

Barth, Renate

**„Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden
Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-
Übungssitzungen“**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 8, S. 537-549

urn:nbn:de:bsz-psydok-42507

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

Bonney, H.: Neues vom „Zappelphilipp“ – Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie (Therapy of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) based on communication- and systemtheories)	285
Bünder, P.: Es war einmal ein Scheidungskind. Das Umerzählen als pädagogisch-therapeutisches Mittel bei der Bewältigung von Trennungs- und Scheidungserfahrungen von jüngeren Schulkindern (Once upon a time there was a child of divorce. The rearranged narrative as a pedagogical and therapeutical means for younger pupils to deal with the experience of separation and devorce)	275
Frey, E.: Vom Programm zur Metapher – den Bedürfnissen der Kinder im Trennungs- und Scheidungsprozeß ihrer Eltern gerecht werden (From program to metaphor: caring for the needs of children during the separation and divorce of their parents)	109
Müller, F.-W.: Abenteuer Konflikt – frühe Gewaltprävention in Kindertagesstätten und Grundschulen (Adventure conflict – Early prevention of violence in child day care centres and in primary schools)	779
Wintsch, H.: Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien (Sow hope: therapeutic groups with children and youth with training for local professionals)	210

Originalarbeiten / Original Articles

Bäcker, A.; Pauli-Pott, U.; Neuhäuser, G.; Beckmann, D.: Auswirkungen deutlich erhöhter Geburtsrisiken auf den Entwicklungsstand im Jugendalter (The effect of severe perinatal complications on the development at youth)	385
Bernard-Opitz, V.; Chen, A.; Kok, A.J.; Sriram, N.: Analyse pragmatischer Aspekte des Kommunikationsverhaltens von verbalen und nicht-verbalen autistischen Kindern (Analysis of pragmatic aspects of communicative behavior in non-verbal and verbal children with autism)	97
Böhm, B.; Grossmann, K.-E.: Unterschiede in der sprachlichen Repräsentation von 10- bis 14jährigen Jungen geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in the linguistic representation of relationship of 10- to 14 years old boys from divorced and non-divorced families)	399
Empt, K.; Schiepek, G.: Ausschnitte aus der Genesungsgeschichte einer Patientin mit Anorexia nervosa aus der Sicht der Selbstorganisationstheorie (The way out of problems: recovery from anorexia nervosa seen by dynamic systems theory)	677
Federer, M.; Herrle, J.; Margraf, J.; Schneider, S.: Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen (Separation anxiety and agoraphobia in eight-year-olds)	83
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Zur Therapiemotivation bei Schülern: Der Wunsch nach pädagogisch-therapeutischer Hilfe (Therapy motivation of primary and secondary school students: the wish for pedagogical-therapeutic help)	641
Klemenz, B.: Ressourcendiagnostik bei Kindern (Resource diagnosis with children)	177

Lenz, A.: Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie (Where are the children in the family counseling? Results of an explorative study)	765
Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Predictors of the course of medium-range treatments in inpatient child and adolescent psychiatry)	656
Schmidt, C.; Steins, G.: Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Relations of self-concept to obesity of children and adolescents with regard to different living areas)	251
Schwarck, B.; Schmidt, S.; Strauß, B.: Eine Pilotstudie zum Zusammenhang von Bindungsmustern und Problemwahrnehmung beim neun- bis elfjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten (A study of the relationship between attachment patterns and problem perception in a sample of 9-11 year old children with behavioral disorders)	340
Stasch, M.; Reich, G.: Interpersonale Beziehungsmuster in Familien mit einem bulimischen Mitglied – eine Interaktionsanalyse (Interpersonal relationship-patterns in families with a bulimic patient – An interaction-analysis) 157	
Steinhausen, H.-C.; Lugt, H.; Doll, B.; Kammerer, M.; Kannenberg, R.; Prün, H.: Der Zürcher Interventionsplanungs- und Evaluationsbogen (ZIPEB): Ein Verfahren zur Qualitätskontrolle therapeutischer Maßnahmen (The Zurich Intervention Planning and Evaluation Form (ZIPEF): A procedure for the assessment of quality control of therapeutic interventions)	329
Steinhausen, H.-C.; Winkler Metzke, C.: Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) in der Diagnostik von Jugendlichen (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in the assessment of adolescents)	419
Storch, G.; Poustka, F.: Psychische Störung bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien (Psychiatric disorders in young offsprings from parents of Mediterranean origin treated as inpatients)	200
Winkelmann, K.; Hartmann, M.; Neumann, K.; Hennch, C.; Reck, C.; Victor, D.; Horn, H.; Uebel, T.; Kronmüller, K.-T.: Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese (Stability of outcome in children and adolescents psychoanalysis at 5 year follow-up)	315

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Balloff, R.: Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. Juli 1999 zur Frage der wissenschaftlichen Anforderungen an aussagepsychologische Begutachtungen (Glaubhaftigkeitsgutachten) und die Folgen für die Sachverständigentätigkeit (Relating to the decision of the Highest Federal Court of Germany dated July 30, 1999 dealing with questions concerning the scientific demands to be placed upon the decisions of experts in psychology called upon to express opinion as to whether or not a testimony is believable and the effects of said decision on future action of such experts)	261
Barrows, P.: Der Vater in der Eltern-Kind-Psychotherapie (Fathers in parent-infant psychotherapy)	596
Barth, R.: „Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ („Reading a baby“ – “Guided parent-infant-training sessions” for parents with excessively crying babies) . .	537

Bürgin, D.; Meng, H.: Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag (Psychoanalytic diagnostics and pedagogical everyday-life)	477
Cierpka, M.; Cierpka, A.: Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern (Counselling with 2 to 3s and their families)	563
Cohen, Y.: Bindung als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationären Behandlung (Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment)	511
Hédervári-Heller, É.: Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern (Clinical relevance of attachment theory for the infant-parent psychotherapy)	580
Hundsatz, A.: Qualität in der Erziehungsberatung – Aktuelle Entwicklungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Quality in child guidance – Developments at the beginning for the 21th century)	747
Meier, U.; Tillmann, K.-J.: Gewalt in der Schule – importiert oder selbstproduziert? (Violence in schools – Imported or self-produced?)	36
Melzer, W.; Darge, K.: Gewalt in der Schule – Analyse und Prävention (Violence in schools – Analysis and prevention)	16
Meng, H.; Bürgin, D.: Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The quality of pedagogy in in-patient child and adolescent psychiatry) . .	489
Möhler, E.; Resch, F.: Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion (Early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant-interaction)	550
Oswald, H.; Kappmann, L.: Phänomenologische und funktionale Vielfalt von Gewalt unter Kindern (Phenomenological and functional diversity of violence among children)	3
Papoušek, M.: Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und –Psychotherapie (Use of videofeedback in parent-infant counselling and parent-infant psychotherapy) . .	611
Pfeifer, W.-K.: Vorgehensweisen der institutionellen Erziehungsberatung im Spiegel der Zentralen Weiterbildung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Methods of established child guidance reflected on the background of Zentrale Weiterbildung of Bundeskonferenz für Erziehungsberatung)	737
Rudolf, G.: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell (How psychogenic disorders develop: an integrative model)	351
Seiffge-Krenke, I.: Ein sehr spezieller Freund: Der imaginäre Gefährte (A very special friend: the imaginary companion)	689
Specht, F.: Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland – ein Überblick (The development of child guidance centers in the Federal Republic of Germany – An overview)	728
Streeck-Fischer, A.: Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie (Adolescents with boundary disorders – Destructive behavior against oneself and others in in-patient psychotherapy)	497
Vossler, A.: Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? – Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung (As index patient into therapeutic offside? Children in systemic family therapy and counseling)	435

Diskussion / Discussion

Fegert, J. M.; Rothärmel, S.: Psychisch kranke Kinder und Jugendliche als Waisenkinder des Wirtschaftlichkeitsgebots?	127
Rudolf, G.: Die frühe Bindungserfahrung und der depressive Grundkonflikt	707
Strauß, B.; Schmidt, S.: Die Bedeutung des Bindungssystems für die Entstehung psychogener Störungen – Ein Kommentar zum Aufsatz von G. Rudolf: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell	704

Werkstattberichte / Brief Reports

Schubert, B.; Seiring, W.: Waffen in der Schule – Berliner Erfahrungen und Ansätze (Guns in schools – experiences and approaches made in Berlin)	53
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Buchbesprechungen

Beckenbach, W.: Lese- und Rechtschreibschwäche – Diagnostizieren und Behandeln (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	235
Brisch, K. H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (<i>L. Unzner</i>) ..	529
Buchholz-Graf, W.; Caspary, C.; Keimeleder, L.; Straus, F.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung. Eine Studie über Erfolg und Nutzen gerichtsnaher Hilfen (<i>A. Korittko</i>)	523
Butzkamm, W.; Butzkamm, J.: Wie Kinder Sprechen lernen. Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen (<i>D. Gröschke</i>)	300
Cierpka, M. (Hg.): Kinder mit aggressivem Verhalten. Ein Praxismanual für Schulen, Kindergärten und Beratungsstellen (<i>D. Gröschke</i>)	371
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 40 (<i>M. Hirsch</i>)	73
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 41 (<i>M. Hirsch</i>)	145
Eiholzer, U.; Haverkamp, F.; Voss, L. (Hg.): Growth, stature, and psychosocial wellbeing (<i>K. Sarimski</i>)	306
Fend, H.: Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter (<i>U. Preuss</i>)	375
Fieseler, G.; Schleicher, H.: Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilferecht (<i>J. M. Fegert</i>)	373
Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie (<i>K. Sarimski</i>)	232
Freitag, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	304
Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie (<i>C. Brückner</i>)	301
Greve, W. (Hg.): Psychologie des Selbst (<i>D. Gröschke</i>)	791
Grimm, H.: Störungen der Sprachentwicklung (<i>D. Irblich</i>)	237
Hundsatz, A.; Menne, K.; Cremer, H. (Hg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 3 (<i>F. Fippinger</i>)	140
Klicpera, C.; Innerhofer, P.: Die Welt des frühkindlichen Autismus (<i>D. Gröschke</i>)	528
Kluge, N.: Sexualverhalten Jugendlicher heute. Ergebnisse einer repräsentativen Jugend- und Elternstudie über Verhalten und Einstellungen zur Sexualität (<i>P. Hummel</i>)	632
Körner, W.; Hörmann, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 2 (<i>M. Mickley</i>) ..	716

Kühl, J. (Hg.): Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung (<i>D. Gröschke</i>)	465
Lanfranchi, A.; Hagmann, T. (Hg.): Migrantenkinder. Plädoyer für eine Pädagogik der Vielfalt (<i>H. Heil</i>)	527
Lempp, R.; Schütze, G.; Köhnken, G. (Hg.): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters (<i>P. Hummel</i>)	630
Lukesch, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik (<i>K.-H. Arnold</i>)	239
Mussen, P.H.; Conger, J. J.; Kagan, J.; Huston, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie (<i>L. Unzner</i>)	713
Neuhäuser, G.; Steinhausen, H.-C. (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	144
Oerter, R.; v. Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch (<i>L. Unzner</i>)	463
Ohm, D.: Progressive Relaxation für Kids (CD) (<i>C. Brückner</i>)	461
Peterander, F.; Speck, O. (Hg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen (<i>D. Gröschke</i>)	629
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>H. Mackenberg</i>)	377
Petermann, F.; Kusch, M.; Niedank, K.: Entwicklungspsychopathologie – ein Lehrbuch (<i>K. Sarimski</i>)	142
Petermann, F.; Warschburger, P. (Hg.): Kinderrehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	141
Rauchfleisch, U.: Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger (<i>K. Waligora</i>)	791
Remschmidt, H.; Mattejat, F.: Familiendiagnostisches Lesebuch (<i>M. Bachmann</i>)	72
Rohmann, U.: Manchmal könnte ich Dich ... Auch starke Kinder kann man erziehen, man muß nur wissen wie! (<i>E. Sticker</i>)	75
Romeike, G.; Imelmann, H. (Hg.): Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie (<i>E. Sticker</i>)	460
Schäfer, M.; Frey, D. (Hg.): Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen (<i>H. Mackenberg</i>)	233
Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung (<i>C. Höger</i>)	368
Schweitzer, J.: Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen (<i>R. Mayr</i>)	302
Senkel, B.: Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung (<i>D. Irblich</i>)	74
Silbereisen, R. K.; Zinnecker, J. (Hg.): Entwicklung im sozialen Wandel (<i>L. Unzner</i>)	373
Simon, F. B.; Clement, U.; Stierlin, H.: Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular (<i>J. Kaltschmitt</i>)	372
Sohni, H. (Hg.): Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	790
Speck, O.: Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit (<i>D. Gröschke</i>)	715
Steimer, B.: Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie (<i>F.-J. Krumenacker</i>)	793
Swets Test Service: Diagnostische Verfahren (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tent, L.; Langfeldt, H.-P.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik, Bd. 2: Anwendungsbereiche und Praxisfelder (<i>K.-H. Arnold</i>)	240

Testzentrale des Berufsverbands Deutscher Psychologen: Testkatalog 2000/1 (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tomatis, A.: Das Ohr – die Pforte zum Schulerfolg. Schach dem Schulversagen (<i>K.-J. Allgaier</i>)	77
Ullrich, M.: Wenn Kinder Jugendliche werden. Die Bedeutung der Familienkommunikation im Übergang zum Jugendalter (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	635
Vorderlin, E.-M.: Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung (<i>G. Fuchs</i>)	238
Walper, S.; Schwarz, B. (Hg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien (<i>A. Korittko</i>)	523
Warschburger, P.; Petermann, F.; Fromme, C.; Wojtalla, N.: Adipositraining mit Kindern und Jugendlichen (<i>K. Sarimski</i>)	634
Wunderlich, C.: Nimm' mich an, so wie ich bin. Menschen mit geistiger Behinderung akzeptieren (<i>M. Müller-Küppers</i>)	376
Zander, W.: Zerrissene Jugend: Ein Psychoanalytiker erzählt von seinen Erlebnissen in der Nazizeit 1933-1945 (<i>J. Kaltschmitt</i>)	714
Zero to three/National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hg.): Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern (<i>L. Unzner</i>)	462

Neuere Testverfahren

Cieпка, M.; Frevert, G.: Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen (<i>K. Waligora</i>)	242
Lohaus, A.; Fleer, B.; Freytag, P.; Klein-Haßling, J.: Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK) (<i>K. Waligora</i>)	466
Kuhl, J.; Christ, E.: Selbstregulations-Strategientest für Kinder (SRST-K) (<i>K. Waligora</i>) . .	719

Editorial / Editorial	1, 475, 535, 725
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 133, 232, 300, 367, 450, 522, 628, 703, 789
Aus dem Verlag / From the Publisher	71
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	134, 452
Tagungskalender / Calendar of Events	78, 148, 244, 308, 380, 469, 531, 638, 721, 790
Mitteilungen / Announcements	82, 152, 249, 384, 473, 640, 798

„Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“

Renate Barth

Summary

“Reading a baby” – “Guided parent-infant-training sessions” for parents with excessively crying babies

New findings indicate that persistent crying (infantile “colic”) may be closely interlinked with regulatory difficulties in the organization of sleep and waking states and in sustaining prolonged episodes of uninterrupted sleep. It has been shown that preverbal communication plays a significant role in the regulation of infant states and in the prevention of infantile persistent crying. However, parents are usually unaware of these explanations, and tend to attribute the crying to inappropriate causes or have no understanding at all about why their child cries so much. Therefore, the baby’s signals are not answered in an effective way. In this article “guided parent-infant-training sessions”, a new treatment method for parents with excessively crying babies, will be introduced. It is the goal of this approach to help parents to improve the “reading” of their child’s signals and to act according to the baby’s needs. In order to provide an opportunity for training, parents are given their appointment at a time, when it is most likely for the child to cry. In the context of a therapeutic relationship they may be experiencing for the first time calming a baby they previously thought to be inconsolable.

Zusammenfassung

Neuere Untersuchungen lassen eine Dysregulation der Schlaf-Wach-Organisation bei exzessiv schreienden Säuglingen („3-Monats-Koliken“) vermuten. Ein für Interventionen bedeutsames Ergebnis besteht darin, daß die Schreiattecken zeitlich mit Schlafdefiziten korrespondieren. Es handelt sich also häufig um müde Babys, denen es schwerfällt, einzuschlafen bzw. über einen längeren Zeitraum durchzuschlafen. Obwohl die Schlaf-Wach-Regulation auch Reifungsprozesse reflektiert, ist sie doch durch präverbale Kommunikationsprozesse beeinflussbar. Eltern sehen das Schreien ihrer Kinder nur selten in dem skizzierten Zusammenhang, sondern gehen von unangemessenen Ursa-

chenzuschreibungen (wie „Blähungen“) aus oder haben gar keine Vermutung, warum ihr Baby soviel weint. Dies macht es ihnen nahezu unmöglich, effektive Beruhigungsstrategien zu entwickeln, und das Baby bekommt keine adäquate Antwort auf seine Mitteilungen. In dieser Arbeit soll der speziell für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen in der Hamburger Beratungsstelle „MenschensKind“ entwickelte Behandlungsansatz der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“, Eltern gegenüber „Baby-Lese-Stunden“ genannt, dargestellt werden. Das Ziel dieses Ansatzes besteht darin, den Eltern zu helfen, die Signale ihres Kindes entwicklungspsychologisch angemessen zu interpretieren und zu beantworten. Dazu werden sie zu einer Zeit einbestellt, in der die Wahrscheinlichkeit, daß das Kind schreit, hoch ist. So können sie im Kontext einer therapeutischen Beziehung im Hier-und-Jetzt die Erfahrung machen, daß sie in der Lage sind, ihr zuvor als unstillbar schreiend wahrgenommenes Baby selbst zu beruhigen.

1 Einleitung

Exzessives Säuglingsschreien, auch „3-Monats-Koliken“ genannt, ist einer der häufigsten Gründe für Konsultationen von Kinderärzten und anderen im Gesundheitswesen Tätigen und wird von ca. 15–25% aller Eltern beklagt (Hide u. Guyer 1982; Rubin u. Prendergast 1984; St. James-Roberts u. Halil 1991). Es handelt sich dabei um unstillbare Unruhe- und Schreiphasen, die in den ersten 3–6 Lebensmonaten – ohne ersichtlichen Grund – im Kontext physiologischer Reifungs- und Adaptationsprozesse bei einem ansonsten gesunden Säugling auftreten. Nach der objektiven Definition von Wessel et al. (1954) gelten Kinder als exzessiv schreiend, wenn sie in den ersten Lebensmonaten mehr als 3 Wochen, an mehr als 3 Tagen pro Woche, länger als 3 Stunden am Tag schreien oder nörgeln. Klinisch ist es sinnvoll, von exzessivem Schreien zu sprechen, wenn Eltern die Unruhe- und Schreineigung subjektiv als so problematisch erleben, daß sie deswegen Hilfe suchen (Schmitt 1985). Abzugrenzen vom exzessiven Schreien der ersten Lebensmonate (den sog. Regulationsstörungen) sind Unruhe- und Schreizustände jenseits des ersten Lebenshalbjahres, da sie andere ätiologische Hintergründe haben (v. Hofacker 1998).

Neuere Untersuchungen lassen eine Dysregulation der Schlaf-Wach-Organisation bei exzessiv schreienden Säuglingen vermuten (Becker et al. 1998; Hurry et al. 1991; Papoušek u. Papoušek 1996; St. James-Roberts 1997; Warren et al. 1988): D.h. es mehren sich die Hinweise, daß diese Säuglinge insgesamt weniger schlafen, kürzere Schlafphasen haben, stärkere Probleme haben in den Schlafzustand zu gelangen (und dafür extensive elterliche Interventionen benötigen), nachts häufiger aufwachen und länger wach sind sowie tagsüber oft nur kurze Nickerchen machen. Aber auch die Wachphasen sind von geringerer Qualität: die Säuglinge sind oft müde und quengeln oder schreien. Ein bedeutsames Ergebnis besteht darin, daß die Schreiatteckten zeitlich mit Schlafdefiziten korrespondieren, d.h. Schreien und Schlafen in einer negativen Beziehung zueinander stehen. Obwohl die Schlaf-Wach-Organisation Reifungsprozessen unterliegt, kann sie doch durch wechselseitige Eltern-Kind-Regulationen beeinflusst werden (z.B. Papoušek u. Papoušek 1996; Sander 1988; Warren et al. 1988).

Auf solchen Ergebnissen beruht der Behandlungsansatz der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“, Eltern gegenüber „Baby-Lese-Stunden“ genannt. Er wurde in der Hamburger Beratungsstelle „MenschensKind“ aus der klinischen Arbeit mit exzessiv schreienden Säuglingen und ihren Eltern heraus entwickelt und soll im folgenden dargestellt werden.

2 „Angeleitete Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“

Das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ (Barth 1995, 1998, 2000) erwuchs aus der klinischen Erfahrung, daß Eltern exzessiv schreiender Babys häufig von unangemessenen Ursachenzuschreibungen (wie „Blähungen“) ausgehen oder gar keine Vermutung darüber haben, warum ihr Kind soviel quengelt oder schreit. Dies macht es ihnen unmöglich, erfolgreiche Lösungsstrategien zu entwickeln. Resultat sind dann die unspezifischen und ständig wechselnden Beruhigungsversuche, wie das Kind stundenlang umherzutragen, es mit dem Kinderwagen oder Auto spazierenzufahren, „ständiges“ Stillen, mit ihm auf einem großen Ball herumzuhopsen, es mit einem Fön zu bepesten usw. (Barth 1995).

„Angeleitete Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ basieren auf der Annahme, daß das Schreien eine Kommunikationsform des Babys ist, die es (wie andere Kommunikationsformen auch) zu entschlüsseln gilt. Erst wenn Eltern verstehen, was ihr Baby „sagen“ möchte, können sie ihm eine ganz spezifische und befriedigende Antwort geben. McDougall (1985) schreibt dazu: „Die Fähigkeit der Mutter, die Bedürfnisse des Säuglings zu erfassen und auf sie zu reagieren, hängt von ihrer Bereitschaft ab, seinem Schreien und seinen Bewegungen eine Bedeutung zu verleihen. Dadurch wird es ihm schließlich möglich, diese Bedeutung zu introjizieren und ein Verhältnis zu seinen eigenen Bedürfnissen zu gewinnen“ (S. 246). Das Verstehen und Beantworten der kindlichen Signale ist jedoch nicht immer leicht und kann die intuitiven elterlichen Fähigkeiten (Papoušek u. Papoušek 1987) auf eine große Probe stellen. „Übersensible, unruhige oder labile Babys kann man mitunter praktisch nicht verstehen. Sie zeigen nicht nur Überreaktionen auf Reize, sondern möglicherweise negative Reaktionen wie anhaltendes Schreien oder Habituation, wenn sie versuchen, eine äußere Einwirkung zu bewältigen. Ihr Zustand verändert sich abrupt – die Babys fallen innerhalb von Sekunden von einem Zustand in den anderen, vom Schlaf- in den Schreizustand und umgekehrt, ohne daß die Eltern Zeit finden, beruhigend auf sie einzuwirken oder auf ihre Signale zu reagieren. Angesichts derart extremer Babys entwickeln die Eltern leicht das Gefühl, ausgeschlossen und zu nichts nutze zu sein. Wenn ihnen niemand hilft, ihr Baby zu verstehen, kann die zukünftige Interaktion durchaus in Gefahr geraten“ (Brazelton u. Cramer 1991, S. 94). Diesem Gedankengang folgend wird der Verständigungsprozeß zwischen Eltern und Kind, der intuitiv vonstatten geht und – wenn alles gut läuft – auch nicht gestört werden sollte (Winnicott 1995), in den „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ auf bewußter Ebene durchgeführt. Dabei wird das Verhalten von Eltern und Kind in einem entwicklungspsychologischen Zusammenhang betrachtet.

2.1 Erste Entwicklungsaufgabe – Bewältigung im Kontext der Eltern-Kind-Beziehung

Viele Autoren sehen als eine erste Entwicklungsaufgabe des Säuglings die Regulierung und Stabilisierung innerer Zustände wie der Schlaf- und Wach-, Tag- und Nacht-, Hunger- und Sättigungszyklen. Sroufe (1979) spricht von physiologischer Regulation, Sander (1988) von initialer Regulation/Grundregulation, Greenspan und Thorndike Greenspan (1985) nennen es Selbstregulation und Interesse an der Welt, und bei Brazelton und Cramer (1991) geht es begrifflich um homöostatische Kontrolle. Über die physiologische Stabilisierung hinaus heben Warren et al. (1988) insbesondere den Aspekt der Regulierung der Körperhaltung hervor.

Zur Bewältigung ihrer Entwicklungsaufgaben sind Kinder auf Kommunikationspartner (in der Regel die Eltern) angewiesen. So sind Eltern in den ersten Lebensmonaten einen Großteil ihrer Zeit mit der physiologischen Regulierung ihres Kindes beschäftigt. Dies geschieht über soziale Interaktionen. „Die Aufgaben des Babys – Trinken, Einschlafen und allgemeine homöostatische Regulation, werden gewöhnlich von sozialen Verhaltensweisen der Eltern begleitet: Schaukeln, Streicheln, Besänftigen, Zureden, Singen, Geräuschemachen und Gesichterschneiden – dies alles in Reaktion auf kindliches Verhalten, was ebenfalls überwiegend sozial ist, wie Schreien, Quengeln, Lächeln und visuelle Kommunikation“ (Stern 1992, S. 68). Dieser mehr oder weniger intuitiv oder unbewußt ablaufende Interaktionsprozeß zwischen Eltern und Kind ist unterschiedlich konzeptionalisiert worden. Nach Sander (1988) besteht dabei eine enge Verzahnung zwischen Selbstregulation und wechselseitiger Mutter-Kind-Regulation: Die Mutter mit ihrer spezifischen Persönlichkeit und das Kind mit seinen Anlagen bilden ein System, in dem sich gewisse Regulationen und gegenseitige Anpassungen herausbilden, die bei jedem Entwicklungsschub neu verhandelt werden müssen. Stern (1992) spricht von Selbst-Regulierung durch Andere. Bei Papoušek und Papoušek (1987) ermöglicht das biologisch vorprogrammierte Elternverhalten, den Bedeutungsgehalt der Mitteilungen des Babys intuitiv zu erfassen und in kindgerechter Weise darauf zu reagieren. Für McDougall (1985) ist in dieser vor-symbolischen Phase des Mitteilens und Verstandenwerdens die früheste Wirklichkeit des Säuglings das Unbewußte seiner Mutter. Bion (1962) sieht die Rolle der Bezugsperson u. a. darin, als Behälter (container) für „unverdaubare“ kindliche Affekte zu fungieren: die Mutter nimmt diese Affekte in sich auf und gibt sie dem Kind in modifizierter („verdauter“) Form zurück. Wie immer man diesen Prozeß auch beschreiben mag, Voraussetzung für dessen Gelingen ist, das Eltern die vom Kind ausgehenden Zeichen empathisch verstehen und darauf reagieren. Dies wird ihnen das Gefühl geben, gute Eltern zu sein, die ihr Kind kennen und wissen, was es braucht. Auch das Kind wird auf diesem Wege mit der Zeit ein Gefühl für seine Bedürfnisse und dessen Befriedigung gewinnen: „Aha, wenn ich mich so fühle, gibt Mama mir die Brust und danach geht es mir besser.“ Oder: „Wenn ich jenes Gefühl habe, schlafe ich, und danach ist alles wunderbar“.

„Angeleitete Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ basieren auf der Annahme, daß das exzessive Säuglingsschreien Ausdruck eines unzureichenden Zusammenspiels (Carey, 1990, spricht von einem „poor fit“) zwischen den selbstregulativen Fähigkeiten des Säuglings und dem elterlichen Umgangs mit dieser Situation ist. Dies entspricht auch dem Ansatz von Papoušek und Papoušek (1987), die einen Kreislauf negativer Gegen-

seitigkeit bezogen auf die integrativen und selbstregulativen Kompetenzen des Säuglings und den intuitiven co-regulativen Kompetenzen der Eltern beschreiben (vgl. auch Papoušek und v. Hofacker 1995).

2.2 *Praktisches Vorgehen: Einladung zu einer „Baby-Lese-Stunde“*

Melden sich Eltern mit einem exzessiv schreienden Säuglingen bis zu ca. 4 Monaten in der Beratungsstelle „MenschensKind“ zur Behandlung an, werden sie zu einer „Baby-Lese-Stunde“ eingeladen. Ihnen wird bei der Anmeldung gesagt, daß das Schreien eine Kommunikationsform des kleinen Kindes ist, die es zu entschlüsseln gilt. Erst wenn Eltern die „Sprache“ ihres Babys verstehen, so die Erläuterung, können sie etwas Adäquates tun, um Abhilfe zu schaffen. Es wird dann eine zweistündige Sitzung – explizit unter Einbeziehung des Vaters – anberaumt und zwar zu einer Zeit, wo die Wahrscheinlichkeit hoch ist, daß das Kind, zumindest einen Teil der Zeit, „aus vollem Halse“ schreit. Dies ist deshalb wichtig, weil der Schwerpunkt der Intervention auf dem Verstehen und übdem „Lösen“ schwieriger interaktiver Situationen liegt. Der Zeitraum von zwei Stunden wird angesetzt, damit genügend Zeit zur Verfügung steht, um eine umfassende Palette der kindlichen Verhaltenszustände und Signale im Hier-und-Jetzt beobachten und beantworten zu können.

Die Sitzungen werden anfangs wenig strukturiert. So kann sich durch die je eigene Darstellung der Familie, die emotional bedeutsame Geschichte und Problematik entfalten. Für das weitere therapeutische Vorgehen kann es relevant sein, wenn Eltern zum Beispiel als erstes sagen: „Mein Baby mag mich nicht“ oder wenn sie die schwierige Geburt thematisieren, die vielen der Schwangerschaft vorausgegangenen Hormonbehandlungen, ihre Enttäuschung, nach der Geburt noch keinen Besuch von den eigenen Eltern bekommen zu haben, ihre Unzufriedenheiten über das Geschlecht des Kindes bzw. wenn sie psychosoziale Belastungsfaktoren in den Vordergrund des Gespräches stellen. (Manchmal zeigt sich bereits an dieser Stelle, daß „Baby-Lese-Stunden“ allein nicht zur Problemlösung führen, und es werden andere Behandlungsansätze eingesetzt bzw. erwogen.) Erst im weiteren Gesprächsverlauf werden, falls die Eltern nicht bereits darüber gesprochen haben, spezifische Informationen erhoben zu Schwangerschaft, Geburt und postpartaler Zeit, ggf. auch zum lebensgeschichtlichen Hintergrund der Eltern. Gesprächsbegleitend findet eine orientierende Einschätzung des kindlichen Entwicklungsstandes und der psychischen Befindlichkeit der Eltern statt. Während die Eltern erzählen, wird parallel dazu den Signalen des Kindes ein gleichwertiger Platz eingeräumt. Dabei wird entsprechend dem der Bindungstheorie entlehnten Konzept der elterlichen Feinfühligkeit darauf geachtet, die kindlichen Signale frühzeitig zu bemerken und richtig zu interpretieren, um sie dann angemessen und prompt zu beantworten (Bowlby 1969; Grossmann 1977).

2.2.1 *Die kindlichen Signale frühzeitig bemerken und richtig interpretieren*

Die Reaktionen Neugeborener und sehr junger Säuglinge sind nur auf dem Hintergrund ihrer Verhaltenszustände verständlich, denn je nach Verhaltenszustand, in dem sie sich gerade befinden, ist eine Stimulation angemessen oder unangemessen (Brazelton 1984;

Sander 1988). Nach Brazelton (1984) lassen sich 6 Verhaltenszustände unterscheiden: Tiefschlaf, Traumphasenschlaf (auch Leichtschlaf oder REM-Schlaf genannt), Halbschlaf, wacher Aufmerksamkeitszustand, aufmerksamer, aber quengelig Zustand und Schreien. Die Erfahrung in den „Baby-Lese-Stunden“ zeigt, daß es Eltern besonders schwer fällt, den aufmerksamen aber quengeligen Verhaltenszustand zu erkennen, da das Kind in diesem Verhaltenszustand mit immer neuen Aktivitäten und Reizen meist für einen kurzen Zeitraum beruhigbar ist. Es wäre zu erwarten, daß ein solches, in seinem quengeligen Verhaltenszustand nicht richtig „gelesenes“ Kind irgendwann nicht mehr beruhigbar ist und (für die Eltern oft „aus heiterem Himmel“) zu schreien beginnt.

Quengelt oder schreit das Kind, wird ausführlich exploriert, welche Ursachenzuschreibungen die Eltern vornehmen, da diese das elterliche Verhalten wesentlich determinieren. Der klinischen Erfahrung der Autorin zufolge hält die Mehrzahl der Eltern Schmerzen/Blähungen für die Ursache des Schreiens (vgl. auch Becker et al. 1998). Manche meinen das Kind habe Angst und wolle nicht allein sein, andere fragen sich, ob die schwierige Schwangerschaft oder Geburt eine traumatische Rolle spiele. Da Babys beim Schreien oft in eine hypertone Körperhaltung gehen, erleben manche Eltern dies so, als würde das Kind sie ablehnen. Eine weitere, nicht seltene Ursachenzuschreibung besteht darin, daß Eltern die Situation als Machtkampf erleben. Aber es ist immer wieder erstaunlich, wie viele Eltern sagen, sie wüßten nicht, warum ihr Baby soviel schreit. Und genau das ist das Problem. Wie können sie effektive Interventionsstrategien entwickeln, wenn sie gar nicht wissen, wo sie ansetzen sollen, oder wenn sie von Fehlinterpretationen des kindlichen Verhaltens ausgehen? Ein erster Schritt jeder „Baby-Lese-Stunde“ besteht daher darin, anhand der Beobachtung des Kindes zu einer entwicklungspsychologisch angemessenen und den Eltern Sinn machenden Ursachenzuschreibung zu kommen. Die Therapeutin initiiert bei jeder Äußerung des Kindes, insbesondere bei einer Änderung der Verhaltenszustände, ein Gespräch über die Bedeutung dieses Verhaltens. Dabei bringt sie ihre entwicklungspsychologischen Kenntnisse aktiv in das Gespräch ein und stellt sie ggf. anderslautenden Interpretationen der Eltern als Denkmöglichkeit alternativ gegenüber. Dies soll an einigen Beispielen verdeutlicht werden:

- Das Baby reagiert in einer zuvor netten Spielsituation nicht mehr zugewandt auf das Interaktionsangebot der Eltern, sondern wird motorisch unruhig und vermeidet plötzlich den Blickkontakt. Als Reaktion darauf werden die Eltern zunehmend aktiver und versuchen die Zuwendung ihres Kindes zu „erzwingen“, ohne dabei jedoch erfolgreich zu sein. Die Eltern erklären das kindliche Verhalten mit mangelndem Interesse und einem Wunsch nach vermehrter Stimulation. Eine alternative Interpretation seitens der Therapeutin könnte sein, daß es möglicherweise zuviel Stimulation gewesen sei und das Kind durch das Abwenden des Blickes eine kleine „Auszeit“ wolle. Diese Erklärung annehmend, verhalten sich die Eltern etwas zurückhaltender und lassen dem Baby Zeit „zurückzukommen“, was es denn auch tut, woraufhin es zu weiteren netten Interaktionen zwischen Eltern und Kind kommt.
- Das zuvor zufriedene Baby wird quengelig und motorisch unruhig. Dann blickt es plötzlich mit starrem, wie träumerisch wirkendem Blick zum Fenster und liegt ganz ruhig da. Auf die Frage, was das Kind durch sein Verhalten zum Ausdruck bringen wolle, sagen die Eltern: „Es langweilt sich.“ Eine alternative Erklärung könnte darin bestehen, daß das Kind gerade in wunderbarer Weise zeigt, daß es in der Lage ist, sich durch Fixierung einer Lichtquelle zumindest für einen kurzen Moment selbst zu beruhigen.

- Die Mutter beginnt mit dem quengeligen Baby im Zimmer auf und ab zu gehen. Das tue sie viele Stunden am Tag, denn nur dann werde das Kind ruhig, sagt sie und meint: „Es ist ein ganz neugieriges Kind und will nichts verpassen.“ Da das Kind schon seit mehreren Stunden wach ist, bietet die Therapeutin als mögliche Erklärung an, daß das Kind müde ist. Das könne nicht sein, meint die Mutter, denn wenn sie das Kind hinlege, fange es sofort an zu schreien und zeige, daß es nicht schlafen wolle. Die Therapeutin erklärt, daß sich müde Babys manchmal so verhalten, weil sie Schwierigkeiten haben, in den Schlaf zu gelangen. Bei einer näheren Überprüfung dieser Information bemerken die Eltern, daß das Kind oft gähnt, sich die Augen reibt, einen starren, verträumten Blick bekommt, an seiner Hand saugt (Selbstberuhigungsmaßnahme) und/oder nur durch äußere Überstimulation ruhig zu halten ist.
- Das Baby fängt an zu schreien. Die Mutter nimmt es an die Brust, wo es nach ein paar Schlucken einschläft. Danach kommt es ins Bettchen, wacht jedoch nach ein paar Minuten wieder auf und beginnt erneut zu schreien. Es folgt eine erneute Stillperiode usw. Dieser Kreislauf wiederhole sich zu Hause unzählige Male, sagt die Mutter, und das Kind finde keine Ruhe. Nach der Ursache gefragt, meint die Mutter, das Kind habe immer Hunger. Im folgenden wird anhand der kindlichen Signale die Hypothese überprüft, ob das Schreien nicht weniger mit Hunger als vielmehr mit Müdigkeit und der Schwierigkeit in Zusammenhang steht, „gut“ zu schlafen, d.h. in den Tiefschlaf zu gelangen, ohne ständig nach einem kurzen Nickerchen aufzuwachen.

2.2.2 Die kindlichen Signale angemessen und prompt beantworten

Der weitere Umgang mit dem Baby ergibt sich aus der Bestimmung der Verhaltenszustände und der Ursachenzuschreibung in der Regel mehr oder weniger zwangsläufig: Ist das Baby in einem wachen Aufmerksamkeitszustand, wird vorgeschlagen, diese „kostbaren“, weil bei kleinen Babys so kurzen Zeiten zu nutzen, um mit dem Kind in lustvoller Weise zu interagieren und zu spielen (Papoušek u. Papoušek 1987). Treten dabei Schwierigkeiten auf (wendet sich das Baby beispielsweise ab), wird gemeinsam überlegt, woran das liegen könnte, um dann neue Interaktionsformen auszuprobieren. Bei sehr empfindlichen Babys und/oder überstimulierenden Eltern kann es hilfreich sein, wenn die Eltern sich etwas mehr zurücknehmen, bei eher passiven, unterstimulierenden Eltern kann ein gegenteiliges Bemühen zum Erfolg führen. Verändert sich der Verhaltenszustand in Richtung Quengeligkeit oder Schreien, werden die Eltern erneut angeleitet, Hypothesen über mögliche Ursachen zu formulieren und diese nach dem Ausschlußkriterium anhand der Realität zu überprüfen. D.h. das Kind beispielsweise zu wickeln, wenn die Ursache in einer schmutzigen Windel vermutet wird, zu füttern, wenn angenommen wird das Kind quengelt aus Hunger oder die traumatische Geburt zu thematisieren, wenn darin die Ursache für das Schreien gesehen wird. Alle Hypothesen der Eltern werden ernstgenommen und überprüft, auch dann, wenn die Therapeutin sie für unzutreffend hält. An der Reaktion des Babys wird sichtbar werden, ob die Hypothese stimmt oder nicht.

Schließlich bleibt in der Regel nur noch Müdigkeit als Grund für das Quengeln oder Schreien übrig. Eltern sagen dann oft, daß das Kind zwar müde aussehe, aber sofort anfangen zu weinen, wenn sie es hinlegen. Sie würden dann unsicher werden, ob die Hypothese gestimmt habe und das Kind wieder hochnehmen. Den Eltern wird nahegelegt, das Verhalten des Kindes zum einen im Zusammenhang mit reifungsbedingten

Faktoren der Schlaforganisation zu betrachten und zum anderen mit umweltbedingten Erfahrungen. Bezogen auf letztere wird auf die Ergebnisse der Gedächtnisforschung hingewiesen (z.B. Rovee-Collier u. Bhatt 1995) und erläutert, daß sich bei Säuglingen schon sehr früh ein „Episodengedächtnis“ im Sinne einer „zum Prototyp erhobenen durchschnittlichen Erfahrung“ (Stern 1992) bezogen auf bestimmte Situationen entwickelt. Stellen die Babys fest, daß die Eltern etwas tun (z.B. es wach ins Bettchen legen), was nicht den bekannten Erfahrungen (wie auf dem Arm einschlafen) entspricht, reagieren sie – sozusagen aufgrund enttäuschter Erwartungen – mit Quengeln oder Schreien. Dies ist auch der Fall, wenn sie auf dem elterlichen Arm eingeschlafen sind und schlafend ins Bettchen gelegt werden. Sind sie dann noch in der Leichtschlafphase, wachen sie häufig nach ein paar Minuten wieder auf und beginnen folgerichtig zu schreien, da auch hier Erwartungen nicht entsprochen wird.

Nach diesbezüglicher Information werden die Eltern angeregt, sich zu überlegen, ob sie damit beginnen wollen, die selbstregulativen Fähigkeiten des Kindes zu unterstützen, so daß es, zunächst in ihrer Anwesenheit, nach und nach lernt, allein einzuschlafen. Es wird betont, daß dies nur funktioniere, wenn die Eltern innerlich davon überzeugt seien, da das Kind auf die elterlichen Gefühle reagiere. Wichtig sei, es immer gleich zu machen, da das Kind Erwartungen über Abläufe bilde und mit Geschrei reagiere, wenn diesen nicht entsprochen werde. Wie immer sich die Eltern entscheiden: In den „Baby-Lese-Stunden“ wird die von den Eltern gewählte Einschlafmethode im Hier-und-Jetzt geübt: entweder Beruhigung/Schlaf allein über elterliche Aktivität (z.B. auf dem Arm oder an der Brust) oder liebevolles, konsequentes Hinarbeiten auf die Stärkung der selbstregulativen Fähigkeiten des Kindes, so daß es mit der Zeit lernt, allein in den Schlaf zu finden. Von therapeutischer Seite wird keine Einschlafmethode empfohlen, sondern Eltern werden darin unterstützt, einen Weg zu finden, der ihnen entspricht.

Wollen Eltern damit beginnen, ihr Baby an das alleinige Einschlafen heranzuführen, ist das Vorgehen in den „Baby-Lese-Stunden“ – da es sich um sehr junge Säuglinge handelt – ein anderes als bei älteren schlafgestörten Kindern (vgl. z.B. Kast-Zahn u. Morgenroth 1995; Barth 1999). Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, daß diese jungen Säuglinge nicht alleingelassen werden, wenn sie schreien. Dabei wird in etwa folgendermaßen vorgegangen: Das müde und entspannte Kind kommt nach liebevollem Körperkontakt und ggf. einem kurzen Ritual, möglichst mit offenen Augen, ins Bettchen der Beratungsstelle. Sind die Säuglinge erst wenige Wochen alt, kann es hilfreich sein, sie dort in einer der fötalen Position ähnlichen Körperhaltung zu wickeln oder zu stabilisieren, um die motorische Unreife zu kompensieren (Warren et al. 1988). Es wird dann beobachtet, wie das Baby reagiert. Vielleicht liegt es ruhig im Bettchen und fokussiert eine Lichtquelle oder findet seinen Daumen und gleitet dann langsam in den Schlaf hinüber. Vielleicht quengelt es erst ein wenig und beruhigt sich dann von allein. Vielleicht gelingt ihm dies aber auch nicht, und es beginnt zu schreien. In diesem Fall werden die Eltern nach dem Motto „soviel Hilfe wie nötig, aber so wenig wie möglich“ angeleitet, ihr Kind in liebevoller Weise zu beruhigen, wobei das Baby zunächst möglichst im Bettchen bleibt. Dabei hat sich ein abgestuftes Vorgehen bewährt (Brazelton 1984), indem erstmal überprüft wird, ob das Baby zu weinen aufhört, wenn die Eltern beruhigend mit ihm sprechen oder etwas singen. Ist dies nicht der Fall, wird nach und

nach immer mehr Hilfe gegeben, indem Eltern es z.B. zusätzlich streicheln oder engen Körperkontakt herstellen. Reicht das nicht aus, könnte das Kind auf dem elterlichen Arm beruhigt werden. Ist dies geschehen, werden die Eltern angeleitet, ihre Unterstützung langsam zu reduzieren und das Baby wieder hinzulegen. Es wird empfohlen, die skizzierten Bemühungen in dieser oder ähnlicher einfühlsamer Art und Weise so lange fortzusetzen, bis das Kind (möglichst im Bettchen) eingeschlafen ist. Dies dauert, unter der Voraussetzung, daß sich Eltern innerlich mit diesem Vorgehen identifizieren und eine „gute“ Ausstrahlung haben, bei bis zu ca. 6-8wöchigen müden Säuglingen meist nur wenige Minuten, bei älteren Babys etwas länger. Nicht selten wachen die Säuglinge dann nach kurzer Zeit wieder auf und beginnen erneut zu schreien. Das ist in der Regel damit zu erklären, daß sie in den ersten Lebensmonaten vom Wachzustand nicht in den Tiefschlaf, sondern zunächst in den Traumphasenschlaf fallen (Wolff 1987) und noch nicht über ausreichende Selbstberuhigungsfähigkeiten verfügen, um den Übergang in den Tiefschlaf allein zu schaffen (Brazelton u. Cramer 1991). Tritt diese Schwierigkeit in den „Baby-Lese-Stunden“ auf, wird die beschriebene Vorgehensweise liebevoll aber konsequent wiederholt und zwar so lange, bis das Kind tief und fest schläft.

2.2.3 Anmerkungen zur therapeutischen Haltung und zur Eltern-Therapeut-Beziehung

„Baby-Lese-Stunden“ finden – wie alle Interventionen – im Kontext einer Klient-Therapeut-Beziehung statt. Aufgrund der aktivierten Mutterschaftskonstellation als dominanter psychischer Organisation hat das Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen in Eltern-Säuglings-Therapien nach Stern (1998) jedoch tendentiell eine spezifische Färbung. Es beinhaltet meist „die Entwicklung des Wunsches, von einer mütterlichen Gestalt geachtet zu werden, Unterstützung und Beistand bei ihr zu finden, von ihr lernen zu können und von ihr anerkannt zu werden“ (Stern 1998, S. 227). Stern (1998) spricht von einer „Guten-Großmutter-Übertragung“ als unverzichtbaren Bestandteil der Mutter-Kind-Psychotherapie. Im günstigen Fällen stellt sich in den „Baby-Lese-Stunden“ eine solche Übertragung her und bestimmt den emotionalen Gehalt der Sitzungen. Ist dies nicht der Fall, stößt diese Behandlungsform sehr schnell an ihre Grenzen. Entscheidend ist, daß Eltern in den „Baby-Lese-Stunden“, im Kontakt zu einem solch positiv besetzten Therapeuten, einen Weg zu ihrem Kind finden, mit dem sie sich identifizieren können. Deshalb werden in den Sitzungen zwar Vorschläge gemacht, aber letztlich wird immer wieder thematisiert, ob die Eltern diese annehmen möchten oder andere Vorstellungen haben.

Zur Stärkung der elterlichen Kompetenzgefühle wird von therapeutischer Seite der Versuchung widerstanden, die „bessere“ Mutter sein zu wollen und das schreiende Baby selbst auf den Arm zu nehmen und zu beruhigen. Das gleiche gilt für Spielinteraktionen: Auch hier bemüht sich die Therapeutin, nicht mit den Eltern zu konkurrieren und „bessere“ Interaktionen mit dem Kind zu haben als diese. Es ist nicht immer einfach, dieser Haltung treu zu bleiben, insbesondere dann nicht, wenn das Baby besonders laut und ausdauernd schreit. Als Hilfsmittel hat sich dabei die Verwendung einer großen Puppe bewährt (Heath et al. 1991), an der die Therapeutin ggf. zeigt, wie ein kleines Baby beruhigt werden kann. Gelingt es den Eltern trotz entsprechender Erläu-

terung und Demonstration nicht, ihr schreiendes Kind zur Ruhe zu bringen, stellt sich die Therapeutin ggf. mit dieser Puppe im Arm neben sie und versucht parallel zu der Eltern-Kind-Einheit ihr durch die Puppe symbolisiertes Baby „zu beruhigen“, indem sie es in einer der fötalen Position ähnlichen Haltung im Arm hat und beruhigend auf es einspricht. Dadurch soll ihre Ruhe und Zuversicht auf die Eltern-Kind-Einheit übertragen werden. Im Prinzip geht es darum, die Eltern im Winnicottischen Sinne emotional zu halten, so daß sie ihr Kind „halten“ können oder im Sinne Bions als Behälter für unerträgliche Gefühle zu fungieren.

2.2.4 Grenzen des Behandlungsansatzes

Die klinische Erfahrung zeigt, daß Eltern, deren intuitive Fähigkeiten (nur) durch entwicklungspsychologische Informationsdefizite beeinträchtigt sind oder die „schwierige“, d.h. in ihren Signalen schwer verstehbare Säuglinge haben, mit „Baby-Lese-Stunden“ rasch geholfen werden kann. Manchmal zeigt sich jedoch im Verlauf der Stunden oder bereits in der Eingangsszene sehr schnell, daß elterliche Probleme und Konflikte maßgeblich am Zustandekommen bzw. an der Aufrechterhaltung des exzessiven Schreiens beteiligt sind. Dies ist z.B. dann der Fall, wenn Eltern aufgrund massiver Projektionen und projektiver Identifizierungen nicht ausreichend in der Lage sind, die Individualität ihres Kindes wahrzunehmen (Fraiberg 1980; Brazelton u. Cramer 1991). In solchen Fällen wird sofort in einen psychotherapeutischen Gesprächsmodus gewechselt. Dies geschieht ebenfalls, wenn Eltern sehr schnell eine negative Übertragung zur Therapeutin entwickeln oder wenn ein bis zwei „Baby-Lese-Stunden“ nicht zu einer deutlichen Besserung des Problems führen. Eltern wird dann, wenn sie geeignet und motiviert genug erscheinen, eine Eltern-Säuglings-Psychotherapie angeboten (Fraiberg 1980; Barth 1998). Ein Problem kann auch darin bestehen, daß schwierige sozio-ökonomische Probleme große Anforderungen an die Aufmerksamkeit und Kraft der Eltern stellen, so daß andere Behandlungsformen oder Kooperationsrichtungen hinzugezogen werden müssen.

3 Zusammenfassung und Diskussion

Die Behandlungsmethode der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“, Eltern gegenüber „Baby-Lese-Stunden“ genannt, wurde in der Beratungsstelle „MenschensKind“ im Rahmen der „Sprechstunde für Eltern mit Babys, die viel schreien“ entwickelt und bisher bei ca. 140 Säuglingen und ihren Eltern angewendet. Das Ziel der Sitzungen besteht darin, Eltern zu helfen, die Signale ihres Babys entwicklungspsychologisch angemessen zu interpretieren und zu beantworten. Dies wird in den Stunden geübt: Ist das Kind in einem aufmerksamen und ruhigen Verhaltenszustand, wird vorgeschlagen, diese „kostbaren“, weil bei sehr jungen Säuglingen kurzen Phasen zu nutzen und mit ihm wechselseitig belohnende Zwiegespräche zu führen (Papoušek u. Papoušek 1987). Zeigt es die ersten Anzeichen einer Veränderung seines Verhaltenszustands in Richtung vermehrter motorischer Unruhe und Quengeln, werden die Eltern angeleitet, Hypothesen darüber zu bilden, was das Baby damit zum Ausdruck bringen

möchte, und ganz spezifisch auf seine vermuteten Bedürfnisse zu reagieren. Alle Hypothesen der Eltern werden ernstgenommen und überprüft. An der Reaktion des Babys wird deutlich werden, ob die Hypothese stimmt oder nicht.

Der Termin für „Baby-Lese-Stunden“ wird nach Möglichkeit zu einer Zeit gelegt, wo die Wahrscheinlichkeit, daß das Kind – zumindest einen Teil der Zeit – aus „vollem Halse“ schreit, hoch ist. D.h. in dieser Behandlungsform ist das exzessive Schreien kein unerwünschtes Nebenprodukt, das – da es das Reden erschwert – die Beratung stört, sondern ein Verhaltenszustand, der explizit in Erscheinung treten soll, denn nur wenn das Baby das für die Eltern schwierige Verhalten zeigt, kann im Hier-und-Jetzt ein anderer Umgang damit erprobt werden.

Die Erfahrungen mit der vorliegenden Behandlungsmethode liefern eine klinische Bestätigung des postulierten Zusammenhangs zwischen exzessivem Schreien und Problemen der Schlaf-Wach-Organisation dieser Kinder (Becker et al. 1998; Hurry et al. 1991; Papoušek u. Papoušek 1996; Warren 1988): Ein Großteil der Babys schreit, weil er übermüdet ist und nicht einschlafen kann oder nach kurzer Zeit wieder aufwacht, weil der Übergang in den Tiefschlaf noch nicht gelingt. Deshalb liegt der Interventionsfokus in den „Baby-Lese-Stunden“ zunächst meist auf einer Stabilisierung der Schlaforganisation. Dies entspricht dem Ansatz von Warren et al. (1988). Verbessert sich das Schlafverhalten, berichten die Eltern in den Folgesitzungen häufig auch von wechselseitig belohnenderen Interaktionen mit ihrem Kind im Wachzustand. Papoušek und Papoušek (1996) heben hervor, daß die Schlaforganisation auch über eine Verbesserung der Spielinteraktionen beeinflußt werden kann.

In den „Baby-Lese-Stunden“ sehen sich die Eltern fast immer mit der Entscheidung konfrontiert, wie ihr Baby einschlafen soll: d.h. ob dies allein durch ihre eigene Aktivität geschehen soll (durch Stillen, Herumtragen usw.), oder ob sie bereits so früh damit beginnen wollen, die selbstregulativen Fähigkeiten ihres Kindes zu unterstützen, so daß es – zunächst in ihrer Anwesenheit – nach und nach lernen kann, allein in den Schlaf zu finden. Dies ist für viele Eltern keine einfache Entscheidung und wird auch von Fachleuten kontrovers diskutiert (z.B. McKenna et al. 1990). An dieser Stelle soll explizit betont werden, daß in den „Baby-Lese-Stunden“ von therapeutischer Seite diesbezüglich keine Empfehlung gegeben wird. Wichtig ist, daß Eltern einen Weg finden, mit dem sie sich gefühlsmäßig gut arrangieren können, so daß das Kind, welches sehr sensibel auf den affektiven Gehalt von Mitteilungen reagiert, möglichst wenig ambivalente Botschaften erhält. Es kann vermutet werden, daß der wesentliche „Wirkfaktor“ der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ darin liegt, daß die Eltern im Kontext einer positiven therapeutischen Beziehung die konkrete Erfahrung machen, daß sie die Mitteilungen ihres Kind verstehen und ihr zuvor als unstillbar schreiend wahrgenommenes Baby selbst beruhigen können.

Die klinischen Erfahrungen zeigen, daß ein bis zwei „Baby-Lese-Stunden“ zu einer deutlichen Entspannung der Symptomatik führen können. Eine vollständige Besserung ist bei vielen Babys aufgrund der reifungsbedingten Anteile des exzessiven Schreiens in den ersten Lebensmonaten kaum zu erwarten. Bei einem kleineren Teil der Familien wird schnell deutlich, daß die Methode nicht ausreicht, z.B. weil innere elterliche Konflikte einer einigermaßen realitätsangemessenen Interpretation der kind-

lichen Signale im Wege stehen, sofort eine negative Übertragung entsteht und/oder schwierige sozio-ökonomische Probleme große Anforderungen an die Eltern stellen. In diesen Fällen erweist es sich als notwendig, alternativ oder ergänzend andere Behandlungsformen hinzuzuziehen. Bei den sogenannten „Gespenstern im Kinderzimmer“ können dies psychotherapeutisch orientierte Verfahren wie die Eltern-Säuglings-Psychotherapie sein (Fraiberg 1980; Brazelton u. Cramer 1991; Barth 1998). Liegt eine Häufung psychosozialer und medizinischer Risikobedingungen vor, muß auch die Einbeziehung anderer Institutionen und Berufsgruppen erwogen werden (vgl. Stellungnahme der Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit).

„Baby-Lese-Stunden“ sind ein niedrigschwelliges Behandlungsangebot. Wenn Eltern bei der telefonischen Anmeldung erfahren, daß es dabei zunächst einmal nur darum geht, herauszufinden, was das Kind mit seinem Quengeln und Schreien eigentlich zum Ausdruck bringen möchte, um daraus dann elterliche Interventionen abzuleiten, sind sie in der Regel sehr angetan. Ein solches, sich an den kindlichen Signalen orientierendes Vorgehen steht in deutlichem Gegensatz zu den verbreiteten unspezifischen Beruhigungsbemühungen, wie ein Baby, das quengelt oder schreit, immer zu stillen/füttern, herumzutragen oder im Kinderwagen bzw. Auto spazierenzufahren. Ein Hinweis für die hohe Akzeptanz dieses Ansatzes kann darin gesehen werden, daß Neuanmeldungen bei „MenschensKind“ inzwischen zu ca. einem Viertel aus Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen bestehen.

Literatur

- Barth, R. (1995): Schreibabys. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Abteilung Gesundheitsförderung. Hamburg (vergriffen).
- Barth, R. (1998): Psychotherapie und Beratung im Säuglings- und Kleinkindalter. In: v. Klitzing, K. (Hg.): Psychotherapie in der frühen Kindheit. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 72-87.
- Barth, R. (1999): Schlafstörungen im Kontext der Autonomieentwicklung. Monatsschrift Kinderheilkunde 147: 488-492.
- Barth, R. (2000): Präventive Konzepte für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern am Beispiel der Beratungsstelle „MenschensKind“. Frühförderung interdisziplinär 19: 1-9.
- Becker, K.; Pauli-Pott, U.; Beckman, D. (1998): Trimenonkoliken als elterliche Klage in der pädiatrischen Praxis: Merkmale von Mutter und Kind. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 47: 625-640.
- Bion, W.R. (1962): Eine Theorie des Denkens. In: Bott Spillius, E. (Hg): Melanie Klein heute, Bd. 1: Beiträge zur Theorie. Stuttgart: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1995, S. 110-129.
- Bowlby, J. (1969): Attachment and Loss: Volume 1: Attachment. New York: Pelican Books.
- Brazelton, T.B. (1984): Neonatal Behavioral Assessment Scale. London: Spastics International Medical Publications.
- Brazelton, T.B.; Cramer, B.G. (1991): Die frühe Bindung: die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Carey, W.B. (1990): A pediatric practitioner-researcher's point of view. Infant Mental Health Journal 11(4): 334-339.
- Fraiberg, S. (Hg.) (1980): Clinical studies in infant mental health. New York: Basic Books.
- Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit e.V. (GAIMH): Chancen und Notwendigkeit früher Prävention. Zur kritischen Lebenssituation von Säuglingen und Kleinkindern in psychosozial belasteten Familien. Stellungnahme des Arbeitskreises der GAIMH: „Präventive Interventionen bei Familien mit multiplen Risikobedingungen“.

- Greenspan, S.; Thorndike Greenspan, N. (1985): *First feelings: milestones in the emotional development of your baby and child*. New York: Penguin Books.
- Grossmann, K.E. (1977): Skalen zur Erfassung mütterlichen Verhaltens von Mary D.S. Ainsworth. In: Grossmann, K.E. (Hg.): *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt*. München: Kindler, S. 96-107.
- Heath, J.A.; Warren, B. (1991): „The Early Intervention Programme“ – A new approach for the prevention of child abuse. A two year evaluation and the physiotherapist's role. Presentation at the World Confederation for Physical Therapy 11th International Congress, London.
- Hide, D.W.; Guyer, B.M. (1982): Prevalence of infant colic. *Arch. Dis. Child* 57(7): 559-560.
- v. Hofacker, N. (1998): Frühkindliche Störungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehung. Zur differentiellen Diagnostik und Therapie psychosomatischer Probleme im Säuglingsalter. In: v. Klitzing, K. (Hg.): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 50-71.
- Hurry, J.; Bowyer, J.; St. James-Roberts, I. (1991): The development of infant crying and its relationship to sleep-waking organization. Presentation at the Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, Seattle, WA.
- Kast-Zahn, A.; Morgenroth, H. (1995): *Jedes Kind kann schlafen lernen*. Ratingen: Oberstebrink & Partner.
- McDougall, J. (1985): *Plädoyer für eine gewisse Anormalität*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- McKenna, J.J.; Mosko, S.; Dungy, C.; McAninch, J. (1990): Sleep and arousal patterns of co-sleeping human mother/infant pairs: A preliminary physiological study with implications for the study of sudden infant death syndrome (SIDS). *American Journal of Physical Anthropology* 83: 331-347.
- Papoušek, H.; Papoušek, M. (1987): Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: Osofsky, J.D. (Hg.): *Handbook of infant development*, 2nd ed. New York: Wiley, S. 669-720.
- Papoušek, M.; v. Hofacker, N. (1995): Persistent crying and parenting: Search for a butterfly in a dynamic system. *Early Development and Parenting* 4(4): 209-224.
- Papoušek, M.; Papoušek, H. (1996): Infantile persistent crying, state regulation, and interaction with parents: A systems view. In: Bornstein, M.H.; Genevro, J.L. (Hg.): *Child development and behavioral pediatrics*, Mahwah/New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, S. 11-33.
- Rovee-Collier, C.; Bhatt, R. (1995): Langzeitgedächtnis im Säuglingsalter. In: Petzold, H.G. (Hg.): *Die Kraft liebevoller Blicke*, Bd. 2. Paderborn: Jungfermann, S. 143-165.
- Rubin, S.P.; Prendergast, M. (1984): Infantile colic: incidence and treatment in a Norfolk community. *Child: Care, Health and Development* 10: 219-26.
- Sander, L.W. (1988): The event-structure of regulation in the neonate-caregiver system as a biological background for early organization of psychic structure. In: Goldberg, A. (Hg.): *Frontiers in self psychology*, Vol. 2, New York: The Guilford Press, S. 64-80.
- Schmitt, B.D. (1985): Colic: Excessive crying in newborns. *Clinics in Perinatology* 12(2): 441-451.
- St. James-Roberts, I.; Halil, T. (1991): Infant crying patterns in the first year: Normal community and clinical findings. *J. Child Psychol. Psychiat.* 32(6): 951-968.
- St. James-Roberts, I.; Conroy, S.; Hurry, J. (1997): Links between infant crying and sleep-waking at six weeks of age. *Early Human Development* 48: 143-152.
- Sroufe, A. (1979): The coherence of individual development. *American Psychologist* 34: 834-841.
- Stern, D.N. (1992): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (1998): *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Warren, B.; Dolby, R.; Meade, V.; Heath, J. (1988): Intervention for unsettled infants. Presentation at the Fifth Child Development Conference, Sydney.
- Wessel, M.A.; Cobb, J.C.; Jackson, E.B.; Harris, G.S.; Detwiler, A.C. (1954): Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called „colic“. *Pediatrics* 14: 421-435.
- Winnicott, D.W. (1995): *Die spontane Geste*. Stuttgart: Klett Cotta.
- Wolff, P.H. (1987): *The development of behavioral states and the expression of emotions in early infancy*. Chicago; London: The University of Chicago Press.

Anschrift der Verfasserin: Dipl.-Psych. Renate Barth, Beratungsstelle „MenschensKind“ für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern, Elsässerstr. 27a, 22049 Hamburg.