen das Gefühl des anderen als eigenes Gefühl. Dies beinhaltet beispielsweise, sich selbst unmittelbar mitzufreuen, wenn der andere sich freut, oder sich selbst schlecht zu fühlen, wenn der andere Schmerzen oder Angst fühlt.

Die erste große Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit einer Störung des Sozialverhaltens weist eine verminderte **gefühlsmäßige** Empathie auf. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass diese Gruppe bezüglich des gedanklichen Erkennens von Gefühlszuständen unauffällig ist. Gerade bezüglich des Gefühls »Angst« zeigen diese Kinder und Jugendlichen weniger gefühlsmäßiges Mitschwingen (vgl. Petermann et al., 2005; de Wied et al., 2012). Dieses mangelnde gefühlsmäßige Mitschwingen bewirkt, dass die Betroffenen sich nicht schlecht fühlen, wenn ihr Opfer leidet. Vergleicht man diese Gruppe von aggressiven Patienten mit unauffälligen Personen, so stellt man fest, dass es bei ihnen zu einer geringeren Aktivierung der Amygdala kommt, wenn sie ängstliche Gesichter betrachten (White et al., 2012). Es gibt erste Hinweise darauf, dass bei dieser Form der Aggression auch ein erniedrigter Oxytocinspiegel eine Rolle spielt (Dadds et al., 2013a; Dadds et al., 2013b).

#### Amygdala

Die Hirnstruktur »Amygdala« spielt eine wichtige Rolle bei der Entstehung von Gefühlen, insbesondere von Angst. Untersuchungen zeigen, dass bei Kindern und Jugendlichen, bei denen Aggression mit einer **fehlenden** gefühlsmäßigen Empathie einherging, die Amygdala beim Anschauen ängstlicher Gesichter weniger aktiviert wird.

Das verminderte oder fehlende gefühlsmäßige Spüren des anderen ist ein typisches Merkmal der sog. »**instrumentellen**« Aggression. Hier wird das aggressive Verhalten bewusst oder unbewusst eingesetzt, um Vorteile zu erreichen. Dies gelingt dem »Täter« deswegen gut, weil er den Nachteil des anderen nicht in seinen eigenen Gefühlen nachempfinden kann. Die instrumentelle Aggression ist nicht auf ein erhöhtes Aktivierungsniveau zurückzuführen. Im Gegenteil, es gibt Studien, die zeigen: Menschen, die sich zielgerichtet aggressiv verhalten, haben ein erniedrigtes Aktivierungsniveau. Sie

sitzen **nicht** auf einer inneren Anspannung. Das bedeutet, sie verhalten sich aggressiv, aber sie fühlen sich nicht aggressiv.

➤ **Vielen Kindern und Jugendlichen, die sich häufig oppositionell und aggressiv verhalten, fällt es schwer, die emotionale Befindlichkeit anderer gefühlsmäßig nachzuvollziehen.**

Das Verhalten der zweiten großen Gruppe von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens wird als »**reaktive**« Aggression bezeichnet. Hier ist das aggressive Verhalten eher eine impulsive Reaktion auf Frustration, Überforderung oder anderen Stress. Im Moment des aggressiven Verhaltens befinden sich die Betroffenen eher auf einem hohen physiologischen Aktivierungsniveau. Sie erleben eine innere Anspannung. Das bedeutet, sie verhalten sich aggressiv und fühlen sich aggressiv.

Welche Zusammenhänge bestehen nun zwischen den beschriebenen Störungen des Sozialverhaltens und Körperkontaktstörungen? Folgende Sachverhalte, die im ► Kap. 2 bereits erklärt wurden, sind in diesem Zusammenhang besonders wichtig:

- Körperkontakt trainiert direkt soziale Wahrnehmung und gefühlsmäßige Empathie. Beides erniedrigt aggressives Verhalten.
- Indem Körperkontakt die soziale Wahrnehmung und gefühlsmäßige Empathie verbessert, wird in sozialen Situationen die Oxytocinproduktion erhöht. Allein über ein qualitativ verbessertes beziehungsmaßiges Sehen und Hören wird eine Erhöhung des Oxytocinspiegels bewirkt. Der erhöhte Oxytocinspiegel senkt aggressives Verhalten.
- Mithilfe des Körperkontakts wird zusätzlich die Oxytocinproduktion erhöht und damit aggressives Verhalten vermindert.
- Das Folgende gilt nur für die zweite genannte Gruppe mit »reaktiver« Aggression: Körperkontakt hat eine entspannende und stressreduzierende Wirkung. Dies führt dazu, dass die Betroffenen weniger häufig an die Grenze ihrer Fähigkeit zur Verhaltenssteuerung kommen.

Die Fähigkeit zum Körperkontakt bzw. eine Körperkontaktstörung nehmen also auf die Störung des Sozialverhaltens einen bedeutsamen Einfluss. Im Einzelfall kann dies der entscheidende Einfluss sein. Unglücklicherweise müssen wir im Rahmen unserer therapeutischen Arbeit feststellen, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer Störung des Sozialverhaltens besonders häufig eine Körperkontaktstörung haben. Deshalb ist es wichtig, bei jedem mit einer Störung des Sozialverhaltens, die Fähigkeit zum Körperkontakt diagnostisch zu überprüfen und ggf. zu behandeln. Sollte eine Körperkontaktstörung bestehen, bauen wir im Rahmen des IntraActPlus-Konzeptes zu Beginn des Therapieprozesses zunächst die Fähigkeit zum Körperkontakt über die Körperbezogene Interaktionstherapie auf. Dies führt dazu, dass die Betroffenen mehr Körperkontakt bzw. qualitativ besseren Körperkontakt bekommen. Hierdurch verbessern sich bereits eine Reihe sozialer Fähigkeiten wie beispielsweise Blickkontakt und gefühlsmäßige Empathie. All dies führt bereits zu einer deutlichen Abnahme aggressiver Verhaltensweisen. Eine verbesserte gefühlsmäßige Empathie führt auch dazu, dass die Betroffenen soziale Rückmeldungen ihrer Bezugspersonen schneller und sicherer wahrnehmen. Dies bewirkt, dass nachfolgende Therapiebausteine deutlich effektiver werden, z. B. das Elterntraining (vgl. Jansen & Streit, 2007, 2010) und das Arbeiten mit den Betroffenen selbst im Sinne eines Trainings sozialer Kompetenzen.

- Dadds, M. R., Moul, C., Cauchi, A., Dobson-Stone, C., Hawes, D. J., Brennan, J., Urwin, R. & Ebstein, R. E. (2013b). Polymorphisms in the oxytocin receptor gene are associated with the development of psychopathy. *Dev Psychopathol*, 1-11. doi: 10.1017/s0954579413000485
- Jansen, F., & Streit, U. (2006). *Positiv lernen*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Jansen, F. & Streit, U. (2010). *Erfolgreich erziehen: Kindergarten- und Schulkinder*. Frankfurt a. M.: Fischer Krüger.
- Petermann, F. & Koglin, U. (2013). *Aggression und Gewalt von Kindern und Jugendlichen*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Shamay-Tsoory, S. G., Aharon-Peretz, J. & Perry, D. (2009). Two systems for empathy: a double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions. *Brain*, 132(Pt 3), 617–627. doi: 10.1093/brain/awn279
- White, S.F., Marsh, A.A., Fowler, K.A., Schechter, J.C., Adalio, C., Pope, K., Sinclair, S., Pine, D.S. & Blair, R.J. (2012). Reduced amygdala response in youths with disruptive behavior disorders and psychopathic traits: decreased emotional response versus increased top-down attention to nonemotional features. *Am J Psychiatry*, 169(7), 750–758. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11081270

## Literatur

- de Wied, M., Goudena, P.P. & Matthys, W. (2005). Empathy in boys with disruptive behavior disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 46(8), 867–880. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00389.x
- de Wied, M., van Boxtel, A., Matthys, W. & Meeus, W. (2012). Verbal, facial and autonomic responses to empathy-eliciting film clips by disruptive male adolescents with high versus low callous-unemotional traits. *J Abnorm Child Psychol*, 40(2), 211–223. doi: 10.1007/s10802-011-9557-8
- Dadds, M. R., Moul, C., Cauchi, A., Dobson-Stone, C., Hawes, D. J., Brennan, J., & Ebstein, R. E. (2013a). Methylation of the oxytocin receptor gene and oxytocin blood levels in the development of psychopathy. *Dev Psychopathol*, 1-8. doi: 10.1017/s0954579413000497

# Essstörungen und Körperkontaktstörungen

*Kerstin Andes, Karina Wolf*

In den Diagnosekriterien des ICD 10 werden unterschiedliche Formen von Essstörungen unterschieden. Die Übergänge zwischen den verschiedenen Arten von Essstörungen sind häufig fließend. Bekannt sind v. a. die Magersucht (anorexia nervosa), die Ess-Brech-Sucht (bulimia nervosa) und das Binge Eating (periodische Heißhungerattacken ohne Erbrechen). Bei der Entwicklung von Essstörungen sind biologische Faktoren (z. B. Genetik, Hirnfunktionsstörungen), persönlichkeitsbedingte Faktoren (z. B. Selbstbild und Selbstwertgefühl, Perfektionismus), gesellschaftliche Einflüsse (z. B. Schönheitsideale, Schlankheitsdruck) und das familiäre und soziale Umfeld (z. B. Familie, Peergroups) beteiligt.

### Fallbeispiel Teil 1

Zum Zeitpunkt der Therapie bestand bei Sarah, 14 Jahre, (Name geändert) die Diagnose Anorexia nervosa. Aufgrund ihres schlechten Ernährungszustands mit Bradykardie (niedrigem Puls) und Hypotonie (niedrigem Blutdruck) waren bereits mehrfach stationäre Behandlungen erfolgt. Umfangreiche medizinische Untersuchungen blieben ohne Befund. Es lagen keine organischen Erkrankungen vor, die Sarahs Gewichtsabnahme hätten erklären können. Die Klinikaufenthalte führten jedes Mal zu kurzfristigen Teilerfolgen. Sarah nahm an Gewicht zu und ihre Vitalparameter stabilisierten sich. Jedoch war ihr Essverhalten nicht zufriedenstellend verändert.

Im Rahmen der Videodiagnostik nach dem InteraActPlus-Konzept fanden sich bei Sarah deutliche Hinweise auf das Vorliegen einer Körperkontaktstörung. Sie reagierte auf positive Angebote von Körperkontakt ihrer Eltern in Alltagssituationen ablehnend und ließ anerkennende, lobende Worte nicht zu oder bagatellierte diese. Negative Auswirkungen zeigten sich auch in der Eltern-Kind-Beziehung und im Alltagsverhalten. Der Alltag der Familie war geprägt von der Sorge um Sarahs Essverhalten, die weiterhin die Menge der Nahrungsaufnahme zwanghaft kontrollierte. Konflikte und Machtkämpfe belasteten das Familienleben. Gleichzeitig wurden Sarahs herausragende Leistungen im schulischen Bereich von Eltern und Kind als entlastend erlebt.

In unserer therapeutischen Arbeit finden wir immer wieder Zusammenhänge zwischen Essstörungen und dem Vorliegen einer Körperkontaktstörung. Wenn körperliche Nähe bereits im Kindesalter nicht erfüllend gelebt werden kann, können emotionale Defizite entstehen. Aufgrund unserer Erfahrung nehmen wir an, dass die Wahrscheinlichkeit zur Entstehung einer Essstörung erhöht ist, wenn gleichzeitig eine Körperkontaktstörung besteht. In diesem Zusammenhang treten u. a. folgende Kompensationsstrategien auf:

#### ■ Ausgleich über Leistungsorientierung

Kinder, die wenig körperliche Nähe mit ihren Eltern leben, versuchen beispielsweise Zuwendung über Leistung zu bekommen. Auch die Eltern verhalten sich ähnlich. Sie verlagern unbewusst ihre Zuwendung und Aufmerksamkeit auf den Leistungsbereich. Eine Störung im Körperkontakt kann auf Seiten des Kindes, der Eltern oder auf beiden Seiten vorhanden sein.

Zielsetzung in der Körperbezogenen Interaktionstherapie (KIT):

Im Gehaltenwerden wird emotionale Nähe und gegenseitiges Spüren aufgebaut. Das Kind erlebt tiefe Gefühle von Annahme und Wertschätzung der Eltern. Es lernt, dass es geliebt wird, ohne dass es eine Leistung erbringen muss.

#### ■ Ausgleich über oppositionelles Verhalten

Problematisches Essverhalten ist eine wirksame Möglichkeit für Kinder und Jugendliche, Aufmerksamkeit und Zuwendung ihrer Eltern zu erzwingen. Dies trägt dazu bei, dass eine Essstörung über die Zeit aufgebaut und automatisiert wird. In dieser Situation fühlen sich Eltern hilflos dem selbstzerstörerischen Verhalten ihres Kindes ausgeliefert.

Zielsetzung in der Körperbezogenen Interaktionstherapie (KIT):

Das Bedürfnis nach Zuwendung wird in den Bereich der körperlichen und emotionalen Nähe verlagert. Das Kind lernt im positiven Kontakt satt zu werden. Die Eltern erfahren, dass sie im Halten ihrem Kind wirksam helfen. Bedürfnisse nach Aufmerksamkeit und Zuwendung können über das Eingehen von Nähe gestillt werden. Es werden Fähigkeiten aufgebaut, sowohl positive als auch negative Gefühle auszudrücken und zuzulassen. Dies

ermöglicht den Aufbau wichtiger sozialer Kompetenzen. Oppositionelle Verhaltensweisen werden weniger gebraucht.

#### ■ **Ausgleich über Kontrollverhalten**

Wenn Loslassen und Entspannen in körperlicher Nähe nicht gelingt, kann dies auch Einfluss auf das Essverhalten haben. Darum kann die Beherrschung des eigenen Körpers (nicht zu essen) emotional hoch belohnend im Sinne von Selbstkontrolle erlebt werden.

Zielsetzung in der Körperbezogenen Interaktionstherapie (KIT):

Im sicheren Gefühl körperlicher Nähe wird Loslassen und Aufgeben von Kontrolle geübt. Das Kind lernt, die Fürsorge seiner Eltern wahrzunehmen. In dieser Sicherheit übt es, sich fallen zu lassen und innere Ruhe und Entspannung zu finden. Eltern lernen, ihrem Kind positive Gefühle von Annahme und Liebe zu zeigen, und diese mit Worten auszudrücken. Dadurch wird auch die Fähigkeit unterstützt, die schönen Dinge des Lebens anzunehmen und zu genießen. Im Bereich des Essens ist dies besonders bedeutsam.

Unser klinischer Eindruck ist, dass Essstörungen sehr häufig mit einer Körperkontaktstörung in Zusammenhang stehen. Aus unserer Erfahrung ist die Körperbezogene Interaktionstherapie (KIT) ein wichtiger Therapiebaustein für eine erfolgreiche Behandlung von Essstörungen.

#### **Fallbeispiel Teil 2**

Sarah und ihre Eltern stimmten nach eingehender Aufklärung zu, unter oben aufgeführten Zielsetzungen die Körperbezogene Interaktionstherapie durchzuführen. Anfänglich war es für Sarah sehr schwer, über einen längeren Zeitraum in der körperlichen Nähe ihrer Eltern zu verbleiben. Mit der Zeit gelang es ihr jedoch immer besser, sich im Arm von Vater und Mutter zu entspannen und loszulassen. Auch Blickkontakt aufzunehmen und dabei Gefühle zuzulassen, war nicht leicht für Sarah. Immer wieder versuchte sie, Tränen und Trauer durch Abwenden des Kopfes und auch durch verletzende Worte ihren Eltern gegenüber zu verbergen. Nach mehreren KIT-Terminen war es Sarah und ihren Eltern möglich, sich unterschiedliche Gefühle wie z. B. Trauer, Enttäuschung, aber auch Freude, Zu-

neigung und Liebe gegenseitig gut mitteilen zu können. Die Eltern berichteten, dass sie ihrer Tochter gegenüber sehr oft versucht hatten, ihre Liebe auszudrücken, ohne sie aber wirklich im Gefühl erreicht zu haben. Über die Körperbezogene Interaktionstherapie war dies endlich möglich. Zusätzlich wurde mit Sarah innerhalb und außerhalb der Körperbezogenen Interaktionstherapie an einer positiven Selbstwahrnehmung gearbeitet. Um wieder eine entspannte Familiensituation herstellen zu können, wurde während der Beziehungsarbeit und auch im Familienalltag das belastete Thema »Essen« ausgeklammert. Über die Zeit konnte Sarah mit positiver Unterstützung ihrer Eltern immer besser die von der Klinik aufgestellten Regeln zum Essen einhalten. Sie entdeckte, dass sie nicht nur gut für ihre Familie kochen konnte, sondern auch selbst Freude am Genießen ihrer zubereiteten Gerichte entwickelte. Heute ist Sarah 22 Jahre alt. Sie studiert, ist zufrieden mit sich und hat Normalgewicht. Sie hat einen Freund, aber immer noch lässt sie sich gerne von ihren Eltern in den Arm nehmen.

# Traumatisierungen und Körperkontaktstörungen

*Kerstin Andes, Karina Wolf*

- 15.1 Traumatisierungen – 250
- 15.2 Traumatisierungen bei Pflege- und Adoptivkinder – 251

## 15.1 Traumatisierungen

Im Laufe des Lebens erlebt jeder Mensch Situationen, in denen er plötzlich Angst oder sogar Todesangst verspürt. Die Art der Weiterverarbeitung seiner Gedanken (kognitive Ebene), Gefühle (emotionale Ebene) und Reaktionen (Verhaltens-ebene) in und nach Angst auslösenden Momenten ist entscheidend dafür, ob der Betroffenen aus ihnen gestärkt, verunsichert oder sogar traumatisiert hervorgeht. Im Umgang mit traumatisierenden Erfahrungen werden Bewältigungsstrategien gelernt. Diese können die Weiterentwicklung eines Menschen günstig oder ungünstig beeinflussen.

Im Falle positiver Verarbeitungsstrategien und guter Fähigkeiten zur Selbstregulation und im Abrufen geeigneter Verhaltensweisen, können Menschen wichtige Sozialkompetenzen erwerben. Wer Angst selbstwirksam abbauen kann, gewinnt Gefühle von Kontrolle und Sicherheit, und zwar unabhängig davon, ob die Ursache der erlebten Bedrohung über eigenes Handeln abgewendet werden kann oder nicht.

Andererseits können infolge negativer Verarbeitungsmechanismen ungünstige Bewältigungsstrategien entstehen, die zur Aufrechterhaltung oder sogar Verstärkung von erlebten traumatisierenden Gefühlen führen können. Von einer Traumatisierung spricht man dann, wenn Erinnerungen an das traumatisierende Ereignis wiederkehrende belastende Angstreaktionen im normalen Alltag eines Menschen reaktiviert. Nicht selten kommt es infolge dieser Belastung sekundär zu zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen, weil dem Betroffenen korrigierende positive Erfahrungen und Strategien zur positiven Bewältigung fehlen.

Traumatisierungen können u. a. durch körperliche und seelische Gewalt, in lebensbedrohlichen Situationen, durch Unfälle, Naturkatastrophen, den Verlust eines geliebten Menschen ausgelöst werden. Nicht jeder Mensch, dem ein solches oder ähnliches Schicksal widerfährt, muss dadurch unausweichlich traumatisiert sein. Andererseits kann ein Mensch unter den Folgen einer Traumatisierung leiden, ohne jemals vergleichbar dramatische Ereignisse ausgesetzt gewesen zu sein.

Wie Betroffene eine Situation bewerten, hängt von ihren früheren Erfahrungen und weiterfüh-

renden Verarbeitungsprozessen ab. Diese werden in der Amygdala (Mandelkern) im limbischen System (einem Gehirnareal, dem die Verarbeitung von Emotionen zugeschrieben wird) gespeichert. Ist ein Gefühl in einer bestimmten Situation besonders stark, kann diese eine Erfahrung ausreichen, nachfolgende Verhaltensweisen Betroffener zu verändern.

Das Abrufen von Erinnerungen und mit ihnen verbundene Gefühle und Bewertungen findet aber niemals genau gleich statt, sondern unterliegt Veränderungsprozessen. Der Erfahrungsbericht zweier Menschen zu ein und derselben Situation kann nach vielen Jahren völlig unterschiedlich sein. Erinnernte Details zu Sachverhalten und Gefühlslagen können dabei so stark variieren, als sprächen sie von unterschiedlichen Erlebnissen. In der Psychotherapie bedient man sich dieser Besonderheit menschlichen Denkens mit der Zielsetzung, eine gedankliche (kognitive) und gefühlsmäßige (emotionale) Umstrukturierung bei Betroffenen zu erreichen. Das eröffnet Menschen die Chance, Erlebnisse zukünftig anders zu bewerten und dadurch ihr Trauma zu überwinden.

Im Anschluss werden beispielhaft ungünstige Bewältigungsstrategien von Betroffenen aufgeführt, die unter einer Traumatisierung leiden und bei denen differentialdiagnostisch eine Körperkontaktstörung vorliegt. Dabei bleibt unberücksichtigt, ob Defizite im Körperkontaktverhalten bereits vorher bestanden haben, sie mitverursachend waren, oder ob die Körperkontaktstörung als negative Folge der Traumatisierung entstanden ist.

### ■ Übersteigertes Kontrollverhalten

Aus Angst vor wiederkehrenden Gefühlen von Kontrollverlust können Betroffene stark kontrollierende Verhaltensweisen entwickeln. Ein übersteigertes Kontrollbedürfnis kann dazu führen, dass damit verbundene Verhaltensweisen zu oft abgerufen werden, egal ob es in der Situation notwendig oder auch nur sinnvoll ist. Gelingt das Loslassen von Kontrolle in der Geborgenheit positiver körperlicher Nähe nicht, wird die Überwindung eines Traumas erschwert. Wichtige Regulationsprozesse der Beruhigung und Entspannung werden unzureichend wirksam.

### ■ Vermeidung von Nähe und Körperkontakt

Insbesondere bei körperlichem oder sexuellem Missbrauch können sich über klassische und operante Konditionierung negative Gefühle und Angst an Körperkontakt koppeln. Über Generalisierungsprozesse können sie sich z. B. auf den Partner oder Familienmitglieder übertragen. Dadurch kann der Betroffene auch körperliche Nähe zu vertrauten Menschen als unangenehm oder beängstigend wahrnehmen, obwohl von ihnen keinerlei Gefahr ausgeht. Resultiert daraus ein unzureichendes emotionales Einlassen oder Vermeiden körperliche Nähe, wird die Lebensqualität Betroffener zusätzlich vermindert, weil ihnen Gefühle der Geborgenheit und Sicherheit fehlen. Andererseits werden Chancen auf positiv korrigierende Erfahrungen im Körperkontakt blockiert.

### ■ Emotionaler Rückzug

Viele Betroffene werden nach körperlichen oder seelischen Traumatisierungen bewusst oder unbewusst von dem Ziel gesteuert, sich vor weiteren negativen Erfahrungen zu schützen. Manche versuchen Verletzungen ihrer Gefühle zukünftig zu verhindern, indem sie sich emotional verschließen oder positiven Beziehungsangeboten ihrer Mitmenschen ausweichen. Unter dieser Zielsetzung bewusst oder unbewusst abgerufene Verhaltensweisen führen häufig zu Blockierungen im Körperkontakt und den damit einhergehenden Problemen in Alltagssituationen.

Die Fähigkeit zu Körperkontakt und Nähe ist die Basis für die Entwicklung positiver Empfindungen von Vertrauen, Sicherheit, Annahme und Liebe. In vorangegangenen Kapiteln wurde der Zusammenhang ausführlich beschrieben. Vor diesem Hintergrund wird der hohe Stellenwert guter Körperkontaktfähigkeiten für traumatisierte Menschen deutlich. Wenn es Betroffenen gelingt, sich wieder auf positive Nähe und Körperkontakt einzulassen, kann neues Vertrauen im Umgang zu Mitmenschen entstehen.

Die Körperbezogene Interaktionstherapie ergänzt sinnvoll andere therapeutische Maßnahmen im Bereich der Traumabehandlung sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen. Es können Ängste, die an den Körperkontakt gekoppelt sind, über Exposition abgebaut und positiv korrigierende Er-

fahrungen in Bezug auf Körperkontakt und Nähe gemacht werden. Betroffene lernen sich wieder für positive Gefühle von Nähe und Körperkontakt zu öffnen. Auch kann in der Nähe insbesondere eine exakte Wahrnehmung von positiven und negativen Beziehungssignalen geübt werden – die beste Prävention, um sich vor erneuten schlechten Erfahrungen zukünftig zu schützen.

## 15.2 Traumatisierung bei Pflege- und Adoptivkinder

Besondere Beachtung möchten wir in diesem Zusammenhang dem Pflege- und Adoptionsbereich widmen. Die besonderen Lebensumstände bringen es mit sich, dass insbesondere Pflege- und Adoptivkinder häufig unter den Folgen einer Traumatisierung mit Körperkontaktstörung leiden.

Beste Grundlage für eine gesunde seelische und körperliche Entwicklung bei Kindern stellt von Lebensbeginn bis ins Erwachsenenalter hinein die verlässliche Bindung und positive Beziehung zu einer Bezugsperson, später zu anderen Menschen dar. Viele Pflege- und Adoptivkinder haben in ihren ersten Lebensjahren verunsichernde oder sogar bedrohliche Erfahrungen gemacht. Oftmals haben diese Kinder Annahme und Schutz vor seelischer, körperlicher und sexueller Gewalt nicht erlebt. Manchmal fehlte auch eine verlässliche Bezugsperson oder sie mussten mit deren Verlust zurechtkommen. Es entstanden Traumatisierungen über Kontrollverlust und Angst. Je bedrohlicher eine solche Erfahrung erlebt wurde, desto stabiler kann dieses negative Gefühl in der Amygdala gespeichert sein. Als Folge kann es zu andauernden Abwehr- und Ausweichreaktionen gegenüber Nähe- und Körperkontaktangeboten späterer Bezugspersonen kommen. Im vermeintlichen Schutz vor erneuten seelischen Verletzungen und Verlustängsten zahlen betroffene Pflege- und Adoptivkinder und deren Bezugspersonen einen hohen Preis. Das genetisch mitgegebene Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit kann über die Vermeidung von Körperkontakt nicht ausreichend gelebt werden.

Als Folge einer Körperkontaktstörung kann sich auch eine Beziehungsstörung entwickeln. Kinder, die keine positive körperliche Nähe zulassen

können, suchen oftmals vermehrt Aufmerksamkeit und Zuwendung über negatives und oppositionelles Verhalten. Eine Erfahrung die viele Pflege- und Adoptiveltern gemacht haben. In diesem Zusammenhang kommt meist zu Fehlinterpretationen wie etwa: »Mein Kind mag mich nicht, es lehnt mich ab. Ich mache alles falsch. Ich bin ihm nicht wichtig...« Wie auch andere Eltern geben viele Betroffene unbewusst oder bewusst dem Abwehrverhalten ihres Kindes nach und unterlassen es immer öfter, Nähe im Kuschneln anzubieten. Typische Belastungsreaktionen von Pflege- und Adoptiveltern sind Rückzug, Hilflosigkeitsgefühle, Trauer, Scham, »ausbrennen«, Aggression, Depression, Ablehnung, Paarkonflikte, Rückgabe des Kindes.

Unserer Erfahrung nach ist die Körperbezogene Interaktionstherapie eine wirksame Hilfe zur Anbahnung von Nähe und Vertrauen zwischen Pflege- und Adoptivkindern und ihren neuen Eltern, insbesondere dann, wenn ein Kind eine Körperkontaktstörungen mitbringt.

# Die Bedeutung des Körperkontakts für Sprachentwicklung und Sprachtherapie

*Ruth Seidler-Mälzer*

- 16.1 Wann beginnt die Sprachentwicklung? – 254**
- 16.2 Die Eltern-Kind-Kommunikation im 1. Lebensjahr – 255**
  - 16.2.1 Aufbau der Fähigkeit zum gemeinsamen Gespräch – 255
  - 16.2.2 Der Körperkontakt : ein wesentlicher Bestandteil der vorsprachlichen Kommunikation – 256
- 16.3 Entwicklungsstörungen: eine ernste Gefahr für vorsprachlichen Dialog und spätere Sprachentwicklung – 257**
  - 16.3.1 Störung der Eltern-Kind-Beziehung – 257
  - 16.3.2 Auswirkungen auf spätere therapeutische Beziehungen – 258
- 16.4 Therapeutische Konsequenzen für die Behandlung bei sprachgestörten Kindern – 260**
  - 16.4.1 Bisher gezogene Konsequenzen: die Arbeit an der Beziehung – 260
  - 16.4.2 In Zukunft zu ziehende Konsequenz: die Arbeit am Körperkontakt – 261
- 16.5 KIT in der Sprachtherapie: ein Fallbeispiel – 262**
- Literatur – 266**

## 16.1 Wann beginnt die Sprachentwicklung?

Im Zeitraum um den 1. Geburtstag herum beginnen viele Kinder, erste Wörter zu sprechen. Dieses einschneidende Ereignis markiert dennoch nicht den Beginn der Sprachentwicklung.

### ► Der vorsprachliche Austausch zwischen Mutter und Kind, wie er ab dem Moment seiner Geburt stattfindet, ist bereits ein bedeutsamer Teil des Spracherwerbs.

Mit dem Begriff »Mutter« bzw. »mütterlich« können stets auch andere Bezugspersonen oder deren Verhalten gemeint sein, die eine enge Beziehung zum Kind eingehen. Wenn dennoch an mancher Stelle explizit von Müttern die Rede ist, dann deshalb, weil zu den Studien zum 1. Lebensjahr meistens Mütter mit ihren Kindern beobachtet wurden.

Die genannte Sichtweise ist die jüngste in der Reihe der Theorien zum Spracherwerb. Zu Beginn der Spracherwerbsforschung lag das Interesse noch deutlich auf der sprachlichen Entwicklung der älteren, schon sprechenden Kinder. Der Schwerpunkt wurde zunächst auf den Erwerb der Sprachregeln gelegt, also der Grammatik. Der Blick richtete sich damit auf das Kind jenseits des 2. Lebensjahres, das bereits beginnt, grammatische Formen zu verwenden. Aus diesen Forschungsansätzen heraus resultierte eine gute Beschreibung des Ablaufes und der Regelmäßigkeiten der normalen wie auch der abweichenden (»dysgrammatischen«) Grammatikentwicklung. Beispielsweise vollzieht sich die Entwicklung der Beugung der Verben im Allgemeinen in einer bestimmten Reihenfolge: Zunächst verwendet das Kind die Verben entweder ohne jede Endung oder in der Grundform (malen), dann in der 3. Person (er oder sie malt), dann erst in der 1. Person (ich male); die 2. Person (du malst) steht am Ende der Reihe.

Die Logopädie (Sprachtherapie) verwendet diese Erkenntnisse heute beispielsweise zur Behandlung von Kindern, die über keine ausreichenden grammatischen Sprachregeln verfügen. Ein Training der Verbformen wird sich somit beispielsweise an der oben beschriebenen Reihenfolge orientieren.

Nachfolgende Erklärungsansätze konzentrieren sich auf die semantische Ebene der Sprache (semantisch = bedeutungsgemäß). Semantik (gr. Semantikos: zum Zeichen gehörig) ist die Lehre von der Bedeutung sprachlicher Zeichen in Abgrenzung zur Grammatik, der Lehre von den Regeln, und zur Phonologie bzw. Phonetik, der Lehre von der Lautstruktur einer Sprache bzw. der physikalischen Bildung der Laute). Sie stellten die Verarbeitungsprozesse heraus, die das Kind am Ende des 1. Lebensjahres dazu befähigen, einen Wortschatz aufzubauen und dessen Begriffe untereinander zu verknüpfen. Mithilfe dieser Forschung lässt sich z. B. nachvollziehen, dass das Kind einen neu erworbenen Begriff erst einmal mit einer individuellen Bedeutung versteht: Ein »Ball« ist zunächst der ganz konkrete Ball, den es gerade gesehen hat. Erst nach und nach versteht das Kind, dass der gleiche Begriff auch für andere Bälle gilt, große, kleine, blaue und rote, an diesem wie an anderen Orten, sofern sie die zentralen Merkmale »rund« und »rollen« aufweisen. Das Kind bezieht also einen Begriff zunächst auf eine konkrete Situation und lernt dann, ihn von dieser Situation zu lösen und zu verallgemeinern. Dabei kommt es auch zeitweise zu Überdehnungen: Auch der Mond kann für eine Zeitlang als Ball angesehen werden, bis das Kind für ihn eine eigene Bedeutungskategorie gefunden hat.

Das Wissen um diese Zusammenhänge nutzt die Sprachtherapie gegenwärtig, um z. B. den Wortumfang des Kindes zu erweitern, Begriffe einzuführen und zu erweitern und Ober- und Unterbegriffe aufzubauen.

Aus heutiger Sicht – und als weiterer Baustein der Spracherwerbsforschung – wird Sprache als Handlung und als Mittel der Kommunikation beschrieben. Entsprechende Forschungsansätze untersuchen, unter welchen Umständen und mit welcher Absicht Sprache verwendet wird und welche Wirkung sie erzielt (dieser Teil der Sprachforschung wird als Pragmatik (gr. Pragma: Handlung) bezeichnet. Sprache wird hier als Form sozialen Handelns, als Interaktion zwischen Kommunikationspartnern untersucht). Für die kindliche Sprachentwicklung hat diese Sichtweise z. B. die Erkenntnis gebracht, dass das Kind, das erst einzelne Wörter spricht, damit doch auch schon ganze Aussagen trifft. Der sog. »Einwortsatz« ist viel mehr als nur

ein Wort. Das Wort »weg« kann eine Information bedeuten (der Ball ist weg), aber auch eine Aufforderung (bring mir den Ball wieder). Die Bedeutung dieser Aussage entwickelt sich hier ganz entscheidend danach, wie sie von den Zuhörern verstanden wird und wie sie darauf reagieren.

Auch diese Sichtweise birgt ihre eigenen Anwendungsmöglichkeiten in der Therapie. Ein Kind hat z. B. in der Therapie als einen sinnvollen 2-Wort-Satz die Aufforderung »Gib (Auto, Ball etc.)« gelernt. Nun wird es darum gehen, in der Therapiesituation wie auch zu Hause geeignete Situationen zu finden und mit dem Kind einzuüben, in denen es diesen Satz sinnvoll anzuwenden lernt.

Mit diesem zuletzt beschriebenen Forschungsansatz ist es möglich geworden, die vorsprachliche Kommunikation im Säuglingsalter ebenfalls als Teil der Sprachentwicklung zu sehen. Der Säugling kann zwar noch nicht sprechen, die Art und Weise, wie er sich äußert, seine Mimik, seine Laute, sein Schreien, können aber – wie später der Einwortsatz – von den Eltern dennoch als Mitteilungen aufgefasst werden, auf die sie wiederum in ihrer Weise antworten. Auch diese Art sich mitzuteilen ist Sprache und sie entwickelt sich innerhalb der sozialen Beziehungen des Kindes.

Die renommierten Säuglingsforscher Papoušek und Papoušek untersuchten ausführlich den vorsprachlichen Austausch zwischen Mutter und Kind und hier z. B. die Wechselbeziehungen zwischen mütterlicher Sprache und Säuglingslauten (vgl. Papoušek, 1994). Sie gingen der Frage nach, ob es konstante mütterliche Verhaltensweisen gibt, von denen das Kind für seine Sprachentwicklung profitieren kann. Die wichtigsten ihrer Forschungsergebnisse sollen im Folgenden dargestellt werden.

➤ **Auch wenn der Säugling noch nicht sprechen kann, teilt er sich mit seinen Möglichkeiten mit. Der vorsprachliche Austausch zwischen Mutter und Kind, bevor das Kind zu sprechen beginnt, wird von der Sprach-erwerbsforschung bereits als wichtiger Teil der Sprachentwicklung gesehen. Die Anfänge der Sprachentwicklung sind untrennbar in die Entwicklung der sozialen Beziehungen im vorsprachlichen Alter eingebettet.**

## 16.2 Die Eltern-Kind-Kommunikation im 1. Lebensjahr

### 16.2.1 Aufbau der Fähigkeit zum gemeinsamen Gespräch

Papoušek und Papoušek haben viele Beobachtungen dazu angestellt, wie Eltern mit ihren kleinen Kindern umgehen. Sie charakterisieren das elterliche Verhalten in der vorsprachlichen Kommunikation als »intuitive elterliche Früherziehung« (vgl. Papoušek & Papoušek, 1990, S. 522). Mit diesem Begriff ist gemeint, dass Eltern sich dem Säugling so zuwenden können, dass sie sich an seine Fähigkeiten optimal anpassen. Dadurch fördern sie ihr Kind, ohne dass sie sich dessen bewusst sein müssen. Beispielsweise gehen sie mit ihrem Gesicht oder mit Gegenständen nahe an das Gesicht des Säuglings heran. Damit erleichtern sie die Wahrnehmungen des Kindes, das zunächst nur unscharf sehen kann. Sie stellen sich darauf ein, dass der Säugling sich noch nicht äußern kann, indem sie seine Mimik, sein Schreien oder Gurren interpretieren und ihm darauf antworten. Sie erleichtern dem Säugling das zu Beginn mühsame Lernen, indem sie ihre Ansprachen einfach halten und geduldig immer wieder wiederholen (vgl. auch Papoušek, 1994, S. 179 ff.).

Die alltäglichen Verrichtungen wie An- und Auskleiden, Wickeln, Baden, Füttern bieten vielfältige Gelegenheiten für solche Zwiegespräche von Angesicht zu Angesicht. Eltern und Kind lachen sich an. Dadurch wird das Kind angeregt, den Blickkontakt mit den Eltern immer wieder aufzunehmen und mit seinem Blick im Gesicht der Eltern zu verweilen. Die Eltern ahmen die Laute des Kindes nach und ermöglichen es dem Kind dadurch, seine eigenen, selbst produzierten Laute wieder zu hören. Sie bieten ihm neue Laute an und helfen ihm dadurch, sein Lautrepertoire zu erweitern. Sie belegen ihre Laute und Silben mit Bedeutungen (z. B. durch ein auf etwas Drittes hinweisendes »da«) und bahnen damit den Wortschatz an.

➤ **Im ersten Halbjahr wird die Sprachentwicklung also dadurch angestoßen, dass das Kind den Gesichtsausdruck, die Gesten**



■ **Abb. 16.1** Das Kind liegt auf dem Wickeltisch und lacht seine Mutter an. Es schaut genau auf ihren Mund und ihre Zunge und dorthin sind auch die Hände gerichtet. Es erkundet so mit allen seinen Sinnen – sehen, hören, fühlen – den Gesichtsausdruck und die Äußerungen der Mutter. Die Hand der Mutter auf seinem Bauch und auf seinem Bein erlebt das Kind sichtbar als angenehm. Die körperliche Nähe ist also wesentlicher Bestandteil dieser Situation. Was macht nun ein Kind und was machen Mutter oder Vater, wenn in einer solchen Situation der Körperkontakt – oder auch der Blickkontakt – nicht als angenehm empfunden werden?

**und die Stimme der Eltern erkundet und dabei lernt, sich mit ihnen darüber gefühlvoll und neugierig auszutauschen.**

Im zweiten Halbjahr interessiert sich das Kind zunehmend für seine Umwelt. Die Eltern gehen darauf ein, indem sie sich mit ihm gemeinsam nach

außen orientieren. Sie zeigen ihm nun verstärkt die Gegenstände seiner Umgebung und bieten ihm damit immer mehr Wörter an. Mit Spannung wird das erste gesprochene Wort des Kindes erwartet.

Papoušek und Papoušek legen mit ihren Beispielen überzeugend dar, wie das Kind in der Beziehung zu den Eltern seine Sprache zu erweitern lernt. Sie zeigen ebenfalls auf, dass sich über die elterliche intuitive Förderung die gesamte Beziehung zwischen Säugling und Eltern vertieft. Wenn der Kontakt gut gelingt, dann entwickelt das Kind in den Zwiesgesprächen Sicherheit und positive Gefühle. Es erlebt den Blickkontakt als angenehm, ebenso den Dialog. Mit anderen Worten:

➤ **Das Kind erlebt es als Gewinn, mit den Eltern in ein Gespräch einzutreten.**

Dies ist eine unschätzbare wertvolle Erfahrung, die das Kind in aller Zukunft dazu befähigen wird, immer wieder mit positiven Gefühlen Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen.

➤ **Davon profitieren die Sprachentwicklung und die Beziehungsfähigkeit gleichermaßen.**

## 16.2.2 Der Körperkontakt : ein wesentlicher Bestandteil der vorsprachlichen Kommunikation

Papoušek (1994) betont, dass diese intuitive frühe Sprachförderung ein geeignetes Modell für therapeutische Interventionen bei Kindern mit unterschiedlichen Behinderungen darstellt (vgl. ebenda, S. 181). Dies ist vor dem Hintergrund der Spracherwerbsforschung eine sehr sinnvolle Schlussfolgerung. Wenn man die frühen Eltern-Kind-Dialoge bereits als Kommunikation und damit als Teil der Sprachentwicklung versteht, dann liegt es nahe, sie auch therapeutisch zu nutzen.

Um nun aber den therapeutischen Nutzen der elterlichen Förderung umfassend zu verstehen, ist es zunächst notwendig, einen entscheidenden Bestandteil der Beziehung des Kindes zu seinen Eltern im ersten Lebensjahr noch genauer zu betrachten: den **Körperkontakt**, der die vorsprachliche Kommunikation ständig begleitet (■ Abb. 16.1).

Alle in ► Abschn. 16.2.1 geschilderten Situationen, von denen das Kind so sehr profitieren kann, **vollziehen sich in mehr oder weniger engem Körperkontakt**. Das Kind wird aus dem Bettchen gehoben, gehalten, auf dem Wickeltisch gewendet, eingecremt, gestreichelt, gewaschen, abgetrocknet, es gibt Kitzelspiele der Eltern – der Kontakt zu den Eltern in dieser Lebensphase entsteht nicht nur durch die Zuwendung von Angesicht zu Angesicht, sondern auch durch Körperkontakt.

Die oben beschriebenen vorsprachlichen Dialoge, das Sich-Anschauen, das Lautieren und Nachahmen werden nur dann ein angenehmes Erlebnis sein, wenn auch der Körperkontakt als entspannt und positiv wahrgenommen werden kann (im Gegensatz dazu ■ Abb. 16.2).

Im 1. Lebensjahr tritt das Kind in immer wiederkehrende Zwiegespräche mit den Eltern. So lernt es, mithilfe des **Blickkontakts** deren sprachliches Vorbild anzunehmen und zu imitieren (bei genauer Beobachtung normal entwickelter Babys stellt man fest, dass sie abwechselnd auf den Mund der Bezugsperson und auf deren Augenbereich schauen). Dadurch erweitert sich die Sprache und es entwickelt sich auch die Beziehungsfähigkeit des Kindes. Diese Zwiegespräche vollziehen sich in allen alltäglichen Verrichtungen der Pflege des Kindes.

- Das Gelingen der Zwiegespräche ist abhängig davon, dass das Kind auch den mit ihnen einhergehenden Körperkontakt als angenehm erleben kann.

## 16.3 Entwicklungsstörungen: eine ernste Gefahr für vorsprachlichen Dialog und spätere Sprachentwicklung

### 16.3.1 Störung der Eltern-Kind-Beziehung

Die genannten Beispiele verdeutlichen, dass in diesen vorsprachlichen Interaktionen beide Teile – Kind und Eltern – darauf angelegt sind, einander wechselseitig zu bestärken. Der Säugling ist davon abhängig, dass die Mutter fähig und bereit ist, sich



■ **Abb. 16.2** Dieser Junge empfindet Körper- und Blickkontakt als unangenehm und versucht, beides zu vermeiden. Eine intuitive frühe Sprachförderung wie in ■ Abb. 16.1 ist in dieser Situation nicht möglich.

auf seine Signale einzulassen. Sie wiederum ist darauf angewiesen, dass der Säugling sich ihr zuwendet und ihre Ansprache erwidert. Wenn dieses Zusammenspiel nicht gelingt, kann es zu ernststen Störungen kommen.

- **Kinder mit erschwerten Entwicklungsbedingungen – behinderte Kinder, Frühgeborene, Kinder mit Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen – stellen die Anpassungsfähigkeit der Eltern auf eine ernste Probe, auch ohne Körperkontaktstörung.**

Ihr Verhalten ist schwerer interpretierbar; sie schreien mehr und lassen sich nur schwer beruhigen oder sie sind auffallend ruhig und passiv oder sie wenden sich ab und vermeiden soziale Kontakte.

Das schwierige Verhalten solcher Kinder kann zu Erschöpfung und Überforderung auch der gutwilligsten Eltern führen. Sie fühlen sich schlecht, weil sie glauben, als Eltern zu versagen. Gleichzeitig empfinden sie möglicherweise Wut auf das Kind und schämen sich gleichzeitig für dieses Gefühl. Sie können sich nicht unbefangenen dem Kind zuwenden und sich nicht seinem Niveau anpassen. Die Verrichtungen der täglichen Pflege führen ihnen immer wieder ihr Unvermögen vor Augen. Der Austausch mit dem Kind verarmt, die Eltern

reagieren verlangsamt oder in anderer Weise nicht angemessen auf die Signale des Kindes.

Papoušek und Papoušek berichten aus eigenen Studien wie auch von anderen Autoren viele übereinstimmende Beobachtungen dazu, wie sich Eltern in solchen Situationen häufig verhalten: mit

- »verminderter Responsivität mit Ignorieren von Schreiepisoden und anderen kindlichen Signalen, verlängerter Latenz und Unvorausagbarkeit der elterlichen Antworten;
- Dirigismus, unangemessener Dosierung der Stimulation und überprotektivem Verhalten, das zu viele der kindlichen Ausfälle kompensiert und zu wenig der Initiative des Kindes überlässt;
- Vermeidung von spielerischen Zwiegesprächen und Ersatz durch rational gesteuertes, leistungsorientiertes Training isolierter Fähigkeiten« (Papoušek & Papoušek, 1990, S. 581)

Alle diese Schwierigkeiten sind schon schlimm genug für das Miteinander von Eltern und Kind. Es gibt aber eine noch weitaus schwierigere Situation. Um diese zu erläutern, möchte ich noch einmal vertiefend auf die Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen eingehen. Unter einer Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung wird hier eine Störung in der Aufnahme, in der zentralen Verarbeitung und Vernetzung von Sinnesreizen verstanden. Diese kann prinzipiell in allen Sinneskanälen auftreten (► Kap. 6). Es ist also **nicht nur** die auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung gemeint, sondern **auch** all das, was unter einer sensorischen Integrationsstörung verstanden wird.

Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen sind nicht die einzigen, aber die häufigsten Auslöser für eine Körperkontaktblockierung (► Kap. 5). Da Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörungen dazu neigen, eine Körperkontaktblockierung zu provozieren, tritt es besonders oft auf, dass Kinder mit einer Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung auch von einer Körperkontaktblockierung betroffen sind.

Die Eltern dieser Kinder stehen vor einer schier unlösbaren Schwierigkeit. Sie haben eine schwierige Pflege zu bewältigen, das Kind trinkt und schläft vielleicht schlecht, schreit aber viel. Sie bemühen sich dann, ihr Kind zu beruhigen – wie andere

Eltern auch. Aber immer, wenn sie ihr Kind dazu anfassen, rufen sie damit die Abwehrreaktionen des Kindes hervor. Die Situation verschlimmert sich dann z. T. dramatisch. Dies kann zur völligen Erschöpfung und Hilflosigkeit der Eltern führen, ohne dass sie einen Ausweg wissen.

Kindern, die mit diesen erschwerten Entwicklungsbedingungen auf die Welt kommen, entgehen die positiven Erfahrungen des vorsprachlichen Dialogs. Sie können es eben nicht als genussvoll erleben, mit den Eltern Kontakt aufzunehmen und in vielen Zwiegesprächen ihre sprachlichen Fähigkeiten zu erweitern. Damit ist auch die weitere sprachliche Entwicklung, die ja auf den frühen dialogischen Erfahrungen aufbaut, in Gefahr. Kinder, die eine solche Vergangenheit haben, haben es auch später – wenn die sprachlichen Anforderungen an sie steigen – schwer, Kontakt aufzunehmen. Sie sollen zu Hause oder im Kindergarten Wünsche äußern, eigene Erlebnisse berichten, Lieder mitsingen, Konflikte austragen. Sie haben in ihrer Entwicklung aber nicht ausreichend erlebt, dass Kontaktaufnahme – durch ihr Hinschauen und das Ausprobieren ihrer sprachlichen Mittel – Freude und Erfolg bringen kann. Sprechen, und damit die vielen sozialen Situationen, in denen es auf Sprache ankommt, wird nicht mit positiven Gefühlen verbunden und demnach auch nicht ausreichend geübt.

### 16.3.2 Auswirkungen auf spätere therapeutische Beziehungen

Die Kinder tragen ihre Schwierigkeit, Beziehung aufzunehmen auch in die späteren Therapien. Erfahrungsgemäß haben Kinder mit Entwicklungsstörungen oft große Schwierigkeiten, in Therapien kooperativ mitzuarbeiten (■ Abb. 16.3). Die Logopädie ist aber (wie auch alle anderen Therapie- und Fördermaßnahmen) darauf angewiesen, dass ein guter Kontakt zwischen Kind und Bezugspersonen entsteht. Es kann sich nur dann ein nachhaltiger Erfolg im Sprachaufbau einstellen, wenn das Kind die Fähigkeit und Freude daran entwickelt, zu beobachten und nachzuahmen.

Die Therapeutin ist hier mit folgender Situation konfrontiert: Der Junge ist mit dem für 4-Jährige üblichen Therapiesetting überfordert. Er kann nur



■ **Abb. 16.3** Dieser Junge kam als Frühgeborener zur Welt und leidet unter einer Sehbehinderung, motorischen Koordinationsstörungen und einem Sprachentwicklungsrückstand, v. a. einer deutlichen Aussprachestörung. Hier ist er 4 Jahre alt und damit in dem Alter, in dem die Kinder zur logopädischen Therapie geschickt werden. Die Mutter möchte mit Unterstützung der Therapeutin ein gemeinsames Fingerspiel mit ihm durchführen. Sie bemüht sich sehr um ihren Sohn und versucht, ihm dabei ins Gesicht zu schauen. Dies ist ihm unangenehm. Die Koordination seiner Körperhaltung mit seinen Blickbewegungen ist für ihn mühsam. Ein Blickkontakt und die gemeinsame Hinwendung auf das Spiel gelingen nicht.

für eine äußerst kurze Zeit am Tisch sitzen. Er läuft im Raum unruhig von einem Punkt zum anderen, ohne länger verweilen zu können. Die üblichen Materialien der Sprachtherapie, Bilder oder auch Spielsachen werden nur kurz betrachtet und dann wieder weggelegt. Er reagiert mit Vermeidung und Abwehr auf die Versuche der Therapeutin, ihn zu führen.

Die Therapeutin wird nun versuchen, ihm den Einstieg in die Sprachtherapie dadurch zu erleichtern, dass sie sehr einfache Übungsbedingungen schafft, die an frühe sprachliche Entwicklungsstufen anknüpfen. Dafür ist es sinnvoll, die Mutter in die Therapie dazuzunehmen. Dies wünschen sich viele, auch gesunde Kinder zu Beginn der Therapie als Hilfe, um Hemmungen vor der Therapeutin abzubauen. Im Falle der entwicklungsgestörten Kinder ist es unabdingbar, die Mutter oder den Vater in die Therapie hinzuzunehmen. Die Kinder brauchen mehr Übungszeit als die – meist 1- bis 2-mal wöchentlich stattfindende – Therapiestunde, um nachhaltige Fortschritte zu erzielen. Die Eltern

müssen also ebenfalls über die Übungen Bescheid wissen und darin auch angeleitet werden.

Eine einfache Übung zum Sprachaufbau (die auch der ■ **Abb. 16.3** zugrunde liegt) kann z. B. so aussehen: Die Mutter nimmt das Kind auf den Schoß und versucht, über einfache Sprachspiele (z. B. Fingerspiele, Knireiterspiele), die zu Beginn der Sprachentwicklung normalerweise zu einem lustvollen Kontakt führen, Beziehung zum Kind aufzunehmen. Die Therapeutin verfolgt hierbei das Ziel, die Vermeidung des Kindes zu überwinden und Neugier auf sprachlichen Austausch, auf Beobachtung und Nachahmung zu wecken. Damit kommt der Körperkontakt in die logopädische Therapie hinein. Wenn ein Kind dieses Angebot, mit seiner Mutter auf diese Weise zu spielen, nicht als Erleichterung erlebt, sondern wegen seiner Körperkontaktblockierung weiter in Abwehr bleibt, wird es sehr wahrscheinlich auch der Logopädin gegenüber abwehrend bleiben (hier ist noch einmal in Erinnerung zu rufen: Eine Körperkontaktstörung geht sehr häufig mit einer Blickkontaktstörung einher).

Der in ■ **Abb. 16.3** gezeigte Junge ist aufgrund seiner Sehbehinderung darauf angewiesen, besonders genau zu beobachten, um seine visuellen Möglichkeiten möglichst vollständig auszuschöpfen. Er bräuchte Hilfestellung mit dem Ziel, dass ihm der Blickkontakt gelingt und die körperliche Nähe zur Mutter positive Gefühle ermöglicht. So aber provoziert die körperliche Nähe seine Schwierigkeiten. Deshalb versucht er, den Kontakt zu vermeiden. Damit ist er aber auch daran gehindert, korrigierende Erfahrungen zu machen, die ihm ein Umlernen möglich machen könnten. Ein Sprachtraining wird damit sehr schwierig oder sogar unmöglich.

Im Laufe der Sprachtherapie konnte der in ■ **Abb. 16.3** gezeigte Junge gute Fortschritte machen. Er konnte lernen, das Sitzen auf dem Schoß und den Blickkontakt als angenehm zu erleben. Dies war dann der gute Abstand für ihn, mit dem er z. B. die Mundbewegungen von Mutter oder Therapeutin gut sehen und dann auch imitieren konnte. Damit konnte seine Aussprachestörung wirksam behandelt werden.

Die behandelnden Therapeuten und die Eltern müssen diese Situation verstehen, um wirklich helfen zu können.

Entwicklungsstörungen können dazu führen, dass Eltern das Verhalten ihrer Kinder nicht verstehen und sich demzufolge auch nicht angemessen darauf einstellen können. Wenn eine Körperkontaktblockierung Teil des Problems ist, werden die alltäglichen Situationen der Pflege, bei denen es immer zu Körperkontakt kommt, als unangenehm erlebt. Das Kind versucht dann, diese Situationen zu vermeiden. Die unangenehmen Gefühle werden auf die gesamte Beziehung übertragen. Die Kinder versuchen dann auch später, Kontaktaufnahme zu ihren Bezugspersonen zu vermeiden. Damit können die Erfolgsaussichten späterer Therapien zunichte gemacht werden. Diese schwierige Gesamtproblematik wird noch einmal verschlimmert, wenn mit der Körperkontaktblockierung zusätzlich eine Blickkontaktblockierung einhergeht.

## 16.4 Therapeutische Konsequenzen für die Behandlung bei sprachgestörten Kindern

### 16.4.1 Bisher gezogene Konsequenzen: die Arbeit an der Beziehung

Wenn man das oben beschriebene Potenzial der vorsprachlichen Kommunikation als Bestandteil der Sprachentwicklung begreift, dann liegt es nahe, in die Diagnostik und Therapie von Sprachentwicklungsstörungen ebenfalls das frühe, vorsprachliche Alter und damit die Arbeit an der Beziehung zwischen Eltern und Kind einzubeziehen.

➤ **Die Logopädie hat diesen Schritt vollzogen und dabei eine der Spracherwerbsforschung vergleichbare Entwicklung durchlaufen.**

Zunächst konzentrierte sie sich auf ältere, sprechende Kinder. Die logopädische Therapie ist eine übungsorientierte Therapie. Ihr methodischer Schwerpunkt liegt auf dem systematischen Training erwünschter Sprachformen. Auf bereits entwickelten sprachlichen Fähigkeiten wird aufgebaut

und es werden Schritt für Schritt Erweiterungen eingeübt, traditionell aus den Bereichen der Aussprache, der Grammatik und des Wortschatzes.

Mit dieser Schwerpunktsetzung folgte die Logopädie seit ihren Anfängen einer bis heute gängigen ärztlichen Verschreibungspraxis, nach der eine gezielte sprachtherapeutische Intervention frühestens ab 3 Jahren, häufig sogar erst ab 4 Jahren für sinnvoll erachtet wird. Bei jüngeren sprachauffälligen Kindern wird abgewartet oder sie werden eher auf sprachunspezifische Fördermaßnahmen wie Ergotherapie oder Physiotherapie verwiesen.

Nun aber stehen seit einigen Jahren innerhalb der Logopädie und angrenzender Fachberufe diese kleinen, nicht oder kaum sprechenden Kinder oder ältere Kinder mit entsprechend niedrigem sprachlichen Entwicklungsstand (in der Fachliteratur als »late talkers« bezeichnet) im Mittelpunkt des Interesses. Für sie sind sprachsystematische Therapieansätze keine Hilfe. Dies liegt nicht nur daran, dass sie oft noch zu klein sind, um mit der Logopädin an einem Tisch zu sitzen. Es liegt auch oft daran, dass sie sich einem herkömmlichen Sprachtraining verweigern.

Deshalb wird nach Möglichkeiten des Eingreifens dort gesucht, wo sich viele Probleme zeigen, aber auch viele Anstöße gegeben werden können: im interaktiven, vorsprachlichen Bereich.

Damit wird auch die Funktion der Eltern im Therapieprozess neu bewertet, ihre äußerst wichtige Rolle im Prozess der Sprachförderung betont. Es wird anerkannt, dass die Eltern, die als die wichtigsten Bezugspersonen auch die meiste Zeit mit den Kindern verbringen, viel mehr Gelegenheiten zum Lernen schaffen können als eine Therapie, die bestenfalls zweimal wöchentlich stattfindet. Es wird ebenfalls anerkannt, dass eine gute Beziehung des Kindes zu seinen Bezugspersonen die Grundlage für die Sprachentwicklung darstellt und dass die Arbeit an einer guten Beziehung ebenso zu einem Kernziel in der Sprachtherapie werden sollte wie die Arbeit an der Sprache selbst.

Die neuen Therapieansätze sind überwiegend Elternprogramme mit präventiver und therapiebegleitender Zielsetzung oder sie verstehen sich als Maßnahme zur Vorbereitung einer systematischen Sprachtherapie. Sie finden in Gruppen statt, damit die Eltern sich gegenseitig Rat geben und in Rol-

lenspielen neue Verhaltensweisen einüben können. Mit Hilfe von Videoanalysen können die Eltern lernen, das Verhalten ihrer Kinder besser zu verstehen, und sie können dann üben, angemessen sprachfördernd mit ihnen zu kommunizieren (Übersicht über gängige Ansätze sowie die Darstellung eines eigenen Elternprogramms: Möller & Spreen-Rauscher, 2009). Ein wichtiger Interventionsschritt ist z. B. der Arbeitspunkt »mit dem Kind gemeinsame Aufmerksamkeit herstellen« (vgl. ebenda, S. 83 ff.):

Es werden mit den Eltern zunächst Anlässe erarbeitet, in denen das Kind motiviert ist, seine Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand oder ein Ereignis zu richten und sich darüber mitzuteilen (z. B. das Essen einer Banane). Die Spielsequenzen werden dann so gestaltet, dass sich Gelegenheit für gemeinsame Aufmerksamkeit und Kommunikation bietet – z. B. kann die Mutter die Banane zunächst geschlossen halten und erst fragen: »essen?« und das Schälen der Banane geht erst weiter, wenn das Kind auf diese Frage »geantwortet« hat, sei es durch Kopfnicken oder Lautieren, wenn es noch nicht sprechen kann.

Damit diese Tätigkeiten auch wirklich sprachanregend werden, muss das Kind verstehen, dass die Aktion der Mutter bzw. der Therapeutin, also z. B. das Schälen der Banane, von seiner eigenen Initiative abhängt. Es soll erleben, dass es mit Sprache etwas bewirken kann. Es muss die Mutter dazu genau beobachten. Es soll sich mit der Mutter gemeinsam daran erfreuen können, wenn die Aufgabe gelungen ist. Die Freude über den Erfolg soll es dazu motivieren, dass es in der nächsten ähnlichen Situation wieder seine Sprache gebraucht und sie damit zu erweitern lernt.

#### **Sprachtraining: neue therapeutische Ansätze**

Ein herkömmliches Sprachtraining ist bei jungen, nicht-sprechenden oder bei älteren sehr sprachauffälligen Kindern oft nicht sinnvoll.

Neuere therapeutische Ansätze innerhalb der Logopädie, v. a. die Elternprogramme, haben zum Ziel, die Fähigkeiten von Eltern und Kind im vorsprachlichen Dialog zu erweitern: genaues Beobachten, gemeinsame

Aufmerksamkeit auf eine Tätigkeit und auf die wechselseitigen sprachlichen Äußerungen.

Die Arbeit an einer guten Beziehung wird dem Sprachtraining vorangestellt. Mit dieser Arbeit soll eine Basis für eine spätere Sprachtherapie geschaffen werden.

Wie kann nun einem Kind geholfen werden, das zu dieser Kontaktaufnahme noch gar nicht in der Lage ist?

#### **16.4.2 In Zukunft zu ziehende Konsequenz: die Arbeit am Körperkontakt**

Aus dem bisher Gesagten können wir folgende Punkte festhalten:

- Ein als angenehm erlebter Körperkontakt ist wichtig für den Spracherwerb der Babys. Im ersten Lebensjahr lernen die kleinen Kinder die wichtigen Grundlagen der Sprache. Sie lernen sie über den gemeinsamen Austausch mit den Eltern in den vielen Situationen der alltäglichen Pflege. Kontakt mit den Eltern ist in dieser frühen Zeit Körperkontakt und Blickkontakt.
- Ein guter Körperkontakt ermöglicht den Babys eine gute Beziehungsaufnahme. Wenn der Körperkontakt als angenehm erlebt wird, dann wird dieses angenehme Gefühl auch zu einer guten Beziehungsfähigkeit der Kinder führen. Diese wiederum ist wichtig für die weitere Sprachentwicklung.
- Wenn die Fähigkeit, Körperkontakt aufzunehmen, gestört ist, dann vermeiden die Kinder nicht nur die körperliche Nähe, sondern umfassend die Aufnahme von Beziehungen. Sichtbar wird dieses Verhalten u. a. darin, dass sie auch vermeiden, Blickkontakt zu ihren Bezugspersonen aufzunehmen. Diese Schwierigkeit begleitet sie auch in höhere Lebensalterstufen, sofern sie keine korrigierenden Erfahrungen machen können.
- Besonders schlimm wirkt sich dies auf Kinder aus, bei denen noch andere Entwicklungsstörungen zusätzlich zur Körperkontaktblo-

ckierung bestehen. Sie benötigen Therapie und sind damit besonders auf die Fähigkeit angewiesen, guten Kontakt aufzunehmen, um z. B. vom sprachlichen Vorbild der Logopädin über Imitation zu profitieren. Sie sind aber vor allem in ihren alltäglichen Beziehungen – nicht nur in der Therapie – auf guten Kontakt zu ihren Bezugspersonen angewiesen, denn v. a. von deren Vorbild können sie profitieren. Eine Therapie, die ein- oder höchstens zweimal in der Woche stattfindet, kann nicht die Erfahrungen ausgleichen, die den Kindern verloren gehen, wenn sie sich nicht auf ihre alltäglichen Beziehungen einlassen können.

Daraus folgt nun für eine zukünftige Sprachtherapie:

- **Eine moderne Sprachtherapie – möchte sie diesen Kindern gerecht werden – muss diese Zusammenhänge in ihre Arbeit integrieren. Sie müsste bereits mit Babys arbeiten. Sie müsste wissen, dass die Sprachauffälligkeit auch zusammen mit einer Körperkontaktblockierung auftreten kann; dies umso mehr, wenn auch noch Frühgeburt, Behinderung, Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung oder andere Entwicklungsstörungen vorliegen.**

Für die Therapie der sprachauffälligen Kinder, die auch an einer Körperkontaktblockierung leiden, greifen bisher alle therapeutischen Konzepte zu kurz.

Als grundsätzliche Lösung für diese Kinder bietet sich die Behandlung der Körperkontaktblockierung an. Hierfür bietet die Körperorientierte Interaktionstherapie (KIT) nach dem IntraActPlus-Konzept eine Behandlungsmöglichkeit.

KIT ist ein Baustein innerhalb eines übergeordneten verhaltenstherapeutischen Konzeptes. Sie kann nur nach einer übergeordneten Diagnostik angewendet werden, in deren Verlauf die Körperkontaktstörung als wesentlich erkannt wird (vgl. ► Kap. 3)

Im folgenden Kapitel wird der Ablauf von KIT innerhalb einer Sprachtherapie dargestellt. Diese körperorientierte Arbeit stellt nur einen Teil der

gesamten Arbeit mit dem Kind und seiner Familie dar. Ein ebenso wichtiger Bestandteil der Arbeit ist die Beratung und Anleitung der Eltern für das Zusammenleben im Alltag sowie die Einbeziehung anderer wichtiger Bezugspersonen. Die folgenden Themenbereiche sind ebenfalls zentraler Bestandteil des IntraActPlus-Konzeptes und kamen deshalb auch im Rahmen dieser Therapie zur Anwendung:

- die Arbeit mit den Eltern zum Thema der Wichtigkeit sekundengenaue Rückmeldungen im Alltag (angemessenes Lob bzw. angemessene Grenzsetzung im Sekundenfenster); dies mit dem Ziel, den Eltern klare Signale im Umgang mit ihrem Kind zu ermöglichen;
- die Beratung der Erzieherinnen im Kindergarten; dies mit dem Ziel, an wichtigen Stellen des Alltags möglichst zum Elternhaus übereinstimmende Beziehungssignale zu finden und einzuüben.

Diese Aspekte der Arbeit werden hier nicht weiter vertieft, es wird die Behandlung der Körperkontaktblockierung gezeigt.

## 16.5 KIT in der Sprachtherapie: ein Fallbeispiel

F. ist ein Junge mit Down-Syndrom. Er kann zum Zeitpunkt der im Folgenden gezeigten Arbeit bereits einige Worte nachsprechen und beginnt sich auch schon spontan sprachlich zu äußern. Er macht einen aufgeweckten Eindruck. Trotzdem gestalten sich alle Versuche, ihm etwas beizubringen, als sehr mühsam. Er wehrt sich gegen Angebote, die er sich nicht selbst ausgesucht hat. In den Behandlungen bei der Logopädin muss viel Zeit darauf verwendet werden, gegen seine Widerständigkeit anzukommen. Es kommt nur für sehr kurze Momente zu einem guten Austausch.

Zum Zeitpunkt der Aufnahmen aus ■ Abb. 16.4, ■ Abb. 16.5 und ■ Abb. 16.6 ist F. 4 Jahre alt.

Diese Episoden machen deutlich, woran hier die Sprachtherapie scheitern wird, sofern sie nur das Ziel verfolgt, die Sprache des Kindes zu erweitern: Es ist im Rahmen einer Übungsbehandlung keine Therapie möglich, wenn das Kind nicht das Vertrau-



■ **Abb. 16.4** Die Therapeutin versucht, eine Übung zu finden, die das Interesse des Kindes weckt. Die Trommel liebt er, er hat sie selbst angesteuert. Hier kann er für kurze Zeit verweilen und auch Kontakt zur Therapeutin aufnehmen. Diese kann den Moment dafür nutzen, mit ihm »laut« und »leise« zu trommeln. Er spricht diese Worte auch nach, dreht dabei aber den Kopf weg.



■ **Abb. 16.6** Der Junge kommt der Aufforderung »gib mir« der Therapeutin nicht nach. Er lässt das Bild an ihrer Hand vorbei auf den Boden fallen.



■ **Abb. 16.5** Am Tisch betrachtet er sich zwar ein Bild, aber für sich alleine. Die Hand der Therapeutin schiebt er weg.



■ **Abb. 16.7** Der Vater versucht, mit seinem Sohn am Tisch Bilder anzuschauen. Er möchte ihn auf seinen Schoß setzen. In dem Moment, wo er ihn auf den Arm nimmt, ruft er damit die Abwehr des Jungen hervor.

en und die Neugier aufbringen kann, sich auf Neues einzulassen. Dieser Junge reagiert auf Anforderungen von außen so schnell mit Abwehr, dass es zu keiner sinnvollen Lernsituation kommt. Die wenigen Augenblicke, in denen er aufgeschlossen ist, reichen nicht dafür aus, dass er wirklich vorankommt, denn auch hier, wie das Beispiel mit der Trommel zeigt, weicht er dem Blickkontakt aus. Die Therapeutin kann so kein wirksames sprachliches Modell sein.

Abwehr zeigt F. auch bei den Eltern. Sie berichten, wie mühsam es sei, mit ihm ein Bilder-

buch anzuschauen oder ihm etwas Neues zu zeigen. Er wolle nicht bei ihnen auf dem Schoß sitzen, um z. B. ein Bilderbuch anzuschauen, und wenn sie ihn dann doch einmal zu sich nähmen, wolle er ganz schnell wieder von ihnen weg (■ Abb. 16.7).

Die Arbeit mit KIT ermöglicht es nun, unter Einbeziehung der Eltern zunächst das Therapieziel »sich Einlassen« zu verfolgen (■ Abb. 16.8). Sprachsystematische Ziele werden zurückgestellt.

Das Kind wird von Mutter oder Vater am Körper gehalten. Dieses Setting hat zwei entscheidende Vorteile. Zum einen wird die Situation freigehalten von Ablenkungen, die sonst durch die Bewegung



▣ **Abb. 16.8** Der Vater hält seinen Sohn dicht an seinem Körper, unterstützt von der Mutter und der Therapeutin. Er ist mit seinem Blick ganz konzentriert bei ihm. Damit ermöglicht er die spätere Kontaktaufnahme.



▣ **Abb. 16.10** Auch bei seiner Mutter entspannt sich der Junge und nimmt Kontakt zu ihr auf. Auch zu ihr kann er Blickkontakt aufnehmen. Beide Eltern können ihm jetzt auch ihre Freude an dem gemeinsamen Austausch zeigen.



▣ **Abb. 16.9** Der Junge entspannt sich. Er streichelt seinen Vater. Jetzt kann er Blickkontakt zu ihm aufnehmen. Dies ist eine enorm wichtige Erfahrung für ihn: In diesem Moment ist die gemeinsame Beziehung etwas Schönes. Der Vater unterstützt seinen Sohn dabei, indem er mit seiner Aufmerksamkeit ganz bei ihm ist.

dein Unbehagen oder deinen Machtkampf aus, weil wir glauben, dass dies der bessere Weg ist, als dich in deiner Abwehr alleine zu lassen. Wir warten gemeinsam ab, bis du dich öffnen kannst und wir uns dann gemeinsam daran erfreuen können.

In dieser Phase hat die Therapeutin die Aufgabe, besonders einfühlsam bei den Eltern und beim Kind zu sein und ihnen Hilfe und Sicherheit zu geben. Dies ist dann eine schwierige Phase in der Therapie, wenn das Kind heftige Gegenwehr zeigt. In diesem Fall zeigt die Erfahrung, dass die Eltern es trotzdem als Befreiung erleben, dass sie dem Widerstand des Kindes gegenüber standhaft bleiben dürfen. Die Anstrengung, die sie dafür aufbringen müssen, ist für sie leichter zu ertragen als der quälende Zustand vorher, wo sie keine Möglichkeiten sahen, ihr Kind zu erreichen (▣ Abb. 16.9, ▣ Abb. 16.10).

Die Phasen der Entspannung (zu Beginn der Arbeit sind sie noch kurz) sind schon der erste Erfolg. Diese Momente zwischen Eltern und Kind sind angesichts der schwierigen Zeiten, die die Familien hinter sich haben, gar nicht hoch genug zu schätzen. Jetzt können die Eltern mit dem Kind positiven Kontakt zum Kind aufnehmen. Sie können sich küssen und streicheln. Diese Erfahrungen waren oft jahrelang nicht möglich. Das Kind kann spüren lernen, dass es sich gut anfühlt, sich auf die Eltern einzulassen.

und die Gegenstände im Raum oder das Sitzen am Tisch entstehen. Zum anderen können die Eltern, die ja in der Regel durch den schwierigen Umgang mit dem Kind stark verunsichert sind, eine wichtige eigene Haltung einüben und dem Kind vermitteln:

Wir nehmen dich in den Arm und machen dir ein Angebot. Wir sind für dich da. Wir wollen dir zeigen, dass es schön sein kann, wenn wir uns aufeinander einlassen und uns in Ruhe miteinander beschäftigen. Dafür ist es auch gut, wenn wir uns anschauen. Wir halten dafür auch ggf. gemeinsam



■ **Abb. 16.11** Das Kind wehrt sich noch, indem es den Blick abwendet, bleibt aber mit dem Körper schon näher bei der Mutter.



■ **Abb. 16.12** Die Momente gemeinsamer Freude über den gemeinsamen Kontakt nehmen zu. Jetzt kann das Ziel »Blickkontakt halten« immer wieder geübt werden.



■ **Abb. 16.13** a, b, c: Der Junge imitiert so gut er kann die Mundbewegung des Vokals »o«, das Herausstrecken der Zunge sowie das Schließen des Mundes.

Wenn das Kind diese Erfahrung gemacht hat, ist es bereit, Neues zu lernen. Es muss dann nicht mehr selbst die Lernsituationen diktieren, sondern kann sich darauf einlassen, was die Eltern ihm anbieten.

Diese Sitzungen werden wiederholt, so oft es sich einrichten lässt. In der Folge werden die Phasen des Widerstands kürzer und weniger heftig. Die Phasen, in denen das Kind sich auf die Eltern einlässt, nehmen zu. Die Eltern gewinnen immer mehr Sicherheit darin, einerseits beharrlich zu bleiben, aber auch darin, positiv auf die Signale des Kindes einzugehen (■ **Abb. 16.11**, ■ **Abb. 16.12**).

Je häufiger das Kind solche positiven Erfahrungen macht, desto aufgeschlossener wird es, Neues zu lernen. Es muss nicht mehr selbst die Lernsituationen diktieren, sondern kann sich darauf einlassen, was die Eltern ihm anbieten. Jetzt

kann das nächste Ziel »Imitieren« eingeübt werden (■ **Abb. 16.13**).

Alle diese gezeigten Imitationsübungen sind bereits ein entscheidender sprachtherapeutischer Vorgang. Der Junge spricht noch sehr undeutlich. Damit seine Aussprache sich verbessern kann, wird er lernen müssen, die am Sprechvorgang beteiligte Muskulatur, Zunge und Lippen bewusst zu bewegen, um neue Bewegungsabläufe zu trainieren. Die ersten Übungen dazu sind das Training willkürlicher Zungen- und Mundbewegungen.

In allen diesen Beispielen ist deutlich zu sehen, dass der Junge die Mutter genau beobachtet und sich Mühe gibt, ihr Vorbild nachzuahmen.

Auch diese Arbeit macht die Mutter unter Anleitung der Therapeutin. Dadurch gewinnt sie selbst so viel Sicherheit, dass sie zu Hause mit dem Kind weiter üben kann. Dies ist ebenfalls ein wichtiger Vorteil der Arbeit mit KIT: die Eltern lernen,



■ **Abb. 16.14** Der Junge sitzt der Therapeutin entspannt gegenüber. Er trägt die Übung kooperativ mit, indem er das Bild benennt und es ihr auf die Bitte »gib mir« wieder gibt.

selbst mit dem Kind zu arbeiten. Dies ist wichtig vor allem für behinderte Kinder, die dichtes Üben brauchen, um stabile Fortschritte zu erzielen. Die dafür notwendige Übungsfrequenz können ambulante Therapien nicht leisten, zumal diese Kinder auch noch häufig krank sind und die Behandlungsstunden dann ausfallen.

Die Sprachtherapie profitiert ebenfalls. In den Therapiestunden wird das Kind kooperativer; es ist nun mehr und mehr möglich, systematisches Sprachtraining durchzuführen (■ Abb. 16.14).

Das genannte Fallbeispiel zeigt: Die Arbeit am Körperkontakt verhilft dazu, dass das Kind seine Beziehungsfähigkeit verbessern kann. Dies wirkt sich direkt und entscheidend auf seine Fähigkeit aus, sich aufmerksam und kooperativ den therapeutischen Angeboten zuzuwenden. Davon profitiert die gesamte Beziehung des Kindes zu seinen Eltern. Alle können nun erleben, wie schön es sein kann, Kontakt aufzunehmen. Es profitiert das Kind, das effektiver lernen und damit eine positive Einstellung zum Lernen entwickeln kann. Es profitiert auch die Sprachtherapie. Auf der Basis der Arbeit am Körperkontakt kann auch bei schwer betroffenen Kindern eine gute Beziehung zwischen Kind und Therapeutin entstehen, die so wichtig für den Therapieerfolg ist.

## Literatur

- Grimm, H. & Weinert, S. (Hrsg.) (1994). Intervention bei sprachgestörten Kindern. Stuttgart Jena: Fischer.
- Hellrung, U. (2006). Sprachentwicklung und Sprachförderung. Freiburg: Herder.
- Möller, D. & Spreen-Rauscher, M. (2009). Frühe Sprachintervention mit Eltern. Stuttgart: Forum Logopädie Thieme.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1990). Intuitive elterliche Früherziehung in der vorsprachlichen Kommunikation. Sonderdruck aus: Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik 12, Nr.8, 579–583.
- Papoušek, M. (1994). Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Bern: Huber.
- Ulrich, W. (1975). Wörterbuch linguistische Grundbegriffe (2. Aufl.). Kiel: Verlag F. Hirt.

# AD(H)S, Körperkontaktstörung und Körperbezogene Interaktionstherapie (KIT)

*Wolf-Dietrich Smikalla*

- 17.1 AD(H)S und Körperkontaktstörung – 268
- 17.2 AD(H)S und das Neurotransmittersystem – 268
- 17.3 Gegenseitige Beeinflussung der Störungen – 271
- 17.4 Therapie – 274
- Literatur – 277

## 17.1 AD(H)S und Körperkontaktstörung

Unter den Kindern mit einer Körperkontaktstörung gibt es eine größere Zahl von Kindern mit einer Aufmerksamkeits-Defizit-Störung mit und ohne Hyperaktivität (AD(H)S). In der Beratungspraxis treffen wir immer wieder auf Eltern, die in diesem Zusammenhang von unzutreffenden Modellannahmen ausgehen.

Die einen gehen davon aus, dass eine AD(H)S als Folge ungünstiger Entwicklungsbedingungen von Kindern entsteht oder durch besondere seelische Ereignisse verursacht wird. Demnach müsste die Aufmerksamkeitsstörung wegfallen, sobald die Entwicklungsbedingungen für die betroffenen Kinder verbessert sind oder wenn derartige seelische Ereignisse therapeutisch aufgearbeitet würden. Nach dieser Annahme würde ein KIT durchgeführt werden, um eine AD(H)S zu behandeln oder zumindest Teile der Symptomatik.

Die andere Gruppe geht von der entgegengesetzten Annahme aus. Sie glauben, dass die Schwierigkeiten im Körperkontakt und vielleicht noch im Sozialverhalten v. a. durch die AD(H)S hervorgerufen werden. Entsprechend dieser Annahme wird beispielsweise **nur** ein Konzentrationstraining bzw. eine medikamentöse Behandlung notwendig, um die Fähigkeit zum Körperkontakt aufzubauen oder die durch die Körperkontaktstörung hervorgerufenen Schwierigkeiten im Sozialbereich aufzuheben.

Beide Modellvorstellungen müssen aus der heutigen Sicht der Grundlagenforschung als unzutreffend angesehen werden. Die Aufmerksamkeitsstörung wie auch die Körperkontaktstörung stellen eigenständige Störungen dar, die sich gegenseitig beeinflussen. Diese Zusammenhänge werden nachfolgend dargestellt werden.

## 17.2 AD(H)S und das Neurotransmittersystem

Die AD(H)S weist vielfältige Auffälligkeiten im Neurotransmittersystem auf. Neurotransmitter sind Botenstoffe, die im Gehirn für die Kommunikation zwischen den Neuronen sorgen. Sie sind

am Informationsaustausch innerhalb des gesamten Nervensystems beteiligt.

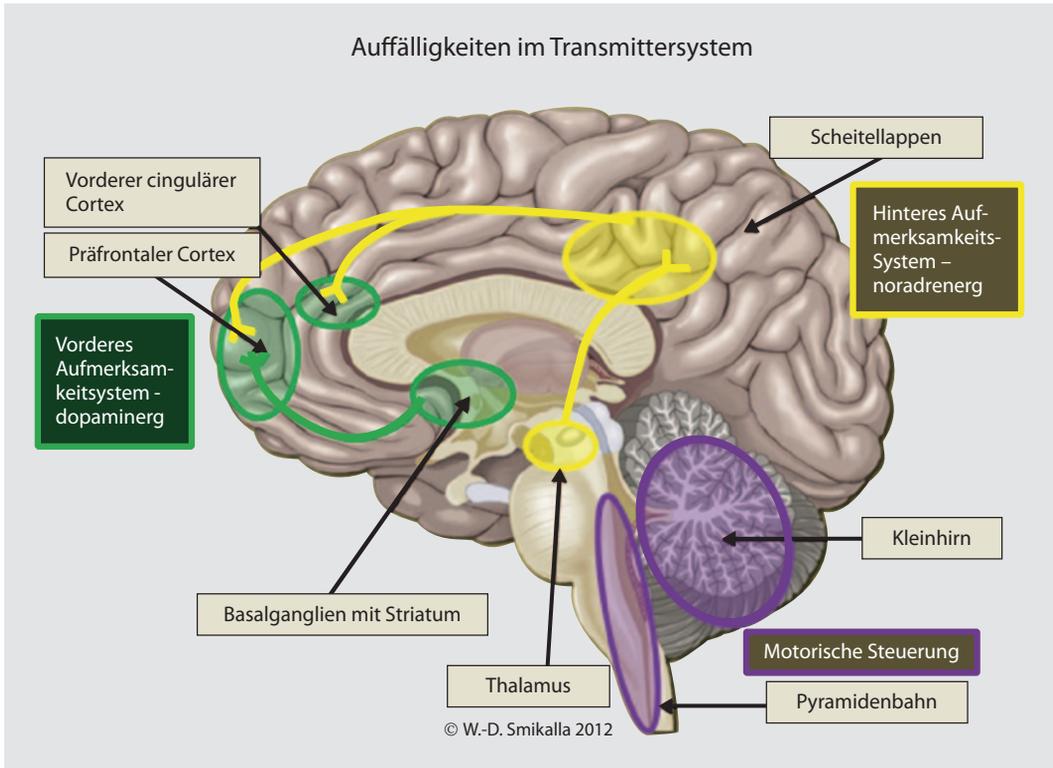
Im Zusammenhang mit einer AD(H)S spielt der Botenstoff Dopamin, der für die Aktivierung unterschiedlicher Netzwerke verantwortlich ist, eine wesentliche Rolle. Dopamin ist ein wichtiger Botenstoff im Aufmerksamkeitsnetzwerk (■ Abb. 17.1), das die willentliche Kontrolle und Steuerung von Informationsverarbeitungsprozessen steuert. Bei einer AD(H)S ist dieses Netzwerk in seiner Funktion beeinträchtigt, was dazu führt, dass die Fähigkeit, Aufmerksamkeit auf das Wesentliche einer Aufgabe oder Situation zu richten (selektive Aufmerksamkeit), deutlich eingeschränkt ist. Das Ausblenden von Störreizen und die Reaktionshemmung auf Störreize sind erschwert. Damit ist auch die Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit (Daueraufmerksamkeit) beeinträchtigt.

### Dopamin als Botenstoff im Aufmerksamkeitsnetzwerk

Bei der AD(H)S sind die Aufmerksamkeitsnetzwerke ganz besonders betroffen. Nach Posner und Raichle (1994) werden ein hinteres und ein vorderes Aufmerksamkeitssystem sowie ein Vigilanznetzwerk unterschieden.

Das hintere Aufmerksamkeitssystem ist für die Ausrichtung der visuellen Aufmerksamkeit als Reaktion auf Bewegungen oder andere Hinweisreize verantwortlich. Es klärt, wohin die Aufmerksamkeit zu richten ist. Zu diesem Netzwerk gehören Strukturen des Scheitellappens und des Thalamus. Die Steuerung erfolgt über den Botenstoff Noradrenalin.

Was im Allgemeinen als Konzentrationsfähigkeit verstanden wird, nämlich das gezielte Auswählen von Informationen bei gleichzeitiger Unterdrückung von Störreizen, wird im vorderen Aufmerksamkeitssystem reguliert. Es ist die Fähigkeit, bestimmte Informationen gezielt auszuwählen, die geistige Anstrengung auf ein Ziel zu richten und nicht Dazugehöriges außer Acht zu lassen. (selektive Aufmerksamkeit). Dieses System ist v. a. im vorderen cingulären Kortex angesiedelt. Die Steuerung erfolgt über den Botenstoff Dopamin.



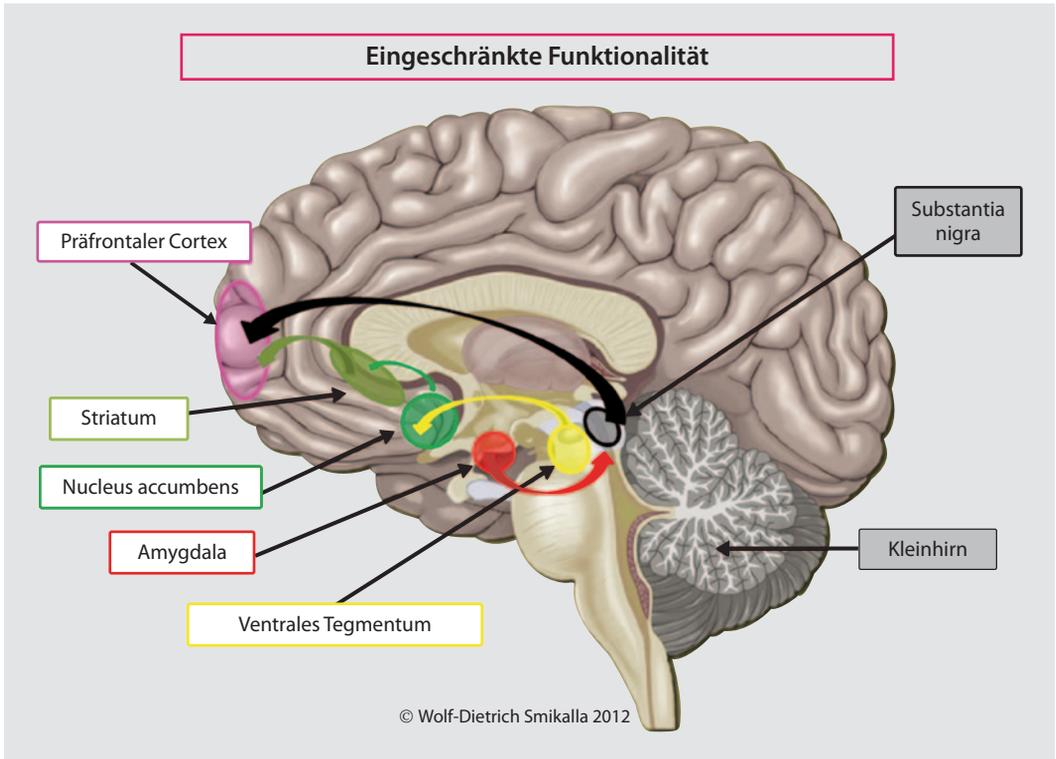
■ **Abb. 17.1** Dopamin als Botenstoff im Aufmerksamkeitsnetzwerk

Im Vigilanznetzwerk wird die Aktivierung der verarbeitenden Hirnstrukturen reguliert. Aufmerksamkeitserhöhung sowie die Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit (Daueraufmerksamkeit) werden ebenfalls in diesem Netzwerk gesteuert. Die dazugehörigen Strukturen befinden sich im präfrontalen Kortex sowie im Striatum. Hierbei spielt der Botenstoff Dopamin die entscheidende Rolle (■ Abb. 17.1).

Dazu gehört auch das Netzwerk, in das das körpereigene Belohnungssystem einbezogen ist (■ Abb. 17.2). Es steuert Motivation und Emotionen. Fehlfunktionen in diesem System führen zu Defiziten in der Motivation, zu Einschränkungen in der emotionalen Kontrolle, zu vermehrter Impulsivität und zu einer Steigerung einer Aggressionsneigung.

### Das körpereigene Belohnungssystem

Das Hirnbelohnungssystem besteht aus weitverzweigten Neuronenverbindungen. Dieses Netzwerk regelt das Verhalten im Sinne einer Belohnung. Es erzeugt Zustände von Freude und Wohlbefinden, aber auch Motivation. Ein Belohnungsreiz verstärkt über Dopaminausschüttung diejenigen Nervenverbindungen, die zu dem gewünschten Verhalten führen. Zu den vom Botenstoff Dopamin gesteuerten Hirnstrukturen in diesem Netzwerk gehören das ventrale Tegmentum, die Amygdala, der Nucleus accumbens, das Striatum und der präfrontale Kortex. Bei all diesen Strukturen konnten bei von AD(H)S Betroffenen Funktionseinschränkungen gezeigt werden, die v. a. für die Einschränkungen der Motivation und der emotionalen Reaktivität verantwortlich sind.

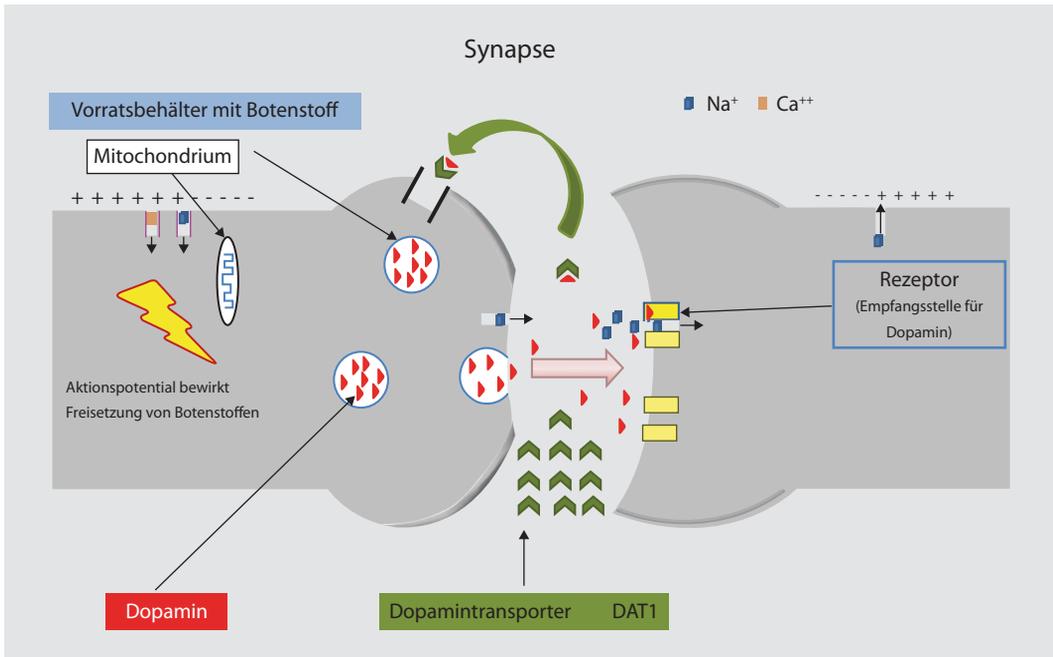


■ **Abb. 17.2** Das körpereigene Belohnungssystem

Die Amygdala nimmt eine zentrale Rolle beim Entstehen von Emotionen und beim emotionalen Lernen ein. Sie ist v. a. für die furcht- und angstgeleitete Verhaltensbewerung zuständig. Sie ist aber auch an positiv besetzten Zuständen im Zusammenhang mit Lernen und Gedächtnisbildung beteiligt. Das mesolimbische System, das aus dem ventralen Tegmentum, einem Teil des Hypothalamus, dem Nucleus accumbens und Teilen des Striatums besteht, registriert und verarbeitet Belohnungsereignisse und ist Teil des körpereigenen Belohnungssystems (■ Abb. 17.2).

Dopamin steuert in diesen Systemen die unterschiedlichen Grade der Aktivierung («arousal») und ist damit verantwortlich für deren Funktionsfähigkeit. Durch sog. funktionell-bildgebende Diagnostik hat man heute eine recht genaue Vor-

stellung davon, wie der Dopamin-Stoffwechsel bei Patienten mit AD(H)S verändert ist. Es lässt sich an einem Transportersystem für den Botenstoff Dopamin im Zellspace eine höhere Anzahl von Transportern bzw. deren gesteigerte Aktivität nachweisen (Dougherty et al. 1999), sodass mehr Dopamin als bei anderen Menschen aus dem Zellspace wieder in die Ausgangszelle aufgenommen wird. In der Konsequenz steht weniger Botenstoff für die Signalübertragung zur Verfügung. (■ Abb. 17.3) Dieser Dopamin-Mangel scheint nach den bisher vorliegenden Untersuchungen dafür verantwortlich zu sein, dass es zu einer Unteraktivierung unterschiedlicher Netzwerke des Gehirns kommt. Eine Studie an Jungen mit einer AD(H)S konnte zeigen, dass diese sich durch eine starke Fehlfunktion in Hinblick auf die basale und reaktive Aktivierung («arousal») auszeichneten (Conzelmann 2009). Dies führt letztlich zu einer deutlich eingeschränkten Leistungsfähigkeit in der Steuerung der Aufmerksamkeit, der Impulsivität, der motorischen



■ Abb. 17.3 Dopamin-Situation im Zellsalt

Kontrolle, der Emotionen und der Motivation. Da für das Lernen Aufmerksamkeit und Motivation entscheidend sind, wird klar, dass die Unteraktivierung dieser Netzwerke eine erhebliche Einschränkung für die Lern- und Leistungsfähigkeit der Betroffenen bedeutet.

#### Dopamin-Situation im Zellsalt

Für die Funktion des Gehirns sind v. a. die Verbindungen zwischen den Nervenzellen (Neuronen) wichtig. Durch Lernen erfolgt eine Vernetzung der Nervenzellen. Die einzelnen Nervenzellen besitzen viele Fortsätze, über die Signale (Informationen) zu anderen Nervenzellen weitergeleitet werden. Der Kontakt zu anderen Nervenzellen wird über eine besondere Struktur, die Synapse, hergestellt. Wenn durch die Eingangssignale (Aktionspotenziale) ein bestimmter Schwellenwert überschritten wird, werden Botenstoffe, die sich in Vorratsbläschen am Ende eines Nervenfortsatzes befinden, in den synaptischen Spalt ausgeschüttet. Dieser

Botenstoff, in der Abbildung Dopamin, wandert zur gegenüberliegenden Zielzelle, bindet sich dort an den Rezeptor (Bindungsstelle) und erhöht oder hemmt dort die elektrische Erregung in Abhängigkeit vom Rezeptorentyp (Empfänger). Zur Beendigung der Wirkung des Dopamins werden Dopamintransporter (DAT) freigesetzt, die den Spalt vom Dopamin freiräumen. Sie transportieren das überschüssige Dopamin wieder zurück in die Ausgangszelle (■ Abb. 17.3).

### 17.3 Gegenseitige Beeinflussung der Störungen

Aus dem bisher Dargestellten folgt, dass die AD(H)S und die Störung des Körperkontaktes zunächst einmal als grundsätzlich getrennte, eigenständige Störungen begriffen werden müssen. Dennoch ergeben sich gegenseitige Beeinflussungen. Sie betreffen das klinische Erscheinungsbild

sowohl der Körperkontaktstörung als auch der Aufmerksamkeitsstörung.

- **Eine Aufmerksamkeitsstörung nimmt Einfluss auf den Körperkontakt – in gleicher Weise wie auf andere Fähigkeiten auch –, indem mangelnde Konzentration und Unruhe in den Prozess eingreifen.**

Bei einem großen Teil der AD(H)S Betroffenen spielt hyperaktives Verhalten eine große Rolle. Bewegungsunruhe ist bei diesen Kindern einerseits Ausdruck einer mangelnden Kontrolle der motorischen Steuerung. Andererseits stellt sie im Sinne einer Selbsthilfe auch den Versuch dar, sich durch motorische Stimulation in einen ausreichenden Aktivierungszustand zu bringen. Ein niedriger Aktivierungszustand ist mit dem Gefühl von innerer Leere oder Langeweile verknüpft. Dieser Zustand wird als unangenehm erlebt. Mit ihrem hyperaktiven Verhalten versuchen AD(H)S-Kinder ihr Aktivierungsniveau zu erhöhen und sich damit auch ein besseres Gefühl zu verschaffen. Das beschriebene Verhalten ist typisch für einen Teil der AD(H)S-Kinder und hat erst einmal nichts mit einer Körperkontaktstörung zu tun. Die Durchführung einer Körperbezogenen Interaktionstherapie würde aber erheblich erschwert werden. Für AD(H)S-Betroffene stellt es eine besondere Schwierigkeit dar, während des KIT still auf dem Schoß der Mutter oder des Vaters zu sitzen. Sie erleben diese Situation oft als langweilig oder sogar als unerträglich. Deswegen versuchen sie, sich durch hyperaktives Verhalten zu stimulieren oder sogar sich von der Bezugsperson zu entfernen. So kann das Ziel der Therapie, miteinander in Beziehung zu gehen, kaum erreicht werden. Ein derartiges Verhalten ist in der Regel auch für eine Mutter oder für einen Vater schwer zu ertragen. Sie müssten in der Therapie ständig versuchen, diese Unruhe auszuhalten. Mit der Zeit würde es auch ihnen zunehmend schwerer fallen, in der Beziehung zu ihrem Kind zu bleiben.

Zu den größten Problemen von AD(H)S-Betroffenen gehört die Aufmerksamkeitsstörung. Sie haben Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit zu lenken und sie ausreichend lange zu halten. Dies führt u. a. auch zu erheblichen Schwierigkeiten in der Beziehungsaufnahme. Kann das Kind sich

nicht ausreichend auf die Bezugsperson konzentrieren, so kann es aus einer derartigen Situation keine ausreichende Stimulation erreichen. Dies wiederum führt dazu, dass das Aktivierungsniveau niedrig bleibt und damit in der Folge keine ausreichende Konzentration erreicht werden kann. Ohne ausreichende Aufmerksamkeit ist ein erfolgreiches Lernen aber nicht möglich.

Für Kinder, die nicht in der Lage sind, durch willentliche Steuerung die Aufmerksamkeit auf die Bezugsperson zu richten oder sie ausreichend lange bei der Bezugsperson zu belassen, würde auch die Körperbezogene Interaktionstherapie nicht zu einem ausreichenden Lernerfolg führen. Sie würden auch in dieser Situation ständig von äußeren Reizen oder durch situationsfremde Gedanken abgelenkt sein. Sie zeigen kein hyperaktives Verhalten, sondern eher ein unruhiges Verhalten, indem sie beispielsweise ständig an der Bezugsperson nesteln, andere Themen ansprechen oder den Raum, in dem sie sich befinden, nach interessanten Gegenständen absuchen. Letztlich versuchen sie damit eine bessere Aktivierung zu erreichen.

Wie bereits dargelegt, sind AD(H)S-Kinder grundsätzlich unterdurchschnittlich aktiviert. Viele von ihnen haben zusätzlich eine Lern- und Leistungsstörung entwickelt. Sie haben gelernt, durch Verringerung ihres Aktivierungsniveaus mittels Blutdruckabsenkung für sie unangenehme Situationen zu vermeiden. Wenn diese Kinder im KIT ihr ohnehin niedriges Aktivierungsniveau noch einmal mittels Blutdruckabsenkung verringern, kommen sie in einen Bereich, in dem ein Lernen unmöglich wird.

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass die Symptome der AD(H)S einen ungünstigen Einfluss auf die Fähigkeit zum Körperkontakt haben können. Dieses gilt im Einzelfall. Es gibt Kinder, Jugendliche und Erwachsene, die vom AD(H)S betroffen sind und eine sehr starke Fähigkeit zum Körperkontakt zeigen.

Ein wesentliches Ziel der Therapie besteht darin, dass Kinder lernen, Emotionen der Bezugspersonen wahrzunehmen, sie zu bewerten und sie in Bezug zu der eigenen Handlung zu setzen. Diese Fähigkeiten sind wesentlich für die Handlungsplanung, die Anpassung der Eigensteuerung sowie für die Steuerung der eigenen Emotionen. Wenn

diese Fähigkeiten bei einem Teil der AD(H)S-Kinder gestört sind, ist davon auszugehen, dass sie einen großen Einfluss bei der Entstehung einer Körperkontaktstörung haben. Ergebnisse aus der Bindungsforschung zeigen, dass Kinder mit einer AD(H)S in ihrem Bindungsverhalten unsicher oder hochunsicher reagieren (Clarke et al. 2002b).

Dass bei AD(H)S Kindern auch die Steuerung der emotionalen Reaktionen und die Steuerung der Motivation wesentlich betroffen sind, dafür sprechen auf der neurophysiologischen Ebene von der Norm abweichende Befunde in dem Netzwerk, das für die emotionale und motivationale Steuerung verantwortlich ist. In diesem System spielen die sog. Basalganglien eine wesentliche Rolle, zu denen auch die Amygdala (Mandelkern) gehört. Diese Kerne, die unterhalb der Hirnrinde liegen, sind verantwortlich für Regulierungen in unterschiedlichen Netzwerken.

In der Amygdala lässt sich eine verminderte Dopamin-Aktivität finden (Volkow et al. 2001). Außerdem zeigen Untersuchungen eine verminderte Größe eines Teils der Amygdala mit abnormen Verbindungen zum präfrontalen Kortex (Plessen et al. 2006).

Der präfrontale Kortex (die Region hinter der Stirn) scheint außerdem eine Volumenverminderung zu zeigen (Seidman et al. 2006).

In diesem Netzwerk (Basalganglien – präfrontaler Kortex) findet auch die Bewertung emotionaler und sozialer Informationen statt. Störungen in diesem System haben Auswirkungen auf Einfühlung, auf Anpassung von Emotionen und sozialem Verhalten sowie auf Hemmung und Regulation von Gefühlen wie Angst. Eine verminderte Reaktivität auf negative Stimuli könnte möglicherweise die Symptome der AD(H)S verstärken, da weniger Angst vor negativen Verhaltenskonsequenzen besteht. In anderen Studien zeigten sich bei Kindern und Erwachsenen mit AD(H)S Defizite bei der Emotionserkennung emotionaler Gesichtsausdrücke (Cadesky, Mota & Schachar 2000; Rapport et al. 2002) und emotionaler Sprachmelodie oder im Verständnis eigener und fremder Emotionen (Boakes et al. 2008; Cadesky, Mota & Schachar 2000; Corbett & Glidden 2000; Norvilitis et al. 2000; Pelc et al. 2006).

Der Nucleus accumbens ist Bestandteil eines »Belohnungsnetzwerks«. In diesem Netzwerk wird bewertet, ob eine Situation oder eine Handlung gut, vorteilhaft oder angenehm war und damit wiederholt werden sollte oder ob diese ungünstig, nachteilig oder unangenehm war und damit vermieden werden sollte.

Bei Untersuchungen der Aktivität des Nucleus accumbens bei AD(H)S-Patienten ist eine verminderte Reaktivität auf Belohnungsreize zu beobachten (Plessen et al. 2006; Rapport et al. 2002). Zudem zeigten sich Fehlfunktionen im Nucleus accumbens mit vermehrter Dopamin-Transporter-Aktivität (Krause et al. 2000) und verminderter Aktivierung bei Belohnung (Scheres, Lee & Sumiya 2008). Das erklärt den häufig zu beobachteten Mangel an Motivation von AD(H)S-Kindern, aber auch die häufig schlechtere Motivierbarkeit. Der Verstärkerwert von Aufgaben, derzeitigen Handlungen oder auch verbalen Belohnungen wird von Betroffenen nicht in dem gleichen Maße erkannt wie bei Personen ohne eine AD(H)S. Eine gestörte Emotionsregulation und soziale Dysfunktionen weisen eher ADHS-Patienten mit hyperaktiv-impulsiven Symptomen auf als der rein unaufmerksame Typus (Gaub & Carlson 1997; Lawrence et al. 2005; Miller et al. 2006; Maedgen & Carlson 2000). Das würde weitgehend der Beobachtung entsprechen, dass die schwierigsten Kinder im Verhalten oft sowohl eine AD(H)S vom hyperaktiven, impulsiven Typus als auch eine Körperkontaktstörung haben.

Wenn diese Kinder im KIT verstärkende positive Signale wie das Lächeln, die warme Stimme und das liebevolle Streicheln der Bezugsperson nur eingeschränkt wahrnehmen, werden sie sich in ihrem Verhalten nur stark verzögert umstellen.

#### **AD(H)S und die Körperkontaktstörung sind eigenständige Störungen**

Die Kernsymptome der AD(H)S – Aufmerksamkeitsstörung und hyperaktiv, impulsives Verhalten – können einen ungünstigen Einfluss auf die Körperkontaktfähigkeit haben. Oft stören sie erheblich den therapeutischen Prozess.

Auf der physiologischen Ebene ist die AD(H)S möglicherweise mit ihren Funktionsstörungen in den neuronalen Netzwerken, die für die emotionale und motivationale Steuerung zuständig sind, bei einem Teil der Betroffenen direkt für die Entstehung einer Körperkontaktstörung verantwortlich.

Diese Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass nicht nur die Symptome der AD(H)S einen Einfluss auf eine Körperkontaktstörung haben können, sondern dass bei einem Teil der Betroffenen auch eine veränderte Neurophysiologie ursächlich an der Entstehung einer Körperkontaktstörung beteiligt ist. Demnach stände bei ihnen die Unfähigkeit zu einem guten Körperkontakt ganz am Anfang ihrer Entwicklung. Eltern berichten häufig, dass sie auch eine mangelnde Fähigkeit ihrer Kinder, in den Blickkontakt zu gehen, beobachten, und dies schon oft seit der Säuglingszeit.

Nach allem, was bisher gesagt wurde, stellt sich die Frage, ob es eine Gesetzmäßigkeit gibt, nach der sich die Behandlung zuerst auf einen der beiden Problembereiche beziehen muss, entweder zuerst auf die Körperkontaktstörung oder zuerst auf die AD(H)S. Die Beantwortung dieser Frage hängt von der Erfahrung und von der Einschätzung des Behandelnden ab.

#### **Medikamentöse Einstellung**

**Diagnostik ergibt eindeutig eine AD(H)S; die Symptomatik ist erheblich**

In diesem Fall erfolgt die medikamentöse Einstellung vor dem KIT. Die AD(H)S geht mit einer Einschränkung der kognitiven Funktionen und in vielen Fällen auch mit einer Einschränkung der emotionalen Reaktivität einher. Häufig lässt sich eine Therapie mit diesen Einschränkungen nicht mit ausreichendem Erfolg durchführen, weil das Kind kognitiv und emotional schwer erreichbar ist.

**Diagnostik ergibt eine AD(H)S; die Symptomatik wird als nicht so schwerwiegend erachtet**

In diesem Fall wird mit dem KIT begonnen. Sollte sich während der Therapie zeigen, dass die AD(H)S-Symptomatik doch so schwerwiegend ist, dass die Fortführung des KIT nicht sinnvoll ist, wird die Therapie unterbrochen, um die medikamentöse Einstellung nachzuholen.

Für den Fall, dass die Therapie von einem AD(H)S-erfahrenen Arzt durchgeführt wird, kann ein Einstellungsversuch auch während des KIT durchgeführt werden. Häufig muss anschließend noch eine Feineinstellung vorgenommen werden.

**Diagnostik ergibt auch eine AD(H)S bei einem oder beiden Elternteilen**

In nicht wenigen Fällen sind auch Eltern von einer AD(H)S betroffen. Bei einer deutlichen Betroffenheit eines Elternteils ist ein KIT aus den gleichen Gründen wie bei den Kindern nicht durchführbar. Deswegen erfolgt auch vor dem KIT eine medikamentöse Einstellung des betroffenen Elternteils.

## 17.4 Therapie

Bei einem Teil der Kinder kann die Körperbezogene Interaktionstherapie unabhängig von der Behandlung der AD(H)S durchgeführt werden. Bei anderen ist es notwendig, die Behandlung der AD(H)S vor der Körperbezogenen Interaktionstherapie durchzuführen. Für eine nicht geringe Anzahl von Kindern ist es äußerst hilfreich und im Einzelfall zwingend notwendig, die AD(H)S vor der Körperkontaktstörung zu behandeln. Nach heutiger Sicht ist die Therapie der ersten Wahl eine medikamentöse Behandlung mit Psychostimulanzien. Der Wirkstoff aller gängigen Arzneimittel ist Methylphenidat und wurde erstmals vor mehr als 60 Jahren unter dem Namen Ritalin zur Behandlung der AD(H)S zugelassen.

Alle beschriebenen Funktionseinschränkungen in den durch den Botenstoff Dopamin geregelten

Netzwerken sind mit dem Psychostimulanz Methylphenidat erfolgreich zu behandeln. Dies ist in zahlreichen Untersuchungen belegt. Methylphenidat verbessert die gestörten Funktionen dadurch, dass es v. a. die Dopamintransporter zeitlich begrenzt blockiert, wodurch es zu einem zeitweiligen Anstieg von Dopamin im synaptischen Spalt kommt. Dadurch werden die durch Dopamin vermittelten Prozesse wieder voll wirksam (Andrews & Lavin 2006; Lawrence et al. 2005; Volkow et al. 2001). Es kommt zu einer Normalisierung der allgemeinen (autonomen basalen) wie der kortikalen Unteraktivierung (Clarke et al. 2003; Clarke et al. 2002a; Kuczenski & Segal 1997).

Die Kernsymptome der AD(H)S, Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität sowie die Symptome einer verminderten emotionalen und motivationalen Reaktivität, werden durch die medikamentöse Behandlung abgeschwächt oder beseitigt. Damit wird den Betroffenen ein normales Lernen möglich, was für den Therapieerfolg ganz wesentlich ist.

Methylphenidat erhöht die Reaktivität der emotionalen Gehirnzentren (Nucleus accumbens, Amygdala, präfrontaler Kortex) und steigert die von Dopamin abhängige Aktivität (Solanto 1998). Es ist bekannt, dass die Aktivierung dieser Gehirnzentren und eine verstärkte Aktivität des von Dopamin abhängigen Systems mit einer stärkeren Verarbeitung positiver und negativer Reize einhergehen (Phan et al. 2002; Tobler, Fiorillo & Schultz 2005; Conzelmann et al. 2011). Auch gibt es Hinweise dafür, dass Stimulanzien die Unterscheidungsfähigkeit für den Ausdruck von Emotionen im Gesicht anderer Personen verbessert (Huck et al. 2008). Der positive Einfluss von Methylphenidat auf soziales Fehlverhalten und auf die Verminderung von negativen Gefühlserregungen ist ebenfalls bekannt (Hinshaw, Buhrmester & Heller 1989; Wender et al. 1985).

Schon vor etwa zwei Jahrzehnten haben wir bei einzelnen Kindern – hier auch besonders bei autistischen Kindern – eine Wirkung der Stimulanzien beobachten können, die über eine Verbesserung der Aufmerksamkeit, des Aktivierungsniveaus und der reaktiven Emotionalität hinausgeht. Die Fähigkeit, sich auf Beziehung einzulassen, ließ sich bei einzelnen Kindern durch die Stimulanziengebe

deutlich verbessern. Bisher konnten wir uns diesen Effekt nicht erklären. Es gibt einige Studien, aus denen hervorgeht, dass Störungen im Dopaminstoffwechsel auch Einfluss auf das Hormon Oxytocin haben (Baskerville & Douglas 2010). Bei einigen Erkrankungen mit Störungen im Dopaminstoffwechsel wie z. B. Depressionen und Autismus konnte gezeigt werden, dass sie mit einem verminderten Oxytocinspiegel einhergehen. Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, lässt sich in der Amygdala eine verminderte Dopaminaktivität finden (Wender et al. 1985). Beim Menschen dämpft Oxytocin Stress- und Angstreaktionen und fördert verschiedene Aspekte der vielschichtigen sozialen Informationsverarbeitung und des Sozialverhalten, einschließlich der Vertrauensbildung und der Erkennung von Emotionen. Es wird vermehrt beim Streicheln und bei Körperkontakt ausgeschüttet und spielt eine ganz wesentliche Rolle bei der Entstehung von Bindung. Wenn Methylphenidat dazu beiträgt, dass die Dopaminaktivität in der Amygdala erhöht und damit möglicherweise vermehrt Oxytocin ausgeschüttet wird, ließen sich die oben genannten Beobachtungen erklären.

Es wurde dargelegt, dass die Körperkontaktstörung und eine AD(H)S zwei verschiedene Störungen sind, die jeweils gesondert behandelt werden müssen. Aufgrund der Besonderheiten der AD(H)S kann es zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie kommen. Bei einem großen Teil der Betroffenen ist deshalb die Behandlung mit Psychostimulanzien notwendig. Neuere Forschungsergebnisse zeigen, dass die AD(H)S bei einem Teil der Kinder auch ursächlich für die Entstehung einer Körperkontaktstörung verantwortlich ist.

#### Dopamin-Situation im synaptischen Spalt bei AD(H)S

Bei der AD(H)S gibt es eine biologische Besonderheit. Die Dopamintransporterdichte in einigen Hirnstrukturen ist bedeutend höher als bei Nichtbetroffenen (■ Abb. 17.4). Grundsätzlich läuft der gleiche Prozess wie in ■ Abb. 17.3ab. Da aber mehr Dopamintransporter vorhanden

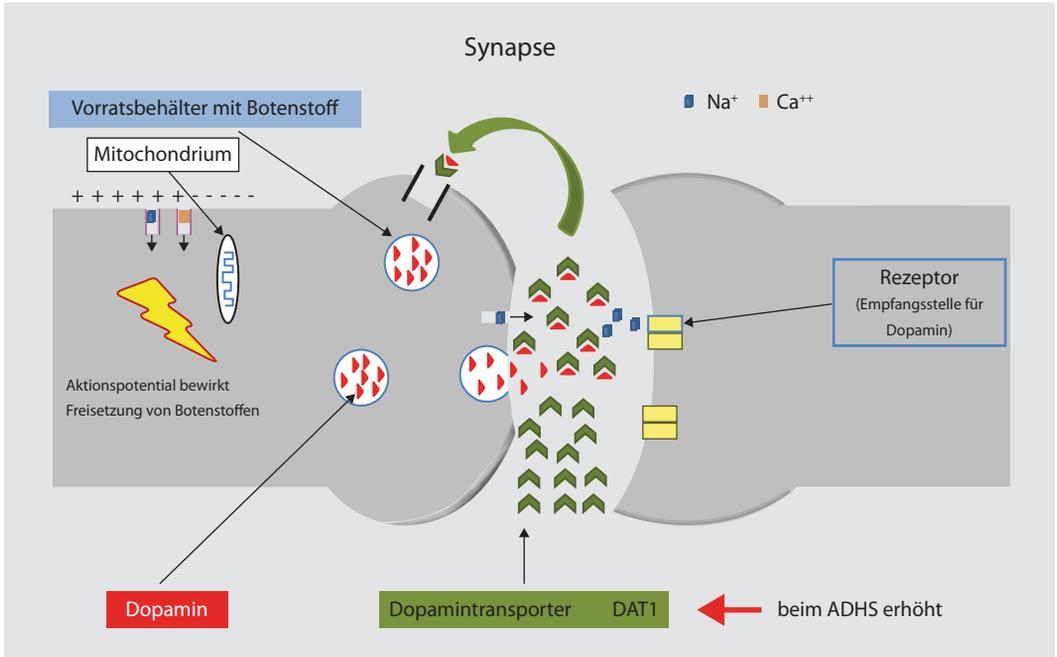


Abb. 17.4 Dopamin-Situation im synaptischen Spalt bei AD(H)S

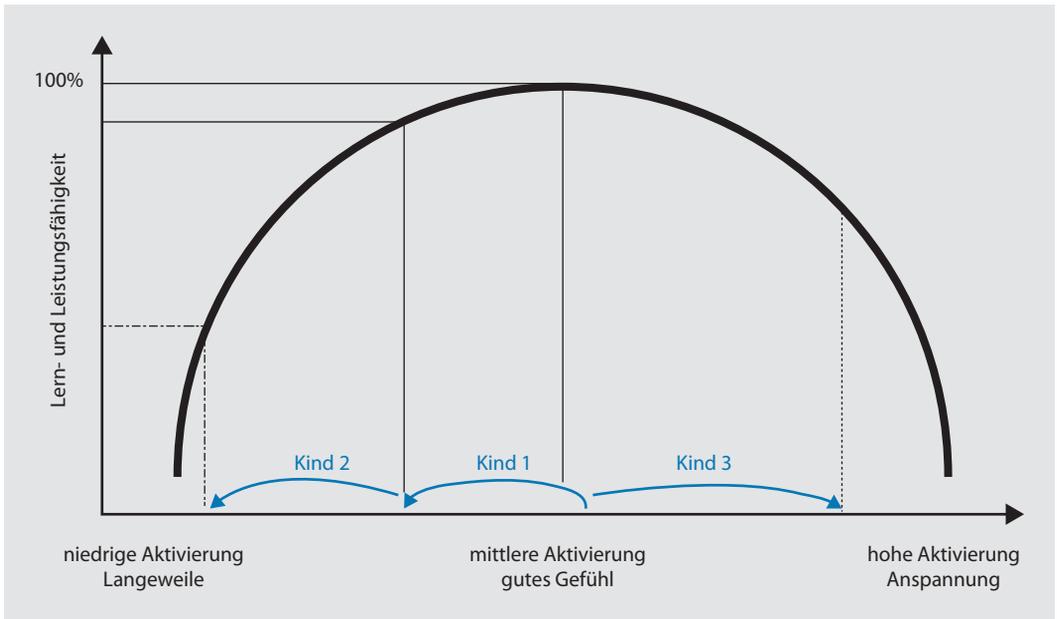


Abb. 17.5 Zusammenhang zwischen Aktivierung und Lern und Leistungsfähigkeit bei mittelschweren und schweren Aufgaben. (Aus Jansen und Streit, 2006)

sind, wird auch mehr Dopamin weggeräumt und wieder in die Ausgangszelle zurücktransportiert. Das führt dazu, dass an den Rezeptoren der gegenüberliegenden Zelle kein Dopamin ankommt. Damit ist der Prozess der Signalweiterleitung (Informationsweiterleitung) unterbrochen.

### Zusammenhang zwischen Aktivierung und Lern und Leistungsfähigkeit bei mittel-schweren und schweren Aufgaben

In **Abb. 17.5** kann man erkennen, dass bei Kind 1 normalerweise eine mittlere Aktivierung vorliegt, die beim Lernen nur leicht absinkt. Dadurch kommt es zu einer leichten Verschlechterung der Lern und Leistungsfähigkeit. Kind 2 ist außerhalb der Lernsituation bereits eher unteraktiviert (Jansen & Streit 2006). Von dieser Unteraktivierung sind grundsätzlich alle AD(H)S-Kinder aufgrund ihrer veränderten Biologie betroffen, im Einzelfall jedoch noch ausgeprägter. Wenn die Aktivierung beim Lernen noch weiter absinkt, kommt es bei diesen Kindern zu einer starken Verminderung der Lern- und Leistungsfähigkeit. Damit ist ein Erfolg des KIT eingeschränkt, da auch in der Therapie ein ständiges Lernen stattfindet.

### Literatur

- Andrews, G.D. & Lavin, A. (2006). Methylphenidate increases cortical excitability via activation of alpha-2 noradrenergic receptors. *Neuropsychopharmacology*, 31, 594–601.
- Baskerville TA, Douglas AJ. (2010). Dopamine and oxytocin interactions underlying behaviors: potential contributions to behavioral disorders. *CNS Neurosci Ther*. 2010 Jun;16(3):e92–123.
- Boakes, J., Chapman, E., Houghton, S. & West, J. (2008). Facial affect interpretation in boys with attention deficit/hyperactivity disorder. *Child Neuropsychology*, 14, 82–96.
- Cadesky, E.B., Mota, V.L. & Schachar, R.J. (2000). Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39, 1160–1167.
- Clarke, A.R., Barry, R.J., McCarthy, R., Selikowitz, M. & Croft, R.J. (2002a). EEG differences between good and poor responders to methylphenidate in boys with the inattentive type of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Neurophysiology*, 113, 1191–1198.
- Clarke, A.R., Barry, R.J., McCarthy, R., Selikowitz, M., Brown, C.R. & Croft, R.J. (2003). Effects of stimulant medications on the EEG of children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Predominantly Inattentive type. *Int J Psychophysiology*, 47, 129–137.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Johnston S. & Stiefel, I. (2002b): Attention Deficit Hyperactivity Disorder is Associated with Attachment Insecurity. *Clin Child Psychol Psychiat*, Vol. 7 (2), 179–198.
- Conzelmann, A. (2009) Emotional-motivationale Defizite bei Erwachsenen und Kindern mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Dissertation Uni Würzburg.
- Conzelmann, A., Woidich, E., Mucha, R.F., Weyers, P., Jacob, C.P., Lesch, K.P., Pauli, P. (2011). Methylphenidate normalizes emotional processing in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder: preliminary findings. *Brain Res*, 1381, 159–166.
- Corbett, B. & Glidden, H. (2000). Processing affective stimuli in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Child Neuropsychology*, 6, 144–155.
- Dougherty DD, Bonap AA, Spencer TJ, Rauch SL, Madras BK, Fischman AJ. (1999). Dopamine transporter density in patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Lancet* 1999; 354:2132–2133.
- Gaub, M. & Carlson, C.L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *J Abnorm Child Psychology*, 25, 103–111.
- Hinshaw, S.P., Buhrmester, D. & Heller, T. (1989). Anger control in response to verbal provocation: effects of stimulant medication for boys with ADHD. *J Abnorm Child Psychology*, 17, 393–407.
- Huck, N.O., McBride, S.A., Kendall, A.P., Grugle, N.L. & Killgore, W.D. (2008). The effects of modafinil, caffeine, and dextroamphetamine on judgements of simple versus complex emotional expressions following sleep deprivation. *Int J Neurosci*, 118, 487–502.
- Jansen, F. & Streit, U. (2006). *Positiv lernen* (2. Aufl.). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Krause, K.H., Dresel, S.H., Krause, J., Kung, H.F. & Tatsch, K. (2000). Increased striatal dopamine transporter in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder: effects of methylphenidate as measured by single photon emission computed tomography. *Neurosci Lett*, 285, 107–110.
- Kuczenski, R. & Segal, D.S. (1997). Effects of methylphenidate on extracellular dopamine, serotonin, and norepinephrine: comparison with amphetamine. *J Neurochem*, 68, 2032–2037
- Lawrence, C.A., Barry, R.J., Clarke, A.R., Johnstone, S.J., McCarthy, R., Selikowitz, M. et al. (2005). Methylphenidate effects in attention deficit/hyperactivity disorder: electrodermal and ERP measures during a continuous performance task. *Psychopharmacology*, 183, 81–91.

- Maedgen, J.W. & Carlson, C.L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *J Clin Child Psychology*, 29, 30–42.
- Miller, S.R., Miller, C.J., Bloom, J.S., Hynd, G.W. & Craggs, J.G. (2006). Right hemisphere brain morphology, attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) subtype, and social comprehension. *J Child Neurol*, 21, 139–144.
- Pelc, K., Kornreich, C., Fois, M.L. & Dan, B. (2006). Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder. *Pediatric Neurology*, 35, 93–97.
- Phan, K.L., Wager, T., Taylor, S.F. & Liberzon, I. (2002). Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage*, 16, 331–348.
- Plessen, K.J., Bansal, R., Zhu, H., Whiteman, R., Amat, J., Quackenbush, G.A. et al. (2006). Hippocampus and amygdala morphology in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch General Psychiatry*, 63, 795–807.
- Rappport, L.J., Friedman, S.L., Tzelepis, A. & Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, 16, 102–110.
- Scheres, A., Lee, A. & Sumiya, M. (2008). Temporal reward discounting and ADHD: task and symptom specific effects. *J Neural Transm*, 115, 221–226.
- Seidman, L.J., Valera, E.M., Makris, N., Monuteaux, M.C., Boriell, D.L., Kelkar, K. et al. (2006). Dorsolateral prefrontal and anterior cingulate cortex volumetric abnormalities in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder identified by magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry*, 60, 1071–1080.
- Tobler, P.N., Fiorillo, C.D. & Schultz, W. (2005). Adaptive coding of reward value by dopamine neurons. *Science*, 307, 1642–1645.
- Volkow, N.D., Wang, G., Fowler, J.S., Logan, J., Gerasimov, M., Maynard, L. et al. (2001). Therapeutic doses of oral methylphenidate significantly increase extracellular dopamine in the human brain. *J Neurosci*, 21, RC121.
- Volkow, N.D., Wang, G.J., Newcorn, J., Telang, F., Solanto, M.V., Fowler, J.S. et al. (2007). Depressed dopamine activity in caudate and preliminary evidence of limbic involvement in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch General Psychiatry*, 64, 932–940.
- Wender, P.H., Reimherr, F.W., Wood, D. & Ward, M. (1985). A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type, in adults. *Am J Psychiatry*, 142, 547–552.

# Ethische Aspekte zur Körperbezogenen Interaktionstherapie (KIT)

*Hendrik Karpinski*

- 18.1 Einführung – 280
- 18.2 Prozess zur Entscheidung beim Einsatz von KIT – 283
- 18.3 Medizinische Indikation – 284
- 18.4 Patientenpräferenzen, Informed Consent und Informed Assent – 287
- 18.5 Lebensqualität – 293
- 18.6 Kontextgebundene Faktoren – 293
- 18.7 Zusammenfassung – 294
- Literatur – 297

## 18.1 Einführung

Heute ist in der Medizin Konsens, dass vor Durchführung einer Therapie grundsätzlich eine ethische Abwägung zu erfolgen hat (Simon & Neitzke 2010, S. 23). In den meisten Alltagssituationen ärztlichen Handelns geschieht das ohne besondere Aufmerksamkeit oder Bewusstheit. Dabei entsteht aber durch die Häufigkeit, mit der eine Maßnahme angewandt wird, eine gewisse Selbstverständlichkeit, die dann nicht wieder hinterfragt wird. In Bezug auf das ärztliche »Alltagshandeln« in der Routine ist das oft nicht zu beanstanden, bedarf jedoch der regelmäßigen Reflexion. Die Frage, etwa »Was tun wir hier eigentlich?«, muss immer wieder gestellt werden.

### Beispiel: Routine Gitterbett

In den Kinderkliniken werden für Säuglinge und Kleinkinder Gitterbetten verwendet, um die Kinder vor dem Herausfallen zu schützen. Natürlich geschieht das zum Besten des Kindes. Dennoch stellt es einen Eingriff in die Autonomie des Kindes dar, weil es gewissermaßen eingesperrt wird. Es gilt also, im Alltag diese Situationen mithilfe der anwesenden Eltern möglichst häufig zu vermeiden. Haben sich die Mitarbeiter im Klinikalltag gegen die Proteste und traurigen Blicke der Kinder »abgehärtet«, könnte es passieren, dass sie nicht alles dafür tun, um die Eltern so oft wie möglich einzubeziehen. Hierdurch könnte es zu unnötigem Kummer bei den Kindern kommen.

Im Gegensatz zu diesen Alltagssituationen ist im Falle der klinischen Forschung ein solcher Prozess der strukturierten Reflexion inzwischen selbstverständlich geworden. An Ärztekammern und Forschungseinrichtungen sind beispielsweise spezielle Ethikkommissionen eingerichtet worden, auch mit Fachleuten aus dem nichtmedizinischen Umfeld. Deren Zustimmung ist in vielen Ländern notwendige Voraussetzung für jede klinische Forschung am Menschen geworden. Der ethische Abwägungsprozess ist dadurch in einen Kreis von Experten delegiert, der aus unterschiedlichen beruflichen

und kulturellen Hintergründen zu einer abgewogenen Entscheidung kommen soll. Dabei ist eine gewisse Entfernung und Unabhängigkeit dieser Gruppe vom Antragsteller einer Forschungsarbeit und seinen Interessen gewollt. Diese Form der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Kriterien wirkt allerdings nur wenig in die medizinischen Entscheidungsprozesse des Alltags zurück (Stapff 2008, S. 80ff.).

Die Aufmerksamkeit in der öffentlichen Diskussion und der Inhalt vieler Publikationen konzentrieren sich mehrheitlich auf Grundsatzfragen oder ethische Erwägungen in Grenzbereichen. Beispielhaft sind dabei Themen der Verwendung von embryonalen Stammzellen in der klinischen Forschung oder die Frage, in welchem Entwicklungsschritt eigentlich menschliches Leben entsteht.

Im ärztlichen Alltag geht es in diesen Diskussionen vielfach um Entscheidungen im Grenzbereich menschlichen Lebens bei der Geburt und beim Sterben. Insbesondere für diese Bereiche sollen inzwischen für alle Kliniken geforderte klinische Ethikkommissionen das Verfahren und das daraus abgeleitete Verhalten verbessern (Dörries et al. 2010).

Zunehmend werden auch Alltagsentscheidungen diskutiert, in denen es um die Verteilung von Ressourcen geht. Unter dem Begriff »Priorisierung« wird in der Ärzteschaft inzwischen ein Vorgehen thematisiert, in dem es dem Wesen nach um ethische Abwägungen geht. Dabei handelt es sich vorrangig um die Verteilung materieller Güter. Immaterielle Ressourcen wie Zeit, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit oder Einfühlung werden dabei nur am Rande betrachtet. Gerade jedoch bei diesen Entscheidungen geht es um sehr persönliche und individuelle Gründe, die gut reflektiert werden müssen.

Oftmals handeln Ärzte in der Überzeugung, nach fachlich medizinischen Kriterien zu entscheiden, für die sie sich als Experten besonders berufen fühlen. Nicht selten dürfte es sich dabei dem Wesen nach um ethische Fragen handeln. Damit erhält die Frage nach der besonderen Qualifikation der Ärzte eine andere Perspektive. Tatsächlich müsste nach den individuellen Fähigkeiten der handelnden Personen und weniger nach dem Berufsabschluss gefragt werden. Ärzte haben nicht selbstverständlich die höchste Kompetenz in ethischen Fragen.

Vielmehr kann ihre unmittelbar spezifische Sicht oder eine gewisse Befangenheit aus ihrer Rolle heraus sogar hinderlich sein. Dies gilt auch für andere therapeutisch Tätige und muss den Handelnden bewusst werden. Bei Abwägungen, in denen Kategorien wie »Chancen einer Behandlung« oder »Lebensqualität« auftauchen, stellt sich immer die Frage nach den sehr persönlichen Bewertungen der Betroffenen. Das muss jeweils als Hinweis gelten, da es dabei nicht eigentlich um medizinische, sondern um ethische Entscheidungen geht.

Vorgehensweisen im medizinischen Alltag, die lange etabliert sind, werden noch viel seltener unter ethischen Erwägungen bewusst kritisch in Frage gestellt. Allein die Gewohnheit oder die Tatsache, dass ein Vorgehen häufig gewählt wird, reicht oft für eine scheinbar hinreichende Unbedenklichkeit. Dadurch kommen Selbstverständlichkeiten zustande, die zu reflektieren durchaus lohnenswert sind:

#### Beispiel: Routine Blutabnahme

Blutentnahmen beispielsweise sind für Personen, die im Medizinsystem jeden Tag handeln, so selbstverständlich, dass sie kaum noch als besonders wahrgenommen werden. Für den einzelnen Patienten, insbesondere für ein Kind, stellt sich das ganz anders dar. Es ist daher erforderlich, die Zweckmäßigkeit einer Blutentnahme nicht nur aus Sicht von Ärzten, sondern vom individuellen Patientennutzen her zu entscheiden. Bei einem solchen konsequenten Vorgehen könnte sicher manche schmerzhaft und vielleicht Angst auslösende Blutentnahme vermieden werden.

Wie können nun ethische Entscheidungen verantwortlich getroffen werden?

Um diese Frage eingehender für den Einsatz von KIT zu prüfen, sollen noch einige grundsätzliche Vorbemerkungen dargestellt werden.

Der bekannte Medizinethiker Giovanni Maio kennzeichnet **Ethik** als »Wissenschaft der Moral«. Er schreibt:

» Die Ethik fragt in einer systematischen Weise nach dem theoretischen Fundament der Moral,

sie geht moralischen Aussagen auf den Grund, indem sie diese reflektierend hinterfragt. Es geht dabei darum, die Bewertungsmaßstäbe herauszuarbeiten, die einer moralischen Auffassung zu Grunde liegen. (...) Die wesentliche Leistung der Ethik jedoch liegt im kritischen Hinterfragen aller Aussagen und in der kritischen Beleuchtung der jeweiligen Hintergrundannahmen. Entscheidende Aufgabe ist somit die Reflexion von Denkmustern und Bewertungskriterien – mit dem Ziel, moralische Bewertungen und Entscheidungen klarer zu machen. (Maio 2012, S. 2) «

Den Begriff **Wert** beschreibt Maio wie folgt:

» Werte drücken allgemeine Zielvorstellungen über das Gute aus. Wir verbinden mit ihnen einen Gehalt, der hoch geschätzt und dessen Hochschätzung durch entsprechende Empfindungen und Umgangsweisen auch zum Ausdruck gebracht wird. Werte sind explizite oder auch nur implizite Setzungen des Menschen, die weder Produkte noch Ursachen, sondern Gegenstände unseres Fühlens sind. (Maio 2012, S. 17) «

Auch für die Anwendung und Durchführung der Körperbezogenen Interaktionstherapie (KIT) ist ein Abwägungsprozess sowohl nach medizinischen und therapeutischen als auch nach ethischen Kategorien zu fordern. Als einführender Vergleich soll eine Entscheidungssituation aus dem medizinischen Alltag dargestellt werden.

Als Beispiel soll hier die Entscheidung dienen, ob ein Kind eine kieferorthopädische Behandlung mit einer Zahnspange erhalten soll oder nicht.

#### Beispiel: Zahnspange – ja oder nein?

Durch den Arzt wird zunächst eine Indikation gestellt. Das bedeutet, dass er entscheidet, ob die Anlage einer Zahnspange geeignet ist, um ein bestimmtes Behandlungsergebnis zu erreichen. Schon die Frage, ob dieses Ergebnis tatsächlich erstrebenswert ist, überschreitet meist die Zuständigkeit des Arztes. Im Alltag genügt vielen Eltern die Aussage, dass ihr Kind eine Zahnspange bräuchte. Die

Üblichkeit dieses Verfahrens und das häufige, fast selbstverständliche Vorgehen in einem solchen Falle führen dazu, dass keine ethische Abwägung erfolgt. Selbstverständlich ist für die Beteiligten auch, dass die Entscheidung nicht dem Kind allein überlassen werden kann, sondern hauptsächlich von den Eltern für das Kind getroffen wird. Gelegentlich mag auch die Tatsache der hohen Kosten einer solchen Behandlung mit einem erheblichen finanziellen Eigenanteil der Eltern die Entscheidung beeinflussen.

Vom Arzt kann eine Aussage erwartet werden, welche Folgen die Unterlassung einer solchen Behandlung mit welcher Wahrscheinlichkeit haben wird. Diese Folgen sollen aus Gründen der Anschaulichkeit ohne Anspruch auf fachliche Vollständigkeit zur Vereinfachung in zwei Gruppen geteilt werden:

- »funktionell pathologische Nachteile«, die vielleicht als Nachteil für die weitere Gebissentwicklung oder auf andere Weise pathologische Zustände oder Schmerzen erzeugen könnten und
- lediglich »kosmetisch nachteilige Effekte«.

Der Arzt muss darüber hinaus den Ablauf, die Chancen, Folgen und Nebenwirkungen der Behandlung erläutern. So ist es seine Aufgabe, die zu erwartende Dauer der fest eingebauten Korrekturhilfe anzugeben und ggf. auf die nachfolgende Notwendigkeit einer herausnehmbaren Spange hinweisen. Keinesfalls dürfte er den Hinweis auf die Unannehmlichkeiten bis hin zu den Schmerzen einer solchen Maßnahme unterschlagen. Auch die Probleme beim Essen und Sprechen für Monate müssen bei einer Aufklärung berücksichtigt werden.

Bei der Entscheidung, ob dem Kind nun eine Zahnsperre angelegt werden soll, müssen beispielsweise einige Schritte nacheinander vollzogen werden:

- Kind und Eltern müssen umfangreich aufgeklärt werden. Die Aufklärung ist zu dokumentieren.
- Danach ist eine Abwägung vorzunehmen: Rechtfertigt der Nutzen der Maßnahme

die Unannehmlichkeiten des Verfahrens? Im ersten angeführten Falle müssten die nachteiligen Effekte für die Gesundheit mit den Nachteilen der Zahnsperre abgewogen werden und jeweils die positiven Chancen in die Bewertung mit eingehen. Nicht selten werden Eltern in ihren Erwägungen den Zeitraum, der zu berücksichtigen ist, weiter spannen als das Kind. Sie werden häufiger eine Betrachtung anstellen, die vielleicht so aussehen könnte: »Besser unsere Tochter hat jetzt das Problem mit der Zahnsperre, als später ein Leben lang Beschwerden mit den Zähnen.« Das Kind könnte denken: »Das ist eklig und sieht blöd aus, was kümmert mich, was später ist. Außerdem tut das weh!« Etwas schwieriger wird die Abwägung bei rein kosmetischem Nutzen. Eltern: »Damit unsere Tochter später schön ist und eine attraktive Frau wird, muss sie jetzt eben etwas leiden...« Kind: »Mir egal, Jungs sind sowieso blöd...«.

- Vom Kind oder Jugendlichen sollte je nach Alter eine Einverständniserklärung erlangt und schriftlich festgehalten werden (**Informed Assent**).
- Vom Inhaber des Sorgerechts, also in der Regel den Eltern, ist nach der Aufklärung eine Zustimmung einzuholen und schriftlich zu hinterlegen (**Informed Consent**).

An diesem exemplarisch gewählten Fall lassen sich schon viele Spannungsfelder einer solchen Entscheidung verdeutlichen. Auch wenn es bei einer Zahnsperre zunächst nur um wenig zu gehen scheint, kann eine genaue Betrachtung zeigen, dass es sehr wohl um wichtige Fragen geht. Zum Beispiel kann es für das 12-jährige Mädchen schon sehr bedeutsam sein, ob sie gerade jetzt mit einer Zahnsperre »veranstaltet« wird, nachdem ein Junge sich für sie zu interessieren beginnt. Andererseits fällt ihr die Entscheidung leicht, wenn ihre beste Freundin schon eine Spange trägt und erklärt hat, dass alles gar nicht schlimm sei.

An diesem Beispiel wird auch deutlich: Immer müssen die Eltern in ihrer Entscheidung gedanklich und in der Einfühlung beim Kind sein und dürfen ihre eigenen Interessen nur zweitrangig in diesen Prozess einbringen. Einfühlung bedeutet in diesem Zusammenhang sowohl Berücksichtigung der aktuellen Perspektive als auch zu spüren, ob das Kind fähig und bereit ist, für die ferne Zukunft zu entscheiden. Vielleicht: »Muss ein Mädchen oder eine Frau wirklich unbedingt schön sein?« Kaum vermeidbar ist wohl der Effekt, dass Eltern ihre eigenen Bewertungskriterien aus den eigenen Erfahrungen mitbringen: »Mir hat die Zahnspange auch nicht geschadet« oder »Meine Zähne sind auch schief, und ich habe trotzdem einen guten Mann gefunden.« Entscheidungskriterien wie »Das ist mir zu teuer« müssten besonders kritisch beleuchtet werden.

In der praktischen Alltagssituation läuft zumeist Folgendes ab: Arzt und Eltern sind sich schnell einig, dass es gut ist, dem Kind eine Zahnspange zu verordnen. Sie gehen gemeinsam davon aus, dass das Kind später dankbar sein wird, auch wenn jetzt eine Entscheidung gegen dessen Willen getroffen wird. Schließlich sind es meist die Eltern, die für die langfristigen Interessen ihrer Kinder sorgen und dabei selbstverständlich auch Entscheidungen treffen, die vom Kind heftig abgelehnt werden.

### **Informed Assent und Informed Consent: Definitionen**

Bei Entscheidungen, die Eltern für ein Kind treffen, handelt es sich um eine Stellvertreter-situation. Eltern müssen hier in ihrer Entscheidung immer gedanklich und in der Einfühlung beim Kind sein und dürfen ihre eigenen Interessen nur zweitrangig in diesen Prozess einbringen. »Gedanklich und in der Einfühlung beim Kind sein« bedeutet immer, dass sowohl die gegenwärtige Situation als auch die mittel- und langfristigen Folgen für das Kind erfasst werden.

Bei der Anwendung von Maßnahmen bei Kindern oder sonstigen Personen, bei denen die Einwilligungsfähigkeit nicht selbstverständlich ist, ergeben sich in diesem Schritt Be-

sonderheiten. Zunächst ist anzustreben, dass ein Kind ebenfalls seine Zustimmung erteilt. Wenn diese rechtlich als nicht ausreichend einzuschätzen ist, wird sie als »**Informed Assent**« bezeichnet.

Die rechtlich verbindliche und damit zusätzliche Zustimmung der Eltern oder sonstigen Sorgerechtsträger wird als »**Informed Consent**« bezeichnet (Kölch 2003, S. 66f).

Für die ethischen Betrachtungen in diesem Buchkapitel sind mit dem Begriff Kind verkürzt Personen gemeint, die jünger als 12 Jahre sind und Jugendliche vereinfacht Personen zwischen 12 und 18 Jahren. Es wird auch auf rechtliche Fragestellungen eingegangen.

## **18.2 Prozess zur Entscheidung beim Einsatz von KIT**

Die bisherigen Beispiele können als Grundlage für eine Systematisierung dienen. Wie angedeutet, ist es richtig, ethische Erwägungen rund um das Therapieverfahren KIT und mögliche Entscheidungen von Kindern, Eltern und Therapeuten systematisch moralisch zu hinterfragen. Die Annahmen, die solchen Abwägungen zugrunde liegen, sollen dabei beleuchtet werden. Allein Gewohnheit in Denkmustern oder Üblichkeiten stellen noch keine Legitimationen dar. Dies betrifft auch die Einführung von neuen Verfahren.

Für die oft komplexen Abwägungsprozesse im medizinischen Alltag gibt es verschiedene Methoden, um klinische Ethik handhabbar zu machen. Nachfolgend soll ein Verfahren auf KIT angewandt werden, dass von einer amerikanischen Arbeitsgruppe als Entscheidungshilfe am Krankenbett entwickelt wurde und inzwischen auch in Deutschland als gut etabliert gilt: »Die Autoren Jonsen, Siegler und Winslade gelten als Pioniere der nordamerikanischen Bio- und Medizinethik« (Spagnolo 2003 in Jonsen, Siegler & Winslade 2006, S. XII).

Dieses Werkzeug geht davon aus, dass die wichtigen Einflussfaktoren für eine ethische Entscheidungsfindung in vier Perspektiven zu gliedern sind:

- Medizinische Indikation,
- Patientenpräferenzen,
- Lebensqualität und
- kontextgebundene Faktoren.

Diese vier Dimensionen werden nun im Einzelnen betrachtet und auf das Thema bezogen.

### 18.3 Medizinische Indikation

In der folgenden Übersicht sind gekürzt und sinngemäß verändert die besonders bedeutsamen Fragen zusammenfasst. Die grundlegende Systematik kann für alle ethischen Fragestellungen im Bereich der Heilberufe angewendet werden.

1. Welche gesundheitlichen Probleme bestehen bei dem Patienten? (Anamnese, Diagnose, Prognose)
2. Handelt es sich um eine akute oder chronische Erkrankung? (Verlauf, Heilbarkeit)
3. Welche Behandlungsziele werden verfolgt?
4. Welche Erfolgchancen bestehen?
5. Welche Alternativen bestehen, sollte die Therapie keinen Erfolg haben?

Zusammengefasst: Welchen Nutzen zieht der Patient aus den medizinischen und therapeutischen Maßnahmen und wie kann Schaden für den Patienten vermieden werden (Jonsen, Siegler und Winslade 2006, S. 15)?

Die einzelnen Fragen können auf die Körperbezogene Interaktionstherapie wie folgt zur Anwendung gebracht werden:

1. Ist eine erhebliche Einschränkung im Körperkontakt und im Zulassen von körperlicher Nähe ausreichend sicher **diagnostiziert** und dokumentiert? Welche **Differenzialdiagnosen** gibt es und welchen Einfluss haben diese?
2. Ist eine Körperblockierung hier wie eine **chronische** Erkrankung zu verstehen?
3. Welche **Behandlungsziele** verfolgt die Körperbezogene Interaktionstherapie (KIT)?
4. Welche **Erfolgchancen** bestehen für den Patienten bei richtig indizierter und fachgerecht ausgeführter KIT?
5. Welche **Alternativen** bestehen, sollte KIT nicht verwendet werden oder bei richtig in-

dizierter und fachgerecht ausgeführter KIT keinen Erfolg haben?

Aus diesem Modell von Jonsen, Siegler und Winslade ergeben sich noch zwei weitere Betrachtungspunkte:

- Welche möglichen negativen Auswirkungen können auftreten?
- Welche Konsequenzen entstehen für ein Kind oder Jugendlichen durch **Unterlassung** von KIT kurzfristig und langfristig biografisch?

In der Konkretion auf die Zusammenfassung kann wie folgt formuliert werden:

#### ➤ Welchen Nutzen zieht der Patient aus der KIT und wie kann Schaden für den Patienten vermieden werden?

Auf diese Fragestellungen soll nachfolgend ausführlicher eingegangen werden.

- **Ist eine erhebliche Einschränkung im Körperkontakt und im Zulassen von körperlicher Nähe ausreichend sicher diagnostiziert und dokumentiert? Welche Differenzialdiagnosen gibt es und welchen Einfluss haben diese?**

Natürlich setzt eine KIT-Anwendung die eindeutige **Diagnosestellung** voraus. Diese erfordert zunächst die Grundakzeptanz des Vorhandenseins einer Körperblockierung und das Verständnis der langfristigen Folgen davon. Die Sicherung der Diagnose setzt eine detaillierte Anamnese und Videodiagnostik voraus. Das Ergebnis ist zu dokumentieren.

Differenzialdiagnosen sind zu erwägen, erforderlichenfalls sind andere Spezialisten mit einzubeziehen. Als besondere **Differenzialdiagnose** muss eine Weigerung des Kindes, körperliche Nähe zuzulassen, gelten, wenn es die Erfahrung von sexuellem Missbrauch zur Grundlage hat oder eine solche Erfahrung teilweise bei der Entstehung einer Körperblockierung anzunehmen ist. Es ist mit der größtmöglichen Sicherheit auszuschließen, dass ein KIT mit einem Misshandler als haltende therapeutische Person durchgeführt wird. Bei jeder Therapie muss ein solcher Umstand in die Erwä-

gung des Therapeuten einbezogen werden. Das gilt insbesondere, wenn ungewöhnliche Situationen auftreten, die auf eine Beziehungsstörung mit besonderer Ausprägung im Bereich der Körperlichkeit hinweisen.

■ **Ist eine Körperblockierung wie eine chronische Erkrankung zu verstehen?**

Zweifelsfrei handelt es sich bei einer Schwierigkeit, körperliche Nähe zuzulassen und als Gewinn zu erleben, um **ein chronisches Defizit** mit der Tendenz, lebenslang zu bestehen, wenn nicht wirksam dagegen gearbeitet wird. Über »Spontanheilungen« konnten die Autoren aus wissenschaftlichen Untersuchungen heraus keine Erkenntnisse gewinnen. Es wird davon auszugehen sein, dass Veränderungen in dieser Blockade nur durch korrigierende Erfahrungen zu erreichen sind. Erhebliche Fortschritte ohne gezielte Interventionen dürften Einzelfälle darstellen.

■ **Welche Behandlungsziele verfolgt die Körperbezogene Interaktionstherapie (KIT)?**

Als **Behandlungsziel** einer KIT ist ein Zustand zu sehen, bei dem durch schrittweises Umlernen körperliche Nähe zu positiv erlebten Beziehungspersonen als gewinnende Erfahrung möglich wird. Körperliche Nähe ist wesentliches Element von wertvoller Beziehungserfahrung und als konstitutionelles Element für die Entwicklung von Kindern einzuschätzen. Dieses Behandlungsziel ist sicher als besonders bedeutendes Ziel zu bewerten. Auch aus ethischer Sicht ist es für Kinder und für Erwachsene als besonders hoher Wert einzuschätzen.

■ **Welche Erfolgschancen bestehen für den Patienten bei richtig indizierter und fachgerecht ausgeführter KIT?**

Bei sachgerechter Durchführung und Beachtung aller Bedingungen kann für KIT von **guten bis sehr guten Erfolgschancen** ausgegangen werden.

■ **Welche Alternativen bestehen, sollte KIT nicht verwendet werden oder bei richtig indizierter und fachgerecht ausgeführter KIT keinen Erfolg haben?**

Prinzipiell sind verschiedene Verfahren zur Verbesserung der Fähigkeit zum Körperkontakt denkbar. Dies fordert ein, dass zwei Grundsätze beachtet werden. Einerseits sollten Anwender von KIT über

den aktuellen Stand des Wissens in der Behandlung von Körperkontaktstörungen verfügen. Andererseits gilt es, im Einzelfall zu prüfen, ob alternative Behandlungsmöglichkeiten ebenso geeignet sind.

■ **Welche Konsequenzen entstehen für ein Kind oder Jugendlichen durch Unterlassung von KIT kurzfristig und langfristig biografisch?**

Die Unterlassung einer KIT bei gegebener Indikation stellt mutmaßlich einen schwerwiegenden Nachteil für den Patienten dar. Sehr wahrscheinlich wird dieser Nachteil für eine lange Zeit massive Einschnitte im Beziehungsleben- und Erleben verursachen oder lebenslang nachwirken.

■ **Welche möglichen Nebenwirkungen können auftreten?**

Bei der Anwendung jedes therapeutischen Verfahrens müssen notwendig auch alle **Nebenwirkungen** abgewogen werden. Hier ist es hilfreich, eine Unterscheidung vorzunehmen zwischen ungünstigen Folgen:

- bei sachgerechter Anwendung eines Verfahrens einerseits und
- bei fehlerhafter Anwendung andererseits.

Während insbesondere bei der Anwendung von Arzneimitteln in der Medizin immer ein wichtiges Augenmerk auf den Bereich unerwünschter Arzneimittelwirkungen liegt, ist für den Bereich der Psychotherapieforschung dieses Feld bisher weniger bearbeitet. Dies trifft ebenso auf die Körperbezogene Interaktionstherapie (KIT) zu.

Auch für Nebenwirkungen von KIT sind wissenschaftlich keine Untersuchungen publiziert worden. Dennoch wird gelegentlich das Vorliegen von Nebenwirkungen behauptet. Eine zentrale Rolle spielt dabei die **Annahme**, eine KIT könne traumatisierend wirken. Dabei kommt es nicht selten zu einem ethisch bedenklichen unkorrekten Vorgehen. Dieses betrifft unterschiedliche Bereiche:

■ **In der Beurteilung, welche Wirkung KIT auf das Kind haben könnte, wird von der eigenen Vorstellung ausgegangen.**

Statt sich in die Situation des Kindes einzudenken und einzufühlen, geht man häufig davon aus, wie man selbst die Körperbezogene Interaktionsthe-

rapie mutmaßlich erleben würde. Dies führt dann besonders zu einer Fehlbeurteilung, wenn der Beurteiler selbst von einer Körperkontaktblockierung betroffen ist. Hierbei werden nicht nur die gegenwärtigen sondern besonders auch die mittel- und längerfristigen Folgen für das Kind nicht berücksichtigt. Darüber hinaus wird die Sehnsucht des Kindes nach erfüllender körperlicher Nähe von Erwachsenen oft unterschätzt. Die aus einem solchen Betrachtungspunkt entstehende Bewertung kann für das Kind nicht passen.

- **Es wird eine Traumatisierung angenommen, weil nach der Durchführung des KIT weiterhin eine Körperkontaktblockierung bestehen kann.**

Mit dem Traumatisierungsvorwurf muss immer besonders sorgfältig umgegangen werden, weil durch eine derart relevante Nebenwirkung die Indikation und der therapeutische Nutzen von KIT in Frage gestellt werden könnte. In der Indikationsstellung, der Durchführungsplanung und bei der Durchführung ist großes Augenmerk auf diesen Umstand zu verwenden. Alle Faktoren, die geeignet sind, eine Traumatisierung oder eine mögliche Retraumatisierung zu verursachen, sind weitestgehend zu vermeiden.

Eine substanzielle wissenschaftliche Diskussion zu dieser Frage kann allerdings nicht nur spekulativ geführt werden. Wenn beispielweise typische Zeichen des Grundproblems von Körperkontaktstörungen nach einer Therapie weiterhin bestehen und dann als Therapienebenwirkung eingeordnet werden, sind Ursache und Folge nicht richtig zugeordnet. Dies ist allerdings erkennbar die Grundlage der bisher vorliegenden veröffentlichten Vorwürfe. Ein nicht genügender KIT-Erfolg darf nicht als Traumatisierung bewertet werden. Man würde zum Beispiel bei einem gehbehinderten Menschen, der krankengymnastisch behandelt wird und danach immer noch motorische Probleme hat, auch nicht behaupten, dass die Physiotherapie zur Gehbehinderung führt.

Traumatisierende Erfahrungen bei sachgerechter Durchführung von KIT sind nicht bestätigt gefunden worden. Konsequenter betrachtet würde sich durch eine Traumatisierung die Blockade noch erhöhen. Umgekehrt wäre eine Traumatisierung

kaum vorstellbar, wenn sich infolge der Behandlung erkennbar die Fähigkeit verbessert, körperliche Nähe zu genießen.

- **Sofern in der wissenschaftlichen Auseinandersetzung grundsätzlich die Tatsache akzeptiert wird, dass körperliche Nähe zu den Grundbedürfnissen von Menschen zählt, muss auch Position bezogen werden, wie mit einer Situation umzugehen ist, in der dieses Bedürfnis blockiert ist.**

Therapieoptionen sind zu prüfen und abzuwägen.

Solange systematische und umfangreiche Studien mögliche Nebenwirkungen (zu Nebenwirkungen ► Abschn. 7.7.2, Indikationen ► Abschn. 7.1, Gegenindikationen ► Abschn. 7.7.1) von KIT nicht ausführlich untersucht haben, ist nach ethischen Erwägungen besonders sorgfältig auf ungünstige Effekte zu achten. Es sollten daher durch eine zentralisierte Erfassung (vergleichbar einem Nebenwirkungsregister) alle Erfahrungen gesammelt werden, bei denen negative Effekte vermutet werden. Die Patienten sind dabei durch Anonymisierung zu schützen. Dadurch wird eine Möglichkeit geschaffen, sowohl Kurz- als auch Langzeiteffekte zu erfassen.

Letzte Sicherheit für jeden Beteiligten im Entscheidungsprozess vor der Durchführung von KIT ist in diesem Zusammenhang vielleicht nicht immer zu erreichen. Gerade deswegen ist der Abwägungsprozess nach ethischen Kategorien erforderlich. Ist man sich hinsichtlich des Nutzens ausreichend sicher, sind gegebenenfalls auftretende Probleme mit der Behandlung leichter akzeptabel.

Tatsächlich können bei unsachgemäßer Anwendung von KIT Nebenwirkungen eintreten. Wird beispielsweise die Konfrontation mit der körperlichen Nähe zu früh beendet, könnte die anfangs unangenehme Erfahrung nicht durch die neue bereichernde und korrigierende Erfahrung ersetzt werden. In der Erinnerung bleibt zunächst nur das negative Erleben, welches dann von Außenstehenden eventuell als Trauma gedeutet werden würde. Beim Kind und bei den Eltern könnte die Ablehnung für die Methode dann größer werden.

Wie bei allen anderen Verfahren ist es wichtig, dass aus den Folgen von falscher Anwendung eines

Verfahrens keine Rückschlüsse auf das Verfahren selbst gezogen werden.

Niemand wird etwa ernsthaft aus einer Verletzung des Darmes bei unsachgemäßer Operation einer Entzündung am Blinddarm schließen, dass derartige Operationen falsch sind oder gar Operationen überhaupt verwerflich wären. Vielmehr legt die Chirurgie großes Augenmerk darauf, dass die Operation gut erlernt wird, damit keine Fehler vorkommen.

Zum Bereich medizinische Indikation kann festgestellt werden, dass bei richtiger Indikation und Durchführung des Verfahrens der individuelle Nutzen für die meisten Patienten kurzfristig und langfristig wesentliche Chancen bietet, die möglichen Risiken gegenüber erheblich überwiegen. In vielen Fällen ist sogar anzunehmen, dass die Unterlassung einer KIT größere Nachteile bringt, als die zu erwartenden Nebenwirkungen einer Therapie. Da wissenschaftliche Studien mit großer Fallzahl noch ausstehen, bleibt eine sorgfältige Abwägung im Einzelfall geboten.

## 18.4 Patientenpräferenzen, Informed Consent und Informed Assent

Im medizinischen Kontext werden vielfältige Maßnahmen mit therapeutischem Anspruch vorgenommen. Teilweise sind diese durchaus invasiv, schmerzhaft verletzend, in Einzelfällen sogar, bei Amputationen etwa, verstümmelnd. Rechtlich gesehen handelt es sich dabei um eine Körperverletzung im Sinne der §§ 223 ff. des Strafgesetzbuches, wie es sich aus der ständigen Rechtsprechung des BGH ergibt. Grundsätzlich macht der Gesetzgeber keinen Unterschied für therapeutische Maßnahmen.

Der Widerspruch, dass eine medizinische Maßnahme zum Wohl des Patienten durchgeführt werden sollte, jedoch im juristischen Sinn eine Körperverletzung darstellt, wird durch eine »Einwilligung« aufgelöst. Durch die Einwilligung des Patienten wird diese von ihm als gewollt verstanden sowie akzeptiert und deshalb juristisch nicht

verfolgt: »Volenti non fit iniuria« (»Dem Einwilligenden geschieht kein Unrecht«).

» Die Einwilligung in den ärztlichen Heileingriff bedeutet nämlich in dem durch sie gezogenen Rahmen einen Verzicht auf den absoluten Schutz des Körpers vor Verletzungen, die mit dem Eingriff verbunden sind, darüber hinaus das Aufsichnehmen von Gefahren, die sich aus Nebenwirkungen der Behandlung und möglichen Komplikationen ergeben. Fehlt die wirksame Einwilligung, ist der in der ärztlichen Heilbehandlung liegende Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten rechtswidrig. (BGH VersR 1989, 851; Parzeller M. et al. 2007) «

Aus diesem Zusammenhang heraus leiten sich die besonderen Ansprüche an eine solche Einwilligung und die dafür erforderliche Aufklärung ab. Ethisch gesehen könnte auch die heilende Absicht des Arztes als Kriterium für die Zulässigkeit gelten, juristisch gesehen nicht. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten steht eindeutig über dem medizinisch fachlichen Urteil des Arztes. Das kann so weit gehen, dass sich ein Patient entgegen der Vernunft gegen die ärztliche Empfehlung ausspricht. Dabei muss lediglich gesichert sein, dass der Patient im juristischen Sinne sicher einwilligungsfähig ist.

**Seit dem 26. Februar 2013 ist in Deutschland ein Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Dieses Gesetz gilt für alle Angehörigen der medizinischen Heilberufe.** Neben Ärzten, Psychologen und Psychotherapeuten sind damit beispielsweise auch Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, Heilpraktiker und Pflegeberufe eingeschlossen. Daraus lassen sich die wichtigsten rechtlichen Grundlagen für die Anwendung von KIT zusammengefasst ableiten. Jeder Therapeut ist zur Einhaltung verpflichtet und daher gut beraten, sich damit intensiv zu befassen.

Dies gilt insbesondere für das Entscheidungskriterium »Patientenpräferenzen«. Die Entscheidungshilfen dafür sind in der nachfolgenden Übersicht nach Jonsen, Siegler und Winslade (2006) aufgeführt:

1. Ist der Patient entscheidungsfähig?
2. Hat sich der Patient über seine Präferenzen geäußert?

3. Wurde der Patient über Nutzen und Risiken der Behandlung aufgeklärt? Ist er in der Lage, diese Informationen zu verstehen und eine informierte Einwilligung zu geben?
4. Wer ist der autorisierte Stellvertreter des Patienten? Legt der Patientenvertreter des Patienten seinen getroffenen Entscheidungen ethisch vertretbare Kriterien zugrunde?
5. Hat sich der Patient vorher über seine Behandlungspräferenzen geäußert bzw. liegt eine Patientenverfügung vor?
6. Zeigt der Patient eine mangelnde Bereitschaft, bei der medizinischen Behandlung aktiv mitzuarbeiten, oder ist er nicht in der Lage dazu? Was sind die Gründe?
7. Wurde das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung, soweit ethisch und rechtlich vertretbar, respektiert?

Bei Kindern ist oftmals nicht eindeutig klar, ob eine »Einwilligungsfähigkeit« vorliegt. In diesen Fällen muss die Einwilligung durch **beide** Eltern erfolgen. Ist das Kind einsichtsfähig und zu einem Urteil in der Lage, sollte unbedingt auch das Einverständnis des Kindes eingeholt werden. Die Fähigkeit dazu wird juristisch häufig für das Alter von 12–14 Jahren angenommen. Eine Betrachtung im Einzelnen bleibt dennoch in jedem Falle notwendig. Bei Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren geht man davon aus, dass eine rechtswirksame Einwilligung zu medizinischen Behandlungen erteilt werden kann (Parzeller et al. 2007).

Die juristische Vertretung eines Kindes durch die Eltern soll Rechtssicherheit schaffen, wenn diese durch das Kind allein nach unserem Recht nicht gewährleistet ist. Dabei handeln die Eltern für ihr Kind und nicht für sich selbst. An dieses Handeln muss ein besonders hoher Anspruch gestellt werden. Hier entsteht eine Stellvertretungskonstellation, bei der sich die Eltern gewissermaßen in das Kind hineinversetzen müssen. Sie müssen hier in besonderer Weise in zwei verschiedenen Zeithorizonten denken:

- für die aktuelle Situation und
- für die Zukunftsperspektive des Kindes.

Damit ist die juristische Konstellation skizziert, allerdings noch keine ethische Betrachtung erfolgt.

Sowohl in der Erziehung als auch in der Anwendung therapeutischer Verfahren bei Kindern gehen Familien im Alltag mit großer Selbstverständlichkeit davon aus, dass die Eltern für ihre Kinder und Jugendlichen Entscheidungen treffen. Das gilt umso mehr, je jünger die Kinder sind.

Im Artikel 6 Absatz 2 des Grundgesetzes drückt sich dieser Grundkonsens wie folgt aus:

» Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft. «

Das Recht der Eltern wird hier sehr stark betont und letztlich über das der Kinder gestellt. Schon im gleichen Absatz findet sich allerdings eine Einschränkung, die festlegt, dass die Gemeinschaft über die Wahrnehmung dieser Erziehungsrechte und Pflichten wacht. Hier wird deutlich, dass individuelle subjektive Einschätzungen der Eltern an den juristischen und ethischen Normen der Gemeinschaft gemessen werden müssen.

Das gab zu einer umfangreichen Kontroverse Anlass und hat zu der Forderung geführt, die Rechte der Kinder ebenfalls mit verfassungsrechtlichem Rang zu versehen.

Im Artikel 12 der UN-Kinderrechtskonvention heißt es dazu:

» Die Vertragsstaaten sichern dem Kind, das fähig ist, sich eine eigene Meinung zu bilden, das Recht zu, diese Meinung in allen das Kind berührenden Angelegenheiten frei zu äußern, und berücksichtigen die Meinung des Kindes angemessen und entsprechend seinem Alter und seiner Reife. «

Damit ist das Spannungsfeld zwischen elterlicher Fürsorge und dem Recht zum Wohle des Kindes zu entscheiden auf der einen Seite und der autonomen Entscheidung des Kindes und dem Respekt vor dem Willen des Kindes auf der anderen Seite benannt. Bei den allermeisten Entscheidungen in Erziehung und Therapie werden Fürsorge und Autonomie gar nicht im Widerspruch stehen. Im Einzelfall ist die Abwägung allerdings nicht immer einfach. Dieser Zusammenhang soll an einem gut nachvollziehbaren Beispiel verdeutlicht werden:

**Beispiel: Einschlafen**

Die Entscheidung etwa, wann ein 5-jähriges Kind abends ins Bett gehen soll, wird von der Gemeinschaft wohl einigermaßen selbstverständlich den Eltern allein zugestanden. Dennoch widerspricht eine solche Entscheidung oft den kurzfristigen Interessen des Kindes. Wir kennen alle die leidenschaftlichen und trickreichen Bemühungen von Kindern, noch Aufschub zu erreichen. Langfristig sollte aber das übergeordnete Interesse des Kindes, ausreichend Nachtschlaf zu bekommen, ebenfalls Berücksichtigung finden. Das allerdings ist im aktuellen Bewertungssystem des Kindes wenig repräsentiert. Daher muss es durch die Eltern geschehen. Sollten die Eltern ihrer Pflicht nicht nachkommen, ausreichend für den Nachtschlaf ihres Kindes zu sorgen, könnte man sogar die Frage stellen, ob nicht bereits ein Kriterium für eine beginnende Vernachlässigung vorliegt. Am Beispiel des Nachtschlafes würde kaum jemand behaupten, dass die Eltern dem Kind, das ins Bett geschickt wird und laut protestiert, den »Willen brechen« würden.

Im medizinischen Alltag wird von einfühlsamen Mitarbeitern sowohl in der Pflege als auch von entsprechenden Therapeuten und Ärzten selbstverständlich durch ihr Handeln und eine Akzeptanz des Patienten eine Einwilligung eingeholt. Oft erfolgt das ohne eine juristische Bewusstheit und wird daher auch nicht dokumentiert.

Nachfolgend wird auf die Frage der **Entscheidungsfähigkeit** von Kindern und Jugendlichen ausführlicher eingegangen.

Während früher eine rationale **kognitive** Qualität als Voraussetzung für die Einwilligungsfähigkeit gesehen wurde, wird aktuell zunehmend auch die **psychoemotionale Dimension** hervorgehoben (Alderson 2003, S. 30ff.). Standardisierte Tests zur Prüfung sind eher fragwürdig geworden. Es bleibt also bei der Notwendigkeit, dem Kind altersangemessen alle Informationen zu vermitteln und individuell zu prüfen, wie weit bei ihm die Fähigkeit entsteht, für diesen konkreten Sachverhalt souverän selbst Entscheidungen treffen zu können. Vor

allem müssen für das Kind oder den Jugendlichen auch für die zeitlich weit entfernt liegenden Folgen, etwa im Erwachsenenalter, alle Faktoren für die Entscheidung vermittelt werden.

Insgesamt kann aus entwicklungspsychologischer Sicht eingeschätzt werden, dass Kinder und Jugendliche bis in die Adoleszenz hinein bei Entscheidungen die kurzfristigen Ziele meist stark über die langfristigen Ziele stellen. Aus dieser Sicht muss von den Eltern erwartet werden, dass sie die langfristigen und damit die häufig gewichtigeren Interessen des Kindes und Jugendlichen vertreten und ihnen zur Umsetzung verhelfen.

➤ **Die Tendenz bei Kindern und Jugendlichen, für Entscheidungen überwiegend kurzfristige Ziele zu berücksichtigen, erfordert eine Korrektur durch die Eltern. Sie müssen bei gewichtigen Entscheidungen derart Verantwortung übernehmen, dass die langfristigen Interessen des Kindes oder Jugendlichen ausreichend berücksichtigt werden.**

Auch unsere Rechtsordnung sieht vor, dass die meisten wichtigen Entscheidungen, deren Auswirkungen in die langfristige Biografie des Kindes reichen, mindestens die Zustimmung der Eltern voraussetzen. Häufig ist sogar allein die Entscheidung der Eltern maßgeblich. Oft ist es die elterliche Zustimmung in Form der Unterschrift, die überhaupt nur erfragt und dokumentiert wird. So sind beispielsweise für finanzielle Fragen in Deutschland die Eltern allein entscheidungsberechtigt, weil ein Jugendlicher unter 18 Jahren nicht oder nur bedingt geschäftsfähig ist (Wendehorst 2003, S. 75ff.). Im Sozialgesetzbuch I ist geregelt, dass ab dem Alter von 15 Jahren eine Handlungsfähigkeit insofern besteht, als selbstständig Anträge auf Sozialleistungen gestellt werden dürfen. Jedoch hebt eine einfache schriftliche Erklärung der Eltern das sofort wieder auf (§36 SGB I). Es zeigt sich also eine große Vielfalt in den rechtlichen und ethischen Normativen sowie in der alltäglichen praktischen Handhabung hinsichtlich der Berücksichtigung von Entscheidungsautonomie für Kinder und Jugendliche.

Im Bereich medizinischer Entscheidungen war lange das alleinige Entscheidungsrecht durch die

Eltern im Alltag maßgeblich und wurde nur dann hinterfragt, wenn die praktische Umsetzung, beispielsweise bei hartnäckigem Widerstand von Jugendlichen, zum Problem wurde. In den letzten Jahren hat sich in der Literatur aus guten Gründen für die Entscheidungsfähigkeit von Kindern im klinischen Alltag eine Tendenz entwickelt, auch kleine Kinder bei Themen einzubeziehen, die sie selbst betreffen (Vollmann 2003).

Es muss aber klargestellt werden, dass die Eltern, sofern sie in die Entscheidung des Kindes eingreifen, ausdrücklich für die Interessen des Kindes handeln. Eigene Interessen der Eltern müssen in diesem Prozess deutlich gemacht und reflektiert werden. Interessen Dritter dürfen dabei kaum Berücksichtigung finden, weil sie für die Angelegenheiten des Kindes fast immer sachfremd sind.

Bei den Beteiligten besteht oft viel Unsicherheit darüber, von welchem Alter an eine Einwilligungsfähigkeit anzunehmen sei. Für die Entscheidung in schwierigen Situationen, etwa bei Vorliegen bösartiger Erkrankungen, wurde von der Bundesärztekammer ein Alter von 16 Jahren gefordert, um wirksam entscheiden zu können (Bundesärztekammer 1994). International bestehen darüber sehr unterschiedliche Auffassungen, die etwa von 5–16 Jahren reichen (Vollmann 2008, S. 85). In Österreich ist vom Arzneimittelgesetz ein Informed Assent vom Beginn des 9. Lebensjahres an für Medikamentenstudien vorgeschrieben (Kurz 2001, S. 11). Das Lebensalter allein ist als Kriterium sicher zu Recht umstritten und eher untauglich. Die Qualität der Einfühlung in den kindlichen Patienten zeigt sich v. a. darin, seine Entscheidungsfähigkeit gut einzuschätzen und zu erkennen, ob auch ein Entscheidungswille beim Kind besteht.

Ärzte und Therapeuten sollten sich davor schützen, aus einer wohlmeinenden Berücksichtigung der Autonomiebedürfnisse eines Kindes eine Überforderungssituation zu schaffen, die dem Kind weitreichende Entscheidungen abverlangt, die zu treffen es nicht in der Lage oder nicht bereit ist. Dabei ist v. a. der zeitliche Aspekt in der Folgenabschätzung bedeutsam. Für ein Kind etwa im Alter von 7 Jahren ist beispielsweise die Einbeziehung in eine Entscheidung, ob ein neuer Tropf angelegt werden soll oder nicht, sicher gut möglich, wenn dadurch der zeitlich naheliegende Zeitpunkt der

Krankenhausentlassung beeinflusst werden kann. Die Entscheidung über die Durchführung einer Chemotherapie, die möglicherweise die Langzeitprognose bestimmt, muss unter Umständen auch gegen den Willen des Kindes von den Eltern durchgesetzt werden. Es muss jeweils kritisch erwogen werden, inwieweit die Übernahme von erheblicher Verantwortung durch das Kind für die ferne Zukunft tatsächlich angemessen ist.

Im medizinischen Alltag gibt es häufig Situationen, bei denen ein Kind entlastet wird, wenn Eltern nach einem angemessenen, einfühlsamen Gespräch eine für das Kind nachvollziehbare Entscheidung treffen.

#### Beispiel: stationäre Aufnahme

Als Beispiel kann die Entscheidung dienen, ob ein Kind stationär im Krankenhaus aufgenommen werden muss oder nicht. Dieser oft für ein Kind schwere Schritt ist für das Kind leichter anzunehmen, wenn die Eltern die Notwendigkeit gut erläutern und die Entscheidung für das Kind treffen. Gerade die Sicherheit der Eltern in ihrer Überzeugung, das Richtige für ihr Kind entschieden zu haben, erleichtert dem Kind die Akzeptanz.

Bei vermögensrechtlichen Fragestellungen liegt weitestgehend unumstritten die alleinige Entscheidung bei den Eltern. Möglicherweise ist ein Grund für die öffentliche Akzeptanz dieser Situation in den langfristigen Auswirkungen zu sehen, die solche Entscheidungen für die gesamte Biografie der Kinder und Jugendlichen haben können. Hier müsste gefragt werden, ob nicht auch bei anderen Entscheidungen, etwa im therapeutischen Kontext, die besonders **langfristige Wirkungen** auf die Entwicklung der Kinder haben, den Eltern ein **größeres Gewicht** in der Entscheidungsfindung zugestanden werden sollte.

- **Therapeuten und Ärzte sollten in ausführlichen Gesprächen mit ausreichend Zeit das Kind und die Eltern so entscheidungsfähig machen, dass diese abgewogen entscheiden können.**

Diese Gespräche können durchaus eine fachliche Empfehlung im Sinne der Indikation enthalten, dürfen den Betroffenen jedoch niemals die Entscheidung und damit die Verantwortung abnehmen. Somit tragen das Kind und die Eltern auch die Verantwortung für die Entscheidung, ob eine KIT durchgeführt wird oder nicht.

➤ **Dabei müssen die Eltern entscheiden, für welche Konsequenzen ihr Kind oder Jugendlicher tatsächlich die Verantwortung selbst übernehmen kann.**

Es entspricht sowohl den gesetzlichen Vorgaben als auch dem Zeitgeist, dass die Therapeuten und die Eltern alles unternehmen, um das Kind partnerschaftlich in den gesamten Entscheidungsprozess mit einzubeziehen. Hier wird das Spannungsfeld deutlich, einerseits das Kind mit seinem Willen ernst zu nehmen und sich gleichzeitig ein Gespür dafür offenzuhalten, ab wann es mit dieser partnerschaftlichen Rolle überfordert ist. Im Vergleich zur Vergangenheit wird heute damit auf eine veränderte innere Haltung der Erwachsenen gegenüber dem Kind hingearbeitet, ohne dass dieses hierbei überfordert werden darf. Darüber hinaus ist es ein Ziel, dass diese innere Haltung und das wirkliche Bemühen dokumentiert werden.

Für die klinische Anwendung in der Medizin hat sich das Konzept des »**Informed Consent**« international durchgesetzt. Es geht von dem Grundsatz aus, dass eine Einwilligung nur nach einer umfassenden ausreichenden Information erfolgen kann. Diese Einwilligung stellt die Voraussetzung für alle erheblichen medizinischen Maßnahmen dar. Bei Vorliegen einer solchen Erklärung entsteht bei Erwachsenen eine rechtswirksame Zustimmung.

In den letzten Jahren ist dieses Konzept durch die Möglichkeit, für Kinder einen »**Informed Assent**« zu erlangen, erweitert worden. Hierbei entsteht eine Zustimmung, ohne dass eine juristische Handlungsfähigkeit gegeben sein muss. Daher ist diese Konstruktion für Kinder und andere nicht eindeutig einwilligungsfähige Personen gut geeignet (Kölch 2003, S. 66f). Es stellt eine individuelle Zustimmung dar, die allerdings nicht ohne Ein-

schränkung rechtlich bindend ist. In ethischer Hinsicht kommt ihr allerdings große Bedeutung zu.

Bei Vorliegen eines **Informed Assent** und **Informed Consent** ist hier die Selbstbestimmung gewahrt. Bei kleinen Kindern wird im Zweifel allein der **Informed Consent** der Eltern eine Behandlung rechtfertigen, wenn die Abwägung sorgfältig erfolgt ist. Für Aufklärung und Einwilligung wird dabei Rechtzeitigkeit gefordert, damit jeweils ausreichend Bedenkzeit zur Abwägung besteht.

➤ **In der Rechtsprechung hat sich dabei durchgesetzt, dass eine Aufklärung, die 24 Stunden vor der Maßnahme erfolgt ist, meist als ausreichend für eine Abwägung gehalten wird.**

Ein **besonderer Abwägungsprozess** wird erforderlich, wenn eine solche Zustimmung durch das Kind (**Informed Assent**) für die Körperbezogene Interaktionstherapie nicht vorliegt. Dabei ist besonders wichtig, dass eine Klärung nicht nur zum Verfahren KIT, sondern v. a. zum Behandlungsziel erfolgt. Allein die Weigerung, einen intensiven Körperkontakt zuzulassen, reicht als Hinweis für eine Ablehnung des Verfahrens nicht aus. Vielmehr müsste zur Erkennung einer Ablehnung der Therapie auch eine Ablehnung des Behandlungszieles mit den späteren Folgen klar geäußert werden. Bei Konfrontationstherapien ist es für Patienten oft einfacher, das Behandlungsziel zu akzeptieren, schwerer jedoch das Verfahren. So wollen z. B. viele Angstpatienten von der Flugangst befreit werden, haben dann allerdings Schwierigkeiten, sich im Rahmen der Therapie zum Gang in das Flugzeug durchzurufen.

Besonders komplex gestaltet sich der Abwägungsprozess, wenn beim Patienten eine Grunderkrankung vorliegt, die dessen Entscheidungsfähigkeit einschränkt, wie bei einer geistigen Behinderung. Auch durch Vorliegen einer Erkrankung im Sinne einer Autismus-Spektrum-Störung ist die Entscheidung besonders schwer. Im Einzelfalle kann hier die Minderung der Intelligenz als Hinderungsgrund gesehen werden. Oft trifft das aber nicht zu. Dennoch ist für diese Menschen die Einwilligung in das Behandlungsziel besonders

erschwert, weil gerade durch die Grunderkrankung zu wenig Einzelerfahrung vorliegt, durch die eine positive Vorstellung vom Wert einer gelungenen körperlichen Nähe entwickelt werden kann. Mit dem einzelnen Patienten ist sorgfältig zu arbeiten, inwieweit der allgemein hohe Wert »Beziehung zu einem Menschen« auch für ihn einen hohen Stellenwert besitzt. Wird das nach ausführlicher Auseinandersetzung auch bei einem autistischen Menschen konsentiert, wird man leichter zu einer positiven Entscheidung für KIT finden. Für den Fall, dass nachhaltig Beziehung nicht als Wert durch den Patienten selbst anerkannt werden kann, liegt die Verantwortung in besonderer Weise bei den Eltern. Es kann ethisch nicht allgemein beurteilt werden, ob es durchweg gerechtfertigt wäre, in einem solchen Falle bei Jugendlichen und Erwachsenen diesen Wert gegen die Autonomie des Patienten selbstverständlich zur Grundlage der Entscheidung zu machen. Vielmehr wird hier sehr individuell und besonders einfühlsam zu entscheiden sein.

Es muss beachtet werden, dass eine Ablehnung des Verfahrens durch Jugendliche oder junge Erwachsene auch aus Motivationen entstehen kann, die nicht im eigentlichen Therapieverfahren begründet sind. Dabei könnte eine Ablehnung auch allein aus dem Wunsch nach Durchsetzung den Eltern gegenüber motiviert sein. Gerade in diesem Alter dominiert das Autonomiestreben häufig alle anderen Oberziele. Auch hier müssen sich die Eltern fragen, ob sie sich zugunsten von Werten wie Beziehung gegen den Wert Selbstbestimmung und Autonomie des Patienten entscheiden möchten.

Im heutigen Zeitgeist wird der Selbstbestimmung eine große Bedeutung beigemessen. Das ist historisch gesehen eine sehr neue und moderne Sicht und wäre vor etwa 60 Jahren noch ganz anders beurteilt worden. Von Entscheidungen für Schule und Bildung bis zur Einrichtung eines Bankkontos ist dennoch eine Entscheidung ohne die Eltern auch heute nicht möglich. Meist ist sogar eine Beteiligung der Kinder oder Jugendlichen gar nicht vorgesehen und formal überflüssig. So wird im bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) beispielsweise formuliert:

» Der Minderjährige bedarf zu einer Willenserklärung, durch die er nicht lediglich einen rechtlichen Vorteil erlangt, der Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters (§ 107 BGB). «

Im medizinischen Umfeld wird minderjährigen Patienten grundsätzlich mehr Mitsprache zugestanden als in vielen anderen Bereichen. Dieses andere Herangehen im therapeutischen Zusammenhang ist gut begründet.

Dennoch muss erwogen werden, ob im Einzelfall auch im medizinisch therapeutischen Kontext Entscheidungen im besten Interesse des Kindes oder Jugendlichen – gut abgewogen – auch gegen die Autonomie des Kindes getroffen werden müssen.

Bei einer ethisch reflektierten Entscheidung ist diese Möglichkeit immer zu berücksichtigen (Dörries 2003, S. 116ff.).

Das Fazit in der Gesamtbeurteilung bleibt:

### ➤ Die Qualität der Entscheidung für das Kind hängt von der Qualität der Einführung in das Kind ab.

Vor einer KIT-Behandlung muss das Kind frühzeitig, angemessen und ausführlich informiert werden. Dabei ist eine dialogische Kommunikation zu wünschen. Das Kind soll die aktuellen sowie die mittel- und langfristigen Folgen der Entscheidung, ob KIT zur Anwendung kommt, verstehen. Auch alternative Methoden müssen, wenn vorhanden, besprochen werden. Wenn möglich, sollte die Zustimmung des Kindes zum KIT erreicht werden. **Das Gespräch und die Bemühung um die Zustimmung des Kindes sollten ausreichend dokumentiert werden.** Im Falle einer Ablehnung des Kindes muss eine erweiterte Abwägung der Nutzen-Risiko-Relation erfolgen. Dabei wird man für kleine Kinder durchaus die Entscheidung der Eltern allein gelten lassen können. Eine Entscheidung nur durch die Altersgrenze ist nicht empfehlenswert, vielmehr sollte die individuelle Einsichtsfähigkeit geprüft werden.

Bei Weigerung eines Patienten mit einem Alter über 12 Jahren ist eine besonders gründliche Abwägung erforderlich. **In jedem Falle muss ein Informed Consent der Sorgerechträger rechtzeitig eingeholt werden und schriftlich dokumentiert sein.**

## 18.5 Lebensqualität

Nach Jonsen, Siegler und Winslade sind in Zusammenhang mit der Lebensqualität die folgenden Punkte besonders wichtig:

- Welche Aussichten auf einen gelungenen Körperkontakt und positives Näheerleben bestehen im Falle einer erfolgreichen Behandlung bzw. bei Verzicht auf eine Behandlung? Sind nach fachlich korrekter KIT Nachteile zu erwarten bzw. welche Nachteile können nicht behoben werden?
- Bestehen im Behandlungsteam Vorurteile, die zu einer voreingenommenen Bewertung der Lebensqualität des Patienten führen könnten? Bestehen gegen die Methode im Team Vorurteile? (Jonsen, Siegler & Winslade 2006, S. 15)

Zu den beiden ersten Fragen sind bereits ausführliche Ausführungen gemacht worden. Entsprechend vielfältiger Erfahrungen in der Medizin besteht weitgehende Selbstverständlichkeit, dass zahlreiche Therapien auch Nebenwirkungen haben. Bei Medikamenten und Eingriffen ist außerdem wichtig, ob eventuelle Nebenwirkungen irreversibel nachteilig auf die Lebensqualität wirken oder nicht. In diesem Sinne wäre auch für KIT zu fragen, ob eine Nebenwirkung lebenslang Nachteile erzeugt. Solche Nebenwirkungen (vgl. auch ► Abschn. 7.7.2 und ► Abschn. 18.3) sind nicht belegt und nach dem heutigen Stand des Wissens auch nicht wahrscheinlich.

Die Frage nach möglichen Vorurteilen im Behandlungsteam gegen die Lebensqualität eines Patienten ist in vielen Fällen als bedeutsam anzusehen. Gerade in der Behandlung von Menschen, deren Probleme einer Autismus-Spektrum-Stö-

rung zugeschrieben werden, wird die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit und deren Beeinflussbarkeit durch eine KIT häufig unterschätzt. Sollten die Berater einer noch weit verbreiteten Auffassung folgen, dass wesentliche Fortschritte in der Beziehungsfähigkeit bei autistischen Patienten durch KIT nicht erreicht werden können, verhindert dies eine effektive Behandlung durch KIT. Ein nicht gerechtfertigter prognostischer Pessimismus hinsichtlich eines Therapieerfolges würde dem Patienten Chancen vorenthalten.

In einem Team bedarf es einer Auseinandersetzung mit der Frage, ob Vorurteile gegen die Methode KIT bestehen. Hier ist es wichtig, die Beweggründe im Team sorgfältig zu beleuchten. Die Tatsache, dass es unter der Behandlung zu Gegenwehr eines Kindes kommen kann, darf nicht als alleiniges Kriterium für die Entscheidung herangezogen werden.

Sachfremde Gründe wie mangelnde Kenntnis der Methode, unberechtigte Vorurteile im Team oder Machtkämpfe in der Arbeitsgruppe dürfen keine ausreichenden Kriterien zur Ablehnung der Methode sein und damit auch nicht als Entscheidungsgrundlage dienen.

- **Lebensqualität ist ein wichtiges Entscheidungskriterium für die Anwendung von KIT. Aus der Situation heraus sind die Chancen für die Lebensqualität des Kindes mit den Risiken abzuwägen.**

## 18.6 Kontextgebundene Faktoren

Auch Einflüsse auf die Entscheidung, die aus der Umgebung stammen, sind kritisch zu betrachten. Dies wären die folgenden Fragen:

- Gibt es familienbedingte Faktoren, die Entscheidungen über die medizinische Behandlung beeinflussen könnten?
- Gibt es von den Ärzten und dem Pflegepersonal abhängende Faktoren, die Entscheidungen über die medizinische Behandlung beeinflussen könnten?
- Gibt es beeinflussende wirtschaftliche oder finanzielle Faktoren?

- Bestehen Interessenkonflikte vonseiten der behandelnden Ärzte oder der beteiligten Einrichtungen?
- Gibt es Probleme aufgrund begrenzter Ressourcen?
- Finden die ethischen Prinzipien Loyalität und Fairness Berücksichtigung? (Modifiziert nach Jonsen, Siegler und Winslade 2006, S. 15)

Die sich aus dem Kontext ergebenden Einflüsse auf die Therapieentscheidung sind zu diskutieren. Im Einzelfall sind dann auch Korrekturen der Entscheidung nötig.

Bei familienbedingten Faktoren muss geklärt werden, ob Entscheidungen das Kind betreffend durch subjektives Erleben der Eltern unsachgemäß beeinflusst sind. Beispielsweise kann eine Körperblockierung bei den Eltern das Erleben der eigenen körperlichen Näheerfahrung beeinflussen und dadurch zu einer subjektiv verzerrten Beurteilung führen. Zu fordern ist eine Entscheidung, die ganz überwiegend an den kindlichen Kriterien orientiert ist.

Gleichzeitig darf diese auch nicht von finanziellen oder wirtschaftlichen Entscheidungen abhängen. Solange das Verfahren nicht als erstattungsfähig von der Gesetzlichen Krankenversicherung gelistet ist, können dabei immer wieder Konflikte entstehen. Therapeuten sollen die Konflikte offen aussprechen. Die Verantwortung für die Priorisierung in der Verwendung der finanziellen Mittel der Familie bleibt allerdings bei den Eltern.

Zu fordern ist, dass in einem Gesundheitsunternehmen oder in einer Praxis finanzielle Interessen aus der Entscheidung, ob KIT eingesetzt wird, ferngehalten werden.

Ein weiterer Aspekt in der Ressourcenverteilung entsteht auf volkswirtschaftlicher Ebene. Für die Gesamtbewertung des Verfahrens KIT ist nicht unerheblich, dass mit vergleichsweise geringem Einsatz von Ressourcen ein erheblicher therapeutischer Nutzen erreicht werden kann. Abzulehnen wären Verfahren mit geringerer Erfolgswahrscheinlichkeit und deutlich größerem Ressourcenverbrauch.

Interessenkonflikte zwischen den Beteiligten müssen möglichst transparent diskutiert werden, damit sie nicht unerkannt in unangemessener Weise Entscheidungen beeinflussen.

Das Problem in der Verwendung von Ressourcen besteht im praktischen Alltag in erster Linie darin, dass zu wenig ausreichend qualifizierte KIT-Therapeuten für die Behandlung zur Verfügung stehen. Es muss dann aus ethischen Erwägungen entschieden werden, welche Patienten die begrenzten Therapieplätze erhalten.

Die Forderung, ethische Prinzipien wie Loyalität und Fairness zu berücksichtigen, gilt auch hier und kann als ethisches Prüfkriterium gelten, wenn in einem Entscheidungsprozess Unsicherheiten entstanden sind.

- **Bei einer Therapieentscheidung für KIT sind die Faktoren aus der Umgebung und dem Gesamtkontext zu berücksichtigen und bewusst zu reflektieren.**

## 18.7 Zusammenfassung

Für die Anwendung von KIT sind ethische und juristische Betrachtungen notwendig. Vor der Therapie ist eine sorgfältige Abwägung erforderlich. Die Aufgabe von KIT-Therapeuten besteht darin, umfangreich über die Methode aufzuklären. Dabei müssen sowohl die Indikation als auch die Durchführung ausführlich besprochen und anschaulich dargestellt werden. Die betroffenen Kinder oder Jugendlichen stehen im Mittelpunkt und sind umfangreich in die Aufklärung mit einzubeziehen. Dabei sind die Erklärungen altersangemessen zu gestalten. Eltern und Therapeuten sollen gemeinsam zu einer Einschätzung finden, ob das Kind insbesondere auch mit Blick auf die langfristigen Konsequenzen als einwilligungsfähig einzuschätzen ist. Wenn möglich, sollte ein **Informed Assent** hergestellt und dokumentiert werden. Weiterhin ist die Erlangung und qualifizierte Dokumentation eines **Informed Consent** der Eltern erforderlich.

Bei Säuglingen und Kleinkindern entscheiden die Eltern. Je älter und reifer die Kinder sind, umso mehr bekommt deren Einbeziehung in die Aufklärung und in die Entscheidung Bedeutung. Bei jeder Therapieentscheidung sollten alle Kinder und Jugendlichen ernst genommen und ihnen altersangemessene Erklärungen gegeben werden. Als grober Anhalt kann gelten, dass bei Kindern von 11 Jahren

und jünger nicht immer die Einwilligungsfähigkeit für die Fragen um KIT angenommen werden kann. Ab 14 Jahren ist umgekehrt eher vom Vorliegen einer solchen Fähigkeit auszugehen, sofern nicht besondere Umstände etwas anderes nahelegen. Im Alter zwischen diesen beiden Altersgruppen ist eine sorgfältige gemeinsame Meinungsbildung von Eltern und Therapeuten hinsichtlich der Fähigkeit des Kindes zu fordern, einen **Informed Assent** geben zu können.

➤ **Von besonderer Bedeutung in diesem Entscheidungsprozess ist die innere Haltung der entscheidenden Personen, mit der die Abwägungen geschehen.**

Die bewusste Wahrnehmung von Verantwortung für das Kind vollzieht sich durch die Sorgfalt, mit der die gemeinsame Abwägung der ethischen Werte im besten Interesse des Kindes erfolgt.

Gibt ein **Kind** zu erkennen, dass es mit der Behandlung nicht einverstanden ist, können die Eltern das Einverständnis ersetzen, wenn alle Beteiligten sich ausreichend sicher sind und das Kind als nicht einverständnisfähig gelten kann. Ist ein **Jugendlicher** dagegen nach Auffassung der Eltern oder Therapeuten weitgehend in dem oben dargestellten Sinne einwilligungsfähig und lehnt nachdrücklich die Therapie ab, sollte die KIT nicht durchgeführt werden. In Einzelfällen kann allerdings auch in solchen Fällen eine Entscheidung, die die Eltern im besten Interesse für den Jugendlichen treffen und sorgfältig abgewogen haben, über die Entscheidung des Jugendlichen gestellt werden. Dabei ist eine weitreichende Übereinstimmung aller anderen Beteiligten zu fordern. Dem Jugendlichen sind die Gründe sorgfältig und ausführlich darzulegen. **Der Prozess einer solchen Entscheidung ist gründlich zu dokumentieren.**

➤ **Von den Beteiligten kann nicht die absolute Freiheit von Fehlern in einer solchen Abwägung gefordert werden, wohl aber eine besondere Ausführlichkeit und Gründlichkeit in der Abwägung.**

Es ist eine besondere Bewusstheit zu fordern für die Verantwortung von Eltern, wenn sie Entscheidun-

gen gegen die Autonomie und Selbstbestimmung ihrer Kinder treffen. Diese Werte besitzen in unserer Gegenwartskultur einen hohen Stellenwert. Die letzte Verantwortung tragen dabei die Eltern.

Die Verwendung der nachfolgenden Checklisten stellt eine wichtige Hilfe in der Entscheidungsfindung dar.

**Checkliste: Entscheidungshilfen für Eltern**

- Verstehen Sie die **Bedeutung von Körperkontakt** für die Entwicklung Ihres Kindes?
- Glauben Sie, dass körperliche Nähe zu mindestens einer wichtigen Bezugsperson einen bedeutenden Einfluss auf die **gesamte Biografie** eines Menschen hat?
- Sind Sie sicher, dass bei Ihrem Kind **eine erhebliche Einschränkung** darin vorliegt, körperliche Nähe und Körperkontakt zuzulassen, und haben Sie das entweder am Video deutlich erkannt oder bereits im Alltag selbst festgestellt?
- Fühlen Sie sich ausreichend über die **Ziele der KIT** informiert?
- Fühlen Sie sich ausreichend über den **Ablauf der KIT** informiert und haben Sie möglicherweise ein Beispiel für KIT per Video gesehen?
- Ist mit Ihnen darüber gesprochen worden, dass es wichtig ist, die KIT **nicht abubrechen**, bevor Ihr Kind eine positive Erfahrung mit Körperkontakt machen konnte?
- Haben Sie bezüglich der Durchführung der Therapie ein ausreichend **sicheres Gefühl**, auch wenn Sie sich vorstellen, dass Ihr Kind sich über einen Zeitraum hinweg wehrt?
- Haben Sie und die Therapeutin oder der Therapeut ausführlich **mit dem Kind** über das Verfahren **gesprochen**?
- Konnten Sie eine **Einwilligung** bekommen oder, wenn Ihr Kind keine Einwilligung gegeben hat, gehen Sie davon aus, dass Ihrem Kind grundsätzlich eine tiefe Beziehung unter Einbeziehung von Körperkontakt guttun wird?
- Sind Sie entschlossen, mit einer KIT-Sitzung Verantwortung für die weitere Ent-

wicklung Ihres Kindes in besonderer Weise zu übernehmen, auch wenn Ihr Kind anfangs noch **nicht zustimmen** kann?

- ─ Haben Sie weitreichendes **Vertrauen** in die Arbeit der Therapeutin oder des Therapeuten, der oder die mit Ihnen die KIT-Behandlung durchführen soll?
- ─ **Sind Sie sich** mit dem anderen Elternteil (Sorgerechts-träger) **einig** über die Beantwortung der Fragen?

Sollten Sie bei einer oder bei mehreren Fragen mit »Nein« antworten, empfehlen wir ein vertieftes Gespräch mit einem KIT-Therapeuten.

#### Checkliste: Entscheidungshilfen für Therapeuten

- ─ Sind Sie sicher, dass für die erwachsenen Personen, die das KIT durchführen, **das Wohl des Kindes im Vordergrund steht**?
- ─ Sind Sie sicher, dass die beteiligten Personen ohne Einschränkung zu ihrem Kind stehen?
- ─ Haben Sie **keine** Hinweise, dass eine der Personen, die bei der Therapie mitwirken, in der Vergangenheit sexuell übergriffig war?
- ─ Ist die **Diagnose** einer Körperblockierung sicher gestellt? Liegen Videoaufnahmen vor, die das eindeutig zeigen?
- ─ Sind die Videos und die Indikation mit dem **Kind oder Jugendlichen** ausreichend besprochen?
- ─ Sind die Videos und die Indikation mit den **Eltern** ausreichend besprochen?
- ─ Ist mit allen Beteiligten der **Ablauf** einer KIT ausführlich besprochen?
- ─ Wurde das Problem eines vorzeitigen Abbruchs der Sitzung erörtert?
- ─ Haben Sie mit den Eltern gemeinsam festgestellt, dass **keine Einwilligungsfähigkeit des Kindes** zur KIT besteht und sind Sie

sich mit den Eltern einig, dass die Einwilligung der Eltern hinreichend ist?  
oder

- ─ Haben Sie mit den Eltern gemeinsam die **Einwilligungsfähigkeit** des Kindes oder Jugendlichen zur KIT **festgestellt**? Haben Sie einen **Informed Assent** erlangt und dokumentiert oder gehen Sie aus anderen Gründen von einer mutmaßlichen Einwilligung ihres Kindes aus?  
oder
- ─ Falls Sie mit den Eltern gemeinsam die **Einwilligungsfähigkeit** des Kindes zur KIT **festgestellt** haben, das Kind aber die Behandlung ablehnt:
  - Ist eine besonders **gründliche und umfangreiche Abwägung** mit allen Beteiligten durchgeführt worden?
  - Ist das Ergebnis dieser Abwägung tragfähig für die Behandlung?
  - Sind die Gründe der Zustimmung zur Behandlung und die Werteabwägung ausreichend dokumentiert?
  - Sind dem Kind das Ergebnis der Abwägung und die Gründe dafür ausreichend gut erklärt worden?
- ─ Liegt ein **Informed Consent aller Erziehungsberechtigten** vor und ist dieser sicher dokumentiert?
- ─ Haben Sie ausreichendes **Vertrauen zu den Eltern**, mit denen Sie die KIT durchführen werden?
- ─ Haben Sie ein **gutes Gefühl** mit Blick auf die Behandlung, auch für eventuelle schwierige Situationen?
- ─ Haben Sie ein sicheres Gefühl, dass in diesem Falle **KIT das geeignetste Verfahren** ist?

Können nicht alle Fragen mit »Ja« beantwortet werden, sollte ernsthaft erwogen werden, die KIT nicht durchzuführen. Eine negative Beantwortung der harten Kriterien aus Frage 3 sowie 5–10 schließt die Durchführung der KIT aus.

## Literatur

---

- Alderson, P. (2003): Autonomie des Kindes – über die Selbstbestimmungsfähigkeit von Kindern in der Medizin. In: Wiesemann, C. et al. (Hrsg.) Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille. Frankfurt New York: Campus.
- Bundesärztekammer, Wissenschaftlicher Beirat (1994): Ethische und rechtliche Probleme bei der Behandlung bösartiger Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. *Dtsch Arztebl* 91(46): A 3204–8.
- Dörries, A. (2003): Der Best-Interest-Standard in der Pädiatrie – theoretische Konzeption und klinische Anwendung. In: Wiesemann, C. et al. (Hrsg.) Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille. Frankfurt New York: Campus.
- Dörries, A., Neitzke, G., Simon, A., Vollmann, J. (Hrsg.) (2010): Klinische Ethikberatung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Jonsen, A.R.; Siegler, M.; Winslade, W.J. (2006) (Hrsg.) Klinische Ethik Eine praktische Hilfe zur ethischen Entscheidungsfindung. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Kölch, M. (2003): Aufklärung bei klinischen Studien bei Kindern und Jugendlichen. In: Wiesemann, C. et al. (Hrsg.) Das Kind als Patient Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille. Frankfurt New York: Campus.
- Kurz, R. (2001): Ethik in der pädiatrischen Forschung – Grundsatzpapier der Ethik – Arbeitsgruppe der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde.  
 ► <http://www.meduni-graz.at/ethikkommission/Forum/Download/Files/Paediatr.pdf>
- Maio, G. (2012): Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Stuttgart: Schattauer.
- Parzeller M., Wenk M., Zedler B, Rothschild M. (2007): Aufklärung und Einwilligung bei ärztlichen Eingriffen. *Dtsch Arztebl* 104(9): A 576–86.
- Simon, A., Neitzke, G. (2010) »Medizinische Aspekte der Klinischen Ethikberatung« in: Dörries, A., Neitzke, G., Simon, A., Vollmann, J. (Hrsg.) Klinische Ethikberatung. Stuttgart: Kohlhammer.
- Spagnolo, A. (2006) Geleitwort. In: Jonsen, A.R.; Siegler, M.; Winslade, W.J. (Hrsg.): Klinische Ethik. Eine praktische Hilfe zur ethischen Entscheidungsfindung. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Stapff, M. (2008) Arzneimittelstudien. Eine Einführung in klinische Prüfungen für Ärzte, Studenten, medizinisches Assistenzpersonal und medizinische Laien. München, Wien, New York: Zuckschwerdt.
- Vollmann, J. (2003): Konzeptionelle und methodische Fragen bei der Feststellung der Einwilligungsfähigkeit bei Kindern. In: Wiesemann, C. et al. (Hrsg.) Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille. Frankfurt New York: Campus.
- Vollmann, J. (2008): Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur Klinischen Ethik. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wendehorst, C.C. (2003): Ärztliche Schweigepflicht bei Kindern und Jugendlichen. In: Wiesemann, C. et al. (Hrsg.) Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille. Frankfurt New York: Campus.

# Anhang: Fragebögen zum Körperkontakt

## A1 Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Kleinkindern, Kindergartenkindern, Schulkindern

Name: \_\_\_\_\_

Datum des Fragebogens: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Fragebogen ausgefüllt durch: \_\_\_\_\_

1. Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt					
Sichere Hinweise	nein		etwas		ja
Das Kind reagiert auf ein positives Angebot von Körperkontakt durch seine Eltern ablehnend. Es vermeidet den Körperkontakt ganz oder bricht ihn schnell ab. Es wehrt sich verbal oder körperlich gegen Körperkontakt bis hin zu sehr heftigem Widerstand.	1	2	3	4	5
Das Kind sucht nicht von sich aus körperliche Nähe zu seinen Eltern, obwohl diese positiven Körperkontakt anbieten.	1	2	3	4	5
Das Kind lässt kurze positive Körperkontaktangebote der Eltern zu, lehnt jedoch längeres Kuschneln ab.	1	2	3	4	5
Das Kind lässt sich auf Körperkontakt ausschließlich dann ein, wenn dieser seiner Kontrolle unterliegt. Beispielsweise steuert es die Art und Weise des Kuschnelns oder hat häufig seine Arme über denen der Eltern.	1	2	3	4	5
Weitere wichtige Hinweise	nein		etwas		ja
Das Kind sucht körperliche Nähe ausschließlich dann, wenn es krank ist oder ihm etwas weh tut.	1	2	3	4	5
Das Kind fordert überstark Körperkontakt ein, indem es »klammert«.	1	2	3	4	5
Das Kind benötigt Alltagsrituale (abendliches Vorlesen, Massage, Umarmung bei Begrüßung und Verabschiedung) als Hilfestellung, um Körperkontakt zu den Eltern aufnehmen zu können. Ansonsten sucht es wenig Kontakt.	1	2	3	4	5
Das Kind lehnt körperliche Nähe seiner Eltern ab, außer es will damit etwas erreichen (z. B. Kuschneln beim Fernsehen, um das Zu-Bett-Gehen hinauszuziehen).	1	2	3	4	5
Das Kind kommt häufig nachts ins Bett der Eltern um Nähe aufzunehmen, sucht ansonsten jedoch wenig Körperkontakt.	1	2	3	4	5

2. Gefühl in körperlicher Nähe					
Sichere Hinweise	nein		etwas		ja
Das Kind fühlt sich während positiver Körperkontaktaufnahme seiner Eltern in nahen und zugewandten Haltepositionen (Bauch an Bauch, Wiegestellung) unwohl. In körperfernen oder abgewandten Haltepositionen (seitlich oder mit dem Rücken zur Bezugsperson) fühlt es sich weniger unwohl oder sogar gut.	1	2	3	4	5
Je länger die positive Körperkontaktaufnahme seiner Eltern dauert, desto unwohler fühlt sich das Kind.	1	2	3	4	5
Das Kind fühlt sich während der Körperkontaktaufnahme seiner Eltern wohler, wenn es durch seine Umwelt abgelenkt ist (Fernsehen, Bilderbuch anschauen). Das Wohlbefinden des Kindes nimmt ab, wenn es die Aufmerksamkeit auf seine Eltern richten soll.	1	2	3	4	5
Das Kind fühlt sich unwohl, wenn seine Eltern in körperlicher Nähe Gefühle von Zuneigung und Annahme ausdrücken.	1	2	3	4	5

<b>3. Aktivierungsniveau im Körperkontakt</b>					
<i>Überaktivierung</i>					
<b>Sicherer Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Das Kind wirkt im Körperkontakt übererregt, angespannt oder gestresst. Außerhalb von Körperkontaktsituationen erscheint das Kind nicht übermäßig angespannt.	1	2	3	4	5
<b>Weitere wichtige Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Das Kind verhält sich so wie in der ersten Zeile beschrieben. Es wirkt jedoch auch dann häufig nervös und angespannt, wenn es nicht im Körperkontakt ist.	1	2	3	4	5
Das Kind lässt sich über positiven Körperkontakt nicht beruhigen, wenn es durch eine vorangegangene Situation irritiert und übererregt war (beispielsweise nach einer Verletzung oder emotionalen Verunsicherung). Die fehlende Beruhigbarkeit ist nicht durch eine Störung der Sensorischen Integration oder ein Machtkampfverhalten zu erklären.	1	2	3	4	5
<i>Überaktivierung</i>					
<b>Sichere Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Das Kind wirkt in positiver körperlicher Nähe überwiegend unteraktiviert. Sein Körper ist eher schlaff, das Gesicht ausdruckslos. Insgesamt verhält das Kind sich im Körperkontakt eher passiv, auch wenn es nicht müde ist. Es reagiert im Körperkontakt wenig auf Lächeln, Streicheln und andere Formen der Kontaktaufnahme seiner Eltern. Außerhalb von Körperkontaktsituationen ist eine entsprechende Unteraktivierung in der Regel nicht zu beobachten.	1	2	3	4	5
Das Kind verhält sich oft so, wie eine Zeile höher beschrieben. Im längeren Körperkontakt wechseln jedoch Phasen der Unteraktivierung mit Phasen ab, in denen das Kind angespannt oder gestresst (also eher überaktiviert) ist.	1	2	3	4	5
<b>Weitere wichtige Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Das Kind sucht während des Körperkontakts starke Stimulationen. Diese können beispielsweise durch intensives Reden, Rangeln mit den Eltern etc. erreicht werden.	1	2	3	4	5
Das Kind verhält sich so, wie in der ersten Zeile der sicheren Hinweise beschrieben. Es zeigt jedoch auch außerhalb des Körperkontakts ähnliche Verhaltensweisen, die auf eine Unteraktivierung hinweisen.	1	2	3	4	5

<b>4. Blickkontakt in körperlicher Nähe</b>					
<b>Sichere Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Das Kind nimmt in positiver körperlicher Nähe keinen Blickkontakt zu seinen Eltern auf, auch wenn diese Blickkontakt anbieten und ihr Kind zu Blickkontakt ermutigen oder auffordern.	1	2	3	4	5
Das Kind unterbricht die vorher positive körperliche Nähe zu seinen Eltern, wenn diese Blickkontakt anbieten oder dazu auffordern.	1	2	3	4	5
<b>Weitere wichtige Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Das Kind kann in positiver körperlicher Nähe und Blickkontakt seinen Kopf nicht entspannt an der Schulter seiner Bezugspersonen ablegen.	1	2	3	4	5
Das Kind kann in positiver körperliche Nähe zu seinen Eltern keinen längeren Blickkontakt aufrechterhalten.	1	2	3	4	5
Das Kind nimmt in positiver körperlicher Nähe mit seinen Eltern Blickkontakt auf, kann diesen aber nur über ablenkendes Erzählen aufrechterhalten.	1	2	3	4	5
Das Kind nimmt bei kurzen Umarmungen im Alltag aktiv keinen angemessenen Blickkontakt auf oder weicht aus.	1	2	3	4	5

5. Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe					
Sichere Hinweise	nein		etwas		ja
Das Kind <b>geht</b> im Körperkontakt emotional unpassend auf seine Bezugsperson <b>zu</b> . Beispiele: Es lacht in eher alberner Weise, es kitzelt die Bezugsperson in einer für diese unangenehme Weise, es patscht ihr auf die Backe, statt liebevoll zu streicheln.	1	2	3	4	5
Das Kind reagiert auf Beziehungsangebote seiner Eltern im Körperkontakt emotional unpassend. Beispiele: Es reagiert auf ein liebevolles Lächeln überzogen, unecht oder zu wenig. Es beantwortet ein echtes Lob seiner Bezugsperson, indem es sich über diese lustig macht. Es reagiert auf feinfühliges Streicheln seiner Bezugsperson, indem es laut lacht oder zu zappeln beginnt.	1	2	3	4	5
Das Kind kann sich in positivem Körperkontakt zu seinen Eltern emotional nicht für Lob öffnen und eigene Gefühle zeigen.	1	2	3	4	5

## A2 Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Erwachsenen

Name: \_\_\_\_\_

Datum des Fragebogens: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Fragebogen ausgefüllt durch: \_\_\_\_\_

1. Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt					
<i>Allgemein zu anderen Menschen</i>					
Sichere Hinweise	nein	etwas		ja	
Der Betroffene reagiert ablehnend oder passiv auf den Versuch nahestehender Menschen, Körperkontakt aufzunehmen, obwohl er sich deren Nähe wünscht. Dies kann beispielsweise enge Freunde, die eigenen Eltern oder die eigenen (erwachsenen) Kinder betreffen.	1	2	3	4	5
Der Betroffene versucht beispielsweise in Begrüßungs- und Verabschiedungssituationen, Körperkontakt so weit wie möglich zu vermeiden.	1	2	3	4	5
<i>Zum Partner</i>					
Sichere Hinweise	nein	etwas		ja	
Der Betroffene <b>weicht</b> positiven Körperkontaktangeboten des Partners oft <b>aus</b> .	1	2	3	4	5
Der Betroffene <b>sucht aktiv wenig</b> körperliche Nähe, obwohl der Partner offen dafür wäre.	1	2	3	4	5
Der Betroffene sucht körperliche Nähe hauptsächlich über Sexualität.	1	2	3	4	5
Körperkontakt wird überwiegend oder ausschließlich Rücken an Bauch oder seitlich aufgenommen.	1	2	3	4	5
Positiv geäußerte Wünsche nach körperlicher Nähe des Partners lösen schwer nachvollziehbaren Widerstand aus.	1	2	3	4	5
Körperkontaktaufnahme mit dem Partner im Alltag wird auf ritualisierte Anlässe wie Begrüßungs- oder Verabschiedungssituationen, einen Gute-Nacht-Kuss o. Ä. beschränkt.	1	2	3	4	5
Im Körperkontakt kann kontrollierendes Verhalten gegenüber dem Partner nie ganz aufgegeben werden.	1	2	3	4	5
<i>Zum Kind</i>					
Sichere Hinweise	nein	etwas		ja	
Die Bezugsperson geht wenig Körperkontakt zum Kind ein, obwohl dieses Körperkontakt sucht und sich im Körperkontakt zugewandt und positiv verhält.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson geht Körperkontakt zum Kind nur kurz ein, obwohl dieses sich zugewandt und positiv verhält und gerne länger kuscheln würde.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson nimmt das Kind überwiegend mit dem Rücken zu sich gewandt in Körperkontakt. Dies liegt nicht am Kind, das mit anderen Bezugspersonen gerne auch Bauch an Bauch kuschelt.	1	2	3	4	5
Weitere wichtige Hinweise	nein	etwas		ja	
Die Bezugsperson nimmt Körperkontakt zum Kind überwiegend »zweckgebunden« auf, z. B. bei Begrüßungen bzw. Verabschiedungen, zum Gute-Nacht-Sagen oder zum Trösten.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson bietet dem Kind körperliche Nähe regelmäßig z. B. beim Vorlesen, Erzählen, gemeinsamem Fernsehen an, ohne diese oder ähnliche Ablenkungen aber selten.	1	2	3	4	5
Steuerndes Verhalten kann in körperlicher Nähe zum Kind nicht aufgegeben werden, obwohl sich das Kind zugewandt positiv verhält.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson nimmt viel körperliche Nähe zum Kind, aber wenig Körperkontakt zum Partner auf.	1	2	3	4	5

<b>2. Gefühl in körperlicher Nähe</b>					
<i>Allgemein zu anderen Menschen</i>					
<b>Sichere Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Der Betroffene fühlt sich in der Regel unwohl, wenn nahestehende Menschen positiven Körperkontakt mit ihm aufnehmen. Dies kann beispielsweise enge Freunde, die eigenen Eltern oder die eigenen (erwachsenen) Kinder betreffen.	1	2	3	4	5
Der Betroffene empfindet Umarmungen, z. B. in Begrüßungs- und Verabschiedungssituationen allgemein als unangenehm, auch wenn er die jeweiligen Personen gern hat.	1	2	3	4	5
<i>Zum Partner:</i>					
<b>Sichere Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Körperliche Nähe löst unangenehme Gefühle aus, obwohl sich der Partner einfühlsam und rücksichtsvoll verhält.	1	2	3	4	5
Streicheln, Kraulen, Massagen des Partners werden ohne engeren Körperkontakt als angenehm erlebt, lösen jedoch in nahem Körperkontakt Unwohlsein aus.	1	2	3	4	5
Obwohl sich sein Partner ruhig und einfühlsam verhält, kommt es über den Körperkontakt nicht zu Entspannung und einem guten Gefühl.	1	2	3	4	5
<i>Zum Kind:</i>					
<b>Sichere Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Die Bezugsperson fühlt sich im Körperkontakt mit dem Kind nicht wirklich wohl, obwohl dieses sich zugewandt und positiv verhält.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson fühlt sich im Körperkontakt mit dem Kind nur bei kurzen Umarmungen wohl, obwohl dieses sich zugewandt und positiv verhält. Längeres Kuscheln führt hingegen zu Unwohlsein.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson kann gedanklich nicht loslassen, um positive körperliche und emotionale Nähe mit dem Kind genießen zu können.	1	2	3	4	5

<b>3. Aktivierungsniveau im Körperkontakt</b>					
<b>Überaktivierung</b>					
<b>Sicherer Hinweis</b>	nein		etwas		ja
Der Betroffene empfindet in positiver körperlicher Nähe zum Partner, zum Kind oder zu anderen Menschen eine innere Anspannung, Stress oder Angst. Außerhalb von Körperkontaktsituationen fühlt er sich im Allgemeinen nicht übermäßig angespannt.	1	2	3	4	5
<b>Weitere wichtige Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Der Betroffene empfindet in positiver körperlicher Nähe zum Partner oder zu anderen Menschen eine innere Anspannung, Stress oder Angst, obwohl diese sich einfühlbar verhalten. Auch außerhalb von Körperkontaktsituationen ist er oft in ähnlicher Weise überaktiviert.	1	2	3	4	5
Körperliche Nähe hilft dem Betroffenen nicht dabei, sich in schwierigen, Stress auslösenden Situationen zu entspannen.	1	2	3	4	5
<b>Unteraktivierung</b>					
<b>Sicherer Hinweis</b>	nein		etwas		ja
In positiver körperlicher Nähe zum Partner oder zum Kind kommt es zu einem Absinken des Aktivierungsniveaus. Der Betroffene fühlt sich im Körperkontakt schnell müde, schlaff und antriebslos. Außerhalb von Körperkontaktsituationen ist er im Allgemeinen nicht unteraktiviert.	1	2	3	4	5
<b>Weitere wichtige Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Der Betroffene erlebt v. a. längeren Körperkontakt als langweilig.	1	2	3	4	5
Der Betroffene wirkt auch außerhalb von Körperkontaktsituationen eher unteraktiviert.	1	2	3	4	5
Der Betroffene sucht während des Körperkontakts starke Stimulationen. Diese können über Sexualität, aber auch beispielsweise durch intensives Reden, Rangeln mit dem Partner etc. erreicht werden.	1	2	3	4	5

<b>4. Blickkontakt in körperlicher Nähe</b>					
<i>Allgemein zu anderen Menschen</i>					
<b>Sicherer Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Auch mit Menschen, zu denen eine enge Beziehung besteht, weicht der Betroffene Blickkontakt aus, wenn er in den Arm genommen wird.	1	2	3	4	5
<b>Weitere wichtige Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Der Erwachsene nimmt nur flüchtigen Blickkontakt in Gesprächen auf.	1	2	3	4	5
Der Erwachsene schaut sein Gegenüber mit unangenehm starrem durchdringendem Blick an.	1	2	3	4	5
<i>Zum Partner</i>					
<b>Sichere Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Dem Betroffenen fällt es schwer, in körperlicher Nähe mit dem Partner Blickkontakt aufzunehmen.	1	2	3	4	5
Kuscheln mit dem Partner findet fast immer Bauch an Rücken statt und schließt Blickkontakt aus.	1	2	3	4	5
<b>Weitere wichtige Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Blickkontaktaufnahme zum Partner während kurzer Umarmung im Alltag fehlt oder ist nur flüchtig, obwohl der andere positiv Beziehung aufnimmt.	1	2	3	4	5
<i>Zum Kind</i>					
<b>Sichere Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Die Bezugsperson nimmt in positiver körperlicher Nähe zum Kind keinen Blickkontakt auf.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson unterbricht nahen Körperkontakt zum Kind, um längeren positiven Blickkontakt herstellen zu können, obwohl das Kind selbst das Gehtenwerden Bauch an Bauch oder in Wiegeposition dazu bevorzugen würde.	1	2	3	4	5
<b>Weitere wichtige Hinweise</b>	nein		etwas		ja
Die Bezugsperson kann in positiver körperlicher Nähe zum Kind keinen längeren Blickkontakt aufrechterhalten.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson nimmt in positiver körperlicher Nähe zum Kind Blickkontakt auf, kann diesen aber nur über ablenkendes Erzählen aufrechterhalten.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson nimmt bei kurzen Umarmungen im Alltag keinen Blickkontakt auf.	1	2	3	4	5

5. Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe					
<i>Zum Partner</i>					
Sichere Hinweise	nein		etwas		ja
Der Betroffene geht in körperlicher Nähe emotional unpassend auf seinen Partner zu. Beispiele: Er drückt den anderen zu heftig oder mit zu wenig Druck, er macht Vorwürfe.	1	2	3	4	5
Der Betroffene reagiert auf Beziehungsangebote seines Partners im Körperkontakt emotional unpassend. Beispiele: Er reagiert auf ein liebevolles Lächeln überzogen oder zu wenig, er reagiert auf Gestreicheltwerden mit einer ironischen Bemerkung.	1	2	3	4	5
Weitere wichtige Hinweise					
Der Betroffene streichelt seinen Partner im Körperkontakt so, dass es diesem dabei nicht oder nur wenig gut geht. Beispielsweise streichelt er ohne es zu bemerken etwas zu schnell, zu unruhig oder nur mit den Fingerkuppen.	1	2	3	4	5
Positive Beziehungssignale vom Partner werden ungenau wahrgenommen und hierdurch über- oder unterbewertet.	1	2	3	4	5
<i>Zum Kind</i>					
Sichere Hinweise	nein		etwas		ja
Die Bezugsperson geht im Körperkontakt emotional unpassend auf das Kind zu.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson reagiert auf Beziehungsangebote des Kindes im Körperkontakt emotional unpassend, obwohl das Kind in positive Beziehung tritt.	1	2	3	4	5
Weitere wichtige Hinweise					
Die Bezugsperson lässt sich von positiven Beziehungssignalen des Kindes z. B. Freude bzw. Lächeln wenig oder gar nicht zünden.	1	2	3	4	5
Die Bezugsperson reagiert auf Gefühle des Kindes z. B. Freude, Kummer, Angst uneinfühlsam.	1	2	3	4	5

6. Emotionale Schwingungsfähigkeit in Beziehungen allgemein					
	nein		etwas		ja
Der Betroffene wirkt anderen Menschen gegenüber emotional distanziert.	1	2	3	4	5
Der Betroffene zeigt anderen Menschen gegenüber wenig Empathie. Er spürt beispielsweise wenig oder nicht, wenn andere traurig sind oder Schmerzen haben.	1	2	3	4	5
Der Betroffene redet sehr viel, ohne dabei sein Gegenüber im Gespräch zu spüren und zu berücksichtigen.	1	2	3	4	5
Der Betroffene wird von anderen als emotional unnahbar erlebt.	1	2	3	4	5
Der Betroffene reagiert auf andere Menschen, auch wenn diese sich ihm gegenüber positiv verhalten, zynisch oder ironisch.	1	2	3	4	5
Der Betroffene setzt häufig unnachgiebig seinen Willen durch, ohne sein Gegenüber emotional wahrzunehmen. Er nimmt nicht wahr, dass er durch dieses Verhalten die Beziehung zu seinem Gegenüber belastet.	1	2	3	4	5

**A3 Beobachtungsmerkmale für Körperkontaktstörungen bei Säuglingen**

Name: \_\_\_\_\_

Datum des Fragebogens: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Fragebogen ausgefüllt durch: \_\_\_\_\_

1. Verhalten in Zusammenhang mit Körperkontakt					
Sichere Hinweise	nein		etwas		ja
Der Säugling reagiert auf ein positives Angebot von Körperkontakt durch seine Eltern mit Vermeidung und Abwehr. Er wendet den Kopf ab bzw. überstreckt sich. Ein solches Verhalten ist sowohl in aufrechter Haltung als auch in der Wiegestellung zu beobachten.	1	2	3	4	5
Der Säugling hält Körperkontakt für kurze Zeit aus. Beispielsweise können seine Eltern ihn kurz an sich drücken. Sobald die körperliche Nähe etwas länger dauert, reagiert der Säugling dem ersten Punkt entsprechend.	1	2	3	4	5
Der Säugling lässt sich am Körper der Eltern seitlich, im Fliegergriff oder mit dem Rücken zugewandt tragen. Bei Körperkontakt Bauch an Bauch oder in Wiegestellung reagiert er dem ersten Punkt entsprechend.	1	2	3	4	5
Der Säugling lässt körperliche Nähe ausschließlich dann zu, wenn er krank ist.	1	2	3	4	5
Weitere wichtige Hinweise	nein		etwas		ja
Der Säugling lässt sich im Körperkontakt nicht trösten.	1	2	3	4	5
Der Säugling kann längeren Körperkontakt in Zusammenhang mit dem Füttern (Stillen oder Flasche) tolerieren. In anderen Situationen mit Körperkontakt reagiert er überwiegend dem ersten Punkt entsprechend.	1	2	3	4	5
Der Säugling schläft nachts im Bett der Eltern und kann dort Nähe aufnehmen. Am Tage reagiert er überwiegend dem ersten Punkt entsprechend.	1	2	3	4	5
Der Säugling kann Körperkontakt nur zulassen, wenn er abgelenkt ist, z. B sich mit einem Spielzeug beschäftigt oder andere Menschen beobachtet. Ohne Ablenkung reagiert er überwiegend dem ersten Punkt entsprechend.	1	2	3	4	5
Der größere Säugling ab ca. dem 7. Lebensmonat klammert überstark an seine Mutter oder beide Eltern, ohne dabei positive Beziehungssignale im Körperkontakt zu zeigen.	1	2	3	4	5

2. Gefühl in körperlicher Nähe					
Sichere Hinweise	nein		etwas		ja
Der Säugling reagiert auf ein positives Angebot von Körperkontakt durch seine Eltern mit Unwohlsein bzw. Unruhe. Mit zunehmender Dauer des Körperkontakts nimmt das Unbehagen zu bis hin zum Schreien.	1	2	3	4	5

3. Aktivierungsniveau im Körperkontakt					
<i>Überaktivierung</i>					
Sichere Hinweise	nein		etwas		ja
Der Säugling reagiert auf ein positives Angebot von Körperkontakt durch seine Eltern mit Überaktivierung. Sein Körper ist angespannt und eher überstreckt, die Hände sind gefaustet, die Haut kann sich rot färben. Manche Säuglinge können aus Übererregung mit Armen, Händen und Beinen zittern. Außerhalb der Körperkontaktsituation zeigt der Säugling keine entsprechende Übererregung.	1	2	3	4	5
Weiterer wichtiger Hinweis	nein		etwas		ja
Der Säugling zeigt die oben beschriebene Übererregung nicht nur im Körperkontakt sondern auch in anderen Alltagssituationen.	1	2	3	4	5
<i>Unteraktivierung</i>					
Sicherer Hinweis	nein		etwas		ja
Der Säugling verhält sich bei einem positiven Angebot von Körperkontakt durch seine Eltern überwiegend passiv, obwohl er nicht müde ist. Sein Körper ist eher schlaff und seine Mimik eher ausdrucksarm. Der Säugling reagiert nicht oder nur wenig auf Lächeln, Streicheln, Ansprache und andere liebevolle Beziehungsangebote seiner Eltern. Außerhalb der Körperkontaktsituation gibt es keine oder nur wenig Anzeichen von Unteraktivierung.	1	2	3	4	5
Weitere wichtige Hinweise	nein		etwas		ja
Der Säugling zeigt die oben beschriebene Unteraktivierung nicht nur im Körperkontakt, sondern ein entsprechendes Verhalten ist auch in anderen Alltagssituationen überwiegend zu beobachten.	1	2	3	4	5
Bei ruhiger Beziehungsaufnahme durch die Eltern verhält sich der Säugling im Arm seiner Eltern so, wie unter „sichere Hinweise“ beschrieben. Wenn die Eltern das Baby im Körperkontakt stark stimulieren, wird es wacher bis hin zu freudigem Lachen.	1	2	3	4	5

4. Blickkontakt in körperlicher Nähe					
Sichere Hinweise	nein		etwas		ja
Der Säugling sucht in positiver körperlicher Nähe keinen Blickkontakt zu seinen Eltern.	1	2	3	4	5
Der Säugling reagiert in positiver körperlicher Nähe nicht oder nur kurz auf einen Versuch seiner Eltern, mit ihm Blickkontakt einzugehen. Dies gelingt auch dann nicht, wenn die Eltern ihn liebevoll und mit dem typischen Augengruß ansprechen.	1	2	3	4	5
Weitere wichtige Hinweise	nein		etwas		ja
Der Säugling kann im Körperkontakt mit seinen Eltern keinen längeren Blickkontakt aufrechterhalten	1	2	3	4	5
Der Säugling nimmt in positiver körperlicher Nähe mit seinen Eltern Blickkontakt auf, kann diesen aber nur bei intensiv stimulierender Mimik und Ansprache der Eltern aufrechterhalten.	1	2	3	4	5

5. Emotionales Schwingen in körperlicher Nähe					
Sichere Hinweise	nein		etwas		ja
Der Säugling reagiert im Körperkontakt nicht angemessen auf die Beziehungssignale seiner Eltern. Beispielsweise ist wenig Reaktion auf liebevolles Lächeln oder ein fehlendes Spiegeln der Mimik der Bezugsperson zu beobachten.	1	2	3	4	5
Das Baby kann sich in positivem Blick- und Körperkontakt emotional nicht öffnen. Das typische langanhaltende Juchzen und stimmhafte laute Lachen im Kontakt mit den Eltern ab dem 5. Lebensmonat fehlt beispielsweise.	1	2	3	4	5