
Margarete Berger/Elfi Freiburger/
Barbara von Kalckreuth/Maria Knott/
Christiane Wiesler/Eberhard Windaus (Redaktion)

Leitlinien

Regulationsstörungen, psychische und psychosomatische Störungen im Säuglings- und frühen Kleinkindalter

1. Definition

Am Lebensanfang sind körperliche und seelische Erfahrungen so eng miteinander verwoben, dass Psychisches und Körperliches kaum differenzierbar ist. Seelische Beeinträchtigungen finden in somatischen Symptomen ihren Ausdruck und somatische Belastungen zeigen psychische Auswirkungen. Eine Besonderheit dieser frühen Zeit besteht in der körperlichen und seelischen Abhängigkeit des Kindes von versorgenden Bezugspersonen. Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung können sich in einer generalisierten psychosomatischen Symptomatik beim Kind niederschlagen. Eine gute frühe Entwicklung ist ein protektiver Faktor für die Bewältigungsfähigkeit späterer lebensgeschichtlicher Belastungen.

In den ersten Lebensmonaten leiden Säuglinge vor allem unter Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen. Diese werden unter dem Begriff der Regulationsstörungen zusammengefasst. Dem Begriff Regulationsstörungen liegt die Auffassung zugrunde, dass reife Neugeborene über eine biologisch vorgegebene, später immer differenziertere, auch psychisch mitbestimmte Fähigkeit zur Selbstregulation in den Bereichen Schlaf, Nahrungsaufnahme und Affektivität verfügen. Die angeborenen Fähigkeiten des Säuglings bedürfen zur Stabilisierung und Differenzierung der unterstützenden Co-Regulation. In den ersten drei Monaten gibt es aber auch Säuglinge, die in ihrer Selbstregulation unreif oder eingeschränkt sind. Sie erfordern besondere Co-Regulationsfähigkeiten der Eltern. Häufig sind mehrere Regulationsbereiche gleichzeitig betroffen. Bei Frühgeburten, perinatalen Komplikationen, angeborenen Erkrankungen und Hospitalisierung ist die Selbstregulationskompetenz des Säuglings stark eingeschränkt. Auch die elterliche Co-Regulation kann in Mitleidenschaft gezogen sein.

2. Klassifikation

Im ICD-10 bestehen für die Regulationsstörungen, psychischen und psychosomatischen Störungen folgende Klassifikationsmöglichkeiten:

- Fütterstörungen, auch die traumatisch bedingte: F 98.2
- Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit: F 93.8
- Emotional bedingte Schlafstörung: F 51.9
- Psychogene Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus: F 51.2
- Anpassungsstörungen: F 43.2
- akute Belastungsreaktion F 43.0
- Psychologische Faktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen: F 54 (psychosomatische Störungen)
- Emotionale Störung mit Trennungsangst: F 93.0 bei älteren Säuglingen und jungen Kleinkindern
- Reaktive Bindungsstörung: F 94.1
- Tiefgreifende Entwicklungsstörung: F 84

Im diagnostischen Klassifikationsmanual *Zero To Three (ZTT)* werden diese Störungsbilder nach fünf Achsen klassifiziert, die primäre Diagnosen enthalten (Achse I), eine Klassifikation der Beziehungsstörungen vornehmen (Achse II), medizinische Probleme, Entwicklungsstörungen und Krankheiten benennen (Achse III), die psychosoziale Belastungssituation beschreiben (Achse IV) und das funktionell-emotionale Entwicklungsniveau einschätzen (Achse V).

3. Symptomatik

In den ersten Lebensmonaten leiden Säuglinge vor allem unter Schrei-, Schlaf- und Fütterstörungen, die unter dem Begriff der Regulationsstörungen zusammengefasst werden, aber auch unter anderen psychischen Auffälligkeiten und psychosomatischen Störungen im engeren Sinn.

Die Symptome haben einen unterschiedlichen Schweregrad und betreffen oft mehrere Funktionsbereiche, ihnen liegen Krisen und vorübergehende Anpassungsschwierigkeiten zugrunde. Sie können aber auch Ausdruck schwerer Entgleisungen sein, die die Entwicklung der Kinder dauerhaft behindern oder sogar lebensbedrohlich werden.

3.1 Exzessives Schreien

In den ersten drei Lebensmonaten lernt der Säugling zunehmend seine Sinnesorgane zu gebrauchen und Wahrnehmungen von innen und außen zu unterscheiden. Sein Zustand wechselt von Ausgeglichenheit, Sattsein und Entspannung hin zu Empfindungen von Hunger, Durst, Kälte und Krankheit. Sehr plötzlich kann der Säugling in Desintegrationszustände geraten und damit Übergangslos von Wohlbefinden zu verzweifelter Weinen wechseln. Seine unerträglichen Empfindungen entladen sich in Schreianfällen, die sich über Minuten oder Stunden hinziehen können. Schreien ist eines der wichtigsten Kommunikationsmittel, die dem sehr jungen Säugling bei diesen Desintegrationszuständen als Entlastung zur Verfügung steht.

Üblicherweise beginnen die Schreiatteckten des Kindes mit der zweiten Lebenswoche, erreichen ihren Höhepunkt mit sechs Wochen und hören mit etwa drei Monaten (spätestens mit sechs Monaten) meistens schlagartig auf. Ab der 14. Lebenswoche spricht man vom persistierenden exzessiven Schreien.

Der Unterschied zwischen normalem Schreien und der pathologischen Form ist fließend. Als Kriterium für die Diagnose orientiert man sich bis heute an der Dreier-Regel nach Wessel: Schreien mehr als 3 Stunden am Tag, mehr als 3 Tage in der Woche und über mehr als 3 Wochen. Nach diesen Kriterien bewerten 15 bis 29% aller Eltern das Schreien ihrer Kinder als »Schreistörung« (St. James-Roberts und Halil, 1991), wobei die Belastung, die Eltern empfinden, subjektiv sehr unterschiedlich sein kann.

In der verzweifelter Schreisituation neigt die Umgebung dazu, mit somatischen Erklärungen Halt für die unerträglichen Zustände anzubieten. So ist die häufig verwendete Zuschreibung »Dreimonatskoliken« zu verstehen (> Ernährungsprobleme). Die Schreiatteckten gehen tatsächlich (11% nach St. James-Roberts et al, 1995) mit kolikartigen Krämpfen und Blähungen einher, da durch das Schreien und durch häufiges hektisches Trinken die Verdauungsvorgänge belastet sind. Allerdings ist man von dem Erklärungsmodell, dass die Bauchschmerzen das Schreien hervorrufen, abgerückt.

Eltern, die mit einem schreienden Säugling konfrontiert sind, sind widersprüchlichen und existentiellen Gefühlen ausgeliefert. Das Schreien des Kindes wird oft projektiv verzerrt wahrgenommen, z. B. als Angriff auf die Eltern oder als Ablehnung. Dies gilt umso mehr, je weniger der Säugling sich beruhigen lässt.

In der Regel sind die unstillbaren Schreianfälle der körperlich gesunden Säuglinge Ausdruck von entwicklungsbedingten Beziehungskonflikten, die durch emotionale Konflikte eines Elternteils sowie durch aktualisierte Paar-, Familien- oder Mehrgenerationenkonflikte – oft in Verbindung mit einem spezifischen

Temperament oder einer besonderen Vulnerabilität des Säuglings – verschärft werden können.

Auch organisch bedingte Schmerzzustände (z. B. Mittelohrentzündung), Nahrungsmittelallergien und hirnorganische Schädigungen können Ursache auffälligen Schreiens sein und müssen kinderärztlich abgeklärt werden. Übermäßiges Schreien erhöht das Risiko von Misshandlungen, und Misshandlungen können wiederum der Grund für übermäßiges Schreien sein.

3.2 Schlafstörung

Im ersten Lebenshalbjahr spielt sich der zirkadiane Schlaf-Wach-Rhythmus allmählich ein. Säuglinge werden nachts zunächst häufig für kurze Zeit wach. Das Wachwerden ist in dieser Zeit der Unreife mit Unruhezuständen und Schreiattacken verbunden. Besonders am Ende des Tages werden die meisten Säuglinge müde, unruhig, überreizt und sind schwerer zu beruhigen.

Von einer Schlafstörung spricht man, wenn die Säuglinge nach sechs Monaten noch nicht gelernt haben, sich selbst zu beruhigen. Bei einer *Einschlafstörung* brauchen sie definitionsgemäß mehr als eine halbe Stunde elterliche Hilfe, um einzuschlafen. Bei einer *Durchschlafstörung* werden sie laut Definition mehr als drei Mal in der Nacht wach und brauchen dann längere Zeit, um mit Hilfe der Eltern wieder einzuschlafen (Hofacker, 1998).

Ein übermüdetes und überreiztes Kind zu beruhigen, wird, je länger der Zustand andauert, immer schwieriger. Oft wird von den Eltern ein ablenkender sensorischer Reiz für die Kinder gesetzt, z. B. durch schaukelnde Bewegungen und optische oder akustische Anregungen. Dieser Reiz unterbricht das Weinen zunächst, aktiviert aber gleichzeitig das Nervensystem, so dass das Einschlafen verhindert wird. Statt Beruhigung wird ein Teufelskreis in Gang gesetzt.

Die Trennungserfahrung beim Einschlafen kann bei Kind und Eltern traumatisierende Trennungserfahrungen reaktivieren. Insbesondere eine traumatisch erfahrene Geburt oder eine Trennung von Mutter und Kind nach der Geburt können den Abschied in den Schlaf erschweren. Aus der Lebensgeschichte der Eltern können Verlust- und Trennungserlebnisse so lebendig werden, dass ihnen das Weinen ihrer Kinder beim Einschlafen unerträglich ist, weil es sie an eigene Verlassenheitszustände erinnert.

Jedes Kind kommt mit einem anderen Temperament und einer individuellen Empfindlichkeit auf die Welt. Auch vorgeburtliche und perinatale Erfahrungen, Frühgeburt und Drogenkonsum der Schwangeren spielen für die Erregbarkeit des jungen Säuglings eine Rolle. Schlafstörungen können auch durch hirnorganische Schädigungen bedingt sein.

3.3 Fütterungsstörungen

Die Ernährung des Kindes, die Grundlage für gesundes Wachstum ist, ist wichtiger Bestandteil einer guten Beziehung zwischen Mutter (Vater) und Kind. Im Stillen besteht nach der Geburt die innigste körperliche Verbindung zwischen Mutter und Kind. Das Saugen des Kindes löst die Ausschüttung mütterlicher Hormone und damit die Milchbildung aus. Diesem körperlichen Muster des Aufnehmens und Gebens (ob beim Stillen oder bei Flaschenernährung) entsprechen auch seelische und geistige Austauschprozesse.

Von Fütterstörungen spricht man, wenn beim Säugling über mindestens einen Monat (Hofacker, 1998) die *Mahlzeiten jeweils länger als 45 Minuten dauern* und *zwischen den Mahlzeiten weniger als zwei Stunden liegen*. Beim älteren Säugling gehört auch ein *unangemessener Kontext* (z. B. die Fütterposition, Füttern mit aufwendigen Ablenkungsmanövern, die Fütterzeit) oder die Auswahl der akzeptierten Lebensmittel dazu. Eine Störung liegt auch vor, wenn das Kind häufig erbricht oder das Essen regurgitiert, im Mund behält und wieder verschluckt (Rumination).

Eine Fütterstörung kann sich bis zur Nahrungsverweigerung steigern und zur Gedeihstörung werden, wenn das Körpergewicht sinkt bzw. konstant unter dem Normgewicht bleibt. Die Gedeihstörung kann alle Körperfunktionen dauerhaft schädigen und als Säuglingsanorexie lebensbedrohlich werden.

Ein anfängliches Zurückweisen der Brust durch das Kind, Phantasien der Mutter über ihre Milch oder gesundheitliche Gründe um die Geburt (z. B. Brustentzündungen, Medikamenteneinnahme etc.) können es dem Mutter-Kind-Paar schwer machen, in einen guten Kontakt zu kommen. So kann das empfindliche Zusammenspiel um die Nahrungsaufnahme von Anfang an belastet werden.

Kurzfristige Fütterunregelmäßigkeiten, z. B. im Zusammenhang mit Infekten, kommen bei jedem Säugling vor. Bei ängstlich besorgten Eltern kann das zu größeren Verunsicherungen führen, die in eine Fütterstörung eskalieren.

Ist ein Kind schwer krank oder wurde es im Rahmen einer Erkrankung im Mund- oder Ösophagusbereich traumatisiert (Sondenernährung, Operationen bei Kiefer-Gaumen-Spalten) kann dies zu Angst führen, ob das Aufeinander-Einstimmen beim Füttern unter den erschwerten Bedingungen gelingen wird. Man spricht dann von einer posttraumatischen Fütterstörung. Angstvolle Abwehrreaktionen gibt es auch bei Kindern, die unter Zwang gefüttert wurden.

Mütter, die selbst unter einer Essstörung leiden, haben es mit der natürlichen Gier ihres Säuglings schwer und können bei ihrem Kind Hunger und Sättigung kaum angemessen einschätzen. Ein Großteil der Mütter, deren Säuglinge eine Fütterstörung haben, leidet oder litt selbst unter einer manifesten Essstörung. Zudem hat die Beschäftigung mit Ernährungsfragen einen abwehrenden

Charakter, der den wichtigen emotionalen Kontakt in der Füttersituation behindert.

3.4 Frühkindliche Depression

Es gibt Säuglinge, die bereits kurz nach der Geburt zurückgezogener wirken als andere. Sie greifen nicht so kraftvoll beim Trinken zu, reagieren weniger auf Ansprache. Später bleiben sie appetitlos, ihre Mimik ist reduziert, sie explorieren ihre Umgebung kaum und bleiben in der motorischen Entwicklung zurück. Solche Kinder sind häufig infektanfällig.

Mit der verlangsamten motorischen Entwicklung ist oft eine muskuläre Hypotonie verbunden. In der pädiatrischen Neurologie sind das Verständnis und die Klassifizierung dieses Symptoms immer schwierig gewesen (Salbreux, 1997). Bei diesem Symptom ist oft eine psychische Ungetrenntheit zwischen Mutter und Kind zu beobachten, bei der die Mutter ihr Kind unbewusst als Teil ihres eigenen Körpers wahrnimmt.

Das Vollbild der frühkindlichen Depression entwickelt sich zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat, wenn die Objektbeziehungen ein bestimmtes Niveau der Differenzierung erreicht haben. Auch dann sind die Symptome eher diskret; die Kinder scheinen wenig Energie und Lebenswillen zu haben.

Ursache dieser passiven Haltung ist häufig fehlende Spiegelung und Anregung durch eine Bezugsperson. Die kindliche Depression ist oft mit der postpartalen Depression der Mutter, manchmal auch mit einer anderen schweren Erkrankung der Mutter verknüpft (Pedrina, 2006). Die Eltern können das Kind nicht mit Vertrauen, Kraft und Zuversicht besetzen. Überproportional häufig gibt es in der Vorgeschichte ein verstorbene Geschwister, Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder den Tod eines nahen Angehörigen während der Schwangerschaft. Manche Kinder reagieren schon sehr früh auf Trennungen mit einer depressiven Reaktion, ganz besonders in der transgenerationellen Verknüpfung solcher Verluste.

Das depressive Erscheinungsbild kann ebenfalls Ausdruck von Deprivation und Vernachlässigung sein, so wie sie als anaklitische Depression bei Heimkindern von Spitz im Zusammenhang mit Hospitalismus beschrieben wurde (Spitz, 1976). Es gibt sie aber auch in äußerlich intakten Familien, wenn die Eltern ihre Kinder aus inneren Gründen bewusst oder unbewusst ablehnen. Wenn Kinder auf Ansprache nur sehr spärlich oder vielleicht gar nicht reagieren, muss auch auf erste Anzeichen einer schweren Störung der emotionalen Entwicklung sowie auf eine eventuell mangelnde Hörfunktion geachtet werden.

3.5 *Angstreaktionen*

Um den 8. Lebensmonat können Kinder zwischen sich und dem bekannten Anderen, dem Kernselbst und dem Objekt unterscheiden (Stern, 1992). Das Erkennenlernen des Anderen bedeutet auch, den Verlust des Vertrauten bewusster wahrzunehmen. Vorübergehend erschrecken die Kinder in dieser Phase des »Fremdelns« (Spitz, 1976) vor Unbekannten und klammern sich an die vertrauten Bezugspersonen. Wenn die Kinder die kleinen Trennungen (>Schlafstörungen) der ersten Zeit noch nicht verkraften können, haben sie Schwierigkeiten diesen Entwicklungsschritt zu machen und entwickeln anhaltende Trennungsängste und Verlustängste.

Insbesondere wenn die Kinder mit unbewusster Ablehnung oder unbewussten aggressiven Affekten der Eltern konfrontiert werden, reagieren sie manchmal mit anklammerndem Verhalten. Sie haben Angst, die Eltern zu verlieren, wollen immer in ihrer Nähe bleiben; gerade wenn sie sich als Belastung empfinden, müssen sie sich der Nähe vergewissern. Bei Distanz droht das mütterliche Objekt verloren zu gehen, bei körperlicher Nähe führen gegenseitig projizierte unerträgliche Gefühle zu Abwehr.

Kinder in solchen Gefühlszuständen wirken unruhig und unzufrieden; sie pendeln z. B. ständig vom Arm der Eltern auf ihre Spieldecke und zurück. Sie können sich nicht mit sich selbst beschäftigen, brauchen scheinbar ständige Zufuhr an Aufmerksamkeit und direkter Zuwendung.

Frühe Trennungen (wie z. B. Klinikaufenthalte), Verlust wichtiger Bezugspersonen oder Vernachlässigung im ersten Lebensjahr können der Auslöser für eine ängstlich-depressiv gestimmte Lebenshaltung werden (siehe auch Leitlinie Angst).

3.6 *Störungen der Kommunikation und der Bezogenheit*

Bereits im Säuglings- und frühen Kleinkindalter lassen sich Beeinträchtigungen der Bezogenheit des Kindes und der nonverbalen Kommunikation beobachten. Kinder, die sich in ihrem kommunikativen Verhalten deutlich von Gleichaltrigen unterscheiden, müssen sorgfältig beobachtet werden.

In der Gruppe dieser Störungen gibt es eine Vielzahl von Auffälligkeiten: Vermeidung des Blickkontakts, Ignorieren von Ansprache, Abwehr von Körperkontakt, Aversion gegen Liebkosungen, Ausweichen gegenüber mitmenschlicher Annäherung, Desinteresse an der Umgebung, stereotype Beschäftigung mit Details, stereotype Bewegungsabläufe, verlangsamte Motorik, muskuläre Hypotonie.

Das Spektrum der Beeinträchtigungen reicht von vorübergehenden Reaktionen auf Stressfaktoren bis zu schweren Blockaden der Bezogenheit. Auch die Ursachen sind vielfältig. Zunächst muss abgeklärt werden, ob eine Beeinträchtigung der Wahrnehmung (z. B. Gehörlosigkeit), der Motorik oder der Sensorik vorliegt. Reifungsdisharmonien, Reaktionen auf Traumata oder Antworten der Kinder auf ein inadäquates oder defizitäres Kommunikationsangebot der Umgebung können zu einer Störung der Bezogenheit führen. Selten kann diese Störung erstes Anzeichen einer tiefgreifenden Kommunikationsstörung aus dem autistischen Formenkreis sein. Die Diagnose frühkindlicher Autismus sollte mit großer Vorsicht gestellt werden.

Unter Störungen der Kommunikation und Bezogenheit werden Auffälligkeiten zusammengefasst, die sowohl vom Erscheinungsbild als auch vom Schweregrad sehr unterschiedlich sein können und sich mit dem Entwicklungsstand des Kindes verändern. Ätiologie und Prognose bleiben offen, da sie sich häufig erst im Verlauf der weiteren Entwicklung klären. Wenn sie früh erkannt werden, sind schwere Störungen einer Behandlung aber auch gut zugänglich.

3.7 Psychosomatische Störungen und psychische Komponenten bei körperlichen Erkrankungen

In den ersten Lebensmonaten sind das somatische und das psycho-affektive System ganz eng miteinander verbunden und auf die Regulation durch die Pflegepersonen angewiesen. In den verschiedenen Erregungszuständen des Kindes entsteht z. B. ein Zusammenspiel zwischen Vagus und Sympathikus, das sowohl auf die Stoffwechselprozesse als auch auf die Ausbildung des affektiven Kerns Einfluss nimmt. Je jünger ein Kind ist, desto unmittelbarer drücken sich seelische Störungen in körperlichen Symptomen aus.

3.7.1 Folgen schwerer körperlicher Erkrankungen

Schwere körperliche Erkrankungen und Traumatisierungen zu Lebensbeginn erfordern eine besondere Einstimmung der Eltern auf die Situation ihres Säuglings. Die ständige (Lebens-) Gefährdung und Sorgen um das Kind machen es verständlich, wenn die Eltern entmutigt sind und ihnen eine lebensbejahende, libidinöse Besetzung des Kindes verloren geht. Nicht mehr das Kind, sondern die Krankheit steht im Mittelpunkt des elterlichen Interesses. Die Eltern sind durch Schuldgefühle, Selbstzweifel und die Kränkung, kein gesundes Kind zur Welt gebracht zu haben, verunsichert. Diese Konstellation betrifft Kinder mit angeborenen Stoffwechselerkrankungen, Chromosomendefekten und Missbildungen wie Herzfehler, Hydrocephalus, Hypospadie u. a. Operationen, Diagno-

stik und andere medizinische Maßnahmen traumatisieren Kinder und Eltern zusätzlich und labilisieren die Regulationsmöglichkeiten. Ein krankes Kind ist oft nicht in der Lage, die Interaktion der Mutter zu beantworten, sei es, dass seine eigenen Kompetenzen reduziert sind, sei es, dass die Interaktion der Mutter durch ihre Belastung für das Kind inadäquat ist (zu schwach bei depressiven Müttern, häufig aber überstimulierend und überkompensierend). Von den Eltern kranker Kinder ist eine größere feinfühligkeit Kompetenz verlangt, um deren Bedürfnisse zu verstehen und ihre Erregungen aufzunehmen. Gleichzeitig wird die Entwicklung mütterlicher Intuition durch die ständig geforderte Anpassung an die medizinische Vorgehensweise erschwert. Zu diesen Reglementierungen gehören z. B. Diäten bei Stoffwechselerkrankungen, regelmäßige Medikamenteneinnahme und die Durchführung für das Kind belastender krankengymnastischer Übungen.

Im weiteren Verlauf der Entwicklung neigen die Eltern auf dem Hintergrund großer Verlustängste häufig zu überbehütendem Verhalten, das in der akuten Krankheitssituation zwar angemessen war, nun aber inadäquat ist. Der altersentsprechende Individuationsprozess wird dadurch oft beeinträchtigt.

3.7.2 Frühgeburtlichkeit

In dramatischer Weise trifft das oben Gesagte für Frühgeborene zu. Durch die medizinische Entwicklung sind Frühgeborene immer früher überlebensfähig, wenn auch mit dem hohen Risiko bleibender Schäden. In diesem Alter sind ihre neurologischen und psychischen Fähigkeiten zur Selbstregulation viel unentwickelter als zum regulären Geburtstermin. Durch die Hospitalisierung entfällt die Koregulation durch die leibliche Mutter. Stattdessen wird sie von wechselnden Bezugspersonen und vor allem von medizinischen Apparaten, die das somatische Überleben sichern, übernommen.

Durch die Frühgeburt wird die phantasmatische Auseinandersetzung der Mutter mit dem ungeborenen Kind vorzeitig abgebrochen. Die Konfrontation mit dem kaum lebensfähigen Neugeborenen löst deshalb extreme psychische Irritation und vor allem Schuldgefühle aus. Die Diskrepanz zwischen dem idealen phantasmatischen und dem realen Kind ist besonders groß, und es bedarf viel innerer Arbeit der Eltern, diese Diskrepanz zu überbrücken. Die Trennung vom intrauterinen Kind, die jede Mutter bei der Geburt verarbeiten muss, verläuft bei der Geburt eines frühgeborenen Kindes besonders dramatisch und kann traumatisierend sein. Sie wird nicht mit der narzisstischen Belohnung kompensiert, ein gesundes Kind im Arm zu halten. Auf die Trennung durch die Geburt folgt oft eine sehr lange Trennung durch Klinikaufenthalte, begleitet von den Ängsten, ob das Kind überlebt und welche Schäden es davon tragen wird.

In dieser äußerlich und innerpsychisch extrem belastenden Situation ist die feinfühligkeit Abstimmung zwischen Eltern und Kind sowie eine adäquate Bezie-

hungsentwicklung sehr erschwert und bedarf der Unterstützung durch hilfreiche Dritte.

3.7.3 *Dermatitis atopica (Neurodermitis, Endogenes Ekzem)*

Bereits im ersten Lebenshalbjahr kann ein Säugling an Neurodermitis erkranken; 75% der Fälle manifestieren sich bereits im ersten Lebensjahr. Man geht von einer multifaktoriellen Verursachung aus, die sich aus immunologischen, infektiösen und genetischen Aspekten zusammensetzt. Im ICD 10 wird Neurodermitis unter F 54 codiert (psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen). Säuglinge und Kleinkinder mit Neurodermitis leiden wegen des Juckreizes oft zusätzlich unter Schlafstörungen. Sicher ist, dass psychische und psychosoziale Faktoren, insbesondere das Einfühlungsvermögen der Pflegepersonen, den Verlauf beeinflussen.

Die Haut als wichtiges Sinnesorgan, die das Körperselbst des Kindes umhüllt, empfängt die zärtlichen und haltgebenden Berührungen der Eltern. Durch die Hautentzündungen werden die Berührungen schmerzhaft oder auch unmöglich. Gleichzeitig sind die Eltern ständig mit der Pflege der erkrankten Haut beschäftigt. Die Nähe-Distanz-Regulierung wird dadurch irritiert und kann sich als intrapsychische Problematik (Nähe-Distanz-Konflikt/Trennungsproblematik/Überstimulierung) manifestieren. Oft ist die Autonomieentwicklung erheblich behindert, zum einen durch die Abhängigkeit von den frühen, intensiven Pflegeleistungen, zum andern dadurch, dass die Kinder durch den ständigen Juckreiz eine permanente Abhängigkeit vom Symptom erlebt haben.

3.7.4 *Asthma bronchiale*

Das Asthma beim Säugling beginnt häufig zwischen dem 6. und dem 12. Lebensmonat; es verschwindet meist spontan im Laufe des dritten Lebensjahres. Nur bei 10 % der Säuglinge mit einer asthmatischen Erkrankung persistiert das Asthma bis ins höhere Kindesalter (Foliot, 1997). Wie bei der Dermatitis atopica geht man von einer multifaktoriellen Verursachung aus. Die ICD 10-Codierung erfolgt ebenfalls unter F 54 (psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen).

Es werden in der frühen Zeit zwei Beziehungskonstellationen beobachtet, nämlich einerseits ein zu frühes Aufbrechen der Zweierbeziehung mit wechselnden Pflegepersonen, wobei das Kind dann auf die dyadische Beziehung regrediert, und andererseits eine überbehütende und exklusive Beziehung zur Mutter, die die Autonomieentwicklung blockiert. Die Säuglinge mit allergischen Krankheiten finden leicht oberflächlichen Kontakt, haben aber keine Wünsche nach intensiven Beziehungen; sie ersetzen Bezugspersonen schnell durch neue und zeigen selten Acht-Monats-Angst (Bürgin, 1993; Foliot, 1997).

Die sekundären psychischen Auswirkungen sind besonders durch die Angst auslösende Wirkung der Atemnot auf die Bezugspersonen charakterisiert.

3.7.5 *Infektanfälligkeit*

Bei infektanfälligen Kindern können auch die Beziehungskonstellationen in der Familie eine Symptom verstärkende Rolle spielen. Die Kinder scheinen nicht nur im körperlichen, sondern auch im psychosozialen Sinn anfällig und fordern besondere Fürsorge. Bereits ganz früh nehmen Säuglinge die Konfliktlage ihrer Umgebung auf und reagieren mit akuten Infekten. Prädilektionsorgane der Infekte werden ebenfalls in das Körpergedächtnis aufgenommen und können z. B. über wiederholte Bronchitiden oder Mittelohrentzündungen Schwachstellen bis ins spätere Kindesalter bleiben.

Sehr schnell lernen Kinder, dass Kranksein eine Möglichkeit sein kann, sich Zuwendung zu sichern. Die Ausbildung körperlicher Symptome ist wie eine Ersatz-Objekt-Beziehung zu beurteilen (aber nicht im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns wie bei älteren Kindern).

3.7.6 *Verletzungen*

Häufige Verletzungen bei Säuglingen und Kleinkindern können unterschiedliche Ursachen haben.

Im Kontext von Schrei- und Schlafstörungen sollte an *Misshandlungen* gedacht werden. Exzessives Schreien der Kinder und ständiges Aufwachen in der Nacht erhöhen die Gefahr eines Aggressionsdurchbruchs bei den Eltern. Häufiges Schreien kann auch die Reaktion auf Misshandlungen sein. Bei rezidivierenden und diagnostisch nicht einzuordnenden krankhaften Körperzuständen des Kindes sollte auch das *Münchhausen-by-proxy-Syndrom* erwogen werden, bei dem die Mütter aus unbewussten Motiven Schaden zufügen.

Mit der zunehmenden motorischen Explorationstätigkeit, nimmt die *Unfallneigung* bei manchen Kindern überdurchschnittlich zu. Solche Kinder konnten ihren Körper nicht selbstsicher besetzen, bleiben ungeschickt und neigen dazu sich zu verletzen.

4. Ätiologie

Folgende Faktoren können die genannten Störungen bewirken und verstärken.

Auf Seiten von Mutter und Vater

- Negative und/oder widersprüchliche Repräsentanzen der eigenen Eltern
- Ungelöste Konflikte in der eigenen Kindheit/Biographie
- Unbearbeitete Traumata in der eigenen Kindheit/Biographie
- Psychopathologische Auffälligkeiten
- Geringe emotionale Ressourcen/Bindungsstörung
- Geringe psychische Belastbarkeit/Fähigkeiten zur Konfliktlösung
- Ungelöste Abgrenzung von der Ursprungsfamilie
- Physische und psychische Belastungen/Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt und deren auch langfristige Verarbeitung
- Enttäuschung am realen Kind, besonders bei Frühgeburt, angeborener Missbildung, somatischer Erkrankung
- Postpartaler Erschöpfungszustand/Blues
- Postpartale Depression (10-15% aller Frauen, 6-8 Wochen postpartal)
- Postpartale Depression mit starken präpsychotischen Anteilen (bewusster Todeswunsch)
- Postpartale Aktualisierung von Paarkonflikten und unzureichende elterliche Allianz auch aufgrund einer nahezu regelhaften Anpassungskrise in den ersten drei Lebensmonaten des Babys
- Fehlende Einvernehmlichkeit zum Kinderwunsch
- Mangelhafte Unterstützung der Mutter durch den Vater – fehlende physische und psychische Präsenz des Vaters
- Psychisch/physische Überforderung der Mutter/der Eltern in der Kinderpflege
- Familiengeheimnisse, z. B. das Kind ist nicht das leibliche Kind des »Vaters«
- Ersatzkind für verstorbenes Kind
- Trennung von Eltern und Kind
- Unrealistische Erwartungen an die Geschwindigkeit der Entwicklung und an die emotionalen und kommunikativen Bedürfnisse des Kindes
- Unangemessene Bedeutungszuschreibungen zu den Lebensäußerungen des Kindes
- Intensives Kontrollbedürfnis über das Kind, wobei das Kind als Teil des mütterlichen Körpers erlebt werden kann
- Trennungsschwierigkeiten der Mutter/des Vaters vom Kind, Schwierigkeiten die Autonomiebedürfnisse des Kindes zu tolerieren, bzw. zu unterstützen
- Verleugnung von Ambivalenz

Auf Seiten des Kindes

- Perinatale Komplikationen
- Frühgeburt
- Postnatale oder spätere Trennung von der Mutter/Vater
- Angeborene chronische Erkrankung/Missbildung
- Langfristige Hospitalisierung

- Schwierige Temperamentsmerkmale
- Emotionale Deprivation, Entwicklungsrückstand bei Pflege- und Adoptivkindern
- Männliches Geschlecht des Kindes durch generell höhere Vulnerabilität

Auf Seiten des Paares

Folgende für das Baby besonders kritische Paarkonstellationen können auftreten:

Das »unvorbereitete« Paar

Das Baby wird für das Paar zum emotionalen Halt und durch anklammerndes Verhalten der Eltern überfordert. Die Entwicklung der Kompetenz selbstregulatorischer Fähigkeiten verzögert sich.

Das »verschmolzene« Paar

Das Baby wird zur »Bedrohung«. Symbiotische Paarbeziehungen werden durch die Geburt des Babys und den Übergang zur Triade in ihren Fusionswünschen gestört. Oft konkurriert ein Partner symbiotisch mit dem Baby um Geborgenheit und Nähe.

Das »distanzierte« Paar

Das Baby kann die Funktion eines emotionalen Lückenfüllers einnehmen. Die betont emotionale Nähe zum Baby dient in dieser Konstellation der Kompensation.

Die konflikthafte Partnerschaft

Das Kind gerät in neurotische Verstrickung mit seinen Eltern, wenn das Baby als Bündnispartner von einem Partner gegen den anderen benutzt wird. Dahinter liegen zumeist ödipale Konflikte, die sich um Rivalität und Sexualität drehen.

Die transgenerational belastete Partnerschaft

Hierbei beeinflussen die »Gespenster der Vergangenheit« (wichtige Personen und deren innerer Niederschlag in den Eltern) die aktuelle Beziehungsdynamik. Diese projektive Identifikation führt zu verzerrter Wahrnehmung und beeinträchtigt die Entwicklung des Säuglings dadurch neurotisch.

Psychosoziale Lebensumstände

- Krankheit/Tod in der Familie
- Adoptiv-/Pflegekind
- Arbeitslosigkeit, finanzielle Not, frühe Berufstätigkeit der Mutter
- Beengte Wohnverhältnisse
- Soziokulturelle Besonderheiten

5. Diagnostik

Diagnostik im psychoanalytischen Verständnis ist nicht ein abgetrennter vorgehender Arbeitsschritt, sondern ein integraler Bestandteil der Erstbegegnung.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass das Säuglings- und Kleinkindalter in der psychischen Organisation und im psychomotorisch-neuronalen Funktionsniveau nach Stern (1998, S. 90-98) mehrere Subphasen der biopsychosozialen Entwicklung enthält. Stern hat das Entwicklungskontinuum der ersten zwei Lebensjahre in klinische Zeitfenster unterteilt. Die klinischen Fenster dienen der Orientierung und ermöglichen festzustellen, ob die jeweiligen Entwicklungsaufgaben in Beziehungs- und Interaktionsdynamik altersadäquat erreicht worden sind.

1. 0 bis 2½ Monate: Regulation des Trink-, Schlaf-, Wachheits- und Aktivitätszyklus
2. 2½ bis 5½ Monate: Die soziale Face-to-face-Interaktion ohne Spielsachen
3. 5½ bis neun Monate: Das gemeinsame Spiel mit Gegenständen
4. Acht bis zwölf Monate: Bindung und Loslösung an bzw. von der primären Bezugsperson
5. 18. bis 24. Monat: Sprache und Grenzsetzung

5.1 Allgemeine Diagnostik

Pädiatrisch-entwicklungsneurologische Anamnese und Untersuchung des körperlichen Entwicklungsstatus, einschließlich Vorsorgeuntersuchungen. Diese Diagnostik, die Kontinuität der kinderärztlichen Betreuung und des konsiliarärztlichen Austausches müssen gewährleistet sein.

Spontanmitteilungen und anamnestische Angaben mit Fokus auf Kindeswunsch, Schwangerschafts- und Geburtsverlaufs, Störungsgenese, Entwicklungsschritte des Kindes, elterliche Einstellung zum Kind, aktuelle Belastungen und Angaben zur Herkunfts- und Kindheitsgeschichte der Eltern (auch per Fragebogen).

Diagnostik der Verhaltens-, Beziehungs- und Interaktionsentwicklung des Säuglings in direkter Beobachtung und auch per Video in relevanten Beziehungsperioden. Verwendung von Test- und Fragebogen-Material.

5.2 Psychoanalytische Diagnostik

Die psychoanalytische Diagnostik bezieht sich im Rahmen szenischen Verstehens auf Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse, die sich bereits im diagnostischen Prozess zeigen. Dabei geht es um die *unbewussten Einstellungen* der Eltern ihrem Kind und dem Therapeuten gegenüber. Diese Übertragungen lösen im Therapeuten gefühlsmäßige Gegenübertragungsreaktionen aus, die diagnostisch aufschlussreich sein können. Der Übertragungs-/Gegenübertragungsprozess dient dazu, die unbewusste Szene der Eltern mit ihrem Kind zu verstehen und einen aktualisierten Fokus formulieren zu können. Die Einschätzung der primären Mütterlichkeit, der intuitiven elterlichen Kompetenzen, der Mentalisierungsfähigkeit und der Fähigkeit zum Containment liefern wichtige weitere diagnostische Hinweise.

Grundsätzlich kann die Störung von den Besonderheiten des Kindes (z. B. Temperament, angeborene Leiden), von lebensgeschichtlich bedingten Elternphantasmen oder vom Zusammenspiel beider Faktoren ausgehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die psychische Struktur der Eltern komplexer als die des Säuglings ist. Die elterlichen Phantasmen steuern zu einem Großteil das eigene wie das kindliche Interaktionsverhalten (»phantasmatische Interaktion«). Deshalb konzentriert sich die psychoanalytische Diagnostik besonders auf die *bewussten und unbewussten Bedeutungszuschreibungen durch elterliche Projektionen*. Zugleich werden in eine psychoanalytische Exploration die symptomatischen, interaktionellen, affektiven und kommunikativen Äußerungen im Eltern-Kind-Dialog mit einbezogen. Die psychoanalytische Diagnostik richtet ihren Blick besonders auf die Verschränkung von elterlicher Interaktion und elterlichen Phantasien.

Brazelton und Cramer (1991) haben unter *imaginären Interaktionen* eine Typologie von Konfliktfeldern identifiziert, die zu starken Verflechtungen zwischen elterlicher Kindheitspathologie und der aktuellen Eltern-Kind-Interaktion führen können. Sie definieren den Begriff imaginäre Interaktion als »die subjektiven Deutungen, die die Eltern ihrer Beziehung zu dem Kind beimessen« (Brazelton/Cramer, 1991, S. 159). Sie nennen im einzelnen u. a. folgende Konstellationen, denen sich eine jeweils spezifische Abwehrstruktur zuordnen lässt:

- Das Kind als Wiedergeburt eines Vorfahren: Fehlidentifizierung
- Das Kind als Verlustersatz: Abwehr von Trauer/Trennungsverleugnung
- Die Angst vor dem Tod des Babys: Starke Ambivalenz
- Das Kind als Mutter- oder Vaterfigur: Parentifizierung
- Der Säugling als Geschwisterkind: Eifersucht auf Rivalen
- Das Kind als ideales Selbst: Wiedergutmachung erlittener Entbehrung
- Das Kind – »His majesty the baby«: Realisator idealer Wunschvorstellungen
- Das Kind als Sündenbock: Projektion des negativen Selbst

Diese Zuschreibungen machen aus dem Kind einen Adressaten elterlicher Projektionen, die zu entgleistem Kontakt, verzerrter Wahrnehmung und imaginären Interaktionen führen. Das Kind antwortet auf diese Projektionen aus aversiver Stimulierung mit eigener aversiver Interaktion (z. B. Quengeligkeit, Rückzugverhalten, Aggressivierung, Symptomen).

In angemessener Weise reagieren zu können setzt voraus, dass Eltern den Signalen des Kindes Sinn und Bedeutung geben können. Dieser Vorgang der *Mentalisierung* hängt eng mit der Fähigkeit zusammen, eigene innere Zustände und die anderer reflektieren zu können. Die diagnostische Einschätzung soll einen Hinweis geben auf die Fähigkeit der Eltern, eigene innere Zustände von denen anderer zu differenzieren. Die *verzerrte Sinnzuschreibung* gibt einen Hinweis auf (verdrängte) innere Vorstellungen und Konflikte der Eltern und öffnet den Weg zu lebensgeschichtlich noch unverarbeiteten Szenen.

Die diagnostische Einschätzung richtet ihr Augenmerk auch auf die Fähigkeit der Eltern, belastende Gefühle aushalten zu können, ohne handeln zu müssen. Ebenso wichtig ist die Fähigkeit der Eltern, die für das Kind unerträglichen Gefühle abzuschwächen, umzuwandeln und »verdaut« zurückzugeben, so dass eine Integration ins kindliche Selbst stattfinden kann. Diese Fähigkeit ist als *Containment* (Bion) beschrieben worden.

5.3 Psychoanalytische Interaktions- und Beziehungsdiagnostik

Bei der Interaktions- und Kommunikationsdynamik ist zwischen manifestem Verhalten und latenten unbewussten Hintergrundseinstellungen zu unterscheiden. Während sich der manifeste Austausch zwischen Mutter und Kind in aktuellen Handlungen der Jetzt-Zeit abspielt, wird der Interaktionshintergrund durch die latente Einstellung der Eltern zu ihrem Kind, deren psychischer Verfassung, der verinnerlichten eigenen Eltern-Kind-Erfahrung sowie durch den psychosozialen Rahmen insgesamt mit geprägt. Ist der latente Hintergrund spannungs- und konfliktvoll, werden die Eltern nicht über angemessene Möglichkeiten verfügen, um ihr Kind zu beruhigen oder zu stimulieren. Die Identifikation einschränkender, stereotyper oder maligner Beziehungsmuster steht im Mittelpunkt der Interaktionsdiagnostik.

Leitsymptome im elterlichen Interaktions- und Beziehungsverhalten

- *Überforderungssyndrom* mit chronischer Erschöpfung, depressiver Grundstimmung, agitierter Erregtheit und Reizbarkeit, Verunsicherung, Versagensgefühlen, verletztem Selbstwertgefühl und/oder ängstlicher Anspannung

- *Dysfunktionale Interaktionsmuster* (Teufelskreise mit negativer Gegenseitigkeit) in Funktionsbereichen des Beruhigens, Schlafenlegens, Fütterns, Zwiegesprächs, Spiels, Abgrenzens oder Grenzensetzens
- Auffallender *Mangel an Bezogenheit*
- Einschränkung, Blockierung oder stereotypes Ausüben der *intuitiven Verhaltensbereitschaften*, Mangel an kontingenten Antworten auf kindliche Signale
- *Unsicherheit im körperlichen Bezug* zum Baby (mit auffallend großer Distanz, Vermeiden von Körperkontakt oder unvermittelter Zärtlichkeit)
- *Ängstlich-angespannte* Bezogenheit
- Auffallend *enge, symbiotische* Bezogenheit
- Umgang mit dem Kleinkind *wie mit einem Baby*
- Ausgeprägte Probleme mit *eigener Abgrenzung und Loslassen*
- Auffallend *verstrickte, konflikthafte* Bezogenheit
- Stereotypes Wiederholen von Stimulation und Spielchen *ohne Rücksicht auf die kindliche Aufnahmebereitschaft*
- Ignorieren bzw. inadäquates *Beantworten von Rückkoppelungssignalen*
- *Geringe Distanz* mit übergriffigem oder zudringlichem Verletzen des kindlichen »Spielraums«
- *Abrupter Wechsel* von aufgesetzt freundlichem und zurückweisend-strengem Verhalten
- Ausgeprägte Probleme mit *Festlegung und Durchsetzung von Regeln und Grenzen*
- Verdeckte oder offene *Ablehnung*
- Drohende *Misshandlung*
- *Manifeste Vernachlässigung* mit schlechtem Pflegezustand, inadäquater Ernährung

Die identifizierten Interaktions- und Beziehungsmuster helfen bei der Orientierung bezüglich des Konflikt- und Störungsniveaus.

5.4 Störungsspezifische Diagnostik

Zusätzlich zur psychodynamischen Dimension sind bei jeder Symptomatik die folgenden störungsspezifischen Aspekte diagnostisch zu berücksichtigen. Die Indikation für ev. weitere erforderliche Spezialuntersuchungen werden vom Kinderarzt gestellt:

5.4.1 Exzessives Schreien

Insofern die Schreistörung ätiologisch auf eine Entwicklungsunreife der Verhaltensregulation oder auf ein spezifisches Temperament zurückzuführen sind, sind diese in Abgrenzung zu psychodynamischen Erwägungen durch Verhaltensbeobachtung und störungsspezifische Anamnese zu erheben.

Bei Verdacht auf eine organische Mitverursachung sind differentialdiagnostisch folgende Punkte zu beachten.

1. Bei gastroösophagealem Reflux ist eine Oberbauchsonographie durchzuführen.
2. Bei vorübergehenden neurologischen Auffälligkeiten als möglichem Hinweis auf eine persistierende Unreife der zerebralen Organisation ist eine spezifische kinderneurologische Untersuchung angebracht.
3. Bei Hämatomen und Verwahrlosungsanzeichen ist der Verdacht auf Kindesvernachlässigung oder Kindesmisshandlung abzuklären.
4. Bei Verdacht auf Proteinunverträglichkeit ist die Milchverträglichkeit zu testen.

5.4.2 Schlafstörungen

Schlafstörungen als Störung der Selbstberuhigungsfähigkeit des Säuglings können auf spezielle elterliche Bettzeitrhythmen, unsichere Bindungsmodalitäten oder auf erlebte Trennungen infolge von Verlust- oder Krankheitserlebnissen zurückgeführt werden. Besondere Einschlafgewohnheiten und -rituale sind mit zu beachten.

Da der Umgang der Schlafstörung der direkten Beobachtung entzogen ist, kann ein Schlafstagebuch für die Dokumentation hilfreich sein. Wichtiger aber als die Zeiten sind die Handhabungen und Gedanken der Eltern über das Nicht-einschlafen-Können ihres Säuglings, die Auskunft über die Beruhigungsfähigkeiten der Eltern geben können.

Bei Verdacht auf cerebrale Störungen ist eine neuropädiatrische Untersuchung notwendig. Bei Apnoe-Syndrom ist ein Schlaf-EEG durchzuführen. Erschwerte Atmung kann den Schlaf auch infolge von Obstruktionen der Atemwege (asthmatische Bronchitis) stören. Auch banale Infekte und Hunger können den Schlaf behindern.

5.4.3 Fütter-, Ess- und Gedeihstörungen

Es ist eine Still- und Ernährungsanamnese (Essstörungen in der Kindheit der Mutter, Stillzeitraum, Kost, Nahrungsverweigerung, Rumination, mundmotorische Auffälligkeiten, Sondenernährung etc.) zu erheben, die physiologischen Gegebenheiten, postoperative Zustände und die emotionalen Interaktionsqualitäten, die Affekte, Ängste und Phantasien der Mutter über den maladaptiven Erfahrungszirkel miteinbezieht. Da Fütterstörungen oft mit einer erheblichen psychopathologischen Struktur bei der Versorgungsperson und eingeschränkten dialogischen Fähigkeiten einhergehen, ist im Rahmen der Anamneseerhebung darauf besonders zu achten.

Bei der Fütterstörung kann eine videographierte Fütterszene zur diagnostischen und therapeutischen Verwendung hilfreich sein. Die Fütterinteraktion ist differentiell von einer generalisierten Interaktionsproblematik zu unterscheiden, so dass die Fütterszene im Kontext von Spiel- und Alltagssituationen und mütterlicher Gesamtpersönlichkeit zu bewerten ist.

Organische Belastungen, Operationen oder Sondeneingriffe im Oral- und Ösophagusbereich sind besonders bei Gedeihstörungen zu beachten. Bei gastroöso-

phagealem Reflux ist eine Oberbachsonographie durchzuführen. Bei entsprechenden Verdachtsmomenten sollte eine orientierende Anthropometrie und eine Untersuchung von Blutbild, Elektrolyten, Gesamteiweiß, Urinstatus und Eisen-, Nieren- und Leberwerten erfolgen.

6. Indikation

Bei allen Störungen und kindlichen Erkrankungen, die die Beziehung zwischen Kind und Eltern am Lebensanfang belasten, sollte die Indikation für die erste diagnostisch-therapeutische Abklärung großzügig gestellt werden.

In der engen Beziehung zwischen Eltern und Kind kann leicht eine sich selbst verstärkende Dysregulation entstehen. Je eher dysfunktionale Beziehungsmuster verändert werden können, um so eher kann eine Chronifizierung der Beziehungsstörung verhindert werden. Auch bei schweren Belastungen haben frühzeitige therapeutische Interventionen eine hohe präventive Bedeutung und können dauerhaften Somatisierungen und psychischen Erkrankungen vorbeugen.

Kriterium für die Behandlungsnotwendigkeit sind die subjektiv wahrgenommenen Belastungen der Eltern und des Kindes und nicht allein ein objektiv messbarer Schweregrad des Symptoms. Oft trägt bereits die Klärungsmöglichkeit für den aktuellen Konflikt zur Beruhigung der Situation bei und ist im Sinne einer Krisenintervention wirksam. Es können dann rechtzeitig – auch in Absprache mit dem Kinderarzt – die angemessenen weiteren Hilfen und notwendigen Therapiemöglichkeiten eingeleitet werden.

7. Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT)

Frühe therapeutische Interventionen erhellen die bewussten und unbewussten Hintergründe von Entwicklungsbeeinträchtigungen und psychischen Belastungen von Eltern und Kind. Sie ermöglichen deren Bearbeitung und eröffnen neue Entwicklungsräume.

Im Laufe der Jahre haben sich verschiedene psychoanalytisch orientierte Beratungs- und Behandlungsansätze entwickelt:

- Kommunikations- und interaktionszentrierte Säuglings-Kleinkind-Eltern-Beratung und -Psychotherapie (Papousek et al., 2004)
- Bindungstherapie (Brisch, 1999)
- Behandlung der frühen triadischen Interaktionen (v. Klitzing et al., 1998)
- Psychoanalytische Säuglings-Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT)

Die psychoanalytische SKEPT ist gekennzeichnet durch die gemeinsame Arbeit mit Säugling/Kleinkind und Mutter/Vater. In den vielfältigen beobachtbaren Interaktionen, in denen das Kind als aktiver Teilnehmer gesehen wird, stellen sich unbewusste Wünsche, Ängste und deren Abwehr dar (siehe insgesamt dazu auch: Windaus, 2006a).

Die Ausgangsbedingungen der psychoanalytischen SKEPT sind:

- Eine physiologische Labilisierung der Eltern, durch die eigene Kindheitserfahrungen wiederbelebt werden und der Zugang zur intrapsychischen Welt erleichtert wird.
- Die meist starke emotionale und körperliche Belastung der Familie, die verbunden ist mit einem erheblichen Leidensdruck und hohen Erwartungen auf schnelle Veränderung ohne eigentliches Krankheitsgefühl bei den Eltern.
- Eine durch die Präsenz des Babys geförderte hohe Unterstützungs- und Integrationsbereitschaft der Eltern.
- Das besonders intensive Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen.
- Eine enge Verflechtung von diagnostischem und therapeutischem Vorgehen.

Zu Beginn einer SKEPT können zunächst entlastende und beratende Interventionen stehen. Über die Einschätzung der entwicklungspsychologischen Reife des Kindes und über die Wertschätzung der bisherigen Bemühungen der Eltern wird ein Zugang zum Raum der inneren Bilder aktueller oder vergangener Beziehungserfahrungen der Eltern und der sich entwickelnden beim Kind gefunden. Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse eröffnen bewusste und unbewusste Vorstellungen über diese Beziehungen.

Psychiatrische und medikamentöse Therapie werden bei Bedarf einbezogen.

Die Psychotherapie mit Säuglingen/Kleinkindern und deren Eltern ist ein hochkomplexer Prozess. Zum besseren Verständnis werden die wichtigsten Elemente einzeln dargestellt. Im therapeutischen Prozess verlaufen sie synchron.

Die wichtigsten Elemente des psychotherapeutischen Prozesses der SKEPT sind:

- Beobachtung der Interaktionen
- Szenisches Verstehen
- Psychoanalytische Reflexion
- Interpretation und Intervention

7.1 Beobachtung

Bei der Beobachtung werden die körperlichen und emotionalen Aktionen und Reaktionen aller Beteiligten wahrgenommen, insbesondere die des Kindes, und in ihrer inneren Resonanz und Bedeutung zu erfassen versucht. Die spezifische Gefühlslage, in die der Therapeut dabei versetzt wird, spielt eine wichtige Rolle, da sie einen Hinweis auf die emotionale Befindlichkeit der Eltern gibt.

Zusätzlich ermöglichen Videoaufnahmen dem Psychotherapeuten eine eingehende Überprüfung der Stimmigkeit seiner Wahrnehmung in der Behandlungssituation. Die gemeinsame Betrachtung von Videos und deren feinfühlig interpretiert können den Eltern Zusammenhänge zugänglich machen, die sie sonst eher abwehren würden.

Im Einzelnen werden beobachtet:

- die wechselseitigen Interaktionen auf der verbalen, nonverbalen und Handlungsebene von Eltern und Säugling/Kleinkind
- die Angemessenheit der Interaktionen
- die Beurteilung der Feinfühligkeit der Eltern und die Fähigkeit zur Responsivität bei allen Beteiligten
- der Entwicklungsstand des Kindes mit Berücksichtigung des Temperaments, der selbstregulativen Fähigkeiten und der sozialen Kompetenz
- das Ausmaß der Fähigkeit aller Beteiligten, Dreierbeziehungen auszubalancieren
- die Interaktionen mit dem Therapeuten.

7.2 Szenisches Verstehen durch Bearbeitung von Übertragung und Gegenübertragung

Es wird davon ausgegangen, dass sich in jeder Begegnung spezifische Interaktionsmuster darstellen, die früh erworbene Beziehungserfahrungen wiederholen (Argelander, 1970; Lorenzer, 1974; Stern, 1992).

In der therapeutischen Beziehung zu Eltern und Kind zeigen sich die spezifischen Interaktionsmuster der Familie szenisch (Windaus, 1999). Sie geben einen Hinweis auf den emotionalen Gehalt der Objektbeziehungen, die sich in der Intensität der Übertragung ausdrückt.

Auch der Therapeut hat bestimmte Einstellungen (Übertragung des Therapeuten) und wird in das emotionale Geschehen miteinbezogen. Die Reflexion über die dabei auftauchenden Gefühle (Gegenübertragung) ermöglicht eine erste Hypothesenbildung über den zugrunde liegenden unbewussten Konflikt.

Das Kind trägt durch seine Lebensäußerungen und Interaktionen zum szenischen Verstehen des Prozesses bei.

Die analytische Haltung des Therapeuten wirkt Ich-stützend, regressionsmindernd und gleichzeitig haltend und fördert so Erkenntnisprozesse bei den Eltern, die sich auf szenische Evidenz stützen.

7.3 Psychoanalytische Reflexion

Die psychoanalytische Reflexion bezieht sich auf mehrere Ebenen:

Containment

Das beobachtete Beziehungsgefüge wird vom Therapeuten in seinem Gefühlsgelalt aufgenommen, gehalten und bewahrt, ohne dass er dabei handelt. Die manchmal auch schwer erträglichen Gefühle werden vom Therapeuten in einen Sinnzusammenhang gebracht, der ihm die Gefühlswelt der Eltern und des Kindes zugänglich macht. Der Therapeut fasst diese Gefühle in Worte und ermöglicht so den Eltern und dem Kind, diese Gefühle zunehmend zu integrieren.

Unerträgliche Gefühle hängen oft mit (früh-)kindlichen Erfahrungen der Eltern zusammen, die durch Schwangerschaft, Geburt und in der Zeit danach als »Gespenster aus der Vergangenheit« (Fraiberg, 1975) mobilisiert werden. Es sind unintegrierte, verinnerlichte Niederschläge von Beziehungserfahrungen und deren unbewusste Wiederholung. Sie können die Beziehung zeitweilig bzw. in bestimmten Aktionen verzerren und belasten oft die kommunikativen Äußerungen des Kindes durch projektive Bedeutungszuschreibung seitens der Eltern. Die Klärung dieser projektiven Zuschreibung ermöglicht den Eltern zunehmend eine angemessene Einschätzung der Signale des Kindes. Die inneren Bilder der Mutter/des Vaters (Repräsentanzen) über das Kind können sich dadurch positiv verändern, so dass eine realistischere Wahrnehmung des Kindes bezüglich seiner individuellen Eigenschaften und seines Entwicklungsstandes möglich wird. Die therapeutische Situation kann beispielhaft als Containment-Erfahrung für Eltern und Kind angesehen werden. Diese entlastende Erfahrung ermöglicht den Eltern, mehr inneren Raum zu gewinnen und eigene Fähigkeiten zum Containment zu entwickeln.

Mentalisierung

Die Mentalisierung (Fonagy, 2004) ist eng mit dem Containment verbunden und beinhaltet das Nachdenken über und das Verstehen von seelischen Zuständen, sowohl von eigenen, als auch von anderen. Daraus entsteht die Fähigkeit zum Verstehen und Voraussagen von eigenem und fremdem Verhalten.

Eltern, die mentalisieren können, haben eine Vorstellung von ihren eigenen inneren Befindlichkeiten und denen des Kindes und können diese in Worte fas-

sen. Diese Fähigkeit ist bedeutsam für die Entwicklung. Im therapeutischen Dialog wird zusammen mit den Eltern versucht, die Signale des Kindes zu verstehen, sie adäquat zu beantworten und die darauf folgende Reaktion des Kindes einzuschätzen. Für Eltern und Kind werden dadurch die alltäglichen Interaktionen vertraut, absehbar und berechenbar. Das Kind fühlt sich dadurch gut gehalten und die Eltern erleben sich in ihrer Funktion als Eltern kompetent. Dies trägt zur Entwicklung einer sicheren Bindung bei. »Das Baby erfährt damit eine zunehmende Integration seiner noch ungeordneten Welt und der Weg zu Symbolisierung-, Sprach- und Beziehungsfähigkeit ist gebahnt.« (Knott, 2003) Die Art der Mentalisierung der Eltern wird beeinflusst von ihrer psychischen Struktur, vom Temperament des Kindes und deren gegenseitiger Kompatibilität.

Triangulierung

Von der Zeugung an wächst das Kind in eine triadische Beziehungsform hinein. Der Übergang von der Zweier- zur Dreierbeziehung ist für die Eltern ein inter- und intrapsychischer Prozess, der als Triangulierung bezeichnet wird. Darunter versteht man die Fähigkeit, in der Beziehung zu einem Menschen einen Dritten zuzulassen und diesen zu integrieren. Für das Kind bedeutsam ist die Beziehung zu Vater und Mutter, ohne dass es zu einem exklusiven Bündnis mit einem Elternteil kommt und dadurch die öffnende und entwicklungsfördernde Beziehung zum anderen Elternteil eingeschränkt wird.

In der SKEPT ermöglicht die Anwesenheit von Eltern und Kind einen Einblick in den sich entwickelnden Triangulierungsprozess. Durch die Anwesenheit des Therapeuten kann die Fähigkeit zur Triangulierung angestoßen und gefördert werden, da der Therapeut als Dritter in das Beziehungsgeschehen einbezogen ist. Die Fähigkeit des Therapeuten, in triadischen Beziehungsmustern zu denken, stellt für Eltern eine korrigierende emotionale Erfahrung dar und unterstützt deren Bereitschaft, Triaden zuzulassen.

Der Übergang zur Dreierbeziehung ist vor allem bei Eltern erschwert, die überwiegend dyadische Beziehungen erlebt haben. Besonders schwierig ist der Übergang für Eltern, die in der Paarbeziehung einen Ersatz für ungelebte Bindungssehnsüchte suchen. Das Kind kann in die Rolle eines Liebeskonkurrenten oder Ersatzpartners geraten.

Kommentierte Videoaufnahmen fördern durch die unmittelbare Wiedergabe von Beobachtungen die Triangulierungsfähigkeit und unterstützen so den therapeutischen Prozess.

7.4 Interpretation und Intervention

Bei der Therapie sollte ein Klima geschaffen werden, das die Bemühungen und Fähigkeiten der Eltern wertschätzt. Jeder Aspekt einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind sollte ausdrücklich unterstützt, ermutigt und gefördert werden.

Im therapeutischen Raum können Eltern versuchen, bisher Unausgesprochenes und Unausprechliches zu äußern. Unbewusste Phantasien werden mitgeteilt und erhellt und verlieren dadurch ihre, die Interaktion determinierenden Kräfte (Dornes, 1993). Die Erfahrungen der befriedigenden Gegenseitigkeit beeinflussen die inneren Bilder der Eltern von sich und ihrem Kind positiv und fördern die Herausbildung von guten Objekt- und Selbstrepräsentanzen beim Kind.

Grundsätzlich werden gelungene Interaktionen hervorgehoben. Bei auffallenden Mängeln im Dialog zwischen Eltern und Kind ist die Suche nach positiven Sequenzen besonders wichtig. Eine Bestätigung kann verbal oder a verbal erfolgen, ohne die Eltern in ihrer Kompetenz zu verunsichern. Es werden Kommentare gegeben, die sich auf Äußeres wie z. B. die Kleidung beziehen, die sich direkt ans Kind richten oder aus der Perspektive des Kindes erfolgen.

Die Aufmerksamkeit des Therapeuten oszilliert zwischen verschiedenen Interaktionskreisen, Beziehungspolen und Gegenübertragungsaspekten, deren Schauplätze in schneller Folge miteinander wechseln:

- Säugling/Kleinkind – Eltern
- Säugling/Kleinkind in den Eltern
- Säugling/Kleinkind – Therapeut
- Eltern – Therapeut
- Therapeut – eigene lebensgeschichtliche Erinnerungen

Diese Sequenzen finden ihren inneren Niederschlag in Übertragungs- und Gegenübertragungspänomenen. Die Intensität dieser Gefühle erfordert im besonderen Maße die Selbstanalyse des Therapeuten zur Differenzierung von Gegenübertragung und eigener Übertragung. Die unbewussten Reaktionen des Therapeuten auf diese frühen Prozesse können bei ihm regressive Übertragungsgefühle auslösen und sollten reflektiert werden. Angesichts der engen mütterlichen Verbundenheit mit dem Kind können Neidgefühle entstehen. Narzisstische Kränkungen und das Gefühl des Ausgeschlossenenseins können dazu führen, dass Väter nicht einbezogen werden, wofür vordergründig rationale Gründe angeführt werden.

Als Ergebnis der therapeutischen Arbeit und des szenischen Verstehens kann eine Deutung möglich werden, in der eine Verbindung zwischen emotionalen Erfahrungen in der Vergangenheit der Eltern und aktuellen Konflikten mit dem Säugling/Kleinkind in der Gegenwart gefunden wird. Dieser Zusammenhang

wird szenisch besonders evident, wenn er durch die Übertragungssituation mit dem Therapeuten bestätigt wird. Die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern erfolgt je nach Störungsniveau entweder nach dem Modell des Konflikt- oder Strukturfokus. Ein begrenztes neurotisches Konfliktthema kann als Indikation für eine psychoanalytische Fokaltherapie angesehen werden (Windaus, 2006b). Strukturelle Defizite in der Selbst-Objekt-Wahrnehmung, der Empathiefähigkeit, der Affektsteuerung, der emotionalen Kommunikation und der inneren Bindung bedürfen der Kontinuität, Verlässlichkeit und Förderung der Reflexionsfähigkeit durch eine strukturbezogene Therapie (Rudolf, 2004).

Bei allgemeiner somatischer Bedrohung des Kindes, bei chronischer Gedeihstörung und bei Misshandlungsrisiko ist es notwendig, die Hilfsangebote auszuloten oder u. U. rasch zu handeln. Ein stationärer Aufenthalt von Mutter und Kind in einer speziellen Mutter-Kind-Abteilung, die Beschaffung einer Haushaltshilfe oder die Herausnahme des Kindes aus der Familie können entlastend wirken. Hierbei ist ein interdisziplinäres, eng kooperierendes Netzwerk erforderlich.

7.5 Setting und Rahmen

Die gemeinsame Anwesenheit von Säugling/Kleinkind, Mutter/Vater oder auch anderen bedeutsamen Bezugspersonen gilt als wesentlich.

Das Erstgespräch sollte möglichst innerhalb einer Woche nach Anmeldung angeboten werden. Die Komplexität der Erstbegegnung und die Anwesenheit von mehreren Personen erfordern in der Regel einen Zeitraum von ein bis zwei Therapiestunden.

Die Erstbegegnung dient der diagnostischen Abklärung, schließt aber ein therapeutisches Vorgehen mit ein und kann bereits eine Symptomverbesserung bewirken. Die SKEPT wird als gute psychotherapeutische Erfahrung erlebt und eröffnet so den Eltern die Möglichkeit, bei späteren Entwicklungskrisen erneut therapeutische Hilfe zu suchen (Stern, 1998). Das weitere therapeutische Vorgehen richtet sich nach dem Anliegen, den Möglichkeiten und Wünschen der Eltern und der Dringlichkeit der Symptomatik des Kindes.

In speziellen Situationen ist es notwendig den Rahmen zu erweitern durch Vermittlung

- einer Haushaltshilfe
- einer Pflegefamilie
- einer Einzel- oder Paarpsychotherapie
- einer speziellen Säuglings-/Kleinkind/Eltern-Abteilung mit tagesklinischer oder stationärer Behandlung.

Die intensiven Übertragungs- und Gegenübertragungsgefühle und das komplexe Geschehen machen eine kontinuierliche Supervisions- oder Interventionsarbeit erforderlich.

7.6 Wirkfaktoren

Die besondere Offenheit, Feinfühligkeit und Bedürftigkeit von Eltern mit Säuglingen/Kleinkindern sind eine gute Voraussetzung für die Bereitschaft, Interaktionen und Beziehungen zu reflektieren und zu verändern. Als Wirkfaktoren kommen in Betracht:

- Die Behandlungssituation ermöglicht den Eltern, in Identifikation mit dem Therapeuten, die Rolle eines Beobachters einzunehmen und damit die manchmal bedrückende Handlungsebene zu verlassen.
- Das Baby ist aktiver Teilnehmer des therapeutischen Geschehens und kann durch sein hohes Entwicklungspotential zu dynamischen, manchmal unerwarteten Veränderungen beitragen.
- Die Anwesenheit des Kindes im therapeutischen Raum ermöglicht den Eltern einen Erinnerungskontext zwischen den ungelösten Konflikten aus der eigenen Kindheit und den aktuellen Schwierigkeiten.
- Die belastenden Beziehungserfahrungen aus der Kindheit der Eltern werden wiederbelebt, benannt und dadurch therapeutisch zugänglich. Durch das Containment des Therapeuten können sie bearbeitet und in ihrer bedrohlichen Wirksamkeit gemildert werden.
- Die Veränderung der projektiv verzerrenden elterlichen Repräsentanzen vom Kind und die positive Entwicklung der Selbst- und Objektrepräsentanzen beim Kind haben langfristig eine gute präventive Wirkung auf die körperliche und psychische Entwicklung von Eltern und Kind.
- Die SKEPT entspricht einer Triangulierungserfahrung. Die Öffnung zur Triade führt zu einer psychischen Entlastung und inneren Bereicherung und fördert so die Triangulierungsfähigkeit der Eltern.

7.7 Behandlungsziele und Prognose

Die Prognose hängt eng mit der Persönlichkeitsstruktur, den Besonderheiten des Kindes und den oft belastenden Erfahrungen, insbesondere durch Schwangerschaft und Geburt, zusammen.

Folgende Ziele werden angestrebt:

- Zugang zu den zentralen, inneren Konflikten, die sich in der Interaktion zwischen Eltern und Kind manifestiert haben
- Veränderung der bestehenden und aktuell wirksamen Repräsentanzen der Eltern und der sich entwickelnden beim Kind

- Zurücknahme negativer Projektionen der Eltern
- Entwicklung der gesamten intuitiven elterlichen Kompetenz, insbesondere der Feinfühligkeit von Mutter und Vater
- Höhere Zufriedenheit und gegenseitige Bestätigung von Eltern und Kind
- Triangulierungsprozesse werden unterstützt und ermöglicht.
- Veränderung von langfristig pathologisch wirksamen Interaktions- und Beziehungsmustern und damit Verminderung auch des Misshandlungsrisikos.
- Zunahme der somatischen und psychischen Gesundheit des Säuglings und Ermöglichung von altersentsprechenden Entwicklungsschritten

8. Heilungserfolg und Evaluierung

Der Heilungserfolg bei psychischen, psychosomatischen und Regulationsstörungen durch psychodynamische Therapien ist im deutschsprachigen Raum durch zahlreiche *Behandlungsberichte verschiedener Therapiezentren* (z. B. Münchener Schreibabyambulanz (Papousek, 1998), Hamburger Beratungsstelle (Barth, 1998), Stuttgarter Säuglingsambulanz (Hirschmüller, 2000; Knott, 2003), Frankfurter Babyambulanz (Köhler-Weisker/Wegeler-Schardt, 2004), Potsdamer Eltern-Säuglingsberatung (Ludwig-Körner et al., 2001), Heidelberger interdisziplinäre Sprechstunde für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern (Cierpka/Cierpka, 2000) und durch umfangreiche Falldarstellungen in der Fachliteratur (im deutschsprachigen Raum vor allem Pedrina, 2006 und Stork, 1986) belegt worden, was insgesamt der Evidenzstufe 1 der Leitlinien (Expertenmeinung) entspricht.

Bisher fehlen in Deutschland für *alle* Therapiemethoden gute methodisch adäquate prospektive Wirksamkeitsstudien, die als Longitudinalstudien angelegt sind, um die Langzeitwirkung früher Interventionen zu ermitteln und Prädiktoren für den Behandlungserfolg auszuweisen. Ebenso fehlen naturalistische Studien von klinischen Inanspruchnahmekollektiven, die breitere epidemiologische, diagnostische und verlaufstherapeutische Aussagen ermöglichen.

Auf internationaler Ebene liegen *randomisierte kontrollierte Studien und Therapiemethoden-Vergleichstudien* vor, die die Wirksamkeit psychoanalytisch orientierter Eltern-Säuglingspsychotherapie methodisch angemessen belegen (siehe dazu insgesamt Windaus, 2005).

Die Robert-Tissot-et-al.-Studie (1996, Universität Genf) untersuchte die Wirksamkeit der Eltern-Säuglingstherapie an einer Stichprobe von (n = 75) Eltern-Kind-Paaren. Die Säuglinge und Kleinkinder im Alter bis höchstens 30 Monate wurden weitgehend von Pädiatern überwiesen. Die Diagnosen waren Schlaf-,

Schrei- und Fütterstörungen und Störungen der Eltern-Kind-Interaktion. Standardisierte Messinstrumente der Psychotherapieforschung und videographierte Mutter-Baby-Interaktionen waren die verwendeten Erhebungsinstrumente. Es erfolgte eine randomisierte Zuweisung auf zwei behandelte Gruppen mit psychodynamischer Mutter-Kind-Psychotherapie (PD) und Interaktionszentrierter Psychotherapie (IG). Während die PD-Gruppe die eigene Kindheitssituation der Mutter miteinbezog, wurde die IG-Gruppenarbeit *ohne* Bezug zur Vergangenheit der Mutter und ihrer Projektionen durchgeführt. Die Evaluation wurde vor der Therapie, eine Woche nach Ende der Therapie und sechs Monate nach Beendigung (Katamnese) durchgeführt. Die Behandlung dauerte im Durchschnitt bis zu zehn Sitzungen. Das bemerkenswerteste Ergebnis nach Behandlungsbeendigung war bei beiden Gruppen eine Tendenz zu *Werten einer klinisch nicht auffälligen Stichprobe*. Die Sensibilität der Mütter für die Signale ihres Kindes wuchs noch nach der Beendigung der Therapie. Sowohl die Sensitivität als auch die Selbstwertschätzung der Mütter war bei der PD-Gruppe im Vergleich zur IG-Gruppe deutlich erhöht.

Die Studie Cohen et al. (1999, Universität Toronto) verglich zwei verschiedene psychodynamische Ansätze bei einer Stichprobe von 67 Säuglingen und Kleinkindern, die wegen frühkindlicher Regulationsstörungen (Bindungsstörungen, Verhaltensstörungen, Schlaf- und Fütterstörungen, emotionale Störungen des Elternverhaltens und Entwicklungsstörungen) vorgestellt wurden. Auch hier wurden standardisierte Messinstrumente zur Evaluation des Störungsschwergrades und der Diagnostik eingesetzt. Die Kontrollgruppe für die angewandte »Wait, Watch and Wonder-Methode« war eine übliche psychodynamische Behandlung. Im Ergebnis waren beide Therapieverfahren gleich erfolgreich bei der langfristigen Symptomreduzierung, der Verminderung des mütterlichen Stresses und der Reduzierung des intrusiven mütterlichen Verhaltens. Die Erfolge der »WWW-Methode« aber waren unmittelbar nach Therapieende nachzuweisen, die PD-Methode erreichte ähnliche Werte erst sechs Monate nach Therapieende. Die dritte Studie (n = 193) zur Säuglingstherapie von Lynne Murray u. a. (2003, Universitäten Reading und Cambridge) ist eine repräsentative Vergleichsstudie, die die Effizienz von non-direktiven, kognitiv-behavioralen und psychodynamischen Interventionen bei Müttern, die an einer postpartalen Depression litten, untersucht. Als Kontrollgruppe diente eine pädiatrische Standardbehandlung (routine primary care). Im Ergebnis verbessern alle drei Verfahren im Vergleich zur pädiatrischen Routineversorgung die Fähigkeit der Mutter, mit frühen Beziehungsstörungen in der Mutter-Kind-Interaktion umgehen zu können. Es lassen sich bei den Parametern Bindung, Intelligenz und Beziehungsdynamik langfristig keine Unterschiede zwischen der Kontrollgruppe und den angewandten Behandlungsformen erkennen. Die wesentlichen Wirkungen werden als »short-

term-benefits« im ersten Lebensjahr beschrieben. Statistisch signifikante Unterschiede konnten weder im Vergleich zur Kontrollgruppe noch im Vergleich der angewendeten Behandlungsformen untereinander gefunden werden. Dies könnte damit zusammen hängen, dass das Sample als »relativley low-risk population« beschrieben wird.

Alle drei Studien können als ein differenzierter Wirksamkeitsnachweis in einem noch jungen Forschungsbereich angesehen werden.

9. Literatur

- Ainsworth, M. et al., *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. New York (Hillsdale), 1978.
- Argelander H.: Die szenische Funktion des Ichs und ihr Anteil an der Symptom- und Charakterbildung, *Psyche* 1970; 24: 325-345.
- Barth R.: Psychotherapie und Beratung im Säuglings- und Kleinkindalter. In: v. Klitzing K (Hrsg.): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen: (Vandenhoeck & Ruprecht), 1998.
- Bion, W. R.: Eine Theorie des Denkens. In: Bott-Spillius, E. (Hrsg.): *Melanie Klein heute. Beiträge zur Theorie*, Bd. 1. Stuttgart (Verlag Internationale Psychoanalyse), 2002, S. 225-235.
- Bowlby, J.: *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung*. Heidelberg (Dexter), 1988.
- Brazelton, T. B./Cramer, B. G.: *Die frühe Bindung*. Stuttgart (Klett Cotta), 1991.
- Brisch, K. H.: *Bindungsstörungen*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1999.
- Bürgin, D.: *Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft*. Stuttgart, New York (Schattauer), 1998.
- Bürgin, D.: *Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter*. Stuttgart (Gustav Fischer Verlag), 1993.
- Burlingham, D.: *Labyrinth Kindheit. Beiträge zur Psychoanalyse des Kindes*. München (Kindler), 1980.
- Cierpka, M./Cierpka, A.: Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2000; 49: 563-579.
- Cohen, N. J./Muir, E./Parker, C. J./Brown, M./Lojkasek, M./Muir, R./Barwick, M.: Watch, wait and wonder. Testing the effectiveness of an new approach to mother-infant-psychotherapy, *Infant Mental Health Journal* 1999; 20: 429-451.
- Cohen, N. J./Muir, E./Lojkasek, M.: »Watch, Wait and Wonder« – ein kindzentriertes Psychotherapieprogramm zur Behandlung gestörter Mutter-Kind-Beziehungen, *Kinderranalyse* 2003; 11, 58-79.
- Dornes, M.: *Der kompetente Säugling*. Frankfurt a. M. (Fischer), 1993.
- Dornes, M.: *Die frühe Kindheit*. Frankfurt a. M. (Fischer), 1997.
- Dornes, M.: *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt a. M. (Fischer), 2006.

- Erikson, E. H.: *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart (Klett), 1965.
- Fegert, J. M. et al.: Schlafverhalten in den ersten drei Lebensjahren. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 1997; 46:69-91.
- Foliot, C.: L'asthme. In: Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. (Eds.): *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Vol. I – VI. Paris: PUF 1997, S. 1843-1857.
- Fonagy, P./Gergely, G./Jurist, E. L./Target, M.: *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta, 2004.
- Fraiberg, S./Adelson, E./Shapiro, V.: Ghosts in the nursery. A psychoanalytical approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *J. Amerc. Acad. Child Psychiat.* 1975; 14: 387-421.
- Fraiberg, S.: Pathological Defenses in Infancy. *Psychoanalytic Quarterly LI*, 1982.
- Fraiberg, S./Adelson, E./Shapiro, V.: Schatten der Vergangenheit im Kinderzimmer, *Arbeitshefte Kinderpsychoanalyse* 1990, Universität Kassel.
- Gaddini, E. A.: *Psychoanalytic Theory of Infantile Experience*. S. 28-30. 1992.
- Hirschmüller, B.: Von der Säuglingsbeobachtung zur analytischen Psychotherapie von Müttern mit Säuglingen und sehr kleinen Kindern. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 2000; 31: 419-450.
- v. Hofäcker, N.: Frühkindliche Störungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehungen. Zur differentiellen Diagnostik und Therapie psychosomatischer Probleme im Säuglingsalter In: v. Klitzing, K. (Hrsg.): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 1998.
- v. Klitzing, K. (Hrsg.): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 1998.
- Knott, M.: Psychoanalytische Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern und deren Eltern, dargestellt an statistischem Material aus der Psychotherapeutischen Babyambulanz Stuttgart. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 2003; 34:527-544.
- Köhler-Weisker, A./Wegeler-Schardt, C.: Psychoanalytische Arbeit mit Säuglingen und Eltern. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 2004; 35: 276-296.
- Lebovici, S./Diatkine, R./Soulé, M. (Eds.): *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Vol. I – VI. Paris (PUF), 1997.
- Lebovici, S.: *Der Säugling, die Mutter und der Psychoanalytiker. Die frühen Formen der Kommunikation*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1990.
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Regulationsstörungen im Säuglingsalter (u. a. F98.2).
- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen (ICD-10: keine spezifische Diagnose, für Teilaspekte F94.1, F94.2 und F43.2).
- Lorenzer A: *Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis*. Frankfurt a. M. (Suhrkamp), 1974.
- Ludwig-Körner, C./Derksen, B./Koch, G./Wedler, D./Fröhlich, M./Schneider, L.: *Primäre Prävention und Intervention im Bereich der frühen Eltern-Kind-Beziehung*, Arbeitsmaterialien des Fachbereichs Sozialwesen der Fachhochschule Potsdam, 2001 (Eigen-druck).

- Murray, L./Cooper, P. J./Wilson, A./Romaniuk, H.: Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression, *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 420-427.
- Papousek, M./Schieche, M./Wurmser, H.: *Regulationsstörungen der frühen Kindheit*, Bern (Hans Huber Verlag), 2004.
- Papousek, M.: Das Münchener Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und -Psychotherapie. In: v. Klitzing K. (Hrsg.): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), 1998.
- Pedrina, F.: Psychotherapien mit Säuglingen und Eltern. Gedanken zu den frühen Symbolisierungsprozessen. *Kinderanalyse* 1992; 1: 46-67.
- Pedrina, F.: Psychoanalytische Arbeit mit Babys und Eltern. *Kinderanalyse* 2002; 11: 20-40.
- Pedrina, F.: *Mütter und Babys in psychischen Krisen. Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mutter-Säugling-Gruppe am Beispiel der postpartalen Depression*. Frankfurt a. M. (Brandes & Apsel), 2006.
- Prat, R.: *Le temps de voir, le temps de penser Therapies mere-bebe et observation*, Unveröffentlichter Vortrag, Barcelona Internationale Tagung über die Säuglingsbeobachtung 1996.
- Ring, J.: *Neurodermitis*. München (C. H. Beck), 2000.
- Robert-Tissot/C., Cramer, B./Stern, D./Rusconi Serpa, S./Bachmann, J. P./Palacio-Espasa, F./Knauer, D./De Muralt, M./Berney, C./Meniguren, G.: Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal* 1996; 17: 97-114.
- Rudolf, G. (2004): *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart, New York (Schattenhauer).
- Salbreux, R.: Hypotonies. In: Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M. (Eds.): *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Vol. I – VI. Paris (PUF), 1997, S. 1971-1983
- Sander, L.: Issues of early mother- child interaction. *Americ. Acad. Child Psychiat.* 1962; 1:141-166.
- Schleske, G.: Wechselspiel bewusster und unbewusster Phantasien schwangerer Frauen über ihr Kind unter besonderer Berücksichtigung der transgenerationalen Perspektive. *Kinderanalyse* 1993; 2: 340-374.
- Spitz, R.: *Vom Säugling zum Kleinkind*. Stuttgart (Klett Verlag), 1976.
- Spitz, R.: *Vom Dialog*. Stuttgart (Klett Verlag), 1976.
- Stern, D.: *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1992.
- Stern, D.: *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart (Klett-Cotta), 1998.
- St. James Roberts, I., et al.: Clinical, developmental and social aspects of infant crying and colic. *Early Development and Parenting* 1995; 4 :177-189.
- St. James Roberts I., Halil, T.: Infant crying patterns in the first year: normative and clinical findings. *Journal Child Psychol. Psychiatr.* 1991; 32: 951-968.
- Stork, J.: Ein Beitrag über das Schreien im frühen Säuglingsalter. *Kinderanalyse* 1997; 7: 240-266.
- Stork, J.: Übertragungsphänomene bei einem 21 Monate alten Mädchen – Kurzbehandlung einer frühen Eßstörung. *Kinderanalyse* 1995; 3: 352-393.

- Stork, J.: Die Ergebnisse der Verhaltensforschung im psychoanalytischen Verständnis. In: Stork J (Hrsg.): *Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion*. Stuttgart, Bad Cannstadt Frommann-Holzboog, 1986.
- Windaus, E.: Psychoanalytische Elternarbeit und szenisches Verstehen. *Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie* 1999; 30:307-338.
- Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien zur tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2005; 54:530-558.
- Windaus, E.: Behandlungskonzepte der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie im Säuglings- und Kleinkindalter. In: Hopf, H./Windaus, E. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band V: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, München (Cip-Medien Verlag), 2006a.
- Windaus, E.: Psychoanalytische Kurz- und Fokalthherapie bei Kindern, Jugendlichen und ihre Eltern. In Hopf, H., Windaus, E. (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie, Band V: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*, München (Cip-Medien Verlag), 2006b.
- Winnicott, D. W.: Die Theorie von der Beziehung zwischen Mutter und Kind. In: Winnicott, D. W.: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München (Kindler), 1984, S. 47-71.
- Winnicott, D. W.: Die Entwicklung der Fähigkeit zur Besorgnis. In: Winnicott, D. W.: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München (Kindler), 1984, S. 93-105.
- Winnicott, D. W.: Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. In: Winnicott, D. W.: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München (Kindler), 1976, S. 293-311.
- Winnicott, D. W.: Die Beobachtung von Säuglingen in einer vorgegebenen Situation, in: Winnicott, D. W.: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München (Kindler), 1976.
- Wolke, D./Skuse, D.: The management of infant feeding problems. In: Cooper/Stein (eds): *Feeding problems and eating disorders in children and adolescents*. New York, S. 27-59.