

Thiel-Bonney, Consolata und Cierpka, Manfred

Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 53 (2004) 9, S. 601-622

urn:nbn:de:bsz-psydok-45276

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bobzien, M.; Hausmann, V.; Kornder, T.; Manz-Gill, B.: „... damit Theo weiß, was er besser machen soll“. Kundenorientierung in der sozialtherapeutischen Kindergruppenarbeit – Ein Erfahrungsbericht aus dem Qualitätsmanagement einer Erziehungsberatungsstelle („... so that Theo knows what he should do better“. Client orientation in social-therapeutic child group work – An experiential report of quality management at a child guidance clinic)	497
Leweke, F.; Kurth, R.; Milch, W.; Brosig, B.: Zur integrativen Behandlung des instabilen Diabetes mellitus im Jugendalter: Schulung oder Psychotherapie? (Integrative treatment of instable Diabetes mellitus: Education or psychotherapy?)	347
Schulte-Markwort, M.; Resch, F.; Bürgin, D.: Die „Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter“ (OPD-KJ) in der Praxis (“Operationalised psychodynamic diagnostics in childhood and adolescence” (OPD-CA) in practice) ...	77
Weber, M.; Klitzing, K. v.: Die Geschichtenstamm-Untersuchung in der klinischen Anwendung bei jüngeren Kindern (Story stem evaluation in clinical practice with young children)	333
Weißhaupt, U.: Die virtuelle Beratungsstelle: Hilfe für Jugendliche online (Virtual counselling: online help for adolescents)	573

Originalarbeiten / Original Articles

Bredel, S.; Brunner, R.; Haffner, J.; Resch, F.: Behandlungserfolg, Behandlungserleben und Behandlungszufriedenheit aus der Sicht von Patienten, Eltern und Therapeuten – Ergebnisse einer evaluativen Studie aus der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Success of treatment, experience of treatment, and satisfaction with treatment from the perspective of patients, parents, and therapists – Results of an evaluative study on inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	256
Dähne, A.; Aßmann, B.; Ettrich, C.; Hinz, A.: Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) für Kinder und Jugendliche (Norm values for the questionnaire to assess the own body (Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers, FBeK) for adolescents)	483
Kaltenborn, K.: Ko-Produktion von Wissen zur Sorgerechtsregelung durch Betroffene: eine partizipative Studie (Co-production of knowledge about custody criteria with subjects affected by their parents' custody dispute: a participatory study)	167
Kastner-Koller, U.; Deimann, P.; Konrad, C.; Steinbauer, B.: Entwicklungsförderung im Kindergartenalter (The enhancement of development at nursery school age)	145
Keßels, T.: Angstträume bei neun- bis elfjährigen Kindern (Anxiety dreams in 9- to 11-year-old children)	19
Klicpera, C.; Gasteiger Klicpera, B.: Vergleich zwischen integriertem und Sonderschulunterricht: Die Sicht der Eltern lernbehinderter Schüler (Comparing students in inclusive education to those in special schools: The view of parents of children with learning disabilities)	685
Kraenz, S.; Fricke, L.; Wiater, A.; Mitschke, A.; Breuer, U.; Lehmkuhl, G.: Häufigkeit und Belastungsfaktoren bei Schlafstörungen im Einschulalter (Prevalence and influencing factors of sleep disturbances in children just starting school)	3

Miksch, A.; Ochs, M.; Franck, G.; Seemann, H.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Was hilft Kindern, wenn sie Kopfschmerzen haben? – Qualitative Auswertung systemischer Familieninterviews nach Abschluss einer lösungs- und ressourcenorientierten Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche mit primären Kopfschmerzen (What is helpful for kids with headache? – Qualitative analysis of systemic family interviews at the end of a solution and resource oriented group therapy for children and adolescents with primary headache)	277
Prüß, U.; Brandenburg, A.; Ferber, C. v.; Lehmkuhl, G.: Verhaltensmuster jugendlicher Raucher (Patterns of behaviour of juvenile smokers and non-smokers)	305
Roebbers, C.M.; Beuscher, E.: Wirkungen eines Bildkärtchentrainings für Grundschulkin-der zur Verbesserung ihrer Ereignisberichte (Training children in event recall: Benefits of a brief narrative elaboration training)	707
Roth, M.; Bartsch, B.: Die Entwicklungstaxonomie von Moffitt im Spiegel neuerer Befunde – Einige Bemerkungen zur „jugendgebundenen“ Delinquenz (Moffitt's developmental taxonomy as seen by new results – Some remarks on the "adolescence-limited" delinquency)	722
Sarimski, K.: Beurteilung problematischer Verhaltensweisen bei Kindern mit intellektueller Behinderung mit der „Nisonger Child Behavior Rating Form“ (Assessment of behavioral problems in children with intellectual disability: The Nisonger Child Behavior Rating Form)	319
Schaunig, I.; Willinger, U.; Diendorfer-Radner, G.; Hager, V.; Jörgl, G.; Sirsch, U.; Sams, J.: Parenting Stress Index: Einsatz bei Müttern sprachentwicklungsgestörter Kinder (Parenting Stress Index and specific language impairment)	395
Schreiber, M.; Lenz, K.; Lehmkuhl, U.: Zwischen Umweltverschmutzung und Gottes Wille: Krankheitskonzepte türkeistämmiger und deutscher Mädchen (Between environmental pollution and will of god: Concepts regarding illness of Turkish and German girls)	419
Schulz, W.; Schmidt, A.: Inanspruchnahme und Wirksamkeit von Kurzberatung in der Erziehungsberatung (Utilization and effectiveness of short-term counseling in child guidance)	406
Stauber, T.; Petermann, F.; Korb, U.; Bauer, A.; Hampel, P.: Adipositas und Stressverarbeitung im Kindesalter (Obesity and coping in childhood)	182
Subkowski, P.: Harry Potter – das Trauma als Motor der psychischen Entwicklung (Harry Potter – The trauma as a drive for psychic development)	738
Weber, A.; Karle, M.; Klosinski, G.: Trennung der Eltern: Wie wird sie den Kindern vermittelt und welchen Einfluss haben Art und Inhalt der Mitteilung auf das Trennungserleben der Kinder? (Separation of parents: How is it conveyed to children? How does the content of the communication influence the separation experience of children?)	196
Widdern, S. v.; Häßler, F.; Widdern, O. v.; Richter, J.: Ein Jahrzehnt nach der Wiedervereinigung – Wie beurteilen sich Jugendliche einer nordost-deutschen Schülerstichprobe hinsichtlich ihrer psychischen Befindlichkeit? (Ten years after german unification – Current behavioural and emotional problems of adolescents in Germany)	652

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Benecken, J.: Zur Psychopathologie des Stotterns (On the psychopathology of stuttering)	623
Bergh, B. v. d.: Die Bedeutung der pränatalen Entwicklungsperiode (The importance of the prenatal life period)	221
Bergh, P. M. v. d.; Knorth, E. J.; Tausendfreund, T.; Klomp, M.: Grundlagen der psychosozialen Diagnostik in der niederländischen Kinder- und Jugendhilfe: Entwicklungen und	

Aufgaben (Basics of the psychosocial diagnostic in child- and youth care in the Netherlands: Developments and tasks)	637
Bögle, R.M.: Beraterische Arbeit mit modernen Ausprägungen mythologischer Bilder (Counselling with modern expressions of mystic pictures)	560
Frölich, J.; Lehmkuhl, G.: Differenzialdiagnostische Zusammenhänge von Schlaf- und Vigilanzstörungen im Kindesalter – Verbindungen zu psychischen Störungen und organischen Erkrankungen (Differential diagnosis of sleep and vigilance disorders in children)	48
Kamp-Becker, I.; Mattejat, F.; Remschmidt, H.: Zur Diagnostik und Ätiologie des Asperger-Syndroms bei Kindern und Jugendlichen (Diagnosis and etiology of Asperger syndrome in children and adolescents)	371
Keupp, H.: Ressourcenförderung als Basis von Projekten der Gewalt- und Suchtprävention (Resource support as the basis of projects for the prevention of violence and addiction)	531
Lehmkuhl, G.; Frölich, J.: Kinderträume: Inhalt, Struktur und Verlauf (Children's dreams)	39
Noeker, M.: Artificielle Störung und artifizielle Störung by proxy (Factitious disorder and factitious disorder by proxy)	449
Petermann, F.; Hampel, P.; Stauber, T.: Enuresis: Erklärungsansätze, Diagnostik und Interventionsverfahren (Enuresis: pathogenesis, diagnostics, and interventions)	237
Schreiner, J.: Humor als ergänzender Bestandteil der psychologisch-psychiatrischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen: Entwurf eines humordiagnostischen Modells (Humor as an additional component of psychological and psychiatric diagnostics in children and adolescents: Concept of a humor-diagnostic model)	468
Thiel-Bonney, C.; Cierpka, M.: Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen (Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders)	601
Vossler, A.: Wandel hoch drei – Beratung für Jugendliche in einer verunsichernden Gesellschaft (Change to the power of three – counselling for adolescents in a society which causes uncertainty)	547

Buchbesprechungen / Book Reviews

Amorosa, H.; Noterdaeme, M. (2003): Rezeptive Sprachstörungen. Ein Therapiemanual. (<i>D. Irblich</i>)	61
Barrett, P.; Webster, H.; Turner, C.: FREUNDE für Kinder. Trainingsprogramm zur Prävention von Angst und Depression. (<i>K. Sarimski</i>)	65
Boeck-Singelmann, C.; Hensel, T.; Jürgens-Jahnert, S.; Monden-Engelhardt, C. (Hg.) (2003): Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen, Bd. 3: Störungsspezifische Falldarstellungen. (<i>L. Unzner</i>)	213
Bonney, H. (2003): Kinder und Jugendliche in der familientherapeutischen Praxis. (<i>K. Mauthe</i>)	364
Brandau, H.; Pretis, M.; Kaschnitz, W. (2003): ADHS bei Klein- und Vorschulkindern. (<i>D. Irblich</i>)	439
Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2003): Bindung und Trauma. (<i>L. Unzner</i>)	66
Erlar, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. (<i>A. Müller</i>)	137
Essau, C.A. (2003): Angst bei Kindern und Jugendlichen. (<i>K. Sarimski</i>)	135
Etzersdorfer, E.; Fiedler, G.; Witte, M. (Hg.) (2003): Neue Medien und Suizidalität. Gefahren und Interventionsmöglichkeiten. (<i>K. Jost</i>)	441
Fay, E. (Hg.) (2003): Tests unter der Lupe 4. Aktuelle psychologische Testverfahren – kritisch betrachtet. (<i>M. Micklej</i>)	214

Feil, C. (2003): Kinder, Geld und Konsum. Die Kommerzialisierung der Kindheit. (W. Schweizer)	297
Finger-Trescher, U.; Krebs, H. (Hg.) (2003): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. (L. Unzner)	66
Flaake, K.; King, V. (Hg.) (2003): Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen. (C. v. Bülow-Faerber)	133
Fonagy, P. (2003): Bindungstheorie und Psychoanalyse. (L. Unzner)	66
Fonagy, P.; Target, M. (2003): Frühe Bindung und psychische Entwicklung. (L. Unzner) .	66
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 46. (M. Hirsch)	130
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2003): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 47. (M. Hirsch)	209
Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (Hg.) (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 48. (M. Hirsch)	514
Gabriel, T.; Winkler, M. (Hg.) (2003): Heimerziehung. Kontexte und Perspektiven. (L. Unzner)	361
Gontard, A. v. (2004): Enkopresis. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie. (E. Bauer)	757
Gontard, A. v.; Lehmkuhl, G. (2003): Enuresis. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. (M. H. Schmidt)	66
Grossmann, K.E.; Grossmann, K. (Hg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. (L. Unzner)	291
Günter, M. (2003): Psychotherapeutische Erstinterviews mit Kindern. Winnicotts Squiggletechnik in der Praxis. (R. Schepker)	516
Häußler, A.; Happel, C.; Tuckermann, A.; Altgassen, M.; Adl-Amini, K. (2003): SOKO Autismus. Gruppenangebote zur Förderung Sozialer Kompetenzen bei Menschen mit Autismus – Erfahrungsbericht und Praxishilfen. (D. Irblich)	295
Hascher, T.; Hersberger, K.; Valkanover, S. (Hg.) (2003): Reagieren, aber wie? Professioneller Umgang mit Aggression und Gewalt in der Schule. (G. Roloff)	437
Herwig-Lempp, J. (2004): Ressourcenorientierte Teamarbeit. Systemische Praxis der kollegialen Beratung. Ein Lern- und Übungsbuch. (D. Irblich)	678
Hobrucker, B. (2002): Zielentwicklung mit Kindern in Psychotherapie und Heilpädagogik. Verhaltensvereinbarung als Behandlungselement. (R. Mayr)	208
Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (D. Irblich)	213
Huber, M. (2003): Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung, Teil 2. (D. Irblich)	517
Klemenz, B. (2003): Ressourcenorientierte Diagnostik und Intervention bei Kindern und Jugendlichen. (R. Mayr)	62
Klicpera, C.; Schabmann, A.; Gasteiger-Klicpera, B. (2003): Legasthenie. Modelle, Diagnose, Therapie und Förderung. (D. Irblich)	675
Koch-Kneidl, L.; Wiese, J. (Hg.) (2003): Entwicklung nach früher Traumatisierung. (D. Irblich)	136
Krowatschek, D.; Albrecht, S.; Krowatschek, G. (2004): Marburger Konzentrationstraining (MKT) für Kindergarten- und Vorschulkinder. (D. Irblich)	761
Kubinger, K.; Jäger, R. (Hg.) (2003): Schlüsselbegriffe der Psychologischen Diagnostik. (D. Gröschke)	64
Lang, P.; Sarimski, K. (2003): Das Fragile-X-Syndrom. Ein Ratgeber für Eltern. (D. Irblich)	593
Langfeldt, H.-P. (Hg.) (2003): Trainingsprogramme zur schulischen Förderung. Kompendium für die Praxis. (D. Gröschke)	63

Lauth, G.W.; Grünke, M.; Brunstein, J.C. (Hg.) (2004): Interventionen bei Lernstörungen. Förderung, Training und Therapie in der Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	679
Lepach, A.C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2003): Training für Kinder mit Gedächtnisstörungen. Das neuropsychologische Einzeltraining REMINDER. (<i>D. Irblich</i>)	436
Maur-Lambert, S.; Landgraf, A.; Oehler, K.-U. (2003): Gruppentraining für ängstliche und sozial unsichere Kinder und ihre Eltern. (<i>D. Irblich</i>)	293
Mayer, R.; Born, M.; Kähni, J.; Seifert, T. (2003): „Wirklich?! – Niemals Alkohol?!“ Problemskizierungen zur präventiven Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus Familien Suchtkranker. Balingen: Eigenverlag (<i>E. M. Dinkelaker</i>)	596
Mentzos, S.; Münch, A. (Hg.) (2003): Psychose und Sucht. (<i>W. Schweizer</i>)	296
Michels, H.-P.; Borg-Laufs, M. (Hg.) (2003): Schwierige Zeiten. Beiträge zur Psychotherapie mit Jugendlichen. (<i>W. Schweizer</i>)	129
Möller, C. (2003): Jugend sucht. Drogenabhängige Jugendliche berichten. (<i>M. Schulte-Markwort</i>)	515
Oetker-Funk, R.; Dietzfelbinger, M.; Struck, E.; Volger, I. (2003): Psychologische Beratung. Beiträge zu Konzept und Praxis. (<i>B. Plois</i>)	594
Papoušek, M.; Gontard, A. v. (Hg.) (2003): Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit. (<i>D. Irblich</i>)	212
Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen. (<i>L. Goldbeck</i>)	756
Petermann, F.; Wiedebusch, S. (2003): Emotionale Kompetenz bei Kindern. (<i>D. Irblich</i>)	292
Piaget, J. (2003): Meine Theorie der geistigen Entwicklung, herausgegeben von R. Fatke. (<i>D. Gröschke</i>)	63
Poustka, F.; Bölte, S.; Feineis-Matthews, S.; Schmötzer, G. (2004): Autistische Störungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	758
Reinehr, T.; Dobe, M.; Kersting, M. (2003): Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. Das Adipositas-Schulungsprogramm OBELDICKS. (<i>G. Latzko</i>)	676
Richman, S. (2004): Wie erziehe ich ein autistisches Kind? Grundlagen und Praxis. (<i>Y. Ahren</i>)	760
Rosenkötter, H. (2003): Auditive Wahrnehmungsstörungen. Kinder mit Lern- und Sprachschwierigkeiten behandeln. (<i>M. Micklej</i>)	130
Sarimski, K. (2003): Entwicklungspsychologie genetischer Syndrome. 3., vollst. überarb. u. erw. Aufl. (<i>D. Irblich</i>)	440
Scheithauer, H.; Hayer, T.; Petermann, F. (2003): Bullying unter Schülern. Erscheinungsformen, Risikobedingungen und Interventionskonzepte. (<i>L. Mürbeth</i>)	595
Scheuerer-Englisch, H.; Suess, G.J.; Pfeifer, W.-K. (Hg.) (2003): Wege zur Sicherheit. Bindungswissen in Diagnostik und Intervention. (<i>L. Unzner</i>)	289
Schönplflug, W. (2004): Geschichte und Systematik der Psychologie. Ein Lehrbuch für das Grundstudium. 2. Aufl. (<i>D. Gröschke</i>)	518
Streeck-Fischer, A. (Hg.) (2004): Adoleszenz – Bindung – Destruktivität. (<i>L. Unzner</i>)	680
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2003): Therapie der Lese-Rechtschreibstörung (LRS). Traditionelle und alternative Behandlungsmethoden im Überblick. (<i>M. Micklej</i>)	211
Suchodoletz, W. v. (Hg.) (2004): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? (<i>K. Sarimski</i>)	762
Vossler, A. (2003): Perspektiven der Erziehungsberatung. Kompetenzförderung aus der Sicht von Jugendlichen, Eltern und Beratern. (<i>H. Heekerens</i>)	592
Watkins, J.G.; Watkins, H.H. (2003): Ego-States. Theorie und Therapie. Ein Handbuch. (<i>D. Irblich</i>)	362

Winkelheide, M.; Knees, C. (2003): ... doch Geschwister sein dagegen sehr. Schicksal und Chancen der Geschwister behinderter Menschen. (<i>D. Irblich</i>)	365
Zander, B.; Knorr, M. (Hg) (2003): Systemische Praxis der Erziehungs- und Familienberatung. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	360

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Krowatschek, D. (2002): Überaktive Kinder im Unterricht. Ein Programm zur Förderung der Selbstwahrnehmung, Strukturierung, Sensibilisierung und Selbstakzeptanz von unruhigen Kindern im Unterricht und in der Gruppe, 4. Auf. (<i>C. Kirchheim</i>)	764
Rauer, W.; Schuck, K.-D. (2003): Fragebogen zur Erfassung emotionaler und sozialer Schulerfahrungen von Grundschulkindern dritter und vierter Klassen (FEES 3–4). (<i>K. Waligora</i>)	139
Stadler, C.; Janke, W.; Schmeck, K. (2004): Inventar zur Erfassung von Impulsivität, Risikoverhalten und Empathie bei 9- bis 14-jährigen Kindern (IVE). (<i>C. Kirchheim</i>)	521

Editorial / Editorial	1, 75, 529
Autoren und Autorinnen / Authors	60, 127, 207, 288, 359, 434, 513, 587, 674, 754
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	588
Tagungskalender / Congress Dates	71, 142, 216, 300, 367, 444, 524, 598, 683, 767
Mitteilungen / Announcements	220, 448, 527

Die Geburt als Belastungserfahrung bei Eltern von Säuglingen mit Selbstregulationsstörungen

Consolata Thiel-Bonney und Manfred Cierpka

Summary

Birth as a stressful experience of parents with newborns and infants showing regulatory disorders

Parents with 0–3 years-old children seen in our outpatient clinic often report a difficult start in parenthood, with the experience of child birth overshadowed by medical complications and/or psychological stress. Besides the syndrome of posttraumatic stress disorder (PTSD), the individual perinatal stress experience of mother/father – as a factor hardly considered up to now – may contribute to the development of postpartal psychological disturbances in the mother and to dysfunctional mother/parent-child interactions. The current state of empirical research into this area of investigation is unsatisfactory. This article approaches this subject on the basis of research in early infant development and explores the relationship between stressful or traumatic perinatal experiences of the parents and the consequences on affect regulation of the child and relational and attachment processes.

Keywords: birth – posttraumatic stress disorder – subjective stress experience – parent-child interaction – regulatory disorder

Zusammenfassung

Eltern, die ihre bis zu drei Jahre alten Kinder mit frühkindlichen Regulationsstörungen in der Sprechstunde vorstellen, beschreiben in vielen Fällen schwierige Startbedingungen im Sinne einer komplizierten und/oder psychisch belasteten Erfahrung der Geburt. Dabei kann neben dem Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) die subjektive perinatale Belastungserfahrung der Mutter/des Vaters als ein bisher wenig beachteter Faktor zur Entwicklung postpartaler psychischer Störungen der Mutter und zu dysfunktionalen Mutter/Eltern-Kind-Interaktionen beitragen. Der bisherige Forschungsstand hierzu ist unbefriedigend. Die vorliegende Arbeit nähert sich der Thematik unter Bezugnahme auf Erkenntnisse aus der Säug-

lings- und Kleinkindforschung und auf mögliche Zusammenhänge zwischen belasteten (traumatischen) perinatalen Erfahrungen der Eltern und deren Auswirkungen auf die Affektregulation des Kindes und die Beziehungs- und Bindungsentwicklung.

Schlagwörter: Geburt – Posttraumatische Belastungsstörung – subjektive Belastungserfahrung – Eltern-Kind-Interaktion – frühkindliche Regulationsstörung

1 Klinische Beobachtung und Fragestellung aus der Heidelberger „Sprechstunde für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“

In der seit 1999 bestehenden interdisziplinären „Sprechstunde für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern“ des Universitätsklinikums Heidelberg stellen Eltern ihre Säuglinge und Kleinkinder mit Regulationsstörungen wie dem exzessiven Säuglingsschreien, Schlaf- und Fütterstörungen vor. Zudem beklagen die Eltern verstärkte Trennungsängste des Kindes oder ein exzessives Trotzverhalten. Einige Kinder zeigen eine starke Bewegungsunruhe und können sich kaum interessiert und aufmerksam mit einem Spiel beschäftigen.

Das beziehungs-dynamische Konzept der Sprechstunde orientiert sich in seinem beratenden und therapeutischen Ansatz an den Wechselwirkungsprozessen zwischen den Regulationsschwierigkeiten des Säuglings und den möglichen Störungen in der Interaktion *zwischen* Mutter/Eltern und Kind, unter Beachtung vorbestehender Selbst-, Objekt- und Bindungsrepräsentanzen bei den Eltern und sich entwickelnder Bindungsbeziehungen in der familiären Triade (Cierpka u. Cierpka 2000; Möhler u. Resch 2000; Möhler et al. 2001; Thiel-Bonney 2002).

Aus den Gesprächen mit Eltern regulationsgestörter Kinder ergaben sich in einer Vielzahl der Fälle Berichte über erschwerte Startbedingungen nach einer von den Eltern als belastend erlebten Erfahrung bei der Geburt ihres Kindes. Die vorliegende Arbeit nähert sich dieser Thematik unter Bezug zu den bisher aus der Literatur bekannt gewordenen Untersuchungen. Sie fragt nach möglichen Formen der perinatalen Belastung für Mütter und Väter und wirft Hypothesen zur frühen Beziehungs- und Bindungsentwicklung zwischen Eltern und Kind und der Entwicklung der Selbstregulation des Kindes auf dem Hintergrund einer belasteten Geburtserfahrung der Eltern auf. Schließlich werden Möglichkeiten einer frühen Intervention diskutiert, die im Sinne der Prävention einen wichtigen Beitrag zum Gelingen einer positiven Gegenseitigkeit zwischen Eltern und Kind leisten kann.

Fallvignette (Mutter von Anna):

Verzweifelt meldet sich Familie L. mit ihrer vier Monate alten Tochter Anna in der Sprechstunde an. Die kleine Tochter sei unentwegt quengelig, schreie sehr viel, wirke körperlich sehr angespannt, sei wenig am Blickkontakt interessiert und lasse sich trotz vielfältiger Bemühungen der Eltern kaum beruhigen. Tagsüber finde sie nicht in den Schlaf. Schon von Beginn an verhalte sich Anna auch während des Stillens unruhig, schlafe dann für wenige Minuten ein, um schließlich schreiend wieder aufzuschrecken. Obwohl Annas Gewichtsentwicklung normal verläuft, befürch-

tet die Mutter, ihre Tochter könnte zu wenig Nahrung erhalten, und überlegt abzustillen. Während des Erstgesprächs auf die Geburt und den gemeinsamen „Start“ in die Zeit zu dritt angesprochen, beginnt die Mutter mit intensiver emotionaler Beteiligung von ihren Erfahrungen zu sprechen. Schon in der Schwangerschaft habe sie sich nicht wohl gefühlt. Sie hatte fünf Jahre zuvor eine Lungenembolie erlitten und war in Sorge, erneut zu erkranken. Wegen Blutungen und vorzeitiger Wehen musste sie ab der 26. Schwangerschaftswoche Bettruhe einhalten. Nach einem Blasensprung in der 39. Schwangerschaftswoche und dem Einsatz von wehenfördernden Medikamenten blieb die Muttermundseröffnung unvollständig. Nach einem Abfall der kindlichen Herzfrequenz wurde nach für die Mutter als überaus quälend erlebten, heftigen Wehen eine Notsectio erforderlich. Ihr Partner unterstützte seine Frau so gut er konnte; das Paar fühlte sich jedoch von dem geburtshilflichen Team schlecht informiert und mit seinen Ängsten um das Wohlergehen von Frau und Kind allein gelassen. Was dann geschah, beschreibt Frau K. als „Horror“: Unter starken Wehen habe der Anästhesist mehrfach versucht, eine Periduralanästhesie einzuleiten, was aufgrund ihrer starken muskulären Verspannung zunächst misslungen sei. Erst nach dem achten Versuch („es war die Hölle“, „ich fühlte mich misshandelt“) hatte der Arzt mit seiner Maßnahme Erfolg und die Schmerzen der Mutter ließen nach. Als das Kind gesund geboren war, konnte sich Frau L. nicht über Anna freuen. Sie fühlte sich wie betäubt, hatte auch mehrere Tage nach dem Kaiserschnitt starke Schmerzen und litt nun erneut unter der mangelnden Unterstützung der geburtshilflichen Station. Der Milcheinschuss verlief verzögert, die Mutter erhielt bei der Ernährung ihrer Tochter kaum fachkundige Anleitung, konnte sich schlecht bewegen und fühlte sich zutiefst verunsichert im Umgang mit ihrem neugeborenen Baby. Sie sah immer wieder Bilder der Situation vor der Sectio vor sich und fand nicht zur Ruhe. Auch nach der Entlassung erhielt sie keine Hilfe. Ihre eigene Mutter, auf deren Unterstützung die junge Frau gehofft hatte, musste sich nach Anas Geburt mit einer schweren Erkrankung in stationäre Behandlung begeben.

Aufgrund eines notwendig gewordenen chirurgischen Eingriffs musste sich auch ihr Mann in einer Klinik behandeln lassen. Ganz auf sich gestellt und mit dem Gefühl völliger Erschöpfung, erlitt Frau L. in der 6. Woche nach der Geburt eine Gebärmutterblutung. Diese Situation aktivierte in ihr die vorausgegangene Belastungserfahrung und führte zu einer über Wochen andauernden depressiven Symptomatik. Während des Gesprächs mit den Therapeutinnen der Sprechstunde beschreibt Frau L. den Eindruck, dass auch ihr Kind unter diesen Umständen bisher kaum zur Ruhe finden konnte. Frau L. nutzt die Möglichkeit des Gesprächs über die Entbindung und die darauf folgende schwere Zeit und entspannt sich dabei zunehmend. Gemeinsam mit ihrem Partner überlegt sich Frau L. konkrete Schritte zu ihrer schnellen Entlastung im Alltag. Beide Eltern, ausgestattet mit guten intuitiven Kompetenzen, beginnen schließlich genauer auf die Verhaltenssignale ihrer kleinen, schnell überreizten und übermüdeten Tochter zu achten, passend darauf zu antworten und gute Interaktionssequenzen am Tag mit Freude und Stolz zu genießen. Es gelingt ihnen, ihr Kind in seinen eigenen Regulationsmöglichkeiten zu unterstützen. Anna hält nun mehrere Tagesschläfchen, sucht intensiven Blickkontakt zu den Eltern, lächelt häufig und beschäftigt sich in kurzen Zeitabschnitten zufrieden mit sich selbst. Das Stillen des Kindes in einem nun möglichen ruhigen Wachzustand verläuft weiterhin unproblematisch.

Um unseren klinischen Eindruck zu spezifizieren, dass Mütter und Eltern, die ihre Kinder in unserer Sprechstunde vorstellen, vermehrt eine belastende Geburtserfahrung durchlebten, führten wir eine Telefonbefragung durch:

Von 76 in den Jahren 1999 bis 2001 beratenen Familien wurden in einem telefonischen Kontakt im Dezember 2001 58 Müttern (17 Mütter waren verzogen oder telefonisch nicht erreichbar, nur eine Mutter lehnte die Befragung ab) Fragen aus einem katamnестischen Fragebogen zum Thema „Geburtserleben“ gestellt. Der

Fragenkatalog enthielt unter anderem Fragen zu Komplikationen bei der Geburt, zur Dauer der Geburt, zum Schmerzerleben der Frau, zu ihrem Erleben von Kontrolle (vs. Kontrollverlust und Ohnmacht) über die Geburtssituation, zur Erfahrung von Unterstützung während der Geburt (Partner, Umgebung), zum Erleben von körperlicher Bedrohung für sich selbst und/oder für das Kind und zur Erfahrung von Angst/Panik während des Geburtsverlaufs. Zudem wurden die Frauen nach ihrer Einschätzung gefragt, ob bzw. wie belastend sie selbst und in ihrer Einschätzung der jeweiligen Partner die Geburt erlebten.

Einige Ergebnisse der Telefonbefragung (Mütter mit regulationsgestörten Kindern $n = 58$):

- 48,9 % erlitten Komplikationen bei der Geburt.
- 32,7 % erlebten ihre Geburtserfahrung als subjektiv belastend (gemäß den Aussagen der „unbelasteten“ Mütter läge die Prozentzahl bei einer Befragung wenige Monate nach der Geburt wohl noch höher).
- 30,9 % erfuhren eine lange bis sehr lange Dauer der Geburt.
- 40,4 % der Frauen beschrieben die Erfahrung eines vollständigen Kontrollverlusts über den Geburtsvorgang.
- 42,3 % sprachen von einer unerträglichen und überwältigenden Schmerzerfahrung.
- 31,6 % gaben an, Angst (bis zu Herzrasen und Panik) erlebt zu haben.
- 15,5 % beschäftigen sich auch zur Zeit der Befragung noch „häufig und stark“ mit der Erfahrung bei der Entbindung (das Geburtsergebnis lag im Mittel 26 Monate zurück).
- 17,6 % der Partner hatten nach der Einschätzung der Frauen die Geburt als psychisch belastende Erfahrung erlebt.

Auch in den folgenden beiden Jahren der Beschäftigung mit den Fragen der frühkindlichen Regulationsstörung bestätigte sich die Erfahrung vielfältiger klinischer und subklinischer perinataler Belastung der Eltern, die ihre Kinder in unserer Sprechstunde vorstellten.

Während pränatale (Arizmendi u. Affonso 1987; van den Bergh 2000; Huizink 2000; Papoušek 2000) und postnatale psychische Belastungsfaktoren der Mütter und deren Auswirkungen auf die frühe Beziehungsentwicklung (Field 1987; Murray u. Cooper 1997; Papoušek 2001b; Reck et al. 2001; Hornstein 2003) in den letzten Jahren zunehmend in den Mittelpunkt des Forschungsinteresses gerückt sind, gibt es nur wenige Arbeiten, die nach Belastungsfaktoren während der Geburt und deren möglichen Folgen für Mütter, Väter und deren Säuglinge fragen.

2 Perinatale Belastungsfaktoren

2.1 Perinatale Belastungsfaktoren bei Müttern

Das gesellschaftliche Tabu, nach der Geburt eines gesunden Kindes das gewonnene Glück nicht durch Klagen der Mutter oder des Vaters über einen womöglich schwierigen Geburtsverlauf zu gefährden, ist sicher einer der Gründe für die bisher geringe

Aufmerksamkeit der Forschung gegenüber belasteten Geburtserfahrungen und deren Folgen für Eltern und Kind. Gibt das neugeborene Kind Anlass zur Sorge, wird sich der Blick der Familie und der medizinischen Betreuung verständlicherweise auf diese schwierige Zeit nach der Geburt richten und nicht danach fragen, welche möglicherweise psychisch beeinträchtigenden Erfahrungen die Eltern während der Geburt machen mussten. Gleichwohl zeigt sich in den wenigen zu dieser Thematik veröffentlichten Studien, dass die Geburt ihres Kindes von Müttern und Vätern immer wieder als hochbelastetes Ereignis im seelischen Erleben des Einzelnen, in der noch jungen Beziehung zu dem nun geborenen Kind und in der Triade beschrieben wird.

Traumatisch erlebte Geburt als Vollbild der PTBS:

Fallberichte und Studien aus den letzten Jahren (Menage 1993; Ballard et al. 1995; Wijma et al. 1997; Czarnocka u. Slade 2000; Debra et al. 2000; Ayers u. Pickering 2001) konnten zeigen, dass bei 1,6 % bis 5,6 % der Frauen nach einer als traumatisch erlebten Geburt das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS nach DSM-IV [Saß et al. 1996] und ICD-10 [WHO 1993]) zu diagnostizieren war. Laut statistischem Bundesamt (725 000 lebend geborene Kinder im Jahr 2002) leiden demnach mehr als 12 300 Frauen pro Jahr in Deutschland (bei 1,7 % PTBS; Pantlen u. Rohde 2001) unter dieser Symptomatik.

Nach den Kriterien der ICD-10 können nach akuten Psychotraumata unterschiedliche Reaktionen entstehen: Die initiale Reaktion auf ein belastendes Ereignis wird als eine *akute Belastungsreaktion* (F43.0) bezeichnet, die in kürzer oder länger dauernde *Anpassungsstörungen* (F43.2) übergehen kann. Nicht selten entsteht eine *posttraumatische Belastungsstörung PTBS* (F43.1) „als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung (...), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“. Diese Beschreibung des „belastenden Ereignisses“ könnte ein Hinweis darauf sein, weshalb eine Entbindung, insbesondere wenn sie medizinisch-objektiv betrachtet unkompliziert war und sich somit „innerhalb des Gewöhnlichen“ bewegte, im Hinblick auf eine mögliche Belastungsreaktion der betreffenden Frau bisher nur wenig Beachtung fand. Neuerdings erfahren die Auslöser (Naturereignisse oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle etc.) des Störungsbildes PTBS eine Erweiterung durch einschneidende Lebensereignisse wie lebensbedrohliche Erkrankungen oder schwere medizinische Eingriffe (Shalev et al. 1993). Unter dieser Kategorie könnte die traumatisch erlebte Entbindung als relevantes Trauma Beachtung finden (Pantlen u. Rohde 2001).

Typische Merkmale der Posttraumatischen Belastungsreaktion (ICD-10):

- *Intrusion*: anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch sich aufdrängende Nachhallerinnerungen/Flashbacks, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.
- Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, von Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen oder von Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber.
- *Vermeidung* von Aktivitäten oder Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten.

- Vegetative *Übererregbarkeit* mit Steigerung der Vigilanz, übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit.
- Freudlosigkeit, Angst und Depression, Suizidgedanken. Drogeneinnahme und übermäßiger Alkoholkonsum als komplizierende Faktoren.

Der DSM-IV erwähnt u. a. „die eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z. B. die Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden) und das Gefühl einer eingeschränkten Zukunft“. Er berücksichtigt, anders als der ICD-10, in der Beschreibung des traumatischen Ereignisses u. a. „das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit (...) einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat (...). Die Reaktion einer Person auf das Ereignis muss intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen umfassen“.

Belastete Geburtserfahrung außerhalb der Diagnose PTBS:

Neben der Untersuchung von PTBS als diagnostizierter Störung gemäß den Diagnosekriterien erleben die Frauen eine Geburt jedoch häufig *subjektiv* als „emotionales Trauma“, als unerwartete und überaus belastende Erfahrung „außerhalb des Gewöhnlichen“, die weit über die Zeit der Belastungserfahrung hinausreichen kann (Menage 1993). Es werden einzelne Merkmale psychischer Beeinträchtigung beschrieben, die klinisch bedeutsam werden können oder die als subklinische Belastungsfaktoren in der Interaktion der Eltern mit ihrem Kind (s. Abschnitt 3) Wirksamkeit zeigen.

Unter einer Stichprobe von 500 Frauen aus England, die bezüglich „psychologischer Stresserfahrung, verbunden mit gynäkologischen und geburtshilflichen Maßnahmen“ retrospektiv untersucht wurden (Menage 1993), berichteten 20 % der Frauen von Erfahrungen, durch die sie sich auch zum Zeitpunkt der Untersuchung noch psychisch belastet fühlten; die gynäkologische/geburtshilfliche Maßnahme lag im Mittel 3 („Non-Trauma-Gruppe“) bzw. 4,6 („PTBS-Gruppe“) Jahre zurück. Dabei waren folgende Erfahrungsbereiche von signifikanter Bedeutung: besonders heftiger, unerträglicher physischer Schmerz (s. auch Fones 1996), Gefühl von Machtlosigkeit während der medizinischen Maßnahmen, fehlende einfühlsame Betreuung, Informationsmangel und das Gefühl, den durchgeführten Maßnahmen nicht wirklich zugestimmt zu haben.

Nur wenige Untersuchungen aus den letzten Jahren (Reynolds 1997; Ryding et al. 1997) befassen sich eingehender mit der Erfahrung von traumatisch erlebter Geburt auch außerhalb der Diagnosekriterien und dem Vollbild einer PTBS: Bei 33 % der in einer prospektiven australischen Studie (Debra et al. 2000) untersuchten Frauen fanden sich direkt auf die Geburtserfahrung zurückzuführende Symptome traumatischen Erlebens und psychischer Belastung. Stadlmayr (2001) zitiert eine Arbeit von Riley (1995), die darauf hinweist, dass traumatische Reaktionen auf Geburten folgen können, deren Verlauf aus somatischer Sicht für Mutter und Kind zufrieden stellend waren. Die Symptomatik entwickelt sich aus dem Geburtsgeschehen heraus, häufig ohne vorbestehende psychiatrische Erkrankungen, und äußert sich postpartal, z. B. anfallsartig als Panikattacken. Czarnocka und Slade (2000) fanden in einer prospektiven Studie unter 274 Frauen nach einer „normalen“ Geburt 24 %

Belastung durch mindestens einen Symptombereich der Posttraumatischen Belastungsstörung. Die Erfahrung einzelner Stresssymptome (Intrusion, Vermeidung, Übererregbarkeit) war verbunden mit der Erfahrung geringer Unterstützung während der Geburt durch den Partner und das medizinische Team, durch die Erfahrung von Scham und geringer Kontrolle.

Die bisher einzige deutsche Untersuchung der Bonner Universitätsfrauenklinik (Pantlen u. Rohde 2001; Rohde 2001) beschreibt retrospektiv unter 424 Frauen bei 16,7 % der Frauen Hinweise auf Symptome einer PTBS und bei über 50 % der Frauen Symptome von psychischer Belastetheit (Ängste, depressive Verstimmung, Ärger/Gereiztheit und Zwangsgedanken). Faktoren, die von den betroffenen Frauen als subjektiv traumatisierend erlebt wurden, waren die erlebte Bedrohlichkeit der Situation, die lange Dauer der Geburt, „unerträgliche Schmerzen“, Hilflosigkeit, das Gefühl des „Ausgeliefertseins“, Kontrollverlust, die Verletzung der Schamgefühle und die Wahrnehmung der Umwelt als unbeteiligt, gefühl- und rücksichtslos.

Eine norwegische Untersuchung (Thune-Larsen u. Moller-Pedersen 1988) fand einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer emotionalen Störung der Mutter am 5. postpartalen Tag und der Erfahrung des Verlustes von Kontrolle und von Zeit- und Raumerleben während der Geburt, von Schmerz, von Angst in der letzten Woche vor der Geburt und von Unzufriedenheit mit dem eigenen Coping während der Geburt. Eine ungeplante instrumentelle Geburt (Notsectio, instrumentelle vaginale Geburt) zeigte sich in der Studie von Ryding et al. (1998) als ein wichtiger Hinweis auf einen möglichen posttraumatischen Stressfaktor.

Stadlmayr et al. (2001) stellten in einer Untersuchung mit der deutschsprachigen Version eines Fragebogens zum Geburtserleben (Salmon's Item List SIL-Ger) fest, dass zwischen den Erlebnisdimensionen Erfüllung, körperliches Belastungserleben, emotionale (intrapartale) Adaption und negative emotionale Erfahrung kein korrelativer Zusammenhang besteht. So können z.B. die Dimensionen „Erfüllung“ und „negative emotionale Erfahrung“ postpartal nebeneinander vorkommen. Stadlmayr (2001) vermutet eher eine Verbindung der emotionalen „Erfüllung“ nach einer Geburt mit der pränatalen Erwartung und den unbewussten internalisierten Konzepten der bevorstehenden Geburt (s.a. Knight u. Thirkettle 1987).

2.2 Perinatale Belastungsfaktoren bei Vätern

Das Geburtserleben der Väter und die möglichen Belastungserfahrungen fanden bisher noch weniger Beachtung als die der Mütter. Es gibt eine Reihe von Aufsätzen, die sich mit der Bedeutung der Schwangerschaft für den werdenden Vater oder mit dem Übergang zur Vaterschaft beschäftigen (Clinton 1987; Fthenakis 1985a, b; Jordan 1990; Kapfhammer u. Mayer 2001). Dabei findet die Geburt, wie sie sich als Erfahrung für den Vater darstellt, keine oder nur geringe Beachtung. In der klinischen Arbeit mit jungen Familien berichten jedoch auch die Väter von für sie selbst als überaus belastend erlebten perinatalen Erfahrungen, meist beschrieben als das Erleben von Ohnmacht, Kontrollverlust und existentieller Angst um die Gesundheit/das Leben der Frau/des Kindes (s. auch PTSB-Kriterium A1/DSM-IV: „[...] Zeuge der Erfahrung von Tod, Verletzung oder der Bedrohung der körperlichen Integrität

einer anderen Person, [...] unerwarteter ernsthafter Schaden oder Todesbedrohung oder Bedrohung durch Verletzung eines Familienmitglieds oder nahen Angehörigen“). Der Partner könnte aufgrund der engen emotionalen Verbindung mit seiner Partnerin ein erhöhtes Risiko einer sekundären traumatischen Stresserfahrung tragen. Einige Ehepartner haben nur geringe Vorerfahrung mit der medizinischen Umgebung während der Geburt, erleben starke Ängste und sind „tief beunruhigt und fassungslos“, wenn sie ihre Partnerin unter starken Schmerzen erleben (Debra et al. 2000). Johnson (2002) fand in einer Studie hohe Stress-Scores (Untersuchung mit der „Impact of Event Scale“ nach Horowitz et al. 1979) insbesondere für Väter, die fühlten, dass sie der Rollenerwartung während der Geburt (z.B. Unterstützung der Partnerin) nicht entsprachen, oder die sich vor der Entbindung entgegen ihrem eigenen Wunsch dem Druck ausgesetzt gefühlt hatten, bei der Geburt ihres Kindes anwesend zu sein.

Fallvignette (Vater von Fabian):

Die Eltern des 13 Monate alten Fabian stellen ihren körperlich gesunden kleinen Sohn in der Sprechstunde wegen einer massiven Schlafstörung vor. Nach einem Einschlafritual am Abend bringen die Eltern ihren Sohn um 19 Uhr zu Bett. Er schläft schnell ein, wacht dann jedoch „pünktlich um 24 Uhr“ schreiend auf, zeigt auf die Tür des Kinderzimmers und macht den Eltern so unmissverständlich klar, dass er das Zimmer verlassen und nicht mehr schlafen möchte. Lassen ihn die Eltern in seinem Bett, so steigert sich sein Schreien bis zum Blauwerden; sie befürchten dann, ihr Sohn könnte ersticken. Der Vater bringt den Jungen schließlich ins Wohnzimmer, spielt ein wenig mit ihm und versucht, ihn vor dem laufenden Fernsehgerät zu beruhigen. Fabian kommt dann mit ins Elternbett, die Eltern erzählen ihm noch einige kleine Geschichten und streicheln ihn. Nach ca. zwei Stunden findet das Kind zu einem unruhigen Schlaf zurück, der den Nachtschlaf der Eltern weiter stört. Diese sind nun sehr erschöpft, finden jedoch keinen Weg, Fabian passender zu unterstützen, und haben den Eindruck trotz ihres übergroßen Bemühens „alles falsch zu machen“. Bei der Frage nach dem Geburtsverlauf und den Erfahrungen, die beide Eltern dabei machten, erscheint der Vater des Jungen tief betroffen. Er schildert sein Gefühl der Hilflosigkeit während dieser ersten Geburt, die viele Stunden dauerte. Er hatte dabei das dringende Bedürfnis, etwas zu tun, damit seine Frau nicht solche furchtbaren Schmerzen erleiden müsse, fühlte sich ohnmächtig und beschrieb ein überwältigendes Gefühl der Schuld, diese Situation „seiner Frau angetan zu haben“. Während der protrahierten Austreibungsphase hatte er den Eindruck, Fabian stecke im Geburtskanal fest und es gehe ihm in dieser Lage womöglich sehr schlecht. Das tatkräftige, für den Vater als gewaltvoll erlebte „Zupacken“ des Geburtsteams während der Presswehen habe er kaum noch ertragen können. Fabians Mutter beschrieb ihre Erfahrung während der Entbindung als sehr anstrengend; sie habe die Geburt jedoch nicht als besonders belastend in Erinnerung behalten; kaum war ihr Sohn geboren, habe sie ein großes Glücksgefühl empfunden und alle Mühe sei schnell vergessen gewesen. Sie wundere sich ein wenig über die Belastung ihres Mannes, der dieses Thema jedoch bisher kaum angesprochen habe, und sie frage sich, wieso er nicht auch so schnell wie sie selbst die Schwierigkeiten bei der Entbindung überwinden konnte.

Im weiteren Gespräch wird das Bemühen des Vaters deutlich, seinem Sohn jede mögliche Frustration zu ersparen und ihm ein besonders guter Vater zu sein in dem Versuch, die erste mögliche schwere Erfahrung seines Kindes auszugleichen („er musste doch schon so früh so sehr leiden“). Dies führte dazu, dass er die Selbstregulation seines Kindes nicht ausreichend unterstützen konnte, Fabians Signale von Müdigkeit übersah und dabei die Grenzen seiner eigenen Belastbarkeit überschritt. Seine Partnerin hatte versucht ihn zu ermutigen, dem Jungen gegenüber in der Nacht mit

ihr gemeinsam eine klare Position zu vertreten, ihn in seinem Bett zu beruhigen und ihm so zuzutrauen, dass er es lernen könnte, alleine wieder einzuschlafen. Dies war dem Vater jedoch bisher emotional nicht möglich gewesen. Er erlebte den Protest seines Sohnes als Zeichen seiner Verletzung, während die Mutter das nächtliche Schreien als wütendes Einfordern der elterlichen Präsenz erlebte und als eine Aufforderung, weiterhin „auch die Nacht zum Spielen zu benutzen“. Der Vater konnte im Verlauf von drei Sitzungen seinen Sohn auch von dessen starker, kräftiger und gesunder Seite kennen lernen, als Kind, das von seinen Eltern genügend Sicherheit und Geborgenheit erhielt. Indem der Vater selbst eine Entlastung im Gespräch erfahren konnte, wurde es ihm möglich, seinen Sohn in der Nacht passend zu begleiten, sodass er in Kürze zufrieden durchschlief.

2.3 *Prädisposition und Vulnerabilität*

Als Voraussetzung einer „Traumatisierung“ einer Person nach einem belastenden Ereignis sind die Merkmale des Traumas selbst (z. B. Art, Intensität, Dauer), Persönlichkeitsmerkmale des Individuums (z. B. Vorerfahrungen in der Herkunftsfamilie, frühere traumatische Erfahrungen, psychiatrische Erkrankungen, sozioökonomische Faktoren, kultureller Hintergrund), die Rolle von Umweltbedingungen und eigene Bewertungsprozesse zu berücksichtigen (Fischer u. Riedesser 1998; Butollo u. Hagl 2003; Landolt 2003).

Riley (1995) vermutet als prädisponierenden Faktor für die „postpartum stress disorder“ eine vorbestehende Angststörung. Zudem seien ein besonders ausgeprägtes Kontrollbedürfnis der Frau und die Erfahrung eines besonders hohen Statusverlustes infolge der Aufgabe einer beruflichen Karriere an einer perinatalen Belastungserfahrung mitbeteiligt.

In der Studie von Czarnocka u. Slade (2000) waren persönliche Vulnerabilitätsfaktoren, vorausgegangene Einschränkungen der psychischen Gesundheit (s. auch Wijma et al. 1997) und eine „Trait-Anxiety“ verbunden mit einer erhöhten Gefährdung der Entwicklung posttraumatischer Stresssymptome. Diese Faktoren erwiesen sich als Prädiktoren für die Entwicklung von Depression (s. auch Knight u. Thirkettle 1987) und Angst nach der Geburt. Traumatische Erfahrungen in der Vorgeschichte fanden sich in der englischen Studie von Menage (1993) bei 30 % der Frauen, die nach geburtshilflichen/gynäkologischen Maßnahmen eine Traumastörung entwickelt hatten. Gemäß ICD-10 „können prämorbid Persönlichkeitsfaktoren (...) oder neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf erschweren (...). Bei wenigen Patienten nimmt die Störung einen chronischen Verlauf und geht dann in eine dauernde Persönlichkeitsänderung über“.

3 **Auswirkungen belasteter Geburtserfahrungen auf die Eltern-Kind-Interaktion und die Beziehungsgestaltung**

Die klinische Sichtweise von Problemen im Säuglings- und Kleinkindalter hat sich verändert: Störungen wie exzessives Säuglingsschreien, Schlaf- und Fütterprobleme werden nicht mehr vorwiegend als organisches oder psychisches Symptom des Säuglings allein betrachtet, sondern als Ausdruck einer Interaktions- und Bezie-

hungsproblematik zwischen dem Kind und seiner Mutter in der dyadischen Beziehung und in der familiären Triade (Brazelton u. Cramer 1991; Keller et al. 1998; Barth 1998; Papoušek 1999; Zeanah 2000; Fivaz-Depeursinge u. Corboz-Warnery 2001; Übersicht: Dornes 1993). Die diagnostische Erfassung und Therapie der Störungsbilder im frühen Kindesalter ist aufgrund der Gegenseitigkeit in der Kommunikation zwischen Eltern und Kind und wegen der begrenzten psychischen Autonomie des Säuglings nur unter der Berücksichtigung des Beziehungskontextes zwischen beiden Partnern möglich (von Hofacker et al. 1996). Erlebten die Eltern die Geburt ihres Kindes als traumatisch im Sinne der Diagnose PTBS oder als subjektiv belastend, so wird sich diese Erfahrung auf die frühe Beziehungsentwicklung zwischen Eltern und Kind auswirken.

3.1 *Feinfühligkeit und intuitive Kompetenz*

Der Säugling hat nicht nur biologische Bedürfnisse, sondern auch das Bedürfnis nach Bindung (i. S. von Bowlby 1969 und Ainsworth et al. 1978), nach Exploration, nach Selbstwirksamkeit, nach ungestörter Integration seiner Erfahrungen und nach Kommunikation (Papoušek 1994) mit seinen vertrauten Bezugspersonen.

Mary Ainsworth (1974) betont neben der elterlichen Akzeptanz, der Kooperation und der Verfügbarkeit der Eltern für ihr Kind die *Feinfühligkeit* als wichtigstes Merkmal des elterlichen Fürsorgeverhaltens. Dieses ist gekennzeichnet durch die Fähigkeit der Eltern, Signale ihres Säuglings wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und prompt und angemessen zu beantworten. Das Konzept der elterlichen Feinfühligkeit wurde erweitert, konkretisiert und ergänzt durch die Forschungen von Hanuš und Mechthild Papoušek, die nach langjähriger experimenteller Pionierarbeit im Labor schließlich begannen, Verhalten im natürlichen Kontext der frühen Eltern-Kind-Interaktionen zu beobachten. In seinen Zwiegesprächen und im täglichen Umgang mit den primären Bezugspersonen lernt das Baby in einer hochdifferenzierten vorsprachlichen Kommunikation seine Erfahrungen mit sich und seiner Umwelt emotional ausgewogen zu integrieren. Gemäß H. und M. Papoušek (Papoušek u. Papoušek 1990a; Papoušek u. Papoušek 1990b; Papoušek 2001a) verfügen die Eltern über ein zutiefst motiviertes „implizites Beziehungswissen“ im Umgang mit ihrem Säugling, über angeborene, nicht der Kontrolle unterworfenene, geschlechts- und kulturunabhängige intuitive Kompetenzen. Dieses Verhaltensrepertoire unterstützt die integrativen Prozesse des Säuglings unter folgenden Voraussetzungen:

1. Verständlichkeit der Anregungen mit häufigen Wiederholungen in langsamem Tempo mit regelmäßigen Pausen;
2. Berücksichtigung des allgemeinen Verhaltenszustandes des Kindes (Aufnahmebereitschaft, Erregungsniveau, Ermüdung, Überlastung);
3. Abstimmung der Aufgaben/Anregungen auf den Entwicklungszustand, die Interessen und Vorlieben des Kindes;
4. Vermittlung von Kontingenzerfahrungen, die dem Baby erlauben, durch eigenes Tun etwas Vertrautes und Vorhersagbares zu bewirken.

Auswirkungen der belasteten Geburtserfahrung:

Biologische, psychische und soziale Belastungen des Säuglings und/oder seiner Eltern können als schwierige „Startbedingungen“ gesehen werden. Der erste Schritt in die „reale“ dyadische und in eine gemeinsame triadische Erfahrung ist die Geburt. Wird sie von der Mutter als subjektiv belastend erlebt, so werden das anfängliche gegenseitige Kennenlernen und die Abstimmung der mütterlichen intuitiven Kompetenzen auf die Individualität des Neugeborenen erschwert sein. Dies geschieht insbesondere dann, wenn die Mutter/Eltern durch multiple Risikobelastungen vor der Geburt ihres Kindes in ihren Ressourcen beeinträchtigt sind. Die Eltern sind gleichsam absorbiert durch negative Affekte oder durch eine unbewältigte Traumatisierung. Erschöpfung und Depression im Wochenbett und im späteren Säuglingsalter werden in fast allen Fällen frühkindlicher Regulationsstörungen von den Müttern, in manchen Fällen auch von den Vätern beschrieben (Papoušek 2000, 2001a; von Hofacker 1996). Breslau (2001) betont die Relevanz von Chronizität, Komorbidität (v.a. Depression und Substanzenmissbrauch) und Somatisierung bei PTBS, Faktoren, die die intuitive Kompetenz der Bezugspersonen des Kindes zusätzlich und nachhaltig beeinträchtigen können.

Auch einzelne intrusive Symptome (z.B. „Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen“ oder „innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen“, WHO 1993) können die Fähigkeiten der Mütter, sich an die veränderten Bedingungen der Mutter- und Elternschaft anzupassen, deutlich stören und somit zu Belastungen in den sozialen Beziehungen, in der Partnerschaft und in der Beziehung zu ihrem Kind führen. Symptome von Vermeidungsverhalten haben häufig eine vermehrte soziale Isolation zur Folge. Persistierende Symptome von vermehrter Erregbarkeit („arousal“) können zu der Entwicklung einer Hypervigilanz in Bezug auf das Kind beitragen (Debra 2000).

3.2 Affektive Abstimmung im Dialog

Der Säugling teilt sich in seinem gesamten Verhalten seiner sozialen Umwelt mit und holt sich von ihr eine spezifische Unterstützung, auf die er bei der Bewältigung seiner Entwicklungsaufgaben, insbesondere seiner affekt-, stress- und aufmerksamkeitsregulierenden Kompetenzen angewiesen ist. In den alltäglichen Eltern-Kind-Interaktionen wirken die Kompetenzen von Kind und Eltern im Sinne einer Co-Regulation zusammen (Papoušek 1999) und sind gemäß Fonagy und Target (2002) durch einen „interpersonellen interpretativen Mechanismus“ bestimmt. Die Mutter versteht den inneren Zustand ihres Säuglings und passt ihr eigenes Verhalten derart an die Bedürfnisse ihres Kindes an, dass es sich darin wieder erkennt und „versteht“ (Entwicklung einer selbstreflexiven Funktion; Fonagy 1997). Die Mutter trägt so auch dazu bei, einen möglichen Spannungszustand ihres Kindes „herunterzuregulieren“ und unterstützt die kindlichen selbstregulatorischen Fähigkeiten. Das Kind selbst zeigt früh die Fähigkeit, den eigenen inneren Zustand abzubilden und den seines Gegenübers zu erfassen (Fivaz-Depeursinge u. Corboz-Warnery 2001; Stern 1985; Übersicht in Naumann-Lenzen 2003). Eine gelingende gemeinsame Verhal-

tensregulation zwischen Mutter/Vater und Kind bildet vermutlich die Grundlage für ein auf prozeduraler Ebene gespeichertes implizites Beziehungswissen. Emde (1988) beschreibt die Internalisierung affektiver Muster in der Interaktion des Kindes mit seinen Eltern und die Ausbildung eines „affektiven Kerns“, der einen wichtigen Einfluss auf den Umgang des Kindes mit seiner Umwelt hat.

Zwischen Eltern und Kind entstehen in der wechselseitigen Beziehung neben Situationen von Passung und „match“ jedoch auch Gelegenheiten von „mis-match“. Dabei wirkt laut Tronick (2002) nicht die alleinige Abwesenheit von „mis-match“ entwicklungs- und beziehungsfördernd, sondern dessen passende Korrektur durch die primäre Bezugsperson.

Auswirkungen der Geburt als Belastungserfahrung:

Erfahren die Eltern nach einer schwierigen Geburt ihr Baby zudem z.B. reifungs- und temperamentsbedingt als ein „schwieriges Kind“, das scheinbar grundlos und unstillbar schreit, sich nicht anschmiegt, schlecht trinkt und in seinen Signalen für die Eltern unverständlich bleibt, so führt dies in vielen Fällen zu einer zirkulären Dekompensation: Die Eltern können die Signale ihres Kindes nicht mehr „lesen“ und sind somit nicht in der Lage, ihren Säugling in seiner Selbstregulation zu unterstützen. Es kommt zu einem dysfunktionalen Teufelskreis in der Eltern-Kind-Kommunikation. Die Eltern erleben neben der bestehenden eigenen Vorbelastung wiederholt Misserfolge im Umgang mit ihrem Kind und fühlen sich unwirksam und schuldig, ihren Säugling nicht ausreichend gut unterstützen zu können. Dies kann den Dialog zwischen Eltern und Kind und die intuitiven Kompetenzen der Eltern in einem Kreislauf von Selbstvorwürfen und Erschöpfung, verstärkt durch die zunehmende Dysregulation des Kindes, immer weiter bis zur vollständigen Blockierung hemmen (Papoušek 2001b).

Die neurobiologische Forschung befasst sich mit der Hypothese, dass über das Erkennen der Gefühlslage des Kindes und das „Rückspiegeln“ der Gefühle zum Kind emotionale Regelkreise (insbes. limbische und paralimbische Strukturen) verstärkt und stabilisiert werden. Erhalten die Verschaltungsmuster für die Emotionen wiederholt keine Verstärkung, so werden sie nicht stabilisiert. Diejenigen Säuglinge, deren Mütter/Eltern nur selten eine erfolgreiche emotionale Abstimmung zwischen sich und dem Kind bewirken, können ihr „Selbst-Wertgefühl“ und ihre Selbst-Regulationsfähigkeit nicht genügend ausbilden. Die emotionale Synchronizität scheint den neuronalen Regelkreis, der für die Regulation von Emotionen wichtig ist, wesentlich zu bestimmen (Rothenberger u. Hüther 1997; Hüther et al. 1999).

3.3 Bindung

Eine sichere Bindungsqualität ist die wichtigste Voraussetzung für die dialogische und regulatorische Abstimmung zwischen Eltern und Kind und unterstützt die emotionale, motorische und kognitive Entwicklung des Kindes. Schon 1974 beschrieben Ainsworth und Bell die Korrelation zwischen der „Freiheit zum Krabbeln“ im Kleinkindalter (motorische Entwicklung, Autonomieentwicklung), der „sicheren Bindungsbeziehung“ zwischen Säugling und Mutter und der „kognitiven

Entwicklung“ des Kindes (IQ). Die beiden Messzeitpunkte der Studie lagen im Kindesalter von 8 und 11 Monaten.

In Untersuchungen zur mentalen Bindungsrepräsentation von Erwachsenen mit Hilfe des Adult Attachment Interviews (AAI) von George et al. (1996) und des Klassifikationsverfahrens von Main und Goldwyn (1994) konnten verschiedene Arten von mentalen Bindungsmodellen unterschieden werden. Mit Hilfe der Beobachtungsmethode der Fremden Situation (Ainsworth et al. 1978) wurden Kleinkinder bezüglich ihrer Bindung (Überblick in Grossmann u. Grossmann 2003) untersucht, die zu Müttern und Vätern eine unterschiedliche Qualität aufweisen kann.

Bestehende Bindungsrepräsentanzen der Eltern (Fraiberg et al. 1975; Brazelton u. Cramer 1991; Brisch 1999; Brisch et al. 2002; Grossmann u. Grossmann 2003) tragen wesentlich zur Ausgestaltung der Beziehungs- und Entwicklungskompetenz und des Selbstkonzeptes des Kindes bei. Die Annahme der Transmission von Bindungstypen sicherer und unsicherer Bindung von einer Generation auf die nächste (Gloger-Tippelt 1999) konnte in mehreren Studien abgesichert werden. Über die Mechanismen der transgenerationalen Übermittlung der Bindungsrepräsentanzen ist noch wenig bekannt; es wurde jedoch gemäß Ziegenhain (1999) ein Zusammenhang mit der mütterlichen Sensitivität als vermittelnder Variable gefunden.

Belastungserfahrung der Bezugsperson und Auswirkung auf die kindliche Entwicklung (Emotionsregulation, Bindung):

Die Bindungsforschung legt einen Zusammenhang von desorganisierter Bindung mit späterer Fehlanpassung und der Entwicklung von Psychopathologie nahe. Zudem scheinen insbesondere bei desorganisierter Bindung die Vulnerabilität und die Gefahr der Entwicklung einer PTSD-Symptomatik nach einer Traumaerfahrung erhöht zu sein. Dies würde eine höhere Gefährdung für Frauen aus Risikogruppen bedeuten, nach einer belasteten Geburtserfahrung eine PTSD-Symptomatik zu erleiden.

Frühe Interaktions- und Beziehungserfahrungen werden vom Kind nach und nach zu sich entwickelnden inneren Bindungsrepräsentanzen internalisiert (von Klitzing 1998). Die frühe Bahnung einer sicheren Repräsentanz bei dem Säugling wird durch belastete oder gestörte Interaktionen gefährdet.

Im Sinne des beschriebenen Mechanismus der Verhaltensregulation zwischen der psychisch belasteten Mutter und ihrem Kind stellt das kindliche „Entgleisen der internalen und interpersonellen Regulation“ (Naumann-Lenzen 2003) eine hohe Belastung für die weitere Entwicklung des Kindes dar. Naumann-Lenzen zitiert die Vermutung Fonagys (2001), dass in der Mutter-Kind-Interaktion die sich häufig manifestierende mütterliche Dissoziation (z.B. bei PTBS und [postpartaler] Depression!) der stärkste Prädiktor für kindliche Bindungsdesorganisation ist. Moleman (1992) beschreibt eine „partus stress reaction“ mit Symptomen von Dissoziation, intrusivem Erleben und einer Teilamnesie nach einer Entbindung. Wie bei der Untersuchung von Ballard et al. (1995) waren die Frauen nach einer als traumatisch erlebten Entbindung nicht in der Lage, eine ausreichend gute Bindung zu ihren Kindern zu entwickeln. Die mütterliche Traumatisierung wird in der Interaktion mit dem Kind unbewusst-prozedural inszeniert; es entsteht so möglicherweise eine „Übertragung einer Mentalisierung zwischen Mutter und Kind“ (Naumann-Lenzen 2003).

Die rasch anwachsende Literatur über Säuglinge von Müttern mit depressiven Störungen im Wochenbett, die möglicherweise häufiger als bisher beachtet mitbedingt sind durch eine belastete oder als traumatisch erfahrene Geburt, zeigt, in welchem Ausmaß und wie nachhaltig diese Kinder bereits im frühen Alter in allen Domänen ihrer Entwicklung gefährdet sind (Field 1987; Murray u. Cooper 1997; Dale 1997; Papoušek 2001b; Tronick 2002). A. Schore (2001; Schore 2002, s. auch Sachsse 2003 und Naumann-Lenzen 2003) spricht von früher „Bindungs- und Beziehungstraumatisierung“, indem der Säugling über den Verlust der Fähigkeit, die Intensität seiner Emotionen selbst zu regulieren, mit stressauslösenden Stimuli nur schlecht umgehen kann (fehlendes Coping); damit erscheint neben der Emotionsregulation die Aufrechterhaltung von zwischenmenschlichen Beziehungen gefährdet. In der „kritischen“ und sensiblen Phase der Gehirnentwicklung in den ersten zwei Lebensjahren würde dies bedeuten, dass die frühkindliche („moderate“) Traumatisierung durch „relational abuse“ und eine „dysregulated infant attachment“ bei einer Kumulation dieser Erfahrungen zu einer mangelhaften Ausprägung rechtshemisphärischer Entwicklung beiträgt. Durch den Wegfall der Dominanz der hemmenden rechtshemisphärischen Funktion könnte dies laut Schore in eine unreife Persönlichkeitsorganisation mit vulnerablen Coping-Fähigkeiten münden und zu einer Neigung zu pathologischer Dysregulation, Übererregung und Dissoziation bei Hinzutreten weiterer Stressoren führen. Es käme somit zur Organisation und Verfestigung derjenigen synaptischen Verbindungen, die für die Erfahrungsumwelt des Kindes vonnöten sind („gebrauchsabhängige“ Entwicklung des Gehirns; Perry et al. 1998), und zu einem relativen Verlust an Plastizität dieser Hirnareale.

3.4 Triade

Erst in den späten 1970er Jahren rückte das Thema „Übergang zur Elternschaft“ vermehrt in das Interesse der Forschung und wurde bis heute unter verschiedenen Blickwinkeln und in unterschiedlichen Forschungstraditionen beschrieben (Fthenakis 1985a; Gloger-Tippelt 1988; Cowan u. Cowan 1994; Adler et al. 1994; Bürgin 1998; Brähler u. Richter 1994; Brähler u. Unger 2001). Psychoanalytische, psychobiologische, entwicklungspsychologische und familien- und rollentheoretische Ansätze entwickelten Konzeptionen zum Übergang in die Triade.

Bei der Beschäftigung mit der Thematik des Übergangs zur Elternschaft verwundert, dass die Geburt selbst, als das primär wichtigste Ereignis bei dieser Veränderung von „zwei nach drei“, in der wissenschaftlichen Arbeit bisher kaum Beachtung fand.

Für die kindliche Entwicklung ist es von großer Bedeutung, ob sich die Partnerschaft der Eltern in einem intrapsychischen Prozess zur triadischen Kompetenz erweitern kann. Der Vater ist ein wichtiger Partner in der beginnenden triadischen Beziehung, in deren Verlauf er dem Kind dabei hilft, weitere Objektbeziehungen einzugehen, und es so im Prozess der Autonomieentwicklung unterstützt (Fivaz-Depeursinge u. Corboz-Warnery 2001). Die Bedeutung des Vaters als Drittem wird nicht erst im zweiten Lebensjahr wirksam, wenn das Kind sich aus der Symbiose in die Individuation löst (Mahler 1972) oder in der ödipalen Entwicklungsphase die Beziehung zum gegengeschlechtlichen Elternteil erweitert bzw. zur zunehmenden

Entwicklung des Über-Ich gelangt (Freud 1923). Der Säugling ist von Beginn an in der Lage, zu beiden Eltern differenzielle (Bindungs-) Beziehungen aufzubauen (von Klitzing 1998; Fivaz-Depeursinge u. Corboz-Warnery 2001). Untersuchungen zeigen zudem die Bedeutung *beider* Elternteile auf das sich entwickelnde kindliche Spiel (v. Klitzing 1998; v. Klitzing 2003; Papoušek 2003). Mütter scheinen dazu zu tendieren, sich „homöostatisch“ auf das Kind einzustimmen und ihm so Sicherheit über die Anpassung an das kindliche Ausmaß an Komplexität, Intensität und Affektivität innerhalb des Spiels zu vermitteln. Die Väter erweitern diese Erfahrung durch eine verminderte Komplexität und Intensität, jedoch mit einem gesteigerten Affektivitätsniveau. Gemäß von Klitzing (1998) kann das Kind Erfahrungen damit sammeln, dass seine Bezugspersonen sich ihm anpassen, es sich ihnen jedoch gleichfalls anpassen muss. Möglicherweise entwickelt es so Schutzfaktoren gegenüber traumatischen Einflüssen.

Eine zufriedene Paarbeziehung bedeutet auch für die Eltern selbst eine wesentliche Unterstützung in der Beziehungsaufnahme zu ihrem Kind und in der „Verfügbarkeit“ ihrer elterlichen intuitiven Kompetenzen. Das Kind fühlt sich in einer „kooperativen Familienallianz“ (Fivaz-Depeursinge u. Corboz-Warnery 2001) unterstützt. Das positive emotionale „Klima“, in dem sich der Dialog zwischen Eltern und Kind freudig gestaltet, trägt wesentlich zu der Entwicklung einer gelingenden Selbstregulation und einer positiven Selbstrepräsentanz des Säuglings bei. Störungen erfährt diese neben organischen Risiko- und Schutzfaktoren bei Eltern und Kind auch durch familiäre psychosoziale Belastungen (Rautava et al. 1993; Räihä et al. 1995).

Auswirkung der väterlichen Belastungserfahrung auf die triadische Beziehung:

Hohe Stresslevels nach einer belasteten Geburtserfahrung des Vaters (Johnson 2002) fallen mit einem kritischen Zeitpunkt der Vater-Kind-Beziehung zusammen, in einem Moment, in dem zudem die Mutter des Kindes eine besonders intensive Hilfe und Unterstützung durch ihren Partner benötigt. Fühlt sich der Vater psychisch durch eine schwierige Geburt belastet, so ist er möglicherweise nicht ausreichend in der Lage, durch seine stützende Funktion seine Partnerin in die Lage zu versetzen, den Säugling „zu halten“ (Winnicott 1976) und sie bei Konflikten mit ihrer Mutterrolle zu stärken. Insbesondere durch das Fehlen der Großfamilie und der Unterstützung der jungen Mutter durch die eigene Mutter wendet sie sich „in ihrem Bedürfnis nach realer oder phantasierter Unterstützung, nach Ermutigung und Bestätigung sowie mit ihrem Wunsch zu lernen, in erster Linie an ihren Ehemann“ (Stern 2002). Frauen, die ihre Partner (oder eine andere unterstützende Person) nach der Geburt enttäuscht sehen oder deren Partner über die schwierigen Erfahrungen nicht sprechen, beschreiben sich selbst als eher unzufrieden über den Geburtsverlauf und berichten häufiger akute Traumasymptome (Di Matteo et al. 1993).

Da die Bindungssicherheit des Kindes bedeutsame Unterschiede zwischen Vater/Kind und Mutter/Kind zeigen kann (Barrows 2000), kommt auch hier der seelischen Verfügbarkeit des Vaters zur Entwicklung einer sicheren Vater-Kind-Bindung (womöglich auch als kompensatorische positive Bindungserfahrung bei einer unsicheren Mutter-Kind-Bindung) eine wichtige Bedeutung zu.

4 Studien zur Verbindung belasteter Geburtserfahrungen und kindlicher Dysregulation (insbes. exzessives Schreien)

Keller et al. (1998) fanden einen signifikanten Beitrag erlebter Geburtskomplikationen zu der Voraussagbarkeit der Ausprägung exzessiven Schreiens bei den Säuglingen im Alter von drei Monaten. Entgegen der Erwartung war nicht die Erfahrung der Notsectio am stärksten mit exzessivem Schreien verbunden, sondern die Geburten mit medizinischer Kunsthilfe (Einsatz von Zange/Vakuum) standen, gefolgt von normalen Geburten, an erster Stelle. Dies unterstützt die klinische Hypothese, dass subjektiv traumatische Geburtserfahrungen von Frauen mit zu einer dysfunktionalen Mutter-Kind-Interaktion beitragen. Die o.g. Untersuchung befasste sich jedoch ausschließlich mit Frauen, die Geburtskomplikationen erlitten hatten; die subjektive Belastung von Müttern und Vätern bei regelrecht verlaufenden Geburten wurde dabei nicht erfasst. Aus einer Studie mit über 1000 Frauen berichten Ranta et al. (1995), dass die Unzufriedenheit der Frauen nach der Geburt nicht mit dem Schmerzerleben, sondern mit vaginal-operativen Maßnahmen bei der Entbindung signifikant assoziiert war. In einer schwedischen retrospektiven Studie (Wikander u. Theorell 1997) fand sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der negativen Geburtserfahrung von Vätern und dem exzessiven Schreien bei ihren Säuglingen i. S. einer Störung der Verhaltensregulation.

Von Hofacker et al. (1996) berichten über Ergebnisse ihrer Forschung, die zeigen, dass frühkindliche Regulationsstörungen fast regelmäßig mit Beeinträchtigungen der Mutter-Kind- bzw. Eltern-Kind-Beziehung einhergehen, die umso ausgeprägter sind, je länger die Störung andauert, je mehr Regulationsbereiche betroffen sind und je gravierender sich psychosoziale Belastung und psychische Auffälligkeit der Mutter erweisen.

5 Diskussion

Die belastende Geburtserfahrung trägt als *ein* Faktor in einem multifaktoriellen Geschehen möglicherweise deutlich zur Entwicklung postpartaler psychischer Störungen der Mutter, insbesondere der postpartalen Depression, zu dysfunktionalen Mutter-/Eltern-Kind-Interaktionen und zu einem gestörten Dyade-Triade-Übergang bei. Der bisherige Forschungsstand zu dieser Thematik ist unbefriedigend: Obwohl in der Fachliteratur psychisch belastende Geburtserfahrungen der Mütter bis zum Vollbild der Posttraumatischen Belastungsstörung bekannt sind und dies eine beträchtliche Zahl von Frauen auch in Deutschland betrifft, befassen sich nur wenige Studien mit dieser Thematik. Bezüglich der perinatalen Belastungsfaktoren der Väter findet sich eine noch geringere Zahl an Forschungsbeiträgen. Möglicherweise leisten gesellschaftliche Tabuisierungen ihren Beitrag dazu, einen nur äußerst zurückhaltenden Blick auf die Erlebensweise der Eltern bei der Geburt ihres Kindes, auch unter den möglichen negativen psychischen Folgen für die jungen Familien, zu lenken. Mittlerweile gilt es als unbestritten, dass gerade die frühe gelungene Beziehungsaufnahme zwischen den Eltern und ihrem neugeborenen Kind eine wichtige

Grundlage für die Bindungsentwicklung darstellt, die sich wiederum als protektiver Faktor auf die weitere emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes auswirkt. Die klinischen Berichte von Müttern und Vätern, die ihre Säuglinge in der Heidelberger Sprechstunde mit der Diagnose von Regulationsstörungen vorstellen, beschreiben zu einem hohen Prozentsatz die Schwierigkeit, zu dem Neugeborenen nach einer belasteten Geburt in den ersten Stunden oder Tagen (bis Wochen) „Mutter-/Vaterliebe“ zu empfinden und sich dem Kind von Beginn an unbedingt zuzuwenden. Die Unmöglichkeit dieser ersten intensiven Beziehung zu ihrem Säugling wird von diesen Eltern als überaus belastend beschrieben; sie fühlen sich zutiefst verunsichert und schuldig, ihrem Kind keine „guten“ Eltern zu sein. Zudem erleben die Eltern ihr Baby, das eventuell selbst eine erhöhte Irritabilität mitbringt, häufig als besonders unruhig. Das vermehrte bis exzessive Schreien des Säuglings führt in vielen Fällen zu Problemen in der Entwicklung einer freudigen Interaktion zwischen dem Kind und seinen Eltern und eines zunehmend stabilen Tages- und Nachtrhythmus. Die Vorhersagbarkeit einzelner Sequenzen am Tag bleibt in der Erfahrung des Kindes aus und verstärkt seine Schwierigkeit, eine eigene Verhaltensregulation zu entwickeln. Erweisen sich schließlich die Still- oder Flaschenmahlzeiten zudem als problematisch, so verstärkt sich der „Teufelskreis“ des Gefühls der „Unfähigkeit“ der Eltern, ihr Kind gut versorgen und beruhigen zu können.

Ein Forschungsansatz ergäbe sich aus den bisher aus der Literatur bekannten Beiträgen und eigenen klinischen Beobachtungen: Es wird erwartet, dass Eltern mit regulationsgestörten Säuglingen gegenüber einer klinisch unauffälligen Kontrollgruppe vermehrt schwierige Startbedingungen im Sinne einer komplizierten und/oder psychisch belasteten Geburt erleben. Diese Erfahrungen der Eltern finden sich hypothetisch verstärkt bei Säuglingen und Kleinkindern mit der Diagnose einer Selbst-Regulationsstörung (exzessives Schreien, Schlafstörung, Fütter- und Essstörung, Trennungängste, exzessives Trotzverhalten und beginnendes aggressives Verhalten) gemäß den Diagnoseleitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (AWMF-online 2003) und der diagnostischen Klassifikation „Zero To Three“ (National Center for Infants, Toddlers and Families 1999). Um einen präventiven Beitrag zu einem gelingenden Start in eine gute Bindungsbeziehung zwischen Eltern und Kind zu leisten, sollte ein verstärktes Augenmerk auf die geschilderten Erfahrungen von Müttern und Vätern möglichst kurz nach der Geburt gelegt werden. Ein Screening-Fragebogen („SIL-Ger“, Stadlmayr et al. 2001; „Selbsteinschätzungsskala für Posttraumatische Belastungsstörungen“, Anpassung der „Self-Rating-Scale für PTSD [SRS-PTSD]“ von Carlier et al. 1998 auf das Geburtserleben durch Grob u. Rohde 2000; „Perinatal PTSD Questionnaire [PPQ]“ von Callahan u. Hynan 2002) könnte helfen, belasteten Frauen (insbes. aus Risikogruppen) und Eltern ein Unterstützungsangebot zu machen, bevor es zu den oben beschriebenen dysfunktionalen interaktiven Teufelskreisen kommt. Stadlmayr et al. (2001) fanden in einer prospektiven Untersuchung von „Birth Experience and Memory“ eine stabile Erinnerung der Geburtserfahrung auch 16 Monate nach der Geburt, was die Notwendigkeit unterstreicht, insbesondere den Müttern nach subjektiv belasteter Erfahrung beraterische oder therapeutische Hilfe anzubieten.

Sind Irritationen in dieser ersten Phase nach der Geburt entstanden, so ist es unabdingbar, Eltern und ihre Kinder in dieser frühen Zeit zu unterstützen, um eine positive Gegenseitigkeit für sie erfahrbar zu machen und damit die weitere Entwicklung des Kindes zu fördern.

An die Geburtshelfer/innen und Hebammen richtet sich der Wunsch, mit den Frauen schon vor der Entbindung über ihre Befürchtungen und Ängste zu sprechen und nach psychosozialen Belastungen zu fragen. Hinter dem immer häufiger geäußerten Wunsch der Frauen nach einer Sectio könnte sich eine Vortraumatisierung aus der eigenen Herkunftsgeschichte oder einer vorausgegangenen Schwangerschaft verbergen.

Eine weitere Forschung zur Thematik des perinatalen Geschehens und der klinisch beobachtbaren Zusammenhänge bezüglich der Eltern-Kind-Interaktion und -beziehung ist also dringend angezeigt.

Literatur

- Adler, S.; Frevert, G.; Cierpka, M.; Pokorny, D.; Strack, M. (1994): Wie wird das zu dritt wohl alles werden? In: Brähler, E.; Richter, Y. (Hg.): Übergang zur Elternschaft. Gießen: Psychosozial.
- Ainsworth, M. (1974): Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In: Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ainsworth, M.; Bell, S. M. (1974): Die Interaktion zwischen Mutter und Säugling und die Entwicklung von Kompetenz. In: Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 217–241.
- Ainsworth, M.; Blehar, M.; Waters, E.; Wall, S. (1978): Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. New Jersey: Hillsdale.
- Arizmendi, T. G.; Affonso, D. D. (1987): Stressful events related to pregnancy and postpartum. *Journal of Psychosomatic Research* 31: 743–756.
- AWMF-online; Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Hg.) (2003): Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzteverlag.
- Ayers, S.; Pickering, A. D. (2001): Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* 28: 111–118.
- Ballard, C. D.; Stanley, A. K.; Brockington, I. F. (1995): Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *British Journal of Psychiatry* 166: 525–528.
- Barrows, P. (2000): Der Vater in der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 596–610.
- Barth, R. (1998): Psychotherapie und Beratung im Säuglings- und Kleinkindalter. In: von Klitzing, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 72–87.
- Bowlby, J. (1969): Attachment and loss. Bd.1: Attachment. New York: Basic Books. Deutsch: Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. München: Kindler, 1975.
- Brähler, E.; Richter, Y. (1994): Übergang zur Elternschaft. Gießen: Psychosozial.
- Brähler, E.; Unger, U. (2001): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Gießen: Psychosozial.
- Brazelton, T. B.; Cramer, B. C. (1991): Die frühe Bindung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Breslau, N. (2001): Outcomes of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 62: 55–59.
- Brisch, K.-H. (1999): Bindungsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Brisch, K.-H.; Grossmann, K. E.; Grossmann, K.; Köhler, L. (Hg.) (2002): Bindung und seelische Entwicklungswege. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bürgin, D. (Hg.) (1998): Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft. Stuttgart: Schattauer.
- Butollo, W.; Hagl, M. (2003): Trauma, Selbst und Therapie. Bern: Hans Huber.
- Callahan, J. L.; Hynan, M. T. (2002): Identifying mothers at risk for postnatal emotional distress: further evidence for the validity of the perinatal posttraumatic stress disorder questionnaire. *Journal of Perinatology* 22: 448–454.
- Carlier, I.; Lamberts, R.; Uchelen, A.; Gersons, B. (1998): Clinical utility of a brief diagnostic test for posttraumatic stress disorder. *Psychosomatic Medicine* 60: 42–47.
- Cierpka, M.; Cierpka, A. (2000): Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 563–579.
- Clinton, J. F. (1987): Physical and emotional responses of expectant fathers throughout pregnancy and the early postpartum period. *Int. Nurs. Stud.* 24: 59–68.
- Cowan, C. P.; Cowan, P. A. (1994): Wenn Partner Eltern werden. München: Piper.
- Czarnocka, J.; Slade, P. (2000): Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. *British Journal of Clinical Psychology* 39: 35–51.
- Dale, F. H. (1997): Postpartum Depression and Cognitive Development. In: Murray, L.; Cooper, P. J. (Hg.): Postpartum depression and child development. New York: The Guilford Press.
- Debra, K. C.; Shochet, I. M.; Horsfall, J. (2000): Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. *Birth* 27: 104–111.
- Di Matteo, M. R.; Kahn, K. L.; Berry, S. H. (1993): Narratives of Birth and the Postpartum: analysis of the focus group responses of new mothers. *Birth* 20: 204–211.
- Dornes, M. (1993): Die emotionale Welt des Kindes. Frankfurt: Fischer.
- Emde, R. N. (1988): Development terminable and interminable. I: Innate and motivational factors from infancy. *Int. J. Psychoanal.* 69: 283–296.
- Field, T. (1987): Affective and interactive disturbances in infants. *Handbook of infant development*. 2. Aufl. New York: Wiley, S. 972–1005.
- Fischer, G.; Riedesser, P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Ernst Reinhard.
- Fivaz-Depeursinge, E.; Corboz-Warnery, A. (2001): Das primäre Dreieck. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Fonagy, P. (2001): Attachment theory and psychoanalysis. New York: Other Press.
- Fonagy, P.; Target, M. (1997): Attachment and reflective function. *Development and Psychopathology*. Development and Psychopathology 9: 679–700.
- Fonagy, P.; Target, M. (2002): Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inq.* 22: 307–335.
- Fones, C. (1996): Posttraumatic stress disorder occurring after painful childbirth. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 184: 195–196.
- Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. (1975): Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 14: 387–422.
- Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. In: Freud, S. (1975): *Psychologie des Unbewußten*. Studienausgabe. Bd. 3. Frankfurt: Fischer.
- Fthenakis, W. E. (1985a): Die Rolle des Vaters während der Schwangerschaft. In: Fthenakis, W. E.: *Väter. Zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung*. Bd. 1. München: Urban & Schwarzenberg, S. 106–116.
- Fthenakis, W. E. (1985b): Der Übergang zur Vaterschaft. In: Fthenakis, W. E.: *Väter. Zur Psychologie der Vater-Kind-Beziehung*. Bd. 1. München: Urban & Schwarzenberg, S. 116–131.
- George, C.; Kaplan, N.; Main, M. (1996): Adult attachment interview. 3. Fassung. Unveröffentlichtes Manuskript. University of California, Berkely, Department of Psychology.
- Gloger-Tippelt, G. (1988): Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gloger-Tippelt, G. (1999): Transmission von Bindung über die Generationen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 48: 73–85.
- Grob, A.; Rohde, A. (2000): Selbsteinschätzungsskala für Posttraumatische Störungen. Unveröffentlichtes Manuskript.

- Grossmann, K. E.; Grossmann, K. (2003): Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hornstein, C. (2003): Mutterschaft und Schizophrenie. Frühzeitige Unterstützung gegen spätere Beziehungsstörungen. *Neurotransmitter, Sonderheft 2*: 40–45.
- Horowitz, M.; Wilner, B. A.; Alvarez, M. A. (1979): Impact of events scale: a measure of subjective Stress. *Psychosom. Med.* 41: 209–218.
- Hüther, G.; Adler, L.; Rüther, E. (1999): Die neurobiologische Verankerung psychosozialer Erfahrungen. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 45: 2–17.
- Huizink, A. C. (2000): Prenatal stress and its effect on infant development. Medizinische Dissertation am University Medical Center, Utrecht.
- Johnson, M. P. (2002): The implications of unfulfilled expectations and perceived pressure to attend the birth on men's stress levels following birth attendance: a longitudinal study. *Journal of Obstetrics and Psychosomatic Gynecology* 23: 173–182.
- Jordan, P. L. (1990): Laboring for relevance: expectant and new fatherhood. *Nursing Research* 39: 11–16.
- Kapfhammer, H.-P.; Mayer, C. (2001): Der Übergang zur Vaterschaft. In: Brähler, E.; Unger, U.: Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Gießen: Psychosozial.
- Keller, H.; Lohaus, A.; Volker, S.; Cappenberg, M.; Chasiotis, A. (1998): Relationships between infant crying, birth complications and maternal variables. *Child: Care, Health and Development* 24: 377–394.
- Knight, R. G.; Thirkettle, J. (1987): The relationship between expectations of pregnancy and birth, and transient depression in the immediate post-partum period. *Journal of Psychosomatic Research* 31: 351–357.
- Landolt, M. A. (2003): Die Bewältigung akuter Psychotraumata im Kindesalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 71–87.
- Mahler, M. (1972): Symbiose und Individuation. Bd. 1: Psychosen im frühen Kindesalter. Stuttgart: Klett.
- Main, M.; Goldwyn, R. (1994): Adult attachment scoring and classification systems. University of California, Berkely, Department of Psychology.
- Menage, J. (1993): Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 11: 221–228.
- Möhler, E.; Resch, F. (2000): Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mütter-Säuglings-Interaktion. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 550–562.
- Möhler, E.; Resch, F.; Cierpka, A.; Cierpka, M. (2001): The early appearance and inter-generational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant interaction. *Journal of Child Psychotherapy* 27: 257–271.
- Moleman, N. (1992): The partus stress reaction: A neglected etiological factor in post-partum psychiatric disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 180: 271–272.
- Murray, L.; Cooper, P. J. (Hg.) (1997): Postpartum depression and child development. New York: The Guilford Press.
- National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hg.) (1999): Zero To Three. Diagnostische Klassifikation: 0–3. Wien: Springer.
- Naumann-Lenzen, M. (2003): Frühe, wiederholte Traumatisierung, Bindungsdesorganisation und Entwicklungspsychopathologie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 595–619.
- Pantlen, A.; Rohde, A. (2001): Psychische Auswirkungen traumatisch erlebter Entbindungen. *Zentralblatt Gynäkologie* 123: 42–47.
- Papoušek, M. (1994): Vom ersten Schrei zum ersten Wort. Anfänge der Sprachentwicklung in der vorsprachlichen Kommunikation. Bern: Hans Huber.
- Papoušek, M. (1999): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen. In: Oerter, R.; v. Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union, S. 148–169.

- Papoušek, M. (2000): Persistent crying, parenting and infant mental health. In: Fitzgerald, H. E.; Osofsky, J. (Hg.): *WAIMH Handbook of infant mental health*. New York: Wiley, S. 415–453.
- Papoušek, M. (2001a): Intuitive elterliche Kompetenzen – Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und -psychotherapie. In: *Frühe Kindheit 1/01: Die ganz normalen Krisen in den ersten Lebensjahren*. Darmstadt: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Papoušek, M. (2001b): Wochenbettsdepression und ihre Auswirkung auf die kindliche Entwicklung. In: Braun-Scharm, H. (Hg.): *Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen*.
- Papoušek, M. (2003): Gefährdungen des Spiels in der frühen Kindheit: Klinische Beobachtungen, Entstehungsbedingungen und präventive Hilfen. In: Papoušek, M.; von Gontard, A.: *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Papoušek, H.; Papoušek, M. (1990a): Frühe Eltern-Kind-Interaktion in ihrer Bedeutung für die kindliche Entwicklung. *Der Kinderarzt* 21 (2): 191–194.
- Papoušek, M.; Papoušek, H. (1990b): Intuitive elterliche Früherziehung in der vorsprachlichen Kommunikation. 1. Teil: Grundlagen und Verhaltensrepertoire. *Sozialpädiatrie* 12: 521–527.
- Perry, B. D.; Pollard, R. A.; Blakley, T. L.; Baker, W. L.; Vigilante, D. (1998): Kindheitstrauma, Neurobiologie der Anpassung und „gebrauchabhängige“ Entwicklung des Gehirns: Wie „Zustände“ zu „Eigenschaften“ werden. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* 99: 277–307.
- Räihä, H.; Lehtonen, L.; Korventranta, H. (1995): Family Context of Infantile Colic. *Infant Mental Health Journal* 16: 206–217.
- Ranta, P.; Spalding, M.; Kangas-Saarela, T. (1995): Maternal expectations and experiences of labour pain-options of 1091 Finnish parturients. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 39: 60–66.
- Rautava, P.; Helenius, H.; Lehtonen, L. (1993): Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *British Medical Journal* 307: 600–604.
- Reck, C.; Backenstraß, M.; Möhler, E.; Hunt, A.; Resch, F.; Mundt, C. (2001): Mutter-Kind-Interaktion und postpartale Depression. *Psychotherapie* 6: 171–185.
- Reynolds, J. L. (1997): Post-traumatic stress disorder after childbirth: the phenomenon of traumatic birth. *Canadian Medical Association Journal* 156: 831–835.
- Riley D. (1995): Postpartum Stress Disorder. In: Bitzer, J.; Stauber, M. (Hg.): *Psychosomatic obstetrics and gynecology*, 11th International Congress, Basel Monduzzi Editore, International Proceedings Division, S. 197–199.
- Rohde, A. (2001): Psychiatrische Erkrankungen in der Schwangerschaft und im Wochenbett. *Gynäkologe* 34: 315–323.
- Rothenberg, A.; Hüther, G.: Die Bedeutung von psychosozialen Streß im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 46: 623–644.
- Ryding, E. L.; Wijma, B.; Wijma, K. (1997): Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 76: 856–861.
- Ryding, E. L.; Wijma, B.; Wijma, K. (1998): Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 19: 153–144.
- Sachse, U. (2003): Zur biopsychosozialen Entwicklung der Bewältigungssysteme für Distress. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 52: 579–594.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zandig, M. (1996): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe (Übersetzt nach der IV. Auflage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, American Psychiatry Association, 1994).
- Schore, A. N. (2001): The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal* 22: 201–269.
- Schore, A. N. (2002): Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 36: 9–30.
- Shalev, A. Y.; Schreiber, S.; Galai, T. (1993): Post-traumatic stress disorder following medical events. *British Journal of Clinical Psychology* 32: 247–253.

- Stadlmayr, W. (2001): Geburtserleben und Geburtsverarbeitung. Gedanken zu einem integriert-psychosomatischen Ansatz. In: Pedrina, F. (Hg.): *Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit*. Tübingen: Diskord.
- Stadlmayr, W.; Bitzer, J.; Hösli, I.; Amsler, F.; Leupold, J.; Schwendke-Kliem, A.; Simoni, H.; Bürgin, D. (2001): Birth as a multidimensional experience: comparison of the english- and german-language version of Salmon's item list. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 22: 205–214.
- Stern, D. N. (1985): *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books (dt. *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. 7. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 2002).
- Stern, D. N. (1998): *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thiel-Bonney, C. (2002): Beratung von Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern. Video-gestützte Verhaltensbeobachtung und Videomikroanalyse als Interventionsmöglichkeit. *Psychotherapeut* 47: 381–384.
- Thune-Larsen, K.-B.; Moller-Pedersen, K. (1988): Childbirth experience and postpartum emotional disturbance. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 6: 229–240.
- Tronick, E. Z. (2002): Vortrag auf dem Symposium „Postpartale Depression und Mutter-Kind-Interaktion“ am 13. Mai 2002. Psychiatrische Klinik der Universität Heidelberg.
- van den Bergh, B. (2000): Pregnancy, how do you regard it? CGBS-Werkdocument 9. Brüssel.
- von Hofacker, N.; Jacubeit, T.; Malinowski, M.; Papoušek, M. (1996): Diagnostik von Beeinträchtigungen der Mutter-Kind-Beziehung bei frühkindlichen Störungen der Verhaltensregulation. *Kindheit und Entwicklung* 5: 160–167.
- von Klitzing, K. (1998): Die Bedeutung des Vaters für die frühe Entwicklung. In: von Klitzing, K. (Hg.): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 119–131.
- von Klitzing, K. (2003): Die Frühentwicklung des Spiels zu dritt. In: Papoušek, M.; von Gontard, A. (Hg.): *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Weltgesundheitsorganisation (1993): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10*. Bern: Hans Huber.
- Wijma, K.; Sönderquist, J.; Wijma, B. (1997): Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *Journal of Anxiety Disorders* 11: 587–597.
- Wikander, B.; Theorell, T. (1997): Father's experience of childbirth and its relation to crying in his Infant. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 11: 151–158.
- Winnicott, D. W. (1976): *Primäre Mütterlichkeit* (1956). In: Winnicott, D. W.: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Kindler.
- Zeanah, C. H. (Hg.) (2000): *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press.
- Ziegenhain, U. (1999): Die Stellung von mütterlicher Sensitivität bei der transgenerationalen Übermittlung von Bindungsqualität. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 48: 86–100.

Korrespondenzadresse: Dr. med. Consolata Thiel-Bonney, Universitätsklinikum Heidelberg, Abteilung Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie, Berghheimer Straße 54, 69115 Heidelberg; E-Mail: consolata_thiel-bonney@med.uni-heidelberg.de