

Interaktionsdiagnostik oder die Entmystifizierung der empathisch beobachtenden Interpretation zwischenmenschlichen Verhaltens

Inhalt:

1. Einleitung
2. Interaktion – Kommunikation – Bindung: Was bedeuten die Worte?
3. Interaktionsdiagnostik
4. Das Training von Interaktionsdiagnostik in Forschung und Praxis
5. Interaktionsklassifikation in der frühen Kindheit: ZTTDC: 0-3
6. Fallbeispiel
7. Zusammenfassung

Weiterführende Literatur

Literatur

1. Einleitung

Die zufällige Entdeckung der Interferenz menschlichen Verhaltens auf Wahrnehmungs- und Lernprozesse bei einem unbeteiligten Beobachter durch Vittorio Gallese und Giacomo Rizzolatti revolutionierte 1992 die bisherige Interaktions-, Lern- und Kommunikationsforschung grundlegend (s. Rizzolatti, Fogassi & Gallese, 2006). Die Entdeckung der Forscher bestand darin, dass der bei sommerlichen Temperaturen an der Universität von Padova ein Speiseeis lutschende Verhaltensbiologe Rizzolatti bemerkte, dass bei seinem Forschungspartner – einem ihm passiv, aber wohlwollend zuschauenden Menschenaffen – gleiche zerebrale EEG-Aktivitäten erkennbar waren, als wenn der Affe selbst ein Eis lutschen würde. Damit war der bahnbrechende Link zwischen der hirnrorganischen Wirkung selbst getätigter im Gegensatz zu bei Anderen beobachteten Interaktionen gemacht und verstanden worden! Die folgenden Jahre brachten im Anschluss an diese Publikation immer mehr wissenschaftliche Ergebnisse über die neuro-chemischen Grundlagen zerebraler Vernetzungen im tierischen wie auch menschlichen Gehirn. Dadurch können wir heute verstehen, wie beobachtete Bewegungsabläufe und Interaktionsmuster bei einem unbeteiligten, aber beobachtenden Menschen bezüglich einer beobachteten Bewegung oder Veränderung eines Verhaltens beim nicht selbst aktiven Beobachter trotzdem integriert und gespeichert werden. Sie werden über den Mechanismus der Spiegelneuronen („*mirror neurons*“) durch neuronale Verschaltung des Neocortex mit dem limbischen System und dem Nucleus Amygdala (Mandelkern) auch im Gehirn des inaktiven Beobachters abgebildet, gespeichert und zusätzlich nachhaltig affektiv verankert und somit auch empathisch verstanden. So können wir heute erklären, warum wir uns beispielsweise angesichts eines in eine Zitrone beißenden Gesichtes selbst einen sauren Geschmack vorstellen können, ohne die Zitrone selbst zu essen.

Die ersten Lebensjahre der Hominiden und jedes Menschen stellen durch den Aufbau und die komplexe Differenzierung dieser erst relativ neu entdeckten, aber seit Jahrtausenden die Evolution kennzeichnenden Mechanismen neuronalen Vernetzungen die Voraussetzung für jedes weitere Handlungslernen und müssen als entscheidende und existenziell prägende Entwicklungsphase angesehen werden. Durch die physikalischen und chemischen Aktivitäten der „*mirror neurons*“ (Spiegelneuronen) werden also wichtige Erfahrungsmodelle für das gesamte weitere Leben festgelegt.

Das seine Mutter beobachtende Neugeborene und der in den ersten Monaten heranwachsende Säugling stehen in dessen wachem Zustand in einem fast permanenten Dialog mit ihrem belebten wie auch unbelebten Umfeld. Die belebte Umwelt vermag auf die Signale des Babys zu reagieren, diese zu imitieren, zu simulieren, zu verstärken, zu ignorieren oder aktiv zurückzuweisen. Die dabei anfangs prägende Einzelperson ist in westlichen Kulturen häufig die Mutter, welche in einem verbal nicht zwingend klar definierten, aber affektiv motivierenden Wechselgespräch („*mother-infant babbling*“) das Geschehen um das Kind und seine gesamte Umwelt beschreibend benennt. Hierbei geht es noch keineswegs um ein aktives, vom Kind bewusst kognitiv aufgenommenes Verstehen der Worte oder der eigentlichen Sprache der Mutter, sondern um das Erleben, dass innere und äußere Bewegungen und Veränderungen durch die empathische „Brille“ der Mutter für das Kind bezeichnet, interpretiert und damit affektiv nachvollziehbar werden. So werden Sprachbedeutung, Identität, emotionale Sicherheit und der moralische Kodex („*the moral self*“) des umgebenden Bezugssystems erlernt. Im besten Fall führt dies dazu – da es wiederholt auftritt –, dass alle einwirkenden Informationen einerseits durch den WahrnehmungsfILTER der Mutter zentral integriert werden können, andererseits das Kind dadurch auch eine sensorische Wahrnehmungsschulung erhält. „Schau, das ist dein Händchen, ist es nicht ein schönes Händchen, damit kannst du später Winke-Winke machen; ist das nicht ein süßes kleines Händchen? Schau, es ist dein Händchen, Dein Händchen!“.

Wer kennt solche Szenen und Sätze nicht? Für jeden externen Zuhörer wirkt ein zufälliges Zeuge-Sein solcher oder ähnlicher Mutter-Kind-Dialoge oft wie ein Eindringen in eine sehr persönliche und fast verbotene Intimsphäre. Glücklicherweise geschehen solche Szenen auch nicht in einer kognitiv kontrollierten oder gar vorbereiteten „richtigen“ Manier. Sie bedürfen als Voraussetzung „nur“ einer psychisch gesunden und existenziell und sozial ausreichend abgesicherten Mutter, die sich freut, mit ihrem Kind Zeit und Kontakt zu teilen. Die authentische intuitive Instinktivität solcher Szenen und Dialoge ist meist berührend, bisweilen aber auch sogar fast lächerlich, und kann – wenn fehlend – nur schwer vermittelt oder indirekt gelernt werden.

Was und wie lernt das Baby also dabei? Für westliche Kulturkreise ist kennzeichnend, dass seine erste beständige Bezugsperson in liebevoll, ihm zugewandter Atmosphäre alles Beobachtbare benennt, affektiv besetzt und die Welt um es herum dadurch Akzeptanz, Benennung und Sinn erhält. Dieser kommunikative Mechanismus ist dafür verantwortlich, dass das Baby bereits nach kurzer Zeit seine erste Bezugsperson sicher erkennt und aktiv anlächelt, nach wenigen Monaten seine eigene Hand als eine von Mutters Körper getrennte und eigene Entität wahrnimmt und seine Extremitäten und seinen gesamten Körper nach und nach kontrolliert und kontrollierend kennenlernen kann. Durch diese zunehmende kindliche Kontrolle und Vorhersehbarkeit verliert jede sensorische Wahrnehmung und motorische Aktivität ihren Schrecken und die Welt kann sinnvoll verstanden

werden. Zusätzlich trägt dieser Mechanismus auch dazu bei, dass das kindliche Selbstbewusstsein und sein Selbstvertrauen, seine Explorationslust und seine körperliche Kompetenz selbst zunehmend besser reguliert, differenziert, verfeinert und weiter entwickelt werden kann.

Was bedeutet also Interaktionsdiagnostik? Der Begriff versucht eine soweit wie möglich nachvollziehbare Methodik in die Welt der Benennung zwischenmenschlicher Verhaltensweisen einzubringen. Dafür machen wir zuerst einen Ausflug in die Welt der frühen Interaktionsterminologie: Interaktion in der frühen Kindheit bedeutet das beobachtbare und nebst der visuellen Dominanz auch mit allen anderen Sinneswahrnehmungen (Hören, Riechen, Schmecken, Fühlen) erfassbare „Dazwischen“ zwischen mindestens zwei Wesen. Diese Wesen sind in diesem Artikel Menschen, oftmals sind es Eltern und deren Kinder und eben das interaktive Fluidum zwischen ihnen. Interaktion ist ein Teil jeder Kommunikation und kann – muss aber nicht – mit Beziehung einhergehen. Viele unterschiedliche Variablen beeinflussen Interaktion und Kommunikation. Als gelingende Kommunikation wird der beabsichtigte Austausch von Signalen, Botschaften und Mitteilungen bezeichnet, bei welchem A mit B und B mit A wechselseitig als Sender und Empfänger fungieren. Ob ein Kommunikationszyklus gelingt, kann im Einzelfall nicht prognostiziert werden, da er – wie alle sozialen Prozesse – nicht einer technischen oder operationalisierten Steuerung unterliegt. Die einfachste Interaktion geschieht also zwischen A und B. Aus den jeweiligen Perspektiven von A und B ist jedoch bereits die Reflexion und Interpretation der zwischen ihnen stattfindenden Interaktion unterschiedlich. Aus der Perspektive eines externen unbeteiligten Beobachters (C) oder eines involvierten Beobachters (D) ist die Analyse der Interaktion zwischen A und B wiederum anders und verlangt in der Evaluation nach einer definierten Methodik.

Wir, die Autoren, sind ebenso auf die Bereitschaft des Lesers angewiesen, sich mit diesem Text auseinander zu setzen, wie dieser darauf, dass sie/ihn der Text interessiert. Beide können ohne den jeweils anderen nicht, sind insofern einander verpflichtet, und doch können Faktoren wie die Zeit, in der das Buch aufgeschlagen wird, die Beleuchtung, das Motiv, das Buch überhaupt zu lesen, ebenso eine Rolle spielen, wie schon die Beziehung der Autoren zu einander.

2. Interaktion – Kommunikation – Bindung: Was bedeuten die Worte?

Der Begriff Interaktion meint wörtlich „Zwischen-Handlung“ oder im übertragenen Sinne das Geschehen zwischen zwei Menschen, meist aus der Perspektive eines beteiligten oder nur beobachtenden Dritten beurteilt. Es benennt die Wechselwirkung zwischen der Summe verbaler und nonverbaler Signale sowie Verhaltensweisen eines Menschen und der Wirkung auf den Interaktionspartner in einer definierten Situation. Durch wiederholte Interaktionen können Interaktionssequenzen, Interaktionsmuster und Beziehungen entstehen. Interaktion und Kommunikation unterscheiden sich dadurch, dass Interaktion geschieht, auch wenn es zu keiner definierten Kommunikation kommt. Interaktion ist also meist eine Voraussetzung für Kommunikation; Kommunikation ist das Produkt geglückter Interaktion. Es unterstellt eine Absicht zu kommunizieren und zumindest den Versuch zweier Interaktionspartner einen wechselseitigen Austausch von Botschaften mit dem Ziel zu führen, vom jeweils Anderen verstanden zu werden. In der Umgangssprache wird bisweilen der Begriff Interaktion für das Phänomen nonverbalen Ausdrucks und der Begriff Kommunikation mit verbalem Austausch gleichgesetzt.

Die grundsätzliche Voraussetzung für Bindung (angeborenes System zur Erhaltung und Aufzucht des Nachwuchses), Interaktion (nonverbale Zwischenhandlung zwischen zwei Menschen) und Kommunikation (sprachlicher Austausch zwischen zwei Existenzen) liegt in der Annahme eines unsichtbaren, nicht direkt messbaren, aber affektiv erfassbaren Fluidums zwischen Menschen (sowie z. B. auch zwischen Mensch und Tier) und dem primären Bedürfnis des Homo Sapiens zu kommunizieren. Die Voraussetzung für Beziehung ist eine zeitlich gewachsene Sequenz von Interaktionen zwischen stabilen Interaktionspartnern. Bindung ist im Gegensatz dazu ein Axiom, ein theoretisches Konstrukt zur Beschreibung eines angeborenen zwischenmenschlichen Verhaltens im Kontext der natürlichen Generationenfolge und Entwicklung.

Der Begriff Kommunikation wird vielfältig verwendet, im sozialen Kontext ist es ein zyklischer Austausch von Botschaften, die situativ gesteuert, personengebunden, sprachbezogen, formbestimmt sind und Handlungen auslösen können (Geissner, 1988).

Bei der Kommunikation über Sachverhalte werden Unterschiede in der Begriffsbildung, der Repräsentation der Begriffe und der verschiedenen Konnotationen deutlich. Nehmen wir als Beispiel den einfachen Begriff „Kind“, der von einem erwachsenen Leser gedacht wird. Nach den herrschenden gesellschaftlichen Richtlinien ist der Begriff „Kind“ durch eine Altersangabe klar und unmissverständlich definiert. Wird der Begriff jedoch von verschiedenen Lesern vorgestellt, so wird deutlich, dass er wie jeder andere Begriff in einen realeren und einen virtuellen, assoziativen, repräsentativeren, projektiven oder imaginären Anteil aufgeteilt werden kann.

Wenn wir aber den Begriff „Kind“ symbolisch, also in seiner vorstellbaren Komponente denken, nennen wir das eine innere Vorstellung, eine Assoziation, eine Erinnerung, eine Repräsentation, ein Bild, ein Gefühl. Wir unterscheiden also bei dem Beispiel „Kind“:

Inhalt: Inhaltlich kennzeichnet der Begriff Kind einen Mensch zwischen ca. fünf und zehn Jahren. Vorher ist es ein Säugling oder Kleinkind, danach ein Jugendlicher.

Assoziation: Der Begriff wird mit nahe stehenden Begriffen in Verbindung gebracht, wie z. B. kleiner oder junger Mensch, oder mit indirekten, wie Schutzbedürftigkeit oder Zukunft.

Projektion: Geistige und emotionale Übertragungen (Bilder, Gedanken, Gefühle) werden durch den Begriff ausgelöst und überlagern den faktischen Gehalt des Wortes.

Repräsentation: Die zerebrale Abbildung des Begriffs z. B. als Selbst-Kind-gewesen-Seiender sowie ein Bild in der Erinnerung von uns oder Anderen als Kinder.

Phantasie: Eine prospektive Vorstellung, Imagination, Wunsch oder eine Sehnsucht; also im vorliegenden Beispiel das Bild eines virtuellen oder idealisierten Kindes.

Erinnerung: Spezifische Erinnerung, oder eine sogenannte Deckerinnerung, z. B. das/ein Kind in einer bestimmten Szene wie z. B. der erste Schultag oder ein Geburtstag.

Gefühl: Der Begriff Kind erweckt individuell verschiedene Sinneseindrücke: Wärme, Nest, Angst, Einsamkeit, Trauer, Freude, Aufregung, Ruhe.

Gerade weil Kommunikation und Interaktion miteinander wechselseitig in einer Beeinflussung stehen, ist es von Bedeutung, sich unterschiedliche Konnotationen von Begriffen und Bedeutungen für jeweils einzelne Kommunikations- und Interaktionsteilnehmer zu verdeutlichen. Nur so wird effektive Kommunikation möglich. Bei der Analyse von Interaktionen wird also immer auch Kommunikation mit beobachtet und empathisch interpretiert. Der Auswerter sollte sich immer den vorgestellten Unterschieden in der Begriffsbildung, der Repräsentation der Begriffe und der verschiedenen Konnotationen bewusst sein. Die Beurteilung einer beobachteten Interaktion mit oder ohne gehörte akustische Schiene (also z. B. ohne Ton) verändert oft die Interpretation auch der visuell erfassten Anteile.

In der frühen Kindheit, wo ein Kind nicht für sich alleine vorkommt, schwingt aus der Perspektive des scheinbar neutralen und möglichst abstinenter Betrachters – in dessen Versuch Normalität durch das Definieren von Normen zu bestimmen – immer und ohne Absicht auch ein mögliches Zuviel und Zuwenig in der Wertung und Beurteilung der mit dem Kind in Verbindung stehenden Beziehungswelt, meist seinen Hauptbezugspersonen, also meist den Eltern, mit. Wir betrachten, bewerten und beurteilen also – wenn ein Individuum gesehen wird, z. B. ein Kind – immer auch eine reale oder zumindest phantasierte Dyade (der zum Kind gehörende Mutter/Vater) von der außen stehenden Perspektive, also einer per Definition triadischen Position! Der Begriff Bindung ist also inhaltlich gar nicht ohne subjektive Konnotation denkbar, geschweige denn fühlbar. „Zu viel Angst, zu viel Liebe, zu viel Liberalität, zu wenig Halt, zu viel Nähe, zu wenig Nähe“: Alle Eigenschaften, die in Eltern-Kind-Beziehungen vorkommen, haben eine messbare Dimension; jede beobachtbare Handlung kann aus der Perspektive „zu viel = das Glas ist halbvoll“ oder ebenso aus „zu wenig = das Glas ist halb leer“ betrachtet werden! Jede menschliche Beziehung bewegt sich ständig und zu jedem Zeitpunkt in den sensiblen Achsen von Nähe und Distanz, Bindung und Autonomie/Exploration, Angst und Freude.

Versucht man die Komplexität der kognitiven und emotionalen Ebene differenzierter zu betrachten, wird die differenzierende Subjektivität – eben weil natürlich (noch immer) subjektiv – oftmals wertend mit Begriffen wie „zu viel“ und „zu wenig“ angesprochen. Diese sind – auch bei Schulung und größtmöglichem Bemühen um eine möglichst neutrale Wahrnehmung – da und enthalten bereits durch den Zusatz „zu“ eine Wertung und Platzierung näher oder weiter von der imaginierten Norm. Viel und Wenig verlangt eine Erklärung, wovon und für wen viel oder wenig. Sagen wir also zu viel und/oder zu wenig, ist eine subjektive und klar wertende Entscheidung bereits gefallen, nämlich aus meiner Hier-und-Jetzt-Sicht zu viel oder zu wenig.

Diese Erkenntnis kann als Nachteil betrauert oder als Vorteil genutzt werden! In der Beratungspraxis werden diese Erkenntnisse oftmals direkt in die Therapie eingebunden. Ein Hinweis des Therapeuten über die sich eben direkt im Raum darstellende Interaktion kann entweder defizitorientiert („Sehen Sie, jetzt machen Sie das schon wieder nicht ganz richtig!“) oder ressourcenorientiert („Sehen Sie, hier ist es Ihnen gut gelungen, das Signal ihres Kindes genau zu verstehen!“) stattfinden (Scheer & Dunitz-Scheer, 1995). Der Unterschied liegt darin oft nur in der Perspektive und strategischen Diplomatie des Beurteilers. Diese ist jedoch gerade für gestörte oder belastete Klienten von entscheidender Bedeutung, und die Qualität der Wertungsvermittlung wird entscheidend für deren Annahme oder Ablehnung sein.

Ein weiterer Mechanismus ist die neurosensorische Filterung von Wahrnehmungs- und Sinneseindrücken in „bekannt“ und „unbekannt“, wobei bekannte Sinneseindrücke oft als „normal“

und unbekanntere Eindrücke oft als „abnormal“ oder sogar gestört oder pathologisch interpretiert werden.

3. Interaktionsdiagnostik

Interaktionsdiagnostik ist das Bemühen, das sichtbare Verhalten zweier Menschen zueinander zu erkennen, zu verstehen, wissenschaftlich nachvollziehbar zu benennen und zu evaluieren, zu kategorisieren und zu klassifizieren. Sie versucht damit eine valide und prognostisch relevante Aussage über zu erwartendes Folgeverhalten und erwartete Entwicklungsverläufe zu geben. Der Prozess der Interaktion geschieht in unserer Bearbeitung in diesem Text im Bereich zwischenmenschlicher Begegnungen und soll analysiert werden.

Der Interaktionsdiagnostiker benutzt sich selbst als abstrahierbares Messinstrument oder stellt als Einschätzer der Qualität einer Interaktion selbst einen Teil des diagnostischen Prozesses dar und setzt gerade dadurch immer auch eine Intervention. Gerade deshalb muss er um subjektive Objektivität oder um größtmögliche Objektivität in der subjektiven Wahrnehmung bemüht sein. Eine ausreichende Selbsterfahrung und die Fähigkeit der Abstrahierung und Zuordnung eigener die Wahrnehmung beeinflussender Variablen sind dabei notwendig. Das Instrumentarium und die Technik der Videographie von Interaktionen haben sich dabei als hilfreich erwiesen und sind heute in Forschungskontexten oder in der klinischen Anwendung unerlässlich. Grundsätzlich kann der Begriff Interaktionsdiagnostik auf die Verhaltensanalyse von Menschen jedes Lebensalters übertragen werden, unabhängig davon, ob diese Menschen miteinander in Beziehung stehen oder nicht.

Wenn Qualitäten wie Sensibilität, Sensitivität, Angemessenheit, Kontrollbedürftigkeit oder Zulassen von Autonomiebestrebungen beurteilt werden, ist selbstverständlich beim Bemühen um die Erstellung einer Norm eine individuelle Breite in den unterschiedlichen Beurteilungsbereichen anzunehmen. Sie führt zwangsläufig auch bei sehr geschulten Spezialisten immer wieder zu Ermessensunterschieden und Wahrnehmungsvariationen. Dies ist normal und kann grundsätzlich im Bereich der Quantifizierungsbemühungen niemals gänzlich vermieden werden. Die Fehleranalyse und Diskussion unterschiedlicher Beurteilungen ist deshalb in der Standardisierung von Beurteilungsparametern ein notwendiges, wertvolles und wichtiges Vorgehen.

In diesem Artikel beschränken wir uns auf einige Charakteristika von Interaktionen zwischen Säuglingen und Kleinkindern und ihren nahen Bezugspersonen. Die Vermittlung von Beziehungsmustern und somit Interaktionsstilen findet transgenerational und genetisch gesteuert statt. Jedes Elternteil bringt nebst dem bewusst erlernten und durch Bildung und Reflexion dazu erlernten Verhalten ein intuitives, repräsentiertes Beziehungsmodell mit, das kulturspezifisch und transgenerational vermittelt wird und das Elternsein beeinflusst.

Die Analyse interaktiver Qualitäten kann in unterschiedlichster Weise erfolgen. Fragebögen und das Erstellen normierter Beobachtungskriterien sind nur einige Möglichkeiten der Beschäftigung mit diesen komplexen kommunikativen Abläufen. Der Nachteil kreativerer und möglicherweise durchaus repräsentativer Modelle scheidet an deren fehlender Reproduzierbarkeit und ist für Forschung und Lehre deshalb nur von peripherer und bestenfalls experimenteller Bedeutung. In diesem Kapitel wird aus didaktischen Überlegungen deshalb auf einige der bekanntesten Meßmethoden eingegangen,

die die innere Repräsentationen der eigenen Bindungsgeschichte sowie die Repräsentation des Kindes bei den Bezugspersonen zu erheben versuchen. Es werden die Originalnamen der vorgestellten Methoden übernommen, da noch nicht alle Instrumente in einer deutschen Übersetzung vorliegen.

Um die Repräsentation des Kindes bei der Bezugsperson erheben zu können, kann das von Zeanah und Barton (1988) entwickelte „Working Model of the Child Interview“ angewendet werden. Es hat zur Zielsetzung, das innere Bild, welches die Eltern von ihrem Kind entwerfen, zu erheben. In dem knapp einstündigen Interview wird die Bezugsperson nach persönlichen Entscheidungen wie der Bedeutung der Namensgebung, ihren Gefühlen während der Schwangerschaft, Persönlichkeit und Entwicklung des Kindes befragt und die Beziehungsart im Guten wie im Schwierigen zu dem Kind erhoben. Außerdem wird die Reaktion des Kindes in Alltagssituationen und die antizipierte Entwicklung des Kindes in den nächsten Jahren als Zukunftsvision erfragt. Den Eltern wird damit die Möglichkeit gegeben, ihr Bild vom Kind zu hinterfragen und die Beziehung zwischen dem wirklichen und dem phantasierten Kind zu betrachten.

Das transkribierte Interview wird anhand der Skalen Reichhaltigkeit der Wahrnehmung, Offenheit für Veränderung, Intensität der Involviertheit, Kohärenz, Feinfühligkeit, Akzeptanz kindlicher Schwierigkeiten und Angst um Sicherheit des Kindes ausgewertet. Das Verfahren ist für den westlichen Kulturkreis ausreichend evaluiert und wurde dort in zahlreichen Studien bereits eingesetzt (Benoit, Zeanah, Parker, Nicholson & Coolbear, 1997; Benoit, Zeanah & Parker, 1997). Wurde das Interview zunächst für die Forschung entwickelt, so konnte auch die klinische Relevanz bestätigt werden (Zeanah & Benoit, 1995). Für den Forschungs- und den Therapiekontext stellt das so erfragte Bild des Kindes ein wichtiges Element dar (Wilken, Zach & Dunitz-Scheer, 1998).

In zahlreichen Studien konnten transgenerationale Transmission von Repräsentationen durch die Konkordanz der beiden vorgestellten Interviews zur „Fremden Situation“ belegt werden (Main, Kaplan & Cassidy, 1985; Grossmann et al., 1988; Zeanah, Finely-Belgrad & Benoit, 1997; Benoit et al., 1997a). Der „Fremde-Situation-Test“ ist mittlerweile weltweit das am häufigsten eingesetzte Interaktionsdiagnostikum in der Altersgruppe von 12 bis 18 Monaten (Van IJzendoorn, 1993). Die „Fremde Situation“ wird vermehrt auch im klinischen Kontext eingesetzt und hat sich für die Mehrzahl der Familien im westlichen Kontext als nützlich erwiesen (Van IJzendoorn, Juffer & Duyvesteyn, 1995; Brisch, 1999).

Die „Infant Feeding Scale“ wurde von Irene Chatoor und Mitarbeitern (1988a, b) zur Erfassung der Fütterungsinteraktion zwischen Mutter und Kind entwickelt. Ziel ist es, anhand des interaktionsdiagnostischen Verfahrens Mutter-Kinder-Dyaden mit Fütterungsstörungen von Dyaden ohne Essproblematik zu unterscheiden. Dieses Beobachtungsinstrument wurde bereits in mehreren Studien anhand verschiedener Essstörungsbilder bei der Altersspanne von 1 Monat bis 3 Jahre evaluiert und hat sich als valides Verfahren erwiesen (Chatoor, Getson, Menvielle, Bresseaux, O’Donnell, Rivera & Mrazek, 1997). Es erfasst sowohl elterliches als auch kindliches Verhalten in der Fütterungssituation, meist 20 Minuten, anhand fünf unabhängiger Faktoren: dyadische Reziprozität, dyadischer Konflikt, Gespräch und Ablenkung, Kampf um Kontrolle und fehlende Kontingenz im mütterlichen Verhalten. Akkurat können drei diagnostischen Gruppen von Fütterungsstörung, die Störung der Homöostase, Fütterungs- und Bindungsstörung und infantile Anorexie voneinander und von einer gesunden Population unterschieden werden (Chatoor et al., 1997). Die „Infant Feeding

Scale“ kann sowohl für den Forschungs- als auch den klinischen Kontext als gut evaluiertes und klinisch nutzbringendes Verfahren betrachtet werden (Coolbear & Benoit, 1999)

Das „Still Face Paradigma“ (Tronick, Als, Adamson, Wise & Brazelton, 1978) wurde entwickelt, um die Synchronizität in der Mutter-Kind-Dyade für Kinder unter neun Monaten zu erfassen. Während einer Interaktionsphase mit freiem Spiel und Blickkontakt friert die Bezugsperson, auf das Signal eines Beobachters, die Gesichtszüge für kurze Zeit ein. Dieses für den Säugling erwartungswidrige Verhalten löst bei ihm deutliche Stresssignale aus, und als Reaktion zeigt er zumeist ein vielfältiges Verhaltensrepertoire mit dem Ziel der erneuten Interaktionsaufnahme von Seiten der Bezugsperson. Ausgewertet werden können der Blickkontakt, der Gesichtsausdruck, die Vokalisation und die Aktivität zur Kontaktaufnahme mit der Bezugsperson. Dieses Verfahren hat auch klinische Relevanz, da Säuglinge, die auf das durch die Laborsituation provozierte ungewöhnliche Verhalten der Mutter nicht mit „distress“ reagieren, häufiger als problematisch von ihren Eltern beschrieben werden (Papoušek, 2000; Hofacker & Papoušek, 1998). Kinder, die im dritten Lebensmonat den Blickkontakt verweigerten, zeigten später häufiger Verhaltensprobleme (Keller & Gauda, 1987; Gauda, 1995).

Bei der Interaktionsanalyse des „Lausanne Triadic Play“ soll die Interaktionsqualität in der Familie untersucht werden. Die Methodik wendet sich der Triade als eigentliche familiäre Situation zu (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2001). Die Versuchsanordnung wird bereits als Dreieck angelegt. In der Situation, in der ein Spiel zwischen den Eltern und dem Säugling initiiert wird, können die Konstellationen „beide Bezugspersonen mit Kind“ und „alle drei gemeinsam“ beurteilt werden. Es wird auch dann jedem der Beteiligten Bedeutung eingeräumt, in denen er/sie als aktiver, passiver, unterstützender, störender Beteiligter in der Triade nicht spielt, aber wirksam wird. Die Dyade wird in diesem Design nicht beobachtet. Fivaz-Depeursinge und Corboz-Warnery zeigten, dass die An- oder Abwesenheit einer der Partner zu einer vollkommenen Veränderung des Kontextes führt (Corboz-Warnery, Fivaz-Depeursinge, Gertsch-Bettens & Favez, 1993). Sie erkannten auch, dass die Einschätzung, der Vater träte später in das Leben des Säuglings, artifiziell ist. Bereits mit drei Monaten zeigen Vater und Kind ein gemeinsames Spiel. Die Methodik wurde in der klinischen Arbeit entwickelt (Fivaz-Depeursinge, Frascarolo & Corboz-Warnery, 1996) und hat sich in dieser als äußerst nützlich erwiesen (Fivaz-Depeursinge, Stern, Bürgin, Byng-Hall, Corboz-Warnery, Lamour, Lebovici & Emde, 1994; Corboz-Warnery et al., 1993).

Bei dem „Parent-child early relational assessment“ handelt es sich um ein semistrukturiertes Interaktionsdiagnostikum zur Erfassung der spielerischen Kompetenzen, der Qualität und der affektiven Färbung der Beziehung zwischen Säuglingen/Kleinkindern und deren Eltern (Clark, 1985). Es werden Interaktionen beobachtet, die Füttern, eine strukturierte Aufgabe und freies Spiel beinhalten. Ausgewertet wird anhand verschiedener Skalen, wie dem elterlichen Affekt (positiv/negativ), der elterlicher Unfeinfühligkeit, dem kindlichen Affekt und Kommunikation, der Qualität des kindlichen Spiels, der kindlichen Irritierbarkeit, Reziprozität aller Teilnehmer und Angespanntheit und Desorganisation. Das Verfahren ermöglicht es, mehrere Entwicklungsbereiche in einer diagnostischen Situation parallel zu betrachten. Im Gegensatz zu anderen Instrumentarien kann das Auswertungssystem bei Bedarf auch auf dyadische Interaktionen angewendet werden (Clark, 1999). In der klinischen Anwendung zeigten sich Unterschiede zwischen Eltern mit psychischer Erkrankung und gesunden Eltern (Stott, Musick, Clark & Cohler, 1983).

Des Weiteren seien die beiden projektiven Verfahren „Die verzauberte Familie“ (Kos, Bierman & Haub, 2002) und „Familie in Tieren“ (Brem-Gräser, 2006) erwähnt, die sich trotz ihrer fehlenden Gütekriterien (Validität, Reliabilität und Objektivität) dennoch und insbesondere bei sehr konfliktreichen Familienkonstellationen bewährt haben. Der primär nonverbale Zugang der beiden Zeichentests erleichtert es Kindern, über die Geschehnisse in der Familie zu berichten. Zudem können die Zeichnungen Aufschluss über die Familieninteraktion aus der Sicht des Kindes geben.

Dem Kliniker stellt sich im Gegensatz zum Theoretiker und Grundlagenforscher die Frage des „weshalb Interaktionsdiagnostik“. Für wen ist diese Beschäftigung nützlich, welches Leid, welche Störungen oder gar Krankheiten können damit besser beeinflusst oder behandelt werden? Was ist also der Sinn und Nutzen der hier angestellten Gedanken? Nach kurzer Überlegung erweist sich diese Frage als leicht. Da sich jeder Mensch in einer Begegnung als Leidender mit einem potentiellen Helfer (Besuch beim Arzt, Therapeut, Berater) in eine reale Interaktion begibt, ist bereits die Vorstellungssituation und Begegnungsszene ein diagnostisch wertvolles Objekt für eine interaktive Beurteilung. Gerade in der Medizin sind interaktive und psychologische Begleitphänomene bisher beim Patient und beim Helfer wenig berücksichtigt worden (Dunitz-Scheer & Scheer, 1998). Sie beeinflussen jedoch wesentliche Entscheidungen und haben – obwohl weit bekannt – in die Forschung bisher wenig Eingang gefunden.

Der Kinderarzt oder Kinderpsychologe begegnet meist einem Patienten-Paar, nämlich Eltern mit ihrem Kind oder Elternteil und Kind, das mit unterschiedlichen Mitteln und unterschiedlicher Eigenmotivation den Weg zum Helfer anstrebt. Hier befindet sich der Helfer als aktiv Mitbetroffener in der realen Begegnung und ist gleichzeitig auch mehr oder minder externer Beobachter und Beurteiler der sich vor ihm darstellenden Eltern-Kind-Interaktion. Seine Aufgabe ist es nun, in der gegebenen Situation die interaktiv wirksamen Faktoren zu betrachten, zu reflektieren und sie in ihrer Wirkung auf das vorgestellte Krankheitsbild und die beschriebene Beschwerde zu beurteilen.

So kann es vorkommen, dass ein Bauch zu untersuchen ist und der Kinderarzt ohne Zögern – unabhängig von Meinungen oder Begleiterklärungen der Angehörigen – die Diagnose „akute Appendizitis“ mit sofortiger Operationsindikation stellt. Oder dasselbe Symptom wird ihm bei einem gleich alten Kind mit derselben Vorgeschichte vorgestellt, er betastet auch den Bauch des Kindes, entschließt sich aber, das Gespräch auf das Thema Schule oder Freundeskreis oder etwaige familiäre Belastungsquellen zu lenken. Um den diskriminativen Unterschied gefragt, würde ein Kinderarzt am ehesten sagen, er sei von der interaktiven Atmosphäre rundum das Kind beeinflusst worden und habe es „einfach so“ gespürt oder gewusst. Kinderärzte und Kinderpsychologen entwickeln im Laufe ihres Berufsleben glücklicherweise meist eine „Nase“ oder ein „Bauchgefühl“ für mögliche verbal nicht angesprochenen Faktoren und Variablen, welche eine Vorstellungsszene und ihre Intervention beeinflusst, können dies aber oftmals im Detail gar nicht so genau begründen.

Fortbildung und Schulung haben nun die Aufgabe, diese Fähigkeiten in Theorie und Praxis bewusst zu machen, die Beobachtungen in Fachsprache zu benennen (am besten nach international anerkannten Klassifikationssystemen) und nach Reflexion der Diagnose und möglicher Differentialdiagnosen eine nachvollziehbare Intervention zu planen, welche sich eben genau auf die getätigte Interaktionsdiagnostik stützt.

4. Das Training von Interaktionsdiagnostik in Forschung und Praxis

Bei der interaktionsdiagnostischen Arbeit in der Forschung wird an die verwendeten Instrumente eine Reihe von Anforderungen gestellt. Zumeist sollte das Verfahren im Labor durchführbar sein, das bedeutet, das zu beobachtende Verhalten muss auch in einer Laborsituation sichtbar werden bzw. sich gezielt produzieren bzw. provozieren lassen. Bei einigen der vorgestellten Instrumente ist dies möglich, andere machen das Labor als fremde Umgebung zum auslösenden Moment („Fremde Situation“, Ainsworth et al., 1978). Eine weitere Anforderung ist die Reliabilität der Methode. Hier wird besonders darauf geachtet, dass die auswertenden Forscher in dem Instrument geschult sind und verschiedene Mitarbeiter sehr ähnliche Ergebnisse produzieren. Um die bereits oben erwähnte differenzierende Subjektivität zu kontrollieren, sind Reliabilitätstrainings mit kontrolliertem Ergebnis erforderlich. Die Erlernbarkeit der Methoden differiert stark, so kann zum Beispiel die „Developmental Feeding Scale“ von geübten Beobachtern laut Autoren in zehn Stunden erlernt werden (Chatoor et al., 1997), während andere Methoden aufwendige Trainingsseminare verlangen (Gloger-Tippelt, 2001). Die Schulungen, die zu verschiedenen Interview- und Interaktionsanalysen angeboten werden, sind nicht unumstritten, aber für die Gewährleistung von Qualität und Vergleichbarkeit von Ergebnissen unerlässlich.

Je nach untersuchter Fragestellung bietet sich die Kombination verschiedener Verfahren an, wie zum Beispiel zur Untersuchung der Tradierung von Bindungsmustern über Generationen hinweg (Van IJzendoorn, 1995). Dann muss jedoch die Voreingenommenheit der Interaktionsanalysten durch Kenntnisse der Ergebnisse aus vorangegangenen oder parallelen Auswertungen ausgeschlossen und kontrolliert werden.

Interaktionsdiagnostik findet im klinischen Bereich in einem lebendigen Spannungsfeld statt: Der Mensch wird vom Leben selbst und der – oftmals im täglichen Leben nicht ständig bewussten – Existenz und Zielpunkt seines Todes in Spannung und im Gleichgewicht gehalten. Diese Spannung kann Ruhe oder Unruhe sein. Angst vor dem Ende des Lebens gehört zum Leben wie die Lebensfreude selbst, unabhängig von Kultur, Glauben, Lebensalter und unterschiedlichsten Vorstellungen über die Wichtig-/Nichtigkeiten zwischenmenschlichen Lebens. Diese philosophischen Grundhaltungen zwischenmenschlicher Interaktion spielen oft qualitativ stärker mit als der verbale Inhalt oder die nonverbale Körpersprache vermitteln.

Die vier Grundformen der Angst wurden von Fritz Riemann (1975) in seinem Klassiker „Grundformen der Angst“ in den 60er Jahren formuliert und sind aus didaktischen Gründen zum besseren Verständnis zwischenmenschlicher Kommunikations- und Interaktionsformen heute noch hilfreich. Wir erwähnen sie hier in Kürze:

Der Zwanghafte: „Struktur macht das Leben angenehm und leichter zu bewältigen“. Die zwanghafte Persönlichkeit versucht durch Gewissenhaftigkeit, Planung, Ordnung und Struktur das Chaos und die Unvorhersehbarkeiten des täglichen Lebens zu bewältigen. Positiv und als Tugend gelten dabei in unserer Gesellschaft die damit verbundenen Eigenschaften wie Pünktlichkeit, Verlässlichkeit, Sauberkeit und Vorhersehbarkeit. Negativ wird Machtausübung durch übermäßigen Erwartungsdruck, Hygieneexzess, Leistungsdruck und Pingeligkeit gewertet. Paradeberufe für zwanghafte Menschen sind alle Berufe, in welchen Besserwisserei und Regelkonformität (Lehrer, Ordnungshüter, Richter) gefragt sind! Das typische Interaktionsangebot ist meist formell, wirkt oft etwas angespannt und passt sich erwarteten Umgangsformen an.

Der Depressive: „Letztlich sterben wir ja alle, warum also so einen Aufwand davor?“ Das Lebensgefühl des Depressiven ist die Verlustangst des Lebens selbst, er fürchtet sich vor dem Tod und ist zugleich in ihn als Kompensation dieser Angst verliebt! Er sehnt sich nach Ewigkeit und liebt das Chaos der Unendlichkeit. In Beziehungen wird er oft als schwer und anstrengend erlebt: „Beziehungen sind doch nur anstrengend, Kräfte konsumierend und lohnen letztlich nicht, weil wir am Ende eh gehen müssen“ Er kompensiert seine sozialen Unfähigkeiten oft mit künstlerischer Begabung und „lebendiger“ Kreativität. Viele Künstler, Philosophen, Denker und Autoren könnten als depressiv betrachtet werden und sind vor allem aus ihrer Beziehungsschwierigkeit heraus so existentiell kreativ. Die Hysterie kann als manische Ausdrucksform der Depression interpretiert werden. Sein Interaktionsangebot wird oft als abweisend bis vorwurfsvoll erlebt. „Die Welt schuldet ihm seine Existenz!“

Der Dependente/Abhängige: „Ohne Dich hat mein Leben keinen Sinn!“ Er/sie braucht die Nähe eines zweiten Menschen, um sich in seiner Abhängigkeit zu diesem zu spüren, „Durch Dich bekommt mein Leben erst einen Sinn“, er/sie ist Nähe suchend, verschmelzungsfreudig und hat eine Angst vor Autonomie und Selbständigkeit (Individuation) und Lösung (Erwachsenwerden). Diese Menschen werden oft als hörig erlebt, finden in Suchtbeziehungen ihre Aufgabe und Erfüllung und sind mit ihrer Berufswahl vor allem in sozialen Berufen und Helferbeziehungen vertreten. Als positive Eigenschaft gelten ihre Verbundenheit, Verantwortungsgefühl, Intuition, Gefühlsdichte, Einfühlungsvermögen, Hingabe, Empathie und ihre oft selbstverleugnende Aufopferungsbereitschaft. Als Negativ ist die Unfähigkeit Autonomie zu begrüßen und Mitmenschen mit der „Schuldgefühlsmaschine“ in Abhängigkeit zu halten, bekannt. In der Interaktion ist „Spüren“ ihre Stärke! Ihr Interaktionsangebot ist verwickelnd, verstrickend, unklar, oftmals Mitgefühl oder gar Mitleid erweckend.

Der Schizoide: Eine primäre, meist genetisch tradierte Fähigkeit, sich besser mit technischen Dingen als mit dem eigenen Gefühlsleben oder dem seiner Mitmenschen auszukennen. Heute vermutet man sogar eine Störung im Bereiche der Spiegelneuronen, bei welcher die affektive zerebrale Vernetzung beobachtbarer Verhalten fehlt. Riemann definierte diesen Persönlichkeitstypus noch reaktiv auf die zugrunde liegende Angstform: Verschmelzungsangst und Angst vor Beziehungsverlust würden beim schizoiden Menschen eine bisweilen schwer nachvollziehbar anmutende Angst vor Nähe bewirken. Logisches Denken und Wissen sind die Leitkräfte des Schizoiden: „Ich muss denken und wissen; ich fürchte mich vor Dir, weil Du mich verwirren könntest und ich meinen sicheren Boden unter meinen Füßen verliere“. Er liebt und schätzt Distanz und Korrektheit, Traditionen, gesellschaftliche Umgangsformen, Normen und Manierismen im Leben. Sehr häufig finden sich schizoide Persönlichkeiten im Bereich Technik, EDV, Grundlagenforschung und Berufen ohne zwischenmenschliche Abhängigkeit (Radiologie, Anästhesie, Pathologie). Schizoide Menschen sind in der Beurteilung von Interaktionen exzellente, weil nüchtern beobachtende Diagnostiker, weil sie emotional „wertfrei“ wahrnehmen können und ihre Wahrnehmung kognitiv kontrollieren und klassifizieren können! „Ich weiß nur, was ich prüfe“. Dafür sind sie katastrophale Besetzungen für assoziative, projektive, Phantasie bedürftige und irrealer Aufgaben. Ihr Interaktionsstil ist kühl, korrekt, distanziert, kognitiv überladen, introvertiert, situativ konstant, unabhängig.

Die hier erwähnte Persönlichkeitstypologie ist eine auf der Tiefenpsychologie basierende, willkürliche und maximale Vereinfachung der Komplexität und Variabilität menschlichen Ausdrucksformen. Die Rückführung auf unterschiedliche Motivationen und Angstquellen hilft jedoch manchmal eine

Situation nachvollziehbarer zu analysieren und Unterschiedlichkeiten in der Interpretation wertfreier zur Kenntnis zu nehmen.

So bedarf jede Interaktionsanalyse der Reflexion folgender Fragen:

- Was weiß ich? Was sind die mir derzeit bekannten Fakten?
- Was spüre ich? Welche Gegenübertragung bietet sich mir an?
- Was sehe ich? Die möglichst detaillierte Beobachtung.
- Was habe ich gehört? Vorinformationen, Außenmeinungen etc.
- Was glaube ich? Ideologie? Projektionen? Assoziationen?

Hier wird nun der Unterschied zwischen der zeitlich eng gefassten und nur mit sensorisch definierbaren Kriterien (objektivierbaren) Interaktion und der zeitlich viel dynamischeren, nicht limitierten, sich in einem Kontinuum entwickelnden und mit fast ausschließlich subjektiven Wahrnehmungsqualitäten beschriebenen Begriff der Beziehung deutlich. Oder: Interaktion spielt sich im Raum ab, Beziehung im Kopf! Beziehung ist ein mit emotionalen Bilanzen und Energieflussgleichgewichten gekennzeichnetes Ding. Beim Begriff Beziehung kommen Gefühle wie Lieben und Sehnen, Qualitäten wie Geben und Nehmen zum Tragen, eine Eltern-Kind-Beziehung ist eine realökonomische, aber auch romantische gesellschaftliche Lebensform und lebt vom elterlichen Vorschuss an Liebe, Schutz- und Versorgungsimpulsen und von der kindlichen Offenheit, seinem Vertrauen und der nicht hinterfragten Loyalität und Hingabe.

In der klinischen Praxis wird Interaktionsbeobachtung zur Diagnostik und auch zur Therapiekontrolle eingesetzt. In der Diagnostik bietet sich je nach Problematik eine Kombination verschiedener Erhebungsinstrumente an. Bei der Arbeit mit Störungsbildern in der früheren Kindheit wird zumeist eine multiaxiale Diagnostik eingesetzt, das heißt, die entwicklungspsychologische, medizinische, interaktionelle und psychosoziale Situation des Kindes muss festgestellt werden. Je nach angegebener Problematik wird neben einer Interaktionssequenz auch eine Analyse des jeweiligen Verhaltens (Fütterungsproblematik, Einschlafstörung, Bindungsstörung) vorgenommen. Optional stehen die erwähnten Interviews zur Verfügung, um die Bindungsrepräsentation der Eltern zu erheben oder die internalisierte Beziehungsvorstellung der Eltern zum Kind zu eruieren (Emde, Bingham & Harmon, 1993; Scheer, Dunitz-Scheer, Stadler, Scheitenberger, Oswald, Eickhorst, Lamm & Wilken, 2000).

5. Interaktionsklassifikation in der frühen Kindheit: ZTTDC: 0-3

Der Wunsch nach Standardisierung und Systemisierung von Interaktionsbeobachtung in der frühen Kindheit fand auch Eingang in der Entwicklung diagnostischer Manuale. Ein Beispiel ist die „Zero-to-Three-Diagnostic-Classification“ (1994), die auch in einer deutschen Übersetzung (Diagnostische Klassifikation: 0-3, 1999) und nun auch in der ersten Revision als ZTT DC 0-3R seit 2005 vorliegt. Ziel des Manuals ist eine ganzheitliche Diagnosestellung in den ersten drei Lebensjahren, bei der die Aufmerksamkeit auf der Qualität der Beziehungen des Kindes liegt, um so auch die Versorgung durch Frühprävention oder -intervention zu gewährleisten. Durch das Manual können emotionale und

verhaltensbedingte Muster in ihrer signifikanten Abweichung von der Normpopulation kategorisiert werden.

Das Klassifikationsmanual ermöglicht die diagnostische Einschätzung auf fünf Achsen:

- Achse I: Individuell psychiatrische Diagnose
- Achse II: Klassifikation des Beziehungsmusters der Bezugsperson
- Achse III: Klassifikation der organischen Störung
- Achse IV: Psychosoziale Belastungsfaktoren
- Achse V: Funktioneller, emotionaler Entwicklungsstand

Auf Achse I wird im Rahmen der individuell psychiatrischen Krankheitsbestimmung die primäre Diagnose gestellt. Neben psychiatrischen Störungsbildern wie posttraumatische Stressstörung und Angststörungen können Regulationsstörungen, Essstörungen und Störungen der Bezogenheit und Kommunikation mit der beschriebenen Symptomatologie und Ergebnissen aus der Interaktionsbeobachtung in die diagnostische Klassifizierung Eingang finden. Gezielt werden qualitative und deskriptive Kriterien ausgewählt, um den Grad einer Störung und ihr Ausmaß einzustufen zu können.

Auf Achse II kann durch die Verhaltensqualität der Interaktion, die Art und Weise des Gefühlsausdruckes und das Ausmaß der gefühlsmäßigen Verbundenheit mit, zur und von der Bezugsperson eine Beziehungsstörung klassifiziert werden. Zu beachten ist, dass sich eine eventuell diagnostizierte Störung spezifisch auf ein Elternteil oder die Pflegeperson bezieht, sie kann nicht als allgemeine Störung generalisiert werden. In der Beziehungsdiagnostik stehen unter Achse II zwei klinische Instrumente zur Verfügung: die „Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale“ (PIR-GAS) und die „Relationship Problems Checklist“ (RPCL). Nach der PIR-GAS erfolgt die Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung auf einer Skala von 0 bis 100. Im Wertebereich von 81 bis 100 liegt eine gut adaptierte Beziehung vor, eine schwer gestörte Beziehung findet man bei einer Beurteilung von unter 40 Punkten vor. Die Einschätzung der Eltern-Kind-Beziehung erschließt sich nicht nur aus der klinischen Verhaltensbeobachtung des Kindes, sondern erfolgt nach mehreren Terminen unter Berücksichtigung der Inhalte der Elterninterviews und dem subjektive Erleben der Eltern im Umgang mit dem Kind. Bei Vorliegen einer Eltern-Kind-Beziehungsproblematik werden das Ausmaß, die Frequenz und die Dauer der bestehenden interaktiven Schwierigkeiten erhoben, um die Interaktionsproblematik von einer leichten Beunruhigung, einer mittelgradigen Beeinträchtigung oder einer schweren Beziehungsstörung unterscheiden zu können. Anhand der „Relationship Problems Checklist“ (RPCL) werden sieben Hauptmuster von Beziehungsstörungen differenziert.

Die überinvolvierte Beziehung ist durch übermäßige körperliche oder seelische Verbundenheit beschrieben, die unterinvolvierte Beziehung zeichnet sich durch sporadische Verbundenheit aus, die sich in mangelnder Sorge um das Kind ausdrücken kann. Bei der ängstlich-gespannten Beziehungsform finden sich wenig entspannte Interaktionen zwischen Bezugsperson und Kind mit ängstlichen Stimmungen und heftigen Reaktionen durch Fehlinterpretation der kindlichen Signale. Bei fehlender emotionaler Reziprozität mit deutlichen Spannungen und feindseligen

Interaktionen wird die zornig-feindselige Beziehungsstörung diagnostiziert. Die gemischte Beziehungsstörung kann bei grundlegender Komplexität oder Kombination der bisher genannten Beziehungsformen festgestellt werden. Eine missbrauchende Beziehungsstörung wird diagnostiziert, wenn spezifische Formen von Missbrauch die Beziehungsform charakterisieren. Hierbei kann zwischen verbal, körperlich und sexuell missbrauchend unterschieden werden, je nachdem ob unklare Grenzen und Zurückweisung mit negativer Konnotation des Gesprochenen, körperliche Verletzungen mit entsprechendem emotionalen Ausdruck oder sexualisierte Zudringlichkeit bei Ignorieren der kindlichen körperlichen Grenzen vorliegt.

Auf Achse III werden alle medizinischen Diagnosen nach anerkannten internationalen medizinischen Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM-IV) eingetragen. Es sollen alle organischen, internistischen und neurologischen Symptome oder Syndrome vermerkt werden.

Die psychosozialen Belastungsfaktoren werden auf Achse IV dargestellt. Es soll zu einer Einschätzung des psychosozialen Stresspotentials des Kleinkindes kommen, indem Stärke des Stressors, Entwicklungsstand des Kindes und protektive Faktoren berücksichtigt werden. Die Stressquellen werden in akute und langanhaltende eingeteilt und in ihrer Auswirkung auf das Kind in einer siebenstufigen Skala eingeschätzt.

Die fünfte Achse zeigt das funktionell-emotionale Entwicklungsniveau des Kindes an. Es werden sieben Entwicklungsstufen angegeben, die nach Alter des Kindes und dem Maß seines sozialen, interaktionellen, situationsangemessenen und intellektuellen „Funktionierens“ eingeschätzt werden können.

Durch die Erfassung auf den vorgestellten Achsen wird interdisziplinäre Arbeit möglich und nötig. Der Interaktionsdiagnostik kommt eine entscheidende Rolle bei der Einschätzung der psychiatrischen Störung, des Beziehungstyps, aber auch bei der Beurteilung des funktionell-emotionalen Entwicklungsstandes zu. Die entsprechende Klassifikation kann nur bei Kenntnis der interaktionellen Beziehung zwischen Kind und Bezugsperson getroffen werden. Dem DC: 0-3 wird in der Arbeit mit Eltern und Kleinkindern bei Prävention und Intervention immer mehr Bedeutung zugemessen (Emde et al., 1993; Scheer, 1993; Dunitz-Scheer et al., 1996, 2001).

6. Fallbeispiel

An einem Fallbeispiel soll die Möglichkeit der Interaktionsbeobachtung bei medizinischer und psychologischer Diagnostik und Therapie dargestellt werden (Stadler, Scheitenberger, Dunitz-Scheer, Scheer, Haim & Reiterer, 2000): Die sieben Monate alte Vanessa wird von ihrer Mutter wegen schwerer Gedeihstörung vorgestellt. Im Vorfeld befand sich das Kind schon zweimal in verschiedenen Krankenhäusern, da eine massive Virusinfektion und ein Proteinmangel der Behandlung bedurften, die wiederum eine Ernährung durch Sonde notwendig machten. Zur Interaktionsdiagnostik wird eine, für die Mutter typische, Fütterungssituation und eine Spielinteraktion auf Video aufgezeichnet. Außerdem findet ein Interview zur Repräsentation des Kindes mit der Bezugsperson statt. Die Interaktionsanalyse zeigt eine posttraumatische Verhaltensstörung mit orofaziale Wahrnehmungsverminderung, vermutlich entstanden durch zahlreiche Sondenlegungen und Fütterungsversuche ohne Berücksichtigung der kindlichen Abwehr. Die Feinabstimmung von Hunger-

und Fütterungssignalen von Kind und Mutter sind durch die Vorgeschichte und die Sonde stark beeinträchtigt. Die Auswertung des Interviews ergibt ein mittelschweres Niveau an pränatalen Stressfaktoren (neuer Partner, ungewollte Schwangerschaft), starke mütterliche Schuldgefühle wegen Vermittlung der Infektion durch den Geburtsvorgang und mäßiges Ausmaß an protektiven Faktoren (gute Annahme des Kindes durch beide älteren Geschwister, Unterstützung durch Partner). Die Diagnose stellt sich wie folgt dar:

I: Essverhaltensstörung der Individuation (603)

II: Überinvolvierte Beziehungsstörung (901)

III: Gedeihstörung, Kachexie, Proteindefizit, CMV Infektion

IV: Mittelschwere psychosoziale Stressoren/ Auswirkungen: 5 (1–7)

V: Funktional-emot. Entwicklung 2: lustvolle Bezogenheit (3.–6. Mo)

Die Behandlung Vanessas erfolgt auf parallelen Ebenen: zunächst eine Infusionstherapie zur Behandlung des schweren Proteinmangels und der begleitenden Ödeme. Parallel dazu psychotherapeutische Unterstützung, welche mit der Mutter ihre Schuldgefühle bearbeitete, während die dyadische Interaktionstherapie auf die Modifikation der ineffektiven und unadäquaten Fütterungsmuster fokussierte. Unterstützt durch eine Logopädin wurde in der Eltern-Säuglings-Psychotherapie ein besseres Verständnis und die Akzeptanz kindlicher Signale durch die Mutter erreicht. Durch einfache Regeln und entsprechenden Beistand konnte interaktive Reziprozität in der Fütterungssituation etabliert werden. Nach Abschluss der Therapie konnte die Sonde entwöhnt werden, die überinvolvierte Beziehungsstörung begann sich aufzulösen und Vanessa konnte die nächste Stufe ihrer funktionell-emotionalen Entwicklung erreichen. Die Langzeitnachuntersuchung zeigte eine dauerhafte Stabilisierung der körperlichen und entwicklungspsychologischen Parameter. Dieser Fall zeigt die Verzahnung verschiedener Disziplinen bei der Diagnose und Intervention in der frühen Kindheit; die Rolle der Interaktionsbeobachtung bei Diagnosestellung, Therapie und deren Erfolgsmessung ist enorm.

7. Zusammenfassung

Im Bereich der Interaktionsbeurteilung und der Kommunikation zwischen Fachleuten der einen und der anderen Disziplin wie Psychologie, Pflege, Pädagogik, Medizin und anderen nicht-ärztlichen Helfern wie Angehörigen der Personalführungsebene, der Kassenträger, der Physio- und Logo-, Ergotherapie sowie Sozialarbeitern, Hebammen, Personen der Frühförderung und vielen anderen mitbetroffenen Eltern genügte noch vor zehn Jahren ein Fingerspitzengefühl, der sogenannte Hausverstand oder Intuition und wie wir die Normalität der kommunikativen Aspekte in jeder Begegnung genannt haben. Heute leben wir in der Ära der kommunikativen Revolution; internetkompetente und mailende Studenten, Kollegen und vor allem Eltern sind zum Normalklientel geworden, der informative Unterschied („Macht durch Wissen“) wird immer kleiner. Parallel dazu wachsen Druck und Angebot, zusätzlich zur Basisausbildung, z. B. Krankenpflegeschule oder Medizinstudium, eine parallele Ausbildung zum Therapeuten, Biochemiker, Finanzberater, Manager, Techniker, Informatiker, Kommunikationstrainer etc. zu machen. Da Wissen heutzutage also nicht mehr selektiert werden kann und im Sinne der Transparenz auch für alle Interessierten meist

Dunitz-Scheer, M., Scheer, P., Stadler, B. & Kaimbacher, P. (2009). Interaktionsdiagnostik. In: H. Keller (Hrsg). *Handbuch der Kleinkindforschung*. 4. Revision. (S. 962-984). Bern: Hans Huber.

kostenlos zugänglich ist, ist ein Lehrbuch mit ausgewählten Kapiteln zu unterschiedlichen Themen der Kleinkindforschung ein Angebot, welches für die meisten Studenten eine Wissensgrundlage sein möchte. Es ist aber sicherlich nicht die einzige Wissensgrundlage, sondern eine hoffentlich hilfreiche Ergänzung zu unterschiedlichsten anderen Medien und Methoden der Wissens- und Erfahrungsvermittlung. Die Nutzung von Erkenntnissen aus dem modernen Management und aus der Wirtschaft ist auch für Studierende und Lehrer sinnvoll und zeitgerecht, der Abstand zwischen traditionellen Forschungsstätten und der Wirtschaft wird sichtbar kleiner.

Im Bereich der Kommunikation zwischen Fachleuten der einen und der anderen Disziplin kann Interaktionsdiagnostik die Grundlage des gemeinsamen Verstehens einer Verhaltensanalyse, einer Störung oder eines Beziehungsproblems und die Grundlage gemeinsamer Lösungsansätze und einer etwaigen Therapie bilden.

Weiterführende Literatur

Dunitz-Scheer, M et al. (2009) Prevention and treatment of tube dependency in early childhood. *Journal of Nutrition in Infancy, Childhood and Adolescence, ICAN, 1, 73-82*

Scheer, P. J. (1993). Beziehungsstörungen zwischen Säuglingen und ihren nahen Bezugspersonen am Beispiel der sogenannten Ess-, Trink-, Gedeihstörung. In F. Poustka & U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Gefährdung der kindlichen Entwicklung* (S. 158-169). München: Quintessenz.

Literatur

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Benoit, D., Zeanah, C. H. & Parker, K. C. H. (1997b). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38, 307-313*.

Benoit, D., Zeanah, C. H., Parker, K. C. H., Nicholson, E. & Coolbear, J. (1997a). „Working Model of the Child Interview“: Infant clinical status and maternal perception. *Infant Mental Health Journal, 18, 107-121*.

Brem-Gräser, L. (2006). *Familie in Tieren* (9. Aufl.). München: Reinhardt.

Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Chatoor, I., Egan, J., Getson, P., Menvielle, E. & O'Donnell, R. (1988b). Mother-infant interactions in infantile anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 27, 535-540*.

Chatoor, I., Getson, P., Menvielle, E., Brasseaux, C., O'Donnell, R., Rivera, Y. & Mrazek, D. A. (1997). A feeding scale for research and clinical practice to assess mother-infant interactions in the first three years of life. *Infant Mental Health Journal, 18, 76-91*.

Dunitz-Scheer, M., Scheer, P., Stadler, B. & Kaimbacher, P. (2009). Interaktionsdiagnostik. In: H. Keller (Hrsg.). *Handbuch der Kleinkindforschung*. 4. Revision. (S. 962-984). Bern: Hans Huber.

Chatoor, I., Menvielle, M. D., Getson, P. & O'Donnell, R. (1988a). *Observation scale for mother-infant interaction during feeding*. Unveröffentlichtes Manuskript, Children's Hospital National Medical Center Washington.

Clark, R. (1985). *The parent-child relational assessment*. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität von Wisconsin, Madison.

Clark, R. (1999). The parent-child early relational assessment: A factorial validity study. *Educational and Psychological Measurement*, 59, 821-846.

Coolbear, J. & Benoit, D. (1999). Failure to thrive: Risk for clinical disturbance of attachment? *Infant Mental Health Journal*, 20(1), 87-104.

Corboz-Warnery, A., Fivaz-Depeursinge, E., Gertsch-Bettens, C. & Favez, N. (1993). Systemic analysis of triadic father-mother-baby interactions. *Infant Mental Health Journal*, 14, 298-316.

Diagnostische Klassifikation: 0-3 (1999). Springer: Wien. DSM-IV (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, APA.

Dunitz-Scheer, M. & Scheer, P. J. (1998). Psychotherapeutische Liaison auf der neonatologischen Intensivstation. In K. v. Klitzing (Hrsg.), *Psychotherapie in der frühen Kindheit* (S. 154-163). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Dunitz-Scheer, M., Scheer, P. J., Kvas, E. & Macari, S. (1996). Psychiatric diagnosis in infancy. *Journal of Infant Mental Health*, 17, 12-24.

Dunitz-Scheer, M., Wilken, M., Lamm, B., Scheitenberger, B., Stadler, B., Schein, A., Huber, A., Schober, P. & Scheer, P. (2001). Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 12, 1348-1360

Emde, R. N., Bingham, R. D. & Harmon, R. J. (1993). Classification and the diagnostic process in infancy. In C. H. Zeanah (Hrsg.), *Handbook of infant mental health* (S. 225-235). New York: Guilford Press.

Fivaz-Depeursinge, E. & Corboz-Warnery, A. (2001). *Das primäre Dreieck*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Fivaz-Depeursinge, E., Frascarolo, F. & Corboz-Warnery, A. (1996). Assessing the triadic alliance between fathers, mothers and infants at play. In J. P. McHale & P. A. Cowan (Hrsg.), *Understanding how family-level dynamics affect children's development: Studies of two-parent families*. *New Directions for Child Development*, 74, 27-44. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass Inc, Publishers.

Fivaz-Depeursinge, E., Stern, D. N., Bürgin, D., Byng-Hall, J., Corboz-Warnery, A., Lamour, M., Lebovici, S. & Emde, R. (1994). The dynamics of interface. Seven authors in search of encounters across levels of description of an event involving mother, father and baby. *Infant Mental Health Journal*, 15, 69-89.

Dunitz-Scheer, M., Scheer, P., Stadler, B. & Kaimbacher, P. (2009). Interaktionsdiagnostik. In: H. Keller (Hrsg.). *Handbuch der Kleinkindforschung*. 4. Revision. (S. 962-984). Bern: Hans Huber.

Gauda, G. (1995). Blickkontaktvermeidung in den ersten Lebensmonaten und Elternidentität. Ursachen, Folgen, Prävention. In H. Petzold (Hrsg.), *Die Kraft liebevoller Blicke: Psychotherapie und Babyforschung* (S. 75-92). Paderborn: Jungfermann.

Geissner, H. (1988). *Sprachwissenschaft. Theorie mündlicher Kommunikation*. Frankfurt am Main: Scriptor.

Gloger-Tippelt, G. (2001). Das Adult Attachment Interview: Durchführung und Auswertung. In G. Gloger-Tippelt (Hrsg.), *Bindung im Erwachsenenalter* (S. 102-120). Hans Huber: Bern.

Grossmann, K., Fremmer-Bombik, E., Rudolph, J. & Grossmann, K. E. (1988). Maternal attachment representations as related to patterns of infant-mother attachment and maternal care during the first year. In R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Hrsg.), *Relationships within families* (S. 241-260). Oxford: Clarenton Press.

Hofacker, N. v. & Papoušek, M. (1998). Disorders of excessive crying, feeding and sleeping: the Munich interdisciplinary research and intervention program. *Infant Mental Health Journal*, 19, 180-201.

Keller, H. & Gauda, G. (1987). Eye contact in the first months of life and its developmental consequences. In H. Rauh & H. C. Steinhausen (Hrsg.), *Psychobiology and early development* (S. 129-143). Amsterdam: Elsevier.

Kos, M., Biermann, G. & Haub, G. (2002). *Die verzauberte Familie* (5. neugestaltete Aufl.). München: Reinhardt.

Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Hrsg.), *Growing points in attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 66-106.

Papoušek, M. (2000). Persistent crying, parenting and infant mental health. In J. D. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Hrsg.), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health, Vol. 4* (S. 425-453). New York: Wiley.

Rieman, F. (1975). *Grundformen der Angst: Eine tiefenpsychologische Studie*. München: Reinhardt.

Rizzolatti, G., Fogassi, L. & Gallese, V. (2006). Mirrors of the mind. *Scientific American*, 295(5), 54-61.

Scheer, P. J. (1993). Beziehungsstörungen zwischen Säuglingen und ihren nahen Bezugspersonen am Beispiel der sogenannten Ess-, Trink-, Gedeihstörung. In F. Poustka & U. Lehmkuhl (Hrsg.), *Gefährdung der kindlichen Entwicklung* (S. 158-169). München: Quintessenz.

Scheer, P. J. & Dunitz, M. (1995). Interaktive Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters. In M. Hochgerner & E. Wildberger (Hrsg.), *Psychotherapie in der Psychosomatik* (S. 130-153). Wien: Facultas-Universitäts Verlag.

Scheer, P., Dunitz-Scheer, M., Stadler, B., Scheitenberger, S., Oswald, I., Eickhorst, A., Lamm B. & Wilken, M. (2000). *Elternratgeber für das 1. und 2. Lebensjahr*. Manuskript, einzusehen unter: www.gaimh.de/elterndoc.htm.

Dunitz-Scheer, M., Scheer, P., Stadler, B. & Kaimbacher, P. (2009). Interaktionsdiagnostik. In: H. Keller (Hrsg). *Handbuch der Kleinkindforschung*. 4. Revision. (S. 962-984). Bern: Hans Huber.

Stadler, B., Scheitenberger, S., Dunitz-Scheer, M., Scheer, P. Haim, M. & Reiterer, F. (2000). *Therapeutic intervention by members of developmental psychology in collaboration with a medical team in an extreme case of non-organic failure to thrive*. Poster, präsentiert auf dem siebten Kongress der WAIMH, Montreal, Kanada.

Stott, F. M., Musick, J. S., Clark, R. & Cohler, B. J. (1983). Developmental patterns in the infants and young children, of mentally ill mothers. *Infant Mental Health Journal*, 4, 217-235.

Tronick, E. Z., Als, H., Adamson, L., Wise, S. & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory message in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17, 1-13.

Van IJzendoorn, M. H. (1993). Intergenerational transmission of parenting: A review of studies in non-clinical populations. *Developmental Review*, 12, 76-99.

Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant Attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the AAI. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

Van IJzendoorn, M. H., Juffer, F. & Duyvesteyn, M. G. C. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. *Journal of Child Psychology, Psychiatry and Allied Disciplines*, 36, 225-248.

Wilken, M. Zach, U. & Dunitz-Scheer, M. (1998). *Evaluation of parental representation of attachment in clinical setting*. Poster, präsentiert auf dem "Congress of Longitudinal Studies in Children at Risk (LSCR)", Universität Wien, Sept. 18-20, 1998.

Zeanah, C. H. & Barton, M. L (1988). Internal representation and parent-infant relationships. *Infant Mental Health Journal*, 10(3), 135-140.

Zeanah, C. H. & Benoit, D. (1995). Clinical applications of parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*, 4, 539-554.

Zeanah, C. H., Finely-Belgrad, E. & Benoit, D. (1997). Intergenerational transmission of relationship psychopathology: A mother-infant case study. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Hrsg.), *Attachment and psychopathology* (S. 292-318). New York, NY: The Guilford Press.

ZERO TO THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition* (DC:0-3R). Washington, DC:ZERO TO THREE Press.

Online-Literatur

<http://www.hogrefe.at/?mod=detail&id=459> [08.08.2009]

<http://www.testzentrale.de/?mod=detail&id=461> [08.08.2009]