

Papoušek, Mechthild / Wollwerth de Chuquisengo, Ruth

Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind- Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 55 (2006) 4, S. 235-254

urn:nbn:de:bsz-psydok-46572

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

1		
2		
3		
5	Branik, E.; Meng, H.: Die Funktion von Besprechungen für multidisziplinäre Behandlungsteams kinder- und jugendpsychiatrischer Stationen (The function of team-meetings for treatment teams on child and adolescent psychiatric wards)	198
10	Henke, C.: Peer-Mediation an Schulen: Erfahrungen bei der Implementierung und der Ausbildung von Streitschlichtern (Peer-mediation in schools: Experiences in implementation and training of mediators)	644
	Krabbe, H.: Eltern-Jugendlichen-Mediation (Mediation between parents and youth) . . .	615
	Mayer, S.; Normann, K.: Das Praxismodell des Familien-Notruf München zum Einbezug der Kinder in die Mediation (Children in family mediation: A practice model)	600
	Mickley, A.: Mediation an Schulen (Mediation in schools)	625
15	Sampson, M.: Psychotherapeutischer Leitfaden zum technischen Umgang mit Schulängsten (A psychotherapeutic guide for dealing with school phobia)	214

Originalarbeiten / Original Articles

20	Barkmann, C.; Schulte-Markwort, M.: Psychosoziale Lebenssituation und Gesundheitsprobleme bei Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland (Life situation and health status of children and adolescents)	444
	Boeger, A.; Dörfler, T.; Schut-Ansteeg, T.: Erlebnispädagogik mit Jugendlichen: Einflüsse auf Symptombelastung und Selbstwert (Project adventure with adolescents: Influence on psychopathology and self-esteem)	181
25	Bullinger, M.; Ravens-Sieberer, U.: Lebensqualität und chronische Krankheit: die Perspektive von Kindern und Jugendlichen in der Rehabilitation (Quality of life and chronic conditions: The perspective of children and adolescents in rehabilitation)	23
30	Desman, C.; Schneider, A.; Ziegler-Kirbach, E.; Petermann, F.; Mohr, B.; Hampel, P.: Verhaltenshemmung und Emotionsregulation in einer Go-/Nogo-Aufgabe bei Jungen mit ADHS (Behavioural inhibition and emotion regulation among boys with ADHD during a go-/nogo-task)	328
	Fetzer, A.E.; Steinert, T.; Metzger, W.; Fegert, J.M.: Eine prospektive Untersuchung von Zwangsmaßnahmen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (A prospective analysis of coercive measures in an inpatient department of child and adolescent psychiatry)	754
35	Fricke, L.; Mitschke, A.; Wiater, A.; Lehmkuhl, G.: Kölner Behandlungsprogramm für Kinder mit Schlafstörungen – Konzept, praktische Durchführung und erste empirische Ergebnisse (A new treatment program for children with sleep disorders – Concept, practicability, and first empirical results)	141
40	Grimm, K.; Mackowiak, K.: Kompetenztraining für Eltern sozial auffälliger und aufmerksamkeitsgestörter Kinder (KES) (KES – Training for parents of children with conduct behaviour problems)	363
42	Hampel, P.; Desman, C.: Stressverarbeitung und Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörung (Coping and quality of life among children and adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder)	425
43	Kühnapfel, B.; Schepker, R.: Katamnestiche Nachbefragung von freiwillig und nicht freiwillig behandelten Jugendlichen (Post hoc interviews with adolescents after voluntary and involuntary psychiatric admission)	767

1	Gantner, A.: Multidimensionale Familientherapie für cannabisabhängige Jugendliche – Ergebnisse und Erfahrungen aus der „INCANT“-Pilotstudie (Multidimensional Family Therapy for adolescent clients with cannabis use disorders – Results and experience from the INCANT pilot study)	520
2		
3		
5	Hardt, J.; Hoffmann, S.O.: Kindheit im Wandel – Teil I: Antike bis zur Neuzeit (Childhood in flux – Part I: Ancient world until modern times)	271
	Hardt, J.; Hoffmann, S.O.: Kindheit im Wandel – Teil II: Moderne bis heute (Childhood in flux – Part II: Modern times until today)	280
	Jockers-Scherübl, M.C.: Schizophrenie und Cannabiskonsum: Epidemiologie und Klinik (Schizophrenia and cannabis consumption: Epidemiology and clinical symptoms) . . .	533
10	Libal, G.; Plener, P.L.; Fegert, J.M.; Kölch, M.: Chemical restraint: „Pharmakologische Ruhigstellung“ zum Management aggressiven Verhaltens im stationären Bereich in Theorie und Praxis (Chemical restraint: Management of aggressive behaviours in inpatient treatment – Theory and clinical practice)	783
15	Nitschke-Janssen, M.; Branik, E.: Einflussfaktoren auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen – Eine retrospektive Auswertung in einer Schweizer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgungsklinik (Factors contributing to the use of seclusion and restraint – a retrospective analysis in a Swiss clinic for child and adolescent psychiatry)	255
	Ollefs, B.; Schlippe, A. v.: Elterliche Präsenz und das Elterncoaching im gewaltlosen Widerstand (Parental presence and parental coaching in non-violent resistance)	693
20	Paditz, E.: Schlafstörungen im Kleinkindesalter – Diagnostik, Differenzialdiagnostik und somatische Hintergründe (Sleep disorders in infancy – Aspects of diagnosis and somatic background)	103
	Papoušek, M.; Wollwerth de Chuquisengo, R.: Integrative kommunikationszentrierte Eltern- Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen (Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders)	235
25	Schepker, R.; Steinert, T.; Jungmann, J.; Bergmann, F.; Fegert, J.M.: Qualitätsmerkmale freiheitseinschränkender Maßnahmen in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (Quality characteristics of freedom-restricting coercive measures in child and adolescent psychiatry)	802
	Schnoor, K.; Schepker, R.; Fegert, J.M.: Rechtliche Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Legal and practical issues on coercive measures in child and adolescent psychiatry)	814
30	Schredl, M.: Behandlung von Alpträumen (Treatment of nightmares)	132
	Seiffge-Krenke, I.; Skaletz, C.: Chronisch krank und auch noch psychisch beeinträchtigt? Die Ergebnisse einer neuen Literaturrecherche (Chronically ill and psychologically impaired? Results of a new literature analysis)	73
35	Tossmann, P.: Der Konsum von Cannabis in der Bundesrepublik Deutschland (The use of cannabis in the Federal Republic of Germany)	509
	Zehnder, D.; Hornung, R.; Landolt, M.A.: Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter (Early psychological interventions in children after trauma)	675
40		
	Buchbesprechungen / Book Reviews	
42	Asendorpf, J.B. (Hg.) (2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Enzyklopädie der Psychologie: Entwicklungspsychologie. Bd. 3. (L. Unzner)	740
43		
44	Aster, M. v.; Lorenz, J.H. (Hg.) (2005): Rechenstörungen bei Kindern. Neurowissenschaft, Psychologie, Pädagogik. (A. Seitz)	410
45		

1	Becker, K.; Wehmeier, P.M.; Schmidt, M.H. (2005): Das noradrenerge Transmittersystem bei ADHS. Grundlagen und Bedeutung für die Therapie. (<i>M. Mickley</i>)	575
2	Behringer, L.; Höfer, R. (2005): Wie Kooperation in der Frühförderung gelingt. (<i>D. Irblich</i>) .	574
3	Bernard-Opitz, V. (2005): Kinder mit Autismus-Spektrum-Störungen (ASS). Ein Praxis-	
5	handbuch für Therapeuten, Eltern und Lehrer. (<i>K. Sarimski</i>)	411
	Bieg, S.; Behr, M. (2005): Mich und Dich verstehen. Ein Trainingsprogramm zur Emotion-	
	alen Sensitivität bei Schulklassen und Kindergruppen im Grundschul- und Orientie-	
	rungsstufenalter. (<i>F. Caby</i>)	299
	Bois, R. d.; Resch, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives	
	Praxisbuch. (<i>R. Mayr</i>)	664
10	Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. (<i>J. Fliegner</i>)	744
	Brisch, K.H.; Hellbrügge, T. (Hg.) (2006): Kinder ohne Bindung: Deprivation, Adoption	
	und Psychotherapie. (<i>L. Unzner</i>)	842
	Christ-Steckhan, C. (2005): Elternberatung in der Neonatologie. (<i>K. Sarimski</i>)	157
	Cierpka, M. (2005): FAUSTLOS – wie Kinder Konflikte gewaltfrei lösen lernen. (<i>W. Nobach</i>)	95
15	Claus, H.; Peter, J. (2005): Finger, Bilder, Rechnen. Förderung des Zahlverständnisses im	
	Zahlraum bis 10. (<i>M. Mickley</i>)	226
	Damasch, E.; Metzger, H.-G. (Hg.) (2005): Die Bedeutung des Vaters. Psychoanalytische	
	Perspektiven. Frankfurt a. (<i>A. Eickhorst</i>)	494
	Diepold, B. (2005): Spiel-Räume. Erinnern und entwerfen. Aufsätze zur analytischen Kin-	
	der- und Jugendlichenpsychotherapie (herausgegeben von P. Diepold). (<i>M. Schulte-</i>	
20	<i>Markwort</i>)	419
	Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.; Steinhausen, H.-C. (2006): KIDS-1 Aufmerksamkeitsdefizit	
	und Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (<i>D. Irblich</i>)	841
	Doherty-Sneddon, G. (2005): Was will das Kind mir sagen? Die Körpersprache des Kindes	
	verstehen lernen. (<i>L. Unzner</i>)	294
25	Eiholzer, U. (2005): Das Prader-Willi-Syndrom. Über den Umgang mit Betroffenen.	
	(<i>K. Sarimski</i>)	158
	Feibel, T. (2004): Killerspiele im Kinderzimmer. Was wir über Computer und Gewalt wis-	
	sen müssen. (<i>G. Latzko</i>)	158
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 50. (<i>M. Hirsch</i>)	304
	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2005): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 51. (<i>M. Hirsch</i>)	745
30	Frank, C.; Hermanns, L.M.; Hinz, H. (2006): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 52. (<i>M. Hirsch</i>)	843
	Häußler, A. (2005): Der TEACCH Ansatz zur Förderung von Menschen mit Autismus.	
	(<i>K. Sarimski</i>)	411
	Hopf, C. (2005): Frühe Bindungen und Sozialisation. (<i>L. Unzner</i>)	294
	Jacobs, C.; Petermann, F. (2005): Diagnostik von Rechenstörungen. (<i>D. Irblich</i>)	495
35	Katz-Bernstein, N. (2005): Selektiver Mutismus bei Kindern. Erscheinungsbilder, Diag-	
	nostik, Therapie. (<i>D. Irblich</i>)	496
	Lackner, R. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Therapeutische Unterstützung für	
	traumatisierte Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229
	Langer, I.; Langer, S. (2005): Jugendliche begleiten und beraten. (<i>M. Mickley</i>)	96
40	Leyendecker, C. (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und	
	Förderungsmöglichkeiten. (<i>L. Unzner</i>)	160
	Nissen, G. (2005): Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen.	
42	(<i>L. Unzner</i>)	571
43	Oelsner, W.; Lehmkuhl, G. (2005): Adoption. Sehnsüchte – Konflikte – Lösungen. (<i>H. Hopf</i>) .	302
44	Pal-Handl, K. (2004): Wie Pippa wieder lachen lernte. Elternratgeber für traumatisierte	
45	Kinder. (<i>D. Irblich</i>)	229

1	Weiß, H.; Neuhäuser, G.; Sohns, A. (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. (<i>M. Naggl</i>)	227
2		
3	Westhoff, E. (2005): Geistige Behinderung (er-)leben. Eine Reise in fremde Welten. (<i>D. Irblich</i>)	296
	Wirsching, M. (2005): Paar- und Familientherapie. Grundlagen, Methoden, Ziele. (<i>A. Zellner</i>)	497

Neuere Testverfahren / Test Reviews

	Grob, A.; Smolenski, C. (2005): FEEL-KJ. Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen. (<i>C. Kirchheim</i>)	499
10	Mariacher, H.; Neubauer, A. (2005): PAI 30. Test zur Praktischen Alltagsintelligenz. (<i>C. Kirchheim</i>)	162
	Rossmann, P. (2005): DTK. Depressionstest für Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	669

15	Editorial / Editorial	1, 101, 313, 507, 581, 751
	Autoren und Autorinnen / Authors	91, 155, 225, 293, 408, 491, 570, 660, 739, 838
	Gutachter und Gutachterinnen / Reviewer	93, 839
	Tagungskalender / Congress Dates	98, 165, 233, 309, 421, 502, 577, 672, 748, 849
20	Mitteilungen / Announcements	167, 674

Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen

Mechthild Papoušek und Ruth Wollwerth de Chuquisengo¹

Summary

Integrative parent-infant psychotherapy for early regulatory and relationship disorders

The author introduces both the concept and practice of Integrative Parent-Infant Psychotherapy (IPI-P), a treatment specifically designed for the most frequent developmental problems and psychological needs of infants and their parents. Based on growing knowledge from interdisciplinary infancy research, both basic and clinical, IPI-P has been developed and practised in the “Munich Interdisciplinary Research and Intervention Program” for early regulatory and relationship disorders since the early nineties. Preverbal parent-infant communication represents both the port of entry into the system and the main focus of diagnostics, developmental counselling, interaction guidance, or psychodynamic psychotherapy of distorted communication and distressed/disordered relationships. The method of videomicroanalysis during video-feedback with the parent has proven particularly efficient – while observing, reliving and working through brief episodes of recorded parent-infant interaction. The author illustrates the diagnostic and therapeutic procedures with excerpts from psychotherapy of a toddler with an age-specific regulatory disorder in the context of severely distressed primary relationships.

Key words: Parent-infant psychotherapy – preverbal communication – infantile regulatory disorder – videomicroanalysis – “ghosts in the nursery”

Zusammenfassung

Die Autoren führen in Konzept und Behandlungspraxis der Integrativen Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie (IES/K-P) ein, eine speziell auf die häufigsten Entwicklungsprobleme und psychischen Bedürfnisse von Säuglingen/Kleinkindern und ihren Eltern zugeschnittene multimodale Behandlungsform. In direkter Umset-

¹ Institut für Soziale Pädiatrie und Jugendmedizin, Universität München.

zung der wachsenden Kenntnisse der interdisziplinären basalen und klinischen Frühentwicklungsforschung wird sie seit Anfang der neunziger Jahre in der „Münchner Sprechstunde für Schreibabys“ bei Regulations- und Beziehungsstörungen der frühen Kindheit praktiziert und ständig weiterentwickelt. Die präverbale Kommunikation von Eltern und Kind mit ihren beobachtbaren und subjektiv repräsentierten Anteilen bildet den Ansatz und Fokus von Diagnostik, Entwicklungsberatung, Kommunikationsanleitung und tiefenpsychologisch fundierter Kommunikations- und Beziehungstherapie. Dabei hat sich die Methode der Videomikroanalyse beim gemeinsamen Betrachten, Nacherleben und Bearbeiten von videographierten Eltern-Kind-Interaktionen als psychodynamisch besonders wirksam erwiesen. Die Autoren veranschaulichen die diagnostische und psychotherapeutische Arbeitsweise anhand von Auszügen aus Diagnostik und Therapie der frühkindlichen Regulationsstörung eines Kleinkindes in seinem Beziehungskontext.

Schlagwörter: Eltern-Säuglings-Psychotherapie – vorsprachliche Kommunikation – frühkindliche Regulationsstörung – Videomikroanalyse – „Gespenster im Kinderzimmer“

1 Alterstypisches Störungsbild einer frühkindlichen Regulationsstörung

Fallbeispiel: Erstgespräch und erste Eindrücke

„Es ist nicht auszuhalten! Seit Hanna auf der Welt ist, gibt es nur noch Ärger und Streit in der Familie. Sie macht uns alle fertig. Sie ist durch nichts zufrieden zu stellen, jammert den ganzen Tag. Ihr Bruder Niko war schon immer ganz anders. Aber jetzt ist manchmal der Teufel los mit den beiden. Er kommt einfach zu kurz, alles dreht sich nur noch um Hanna. Und dabei ärgert sie ihren Bruder und macht ihm alles kaputt [...] Jedes Wickeln ist ein Kampf, sie wehrt sich mit Händen und Füßen und schreit durchdringend wie angestochen. Sobald ihr etwas nicht passt, wirft sie sich schreiend auf den Boden und schlägt wie wild den Kopf auf den Boden. Ich kann das Geschrei nicht mehr ertragen, ich raste ständig aus [...] Niemand mag sie, die ganze Verwandtschaft lehnt sie ab und zieht sich komplett zurück, anstatt auch mal zu helfen [...] Ich bin fertig, weiß nicht mehr weiter, jede Nacht ein Theater, sie wacht vier- bis fünfmal schreiend auf. Nichts hilft; wenn ich sie in den Arm nehmen und an mich drücken will, stößt sie mich weg. Das war schon immer so, schon als Baby hat sie sich auf dem Arm nur steif gemacht und sich nicht beruhigen lassen. Die ersten fünf Monate waren der reine Horror, nichts als schreien, egal was du machst, und das stundenlang, und so schrill und durchdringend, das ist einfach nicht auszuhalten.“

Beim Erstgespräch mit beiden Eltern machen sich – im Beisein beider Kinder – Frustration und angestauter Ärger auf die erst 16 Monate alte Hanna Luft. Beide Eltern überbieten sich mit negativen Attributionen und Abwertungen.

Unterdessen spielt Hanna, ein charmantes, lebhaftes und fröhliches Mädchen, ausdauernd und auffallend unberührt mit dem bereitgelegten Spielzeug auf der Matte, sucht wiederholt Kontakt zur Therapeutin und nimmt ganz selten auch mit der Mutter über ein Spielzeug Kontakt auf. Dem 4-jährigen Bruder Niko gelingt es dagegen nicht, sich ins Spiel zu vertiefen. Vielmehr sucht er permanent, Hanna zu provozieren, indem er ihr Spielzeug wegnimmt oder ihre kleinen Bauwerke ab-

sichtlich zerstört. Eine Weile erträgt Hanna die Störmanöver ihres Bruders geduldig und sucht sich neues Spielmaterial. Erst als Niko weiterhin provoziert, wehrt sich Hanna, schreit schrill auf, wirft sich auf den Boden und schlägt heftig den Kopf auf den harten Fußboden. Weder die Eltern noch der Bruder nehmen davon Notiz. Hanna beruhigt sich auffallend rasch durch Ablenkung mit einer neuen Beschäftigung, während beide Eltern wie mit einer Stimme erklären: „Jetzt sehen Sie's selbst mal, so ist die immer, nicht auszuhalten!“ Die eskalierenden Provokationen von Nico hatten die Eltern dagegen nicht wahrgenommen.

Diese Eingangsepisode setzt die aktuelle Konfliktthematik anschaulich in Szene: Hanna geht mit der ihr zugeschriebenen Rolle des Sündenbocks streckenweise bemerkenswert souverän um. Die Eltern koalieren untereinander und mit Niko gegen Hanna, Hanna wird als „Störenfried“ ausgegrenzt; sie hat offenbar gelernt, ihre Affekte durch Ablenkung im Spiel zu kontrollieren.

Hanna wurde von ihrer Mutter (von Beruf Verkäuferin) und ihrem Vater (von Beruf Fernfahrer) wegen eskalierender Verhaltensprobleme in der Münchner Sprechstunde für Schreibabys vorgestellt, darunter Schlafstörungen, heftige Wutanfälle mit schrillum Schreien und Kopfschlagen, Machtkämpfe beim Wickeln, Geschwisterrivalität und permanente Unzufriedenheit.

Die Schwangerschaft war unerwünscht und löste anhaltende innerfamiliäre Konflikte in Kern- und Herkunftsfamilien aus. Ihre Mutter drängte sie zur Abtreibung, da sie ihr nicht zutraute, ein zweites Kind großzuziehen. Die Schwangere fühlte sich durch diese ablehnende, abwertende Haltung derart unter Druck gesetzt, dass sich auch bei ihr Abwehr und Hassgefühle gegen das Ungeborene aufbauten und bleibende Schuldgefühle hinterließen. Nach der Geburt vertiefte sich die Ambivalenz der Mutter unter dem Einfluss des exzessiven unstillbaren Schreiens. Hanna ließ sich nicht trösten, schmiegte sich niemals an, machte sich steif und war ständig unzufrieden, was die Mutter täglich neu in dem Gefühl bestärkte, dass Hanna sie als Mutter ablehnte. In ihrer Erschöpfung sei sie immer wieder ausgerastet und habe Hanna manchmal nur noch gehasst.

Bis zum Vorstellungszeitpunkt fühlte sich die Mutter durch Hannas chronische Unzufriedenheit, das provokative schrille Schreien und Trotzen, den täglichen Kampf beim Wickeln und das Abwehren jeglicher Bemühungen um körperliche Nähe immer wieder verletzt, so dass die Situationen oft eskalierten und unkontrollierbare Wutausbrüche der Mutter auslösten. Der Vater war aufgrund seines Berufes viel unterwegs und konnte von daher die überlastete und überforderte Mutter kaum unterstützen. Auch von der Verwandtschaft war in Bezug auf Hanna keine Entlastung zu erwarten. Hanna wurde – im Schatten des von der ganzen Verwandtschaft favorisierten Bruders – ausgegrenzt. Die pränatale Depression setzte sich nach der Geburt fort; die sozial isolierte Mutter suchte sich wiederholt mit Tabletten oder Alkohol zu betäuben oder sich in riskanten Autofahrten abzureagieren. Die anfangs noch latenten Paarkonflikte waren zuletzt unter dem zusätzlichen Druck einer nicht selbst verursachten finanziellen Verschuldung eskaliert.

An der ärztlichen Untersuchung nahm Hanna mit aktivem Interesse, Kooperation und sozialer Offenheit teil. In krassm Gegensatz dazu entgleiste das Wickeln und Anziehen zu einem Kampf zwischen Mutter und Hanna. Vom ersten Moment an wehrte sich Hanna mit Händen und Füßen und entwand sich wiederholt dem Griff der Mutter, die sie unter Aufbietung aller Kräfte genervt und verzweifelt auf dem abschüssigen Wickeltisch festzuhalten und mit zunehmend unsanfterem Handling anzuziehen versuchte, während Hanna außer sich und wie in Panik in hochfrequenten Tönen schrie. Als ihr Bruder ihr zur Ablenkung ein Spielzeug reichte, hielt Hanna kurz im Schreien inne, griff gezielt nach dem Spielzeug und warf es wütend auf den Boden.

2 Konzept und diagnostische Trias der frühkindlichen Regulationsstörungen

Wer ist in dieser komplexen familiären Konstellation der Patient? Das von Geburt an hyperexzitable, verhaltensauffällige Kind? Die überforderten Eltern? Die Interaktionen und Beziehung von Mutter und Kind? Das zerrüttete Familiensystem? Die soziale Isolation?

Die von den Eltern beklagten Verhaltensprobleme lassen sich, zusammen mit Fütterstörungen, Spielunlust und Aufmerksamkeitsstörung, sozialer Ängstlichkeit und Trennungsangst, aggressivem und oppositionellem Verhalten, unter dem diagnostischen Oberbegriff „Regulationsstörungen der frühen Kindheit“ zusammenfassen (Papoušek 1999; Papoušek et al. 2004; Wolke 1999). Die unterschiedlichen Störungsbilder haben entwicklungspathogenetisch viele Gemeinsamkeiten: Sie stellen als solche keine Pathologie dar, vielmehr handelt es sich um Extremausprägungen normaler phasentypischer Verhaltensformen, die in engem Zusammenhang mit der Bewältigung der wichtigsten phasentypischen Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben des Säuglings- und Kleinkindalters stehen (s. Tab. 1). Diese werden in der Regel nicht vom Kind allein oder von der Mutter allein bewältigt, sondern erfordern ein Zusammenspiel der heranreifenden kindlichen Regulationsfähigkeiten und der intuitiven elterlichen Regulationshilfen.

Tab. 1: Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben im Säuglings- und Kleinkindalter

<i>Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben im Säuglingsalter</i>	<i>Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben im Kleinkindalter</i>
Nahrungsaufnahme	Aushandeln von Regeln, Grenzen und Standards
Schlaf-Wach-Organisation	Emotionale Regulation von Ängsten, Ärger, Aggression
Affektive Verhaltensregulation	Balance von Autonomie und Compliance
Aufbau einer gemeinsamen Erfahrungswelt, von Symbolisation, Sprache und Spiel	Empathie und prosoziales Verhalten
Regulation von Nähe und Distanz, von Bindungssicherheit und Exploration, von Bindung und Lösung	Vorläufer zur Perspektivenübernahme und Theory of mind
Entdecken der Intersubjektivität: Gewährwerden und Kommunikation der eigenen Absichten und Gefühle und der Absichten und Gefühle der Bezugsperson	Internalisierung von Regeln, Überzeugungen und kulturellen Standards der Bezugspersonen
	Ausdauer und zielorientierte Handlungsorganisation

Die gemeinsame Regulation kann durch Faktoren, die die kindlichen Regulationsfähigkeiten beeinflussen, ebenso wie durch elterliche Faktoren, die die intuitiven

Kompetenzen der Eltern beeinträchtigen, erschwert werden. Die Schlüsselrolle spielt dabei das Gelingen oder Misslingen der wechselseitigen Verständigung, der Kommunikation in den alltäglichen Eltern-Kind-Interaktionen beim Beruhigen, Füttern, Schlafenlegen oder Wickeln, in Trennungs- und Grenzsetzungssituationen, im Zwiegespräch oder Spiel. Krisenhafte Zuspitzungen und Missverständnisse beim Bewältigen der Entwicklungsaufgaben haben im Säuglings- und Kleinkindalter Hochkonjunktur, sie finden sich bei jedem 4. bis 5. gesunden Kind. Sie sind in der Regel jedoch harmlos, „wachsen sich innerhalb weniger Wochen aus“ und haben langfristig eine gute Prognose (Largo 2003; Laucht et al. 1993, 2004).

Die Krisen können dagegen eskalieren, persistieren, auf andere Regulationsbereiche übergreifen und in entwicklungspsychopathologisch relevante Störungen münden, wenn die natürlichen Ressourcen des Eltern-Kind-Systems unter dem kumulativen Einfluss von multiplen kindlichen und/oder elterlichen Belastungsfaktoren, von somatischen, psychosozialen und/oder psychodynamischen Faktoren nicht mehr ausreichen, die erhöhten Anforderungen aufzufangen. Mit zunehmender Dauer und Pervasivität der Regulationsprobleme wächst langfristig die Belastung und Gefährdung der Eltern-Kind-Beziehungen und das Risiko von internalisierenden und externalisierenden Verhaltensstörungen des späteren Kindesalters (Laucht et al. 2004; Wolke et al. 2002; Wurmser u. Papoušek 2004).

Das Vollbild der frühkindlichen Regulationsstörungen ist durch eine Symptomtrias gekennzeichnet (s. Abb. 1): 1. Phasentypische Verhaltensauffälligkeit(en) des Kindes, 2. Überforderungssyndrom der Eltern und 3. dysfunktionale Interaktionsmuster in störungsrelevanten Alltagskontexten, mit ihren belastenden Rückwirkungen auf das Beziehungssystem. Je jünger das Kind, umso deutlicher ist die Störung im Entwicklungskontext des Eltern-Kind-Beziehungssystems angesiedelt.

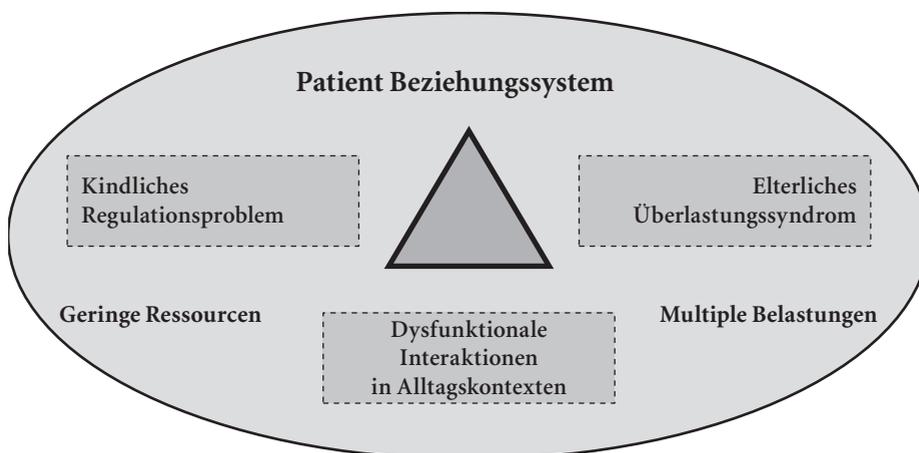


Abb. 1: Symptomtrias der frühkindlichen Regulationsstörungen

Das Konzept der Regulationsstörungen wird u. a. durch Daten aus einer eigenen klinischen Stichprobe von 700 Säuglingen und Kleinkindern gestützt, die in den Jah-

ren 1994–1997 in der Münchner Sprechstunde für Schreibabys untersucht und behandelt wurden (Wurmser u. Papoušek 2004).

Zu den häufigsten Risikofaktoren zählen pränatale Belastungen mit chronischem Stress, abnormen Ängsten, Konflikten und Depression (56 %), die sowohl nachhaltige Auswirkungen auf die postnatale Befindlichkeit der Mutter als auch auf Reaktivität und basale Regulationsfähigkeit des Neugeborenen haben können. Peri- und postnatal sind es Mangel- und Frühgeburtlichkeit (16 % und 11 %), neuromotorische Unreife (34 %) und atopische Belastungen (18 %) auf kindlicher Seite, auf elterlicher Seite vor allem postpartale und chronische depressive Störungen der Mutter (je nach Pervasivität der Regulationsprobleme zwischen 20 und 52 %) und beziehungsrelevante Faktoren wie Paarkonflikte (50 %), aktuelle Konflikte mit den Herkunftsfamilien (34 %), soziale Isolation (30 %) und belastete oder traumatische Beziehungserfahrungen in der Kindheit der Eltern (37 %).

Fallbeispiel: Diagnostische Einordnung

Kommen wir zurück zu Hanna und ihrer Familie. Das Störungsbild erfüllt zweifellos alle Merkmale einer Regulationsstörung der frühen Kindheit. Auf Symptomebene findet sich die Trias von *kindlichen Verhaltensauffälligkeiten* (anfängliche Probleme der basalen Regulation mit Irritabilität, taktile Abwehr, Problemen der Schlaf-Wach-Organisation und exzessivem Schreien; gefolgt von Ein- und Durchschlafstörung, exzessivem Trotzen mit autoaggressivem Kopfschlagen, dysphorischer Unruhe und Geschwisterrivalität), *elterlichem Überforderungssyndrom* (mit chronischer Erschöpfung und Depression der Mutter i. R. einer Persönlichkeitsstörung, weitgehendem Rückzug des Vaters aus der Elternrolle) und eskalierenden *dysfunktionalen Interaktionsmustern* (beim Wickeln, Schlafenlegen, Schlichten von Geschwisterstreitigkeiten, Grenzsetzen) bei gleichzeitig eklatantem Mangel an positiven Beziehungserfahrungen.

Die Analyse der proximalen Bedingungsfaktoren führt bis in die Schwangerschaft zurück: emotionale Stressbelastung in Zusammenhang mit der massiv abwertenden und ablehnenden Haltung und Ausgrenzung seitens der eigenen Mutter, die sich gegen sie selbst als Schwangere und gegen das ungeborene Mädchen richtete und nachhaltige Ambivalenzkonflikte mit Durchbruch unbeherrschbarer Hassgefühle in ihr auslöste. Es ist zu vermuten, dass die pränatale Stressbelastung und Depression der Mutter zu Hannas konstitutioneller Übererregbarkeit, Untröstbarkeit und taktilen Abwehr beigetragen haben. Die dadurch erhöhten Anforderungen an die intuitiven Kompetenzen der Mutter, ihre Erschöpfung und ihr Versagen beim Beruhigen des unstillbar schreienden Säuglings treiben sie noch tiefer in Hilflosigkeit und Depression. Hannas Schreiatacken und ständiges Fordern wecken immer wieder intensive Hassgefühle und ohnmächtige Wut. Sie sucht vergeblich, es beiden Kindern recht zu machen. Eskalierende Vorwürfe seitens ihrer Mutter, Konflikte in der Paarbeziehung, fehlende Unterstützung und soziale Isolation dezimieren ihre Kräfte.

3 Verhaltensbeobachtung und Kommunikationsanalyse als „klinisches Fenster“

Im Mittelpunkt der Diagnostik stehen Verhaltensbeobachtung und Analyse der Kommunikationsmuster in den Eltern-Kind-Interaktionen des Alltags. Sie tragen wesentlich dazu bei, die jeweils individuellen Entwicklungsbedingungen der Störungsbilder und die ätiologischen Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Belastungsfaktoren und den kindlichen Verhaltensproblemen zu entschlüsseln. Stern (1998) spricht von „klinischen Fenstern“, Brazelton von „touchpoints“ (Brazelton 1994), wir selbst von der jeweils alterstypischen „Alltagsarena“ (Papoušek 2004), in der auf Seiten von Kind und Eltern Risikofaktoren und „Gespenster der Vergangenheit“ zum Austrag kommen und die Einblick in die entwicklungs-pathogenetischen Mechanismen und Prozesse erlaubt.

Die Kommunikationsanalyse wird durch die folgenden Fragen geleitet:

1. Ist der Säugling aufnahme- und interaktionsbereit? Oder infolge reifungsbedingter, konstitutioneller oder somatischer Faktoren in seinen basalen Regulationsfähigkeiten eingeschränkt, z. B. im Sinne gesteigerter Irritabilität, Hyperreaktivität, mangelnder Tröstbarkeit, Reizhunger oder anderen Problemen der Reizverarbeitung?
2. Sind die Eltern in der Ausprägung ihrer intuitiven Kommunikationsfähigkeiten und in der Abstimmung auf die kindlichen Signale beeinträchtigt, allein in Reaktion auf die kaum beeinflussbaren kindlichen Verhaltensprobleme? Oder durch Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit infolge kumulativer psychosozialer Belastungen und aktueller Beziehungskonflikte?
3. Finden sich Episoden mit adaptiven Kommunikationsmustern, die durch positive emotionale Bezogenheit gekennzeichnet sind (Engelskreise) (Papoušek 2004) und für den Säugling Selbstwirksamkeitserfahrungen, für die Eltern Stärkung im Selbstvertrauen in ihre intuitiven Kompetenzen bedeuten? Oder aber dysfunktionale Muster, die durch fehlende oder negative Kontingenzbeziehungen zwischen kindlichem und elterlichem Verhalten gekennzeichnet sind und in Teufelskreisen die Verhaltenprobleme aufrechterhalten bzw. zur Eskalation bringen?
4. Werden durch das kindliche Verhalten Affekte, Erinnerungen, unbewältigte Konflikte oder Traumen wiederbelebt, die in Gestalt der von Selma Fraiberg beschriebenen „Gespenster im Kinderzimmer“ (Fraiberg et al. 1975) unversehens die Kommunikation mit dem realen Baby bedrohen und die intuitiven Kommunikationsfähigkeiten überformen und außer Kraft setzen können (Dornes 2000)?

Fallbeispiel: Kommunikationsmuster in alltäglichen Interaktionskontexten

Zum Zeitpunkt der Vorstellung im Alter von 16 Monaten zeigte sich bei Hanna – ganz im Gegensatz zu den Schilderungen ihrer Eltern – eine auffallend gute Selbstregulation in ihrer sozialen Offenheit gegenüber den Untersuchern, ihrer Ausdauer im Spiel und ihrer bemerkenswerten Fähigkeit, auch intensive Affektäußerungen ohne Regulationshilfen rasch wieder unter Kontrolle zu bringen. Dagegen hatte sie eine Strategie entwickelt, Übergriffigkeiten von Seiten ihres Bruders oder negative Affektausbrüche ihrer Mutter beim Anziehen mit exzessiv schrillum Schreien und Kopfschlagen abzuwehren. In der Beziehung zur Mutter fiel ein Mangel an Blickzuwendung auf.

Bei beiden Eltern schienen die intuitiven Verhaltensbereitschaften durch ihre alles beherrschenden negativen Affekte gegenüber Hanna blockiert zu sein. Nur zweimal erschien bei der Mutter ein kurzes intuitives Grüßen und Lächeln, als Hanna ihr ein Spielzeug übergab. Dies waren die einzigen, nur von der Therapeutin bemerkten Momente einer sehr flüchtigen positiven Bezogenheit zwischen Mutter und Hanna. Insgesamt fielen in Hannas Beziehung zur Mutter ein Mangel an Blickzuwendung und Vermeidung von Körperkontakt auf. In Reaktion auf das zurückweisend-ablehnende Verhalten der Eltern hatte sie offenbar eine unsicher-vermeidende Bindungsstrategie entwickelt, die ihr erlaubte, ihre negativen Affekte durch Ablenkung mit Spielzeugen einigermaßen zu beherrschen und sich vor erneuten Zurückweisungen zu bewahren. Was immer sie an Enttäuschung, Frustration und Ärger erlebt haben mag, machte es ihr vermutlich schwer, bei Müdigkeit in den Schlaf zu finden und bei nächtlichem Erwachen aus oberflächlichem Schlaf wieder einzuschlafen.

Im Kontext des Wickelns und Anziehens hatte sich ein Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit entwickelt, mit wechselseitiger Eskalation von Abwehr, Erregung, panischem Schreien und Wut. Das Eingeständnis der Mutter von wiederholten hass-erfüllten, vermutlich Furcht auslösenden Affektausbrüchen im Wickelkontext erklärt die abnorme Intensität von Hannas panischer Abwehr und deutet zugleich darauf hin, dass Hannas Abwehrverhalten bei der Mutter unbewusste Affekte, vielleicht auch ein unbewältigtes Trauma wiederbelebte. Das Kommunikationsmuster in diesem Belastungskontext lässt auf ein desorganisiertes Bindungsmuster schließen und auf das Eindringen eines „Gespenstes“.

Zum Zeitpunkt des Erstkontaktes schien somit ein Kommunikationsmuster in zwei Varianten die meisten Alltagskontexte und innerfamiliären Beziehungskonstellationen zu beherrschen: Teufelskreise einer gestörten Nähe-Distanz-Regulation mit Zurückweisung, Ausgrenzung und Abwertung im Wechselspiel mit Kontaktvermeidung und Kontaktabwehr oder aber mit wütendem Kampf um Aufmerksamkeit, Nähe und Akzeptanz.

4 Konzept der integrativen kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-Psychotherapie

Die diagnostische Analyse des Störungsbildes und der Bedingungen, die zu seiner Entstehung, Aufrechterhaltung und aktuellen Eskalation beitragen, bildet die Grundlage für das Behandlungskonzept der integrativen kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapie, das in der Münchner Sprechstunde für Schreibabys entwickelt und seit Beginn der neunziger Jahre in nahezu 3000 Fällen erprobt wurde (Papoušek 1998; Wollwerth de Chuquisengo u. Papoušek 2004). Den Kristallisationskern der multimodalen Behandlung bilden Kommunikation und Beziehung mit ihren objektiv beobachtbaren und subjektiv erlebten, gelegentlich auch psychodynamisch überformten Anteilen. Als Rahmen dient das Beziehungsangebot des Therapeuten, das vom Erstkontakt an durch empathisches Einfühlen, Aufspüren und Stärken der genuinen kindlichen und elterlichen Kompetenzen und Wertschätzung eine Art „Gute-Großmutter-Übertragung“ (Stern

1998) zu fördern sucht und Eltern und Kind eine vertrauensvolle, sichere Basis und korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen ermöglichen soll.

Der Symptom-Trias entsprechend zielt die Behandlung zum ersten auf Bewältigung der aktuellen Verhaltensprobleme ab, zum zweiten auf spürbare physische und psychische Entlastung der Eltern und zum dritten auf Stärkung positiver Erfahrungen von Kommunikation und emotionaler Bezogenheit in den Alltagsinteraktionen. Tempo und Intensität der frühkindlichen Reifungs- und Lernprozesse verlangen nach möglichst rascher Bewältigung der aktuellen Entwicklungsaufgaben, nach konkreter Problemlösung, Auflösung dysfunktionaler Kommunikationsmuster und deren Ersatz durch beidseits belohnende Beziehungserfahrungen. Bei störenden „Gespenstern“ aus der elterlichen Beziehungsvorgeschichte steht deren baldige Vertreibung aus dem Kinderzimmer im Vordergrund.

In der Behandlung frühkindlicher Regulationsstörungen haben sich daher vor allem Kurzzeittherapien mit entwicklungsorientierten, lösungsorientierten und ressourcenorientierten Vorgehensweisen bewährt (Lieberman et al. 2000; McDonough 1993; Papoušek 1998; Stern 1998; Wollwerth de Chuquisengo u. Papoušek 2004). Dabei lassen sich tiefenpsychologisch fundierte, körpertherapeutische, familiensystemische und gelegentlich auch verhaltenstherapeutische Kenntnisse, Erfahrungen und Techniken auf wirksame Weise integrieren (Wollwerth de Chuquisengo u. Papoušek 2004). Fast immer kommt eine Kombination von drei eng aufeinander bezogenen Modulen zum Tragen: Entwicklungsberatung, psychotherapeutische Gespräche im Beisein des Kindes und Kommunikationsanleitung bzw. tiefenpsychologisch fundierte Kommunikations- und Beziehungstherapie jeweils mit oder ohne Videofeedback. Bei Bedarf werden weitere Module in Abstimmung auf die individuelle Problemkonstellation von Kind und Eltern in das Behandlungskonzept integriert, z. B. pädiatrische Interventionen, Physiotherapie, Ergotherapie (sensorische Integration), sozialpädagogische Hilfen, paar- oder familientherapeutische Interventionen oder individuelle Psychotherapie.

4.1 Entwicklungsberatung

Die entwicklungspsychologisch fundierte Beratung legt den Fokus auf die aktuellen Schwierigkeiten und Stärken im Verhalten des Kindes und stellt sie in den Kontext der aktuell zu bewältigenden und früheren, noch ungelösten Entwicklungsaufgaben. Sie hilft den Eltern, die Signale, Bedürfnisse und Interessen ihres Kindes wahrzunehmen und schärft ihren Blick für seine Bedürfnisse nach Selbstwirksamkeit und Erkundung, nach kontingenter elterlicher Responsivität und Voraussagbarkeit. Sie unterstützt die Eltern, sich in die Erfahrungswelt ihres Babys einzufühlen und erarbeitet mit ihnen, welche Herausforderungen sich daraus in Bezug auf ihre Erwartungen, Einstellungen und Erziehungskompetenzen ergeben.

4.2 Ressourcenorientierte psychotherapeutische Entlastung

In ressourcenorientierten psychotherapeutischen Gesprächen – meist im Beisein des Kindes – rücken die Eltern mit ihren physischen und psychischen Belastungen

in den Mittelpunkt. Sie sind in der Regel übernächtigt, hochgradig erschöpft, „unter Strom“, nicht selten in krisenhafter Zuspitzung von mühsam zurückgehaltener Wut, von Versagens- oder Verlassenheitsgefühlen, Hoffnungslosigkeit und Depression oder von panischen Ängsten um Leben und Gedeihen ihres Kindes.

Empathisches Eingehen auf die aufgetauten Affekte und vernachlässigten Bedürfnisse trägt zum Aufbau der positiv-wertschätzenden therapeutischen Beziehung bei. Bei Bedarf kommen weitere Themen in Bezug auf die von den Eltern zu bewältigenden Entwicklungsaufgaben beim Übergang zur Elternschaft (z. B. Wochenbett, Balance zwischen Elternebene und Paarebene) und psychodynamisch relevante Aspekte der frühen Mutterschaft/Elternschaft ins Spiel (z. B. Themen der primären Mütterlichkeit; Ängste um Überleben und Gedeihen; Leistungsdruck und Versagensängste, Identitätsfindung in der Elternrolle; Stern 1998). In den Gesprächen geht es um Entlastung, Klärung und Lösungen, vor allem aber darum, Ressourcen in Persönlichkeit und Beziehungsvorgeschichte von Mutter und Vater, in Familie und sozialem Netz aufzuspüren und wiederzubeleben.

4.3 Kommunikationstherapeutische Anleitung

Besonders wichtig, wenn auch bei frühen Störungen oft übersehen, sind die der vorschulischen Kommunikation innewohnenden, biologisch verankerten Ressourcen, die intuitiven elterlichen Kompetenzen, das kindliche Entwicklungspotential und seine in Entwicklung befindlichen Fähigkeiten und inneren Motivationen. Durch Aktivierung und Stärkung dieses Potentials basaler Selbstheilungskräfte können sich Kommunikationsmuster positiver Gegenseitigkeit stabilisieren und so die Entwicklung von tragfähigen Eltern-Kind-Beziehungen unterstützen (H. Papoušek 2000).

Begünstigt wird dies, wenn es im Rahmen der therapeutischen Beziehung gelingt, einen stressfreien „Spielraum“ zu schaffen, in dem sich die Eltern auf das Baby einlassen können, um so in ungeteilter gemeinsamer Aufmerksamkeit für das Baby blockierte intuitive Kompetenzen freizusetzen, wiederzubeleben und die Eltern im Selbstvertrauen in ihre bereits erkennbaren intuitiven Kompetenzen zu stärken.

Für die kommunikationstherapeutische Anleitung eignen sich 1. beiläufige Beobachtungen von Interaktionsmustern zwischen Eltern und Säugling, die sich während der Gespräche spontan ergeben, 2. Beobachtungen während gemeinsamer Spielzeiten („floortime“ bzw. im Setting des „Watch, wait and wonder“; Cohen et al. 2003; Greenspan 1992) ebenso wie 3. videogestützte Beobachtungen der Interaktion beim Füttern, Wickeln, Zwiegespräch und Spiel oder 4. von den Eltern erstellte Homevideos (z. B. Interaktion beim Schlafenlegen). Die Videoaufzeichnungen ermöglichen, gemeinsam mit den Eltern eine zuvor erlebte Interaktion zu betrachten, nachzuerleben und aus der Beobachterposition positive oder negative Interaktionssequenzen zu identifizieren. Dabei ist unbedingt zu vermeiden, den Eltern Fehler und Versagen vor Augen zu führen. Stattdessen bietet das Videofeedback eine hoch wirksame Chance, die Eltern darin zu bestärken, was sie intuitiv gut machen, und ihren Blick für die selbstregulatorischen Stärken des Kindes zu schärfen.

Besonders bewährt hat sich bei Kommunikationsanleitung und Therapie ein Behandlungsplan mit schrittweisem Vorgehen (Downing 2003; M. Papoušek 2000; Wollwerth de Chuquisengo u. Papoušek 2004):

1. Gemeinsames Betrachten, Verweilen bei, Rückspiegeln und bewusstes Nacherleben positiver Interaktionssequenzen,
 - a) zur Sensibilisierung für die kindlichen Signale,
 - b) zum Einleben in die kindliche Erfahrungswelt und
 - c) zur Stärkung des elterlichen Selbstvertrauens und Zutrauens zum Kind.
2. Bezug zum häuslichen Alltag mit der Frage, wie ähnlich positive Beziehungserfahrungen integriert und mögliche hinderliche Faktoren überwunden werden können.
3. Bei ausreichender Belastbarkeit (u. U. erst bei einem späteren Termin) gemeinsames Betrachten, Erkennen, Wiederbeleben und Nacherleben einer dysfunktionalen Interaktionssequenz, sowohl aus kindlicher Perspektive als auch aus elterlicher Perspektive.
4. Identifizieren von Mechanismen negativer Gegenseitigkeit, von negativen Kontingenzbeziehungen auf der beobachtbaren Interaktionsebene, die das dysfunktionale Kommunikationsmuster auslösen, aufrechterhalten oder auflösen können.
5. Identifizieren von psychodynamischen Prozessen und Mechanismen auf der Repräsentationsebene, die das dysfunktionale Kommunikationsmuster auslösen, aufrechterhalten oder auflösen können.
6. Bei Bedarf tiefenpsychologisch fundierte psychotherapeutische Bearbeitung der evozierten Gefühle, assoziierten Erinnerungsbilder und Phantasien, verzerrten Wahrnehmungen und psychodynamischen Abwehrmechanismen oder Re-Inszenierungen von Beziehungsmustern, um „Gespenster“ aus der elterlichen Beziehungsvorgeschichte zu identifizieren und aufzulösen (Fraiberg et al. 1975; Lieberman u. Pawl 1993), die im Hier und Jetzt die intuitiven Kommunikationsfähigkeiten verzerren, überformen oder anderweitig außer Kraft setzen.
7. Erarbeiten, Erproben und Einüben von alternativen Kommunikationsmustern, die den Teufelskreis durchbrechen, zur Bewältigung der aktuellen Regulationsprobleme beitragen und den Weg zu positiven Beziehungserfahrungen ebnen.
8. Fließender Wechsel zwischen Repräsentationsebene und Interaktion mit dem realen Baby im Hier und Jetzt.
9. Unterstützung selbstreflexiver Funktionen (Fonagy et al. 2004).
10. Und wiederum Bezug zum Alltag mit der Frage, wie die neuen Erfahrungen in den häuslichen Alltag umgesetzt und integriert werden können.

4.4 Tiefenpsychologisch fundierte Kommunikations- und Beziehungstherapie

In zahlreichen Fällen wird das Behandlungsziel mit nachhaltiger Wirksamkeit mit Hilfe der ersten zwei bis vier Behandlungsschritte der Kommunikationsanleitung erreicht. Bei drohenden oder manifesten Störungen der Eltern-Kind-Beziehungen wie bei Hanna und ihrer Familie ist jedoch eine weitergehende tiefenpsychologisch fundierte Kommunikations- und Beziehungstherapie indiziert, die mit oder ohne

Videofeedback den o. g. weiteren Behandlungsschritten (5.–10.) folgt. Die Indikation ergibt sich insbesondere aus folgenden Merkmalen:

1. Mangelnder Erfolg der Trias von Entwicklungsberatung, psychotherapeutischen Gesprächen und Kommunikationsanleitung und Probleme der Umsetzung in den häuslichen Alltag.
2. Depressive Hemmung der intuitiven elterlichen Kommunikationsfähigkeiten.
3. Blockierung oder Verzerrung der elterlichen Wahrnehmung des realen Babys.
4. Mangelnde, symbiotisch-unabgegrenzte oder konflikthaft-verstrickte emotionale Bezogenheit (Papoušek u. von Hofacker 2003).
5. Explizite Probleme in der Akzeptanz des Kindes, mit Ausgrenzung, Abwertung, Abstempelung als „Störenfried“ oder „schwarzes Schaf“ der Familie.
6. Objektiv nicht nachvollziehbare Attribution „böser“ Absichten.
7. Alles beherrschende Genervtheit, Gereiztheit bei verdecktem Ärger und Ablehnung.
8. Durch Kleinigkeiten ausgelöste Affektdurchbrüche mit unangemessener Strenge, körperlichen Strafen, unkontrollierbarer Wut.
9. Überwältigung durch evozierte Verlassenheitsgefühle oder Ängste.
10. „Negative Gefühlsansteckung“ – im Sinne von unmarkiertem Spiegeln negativer Affekte.

Auch die tiefenpsychologisch fundierte Kommunikations- und Beziehungstherapie setzt im Schutz der therapeutischen Beziehung an der konkreten Interaktion mit dem Baby an. Die Ausrichtung auf das Kommunikationsverhalten öffnet mit oder ohne Zuhilfenahme des Videofeedback einen unmittelbaren Zugang zu den wiederbelebten Gefühlen, Repräsentationen, Phantasien und Erinnerungsbildern des betroffenen Elternteils. Die Therapie zielt darauf ab, psychodynamische Blockaden und Verzerrungen der präverbalen Kommunikation aufzulösen, gehemmte oder verschüttete intuitive Kompetenzen von möglichen „Gespenstern“ zu befreien und den Eltern zu ermöglichen, sich im Hier und Jetzt unbeschwert auf das reale Baby einzulassen. Nicht selten gibt dies bei Vorliegen einer psychischen Störung einen Anstoß für eine längerfristige individuelle Psychotherapie der Eltern.

5 Umsetzung des Therapiekonzeptes anhand des Fallbeispiels

Wie das therapeutische Konzept im Einzelfall umgesetzt werden kann, sollen abschließend einige Facetten aus der Behandlung von Hanna illustrieren.

Fallbeispiel: Therapeutische Beziehung und ressourcenorientierte Kommunikationshilfen

Ersttermin: Die Indikation für eine tiefenpsychologisch fundierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie mit einem klaren beziehungstherapeutischen Fokus war bereits beim Erstkontakt unverkennbar. Die negativ abwertende Haltung der Eltern, das Provozieren des Bruders Niko und das offenkundige Koalieren von Mutter, Vater und Niko im Ausgrenzen von Hanna machte es der Therapeutin zunächst schwer,

eine wertschätzende Haltung gegenüber allen Beteiligten einzunehmen, insbesondere gegenüber der am stärksten abwertenden Mutter. Die Therapeutin nahm jedoch auch die hochgradige Erschöpfung, die Schuldgefühle und Verletzbarkeit der Mutter wahr, die in deren eigenen Erfahrungen von Entwertung und Ausgrenzung wurzelten. So gelang es ihr, die widerstreitenden Gefühle der Mutter empathisch anzusprechen und ihr damit ein einfühlsames, wertschätzendes und Rückhalt gebendes therapeutisches Beziehungsangebot zu machen.

Das ressourcen- und lösungsorientierte Vorgehen der Therapeutin fokussierte zunächst auf die Beziehung von Hanna und ihrer Mutter. Der erste Schritt bestand darin, Erfahrungen von positiver emotionaler Bezogenheit aufzuspüren und zu stärken. Es galt, ein Gegengewicht zu den bisher vorherrschenden Teufelskreisen zu schaffen, das in weiteren Schritten zu deren Entschärfung und Auflösung beitragen sollte.

Bereits während des Erstgesprächs greift die Therapeutin die wenigen flüchtigen Momente auf, in denen Hanna durch Aushändigen eines Spielzeugs Kontakt zur Mutter aufnimmt und in denen die Mutter ebenso flüchtig, aber einfühlsam antwortet. Es sind nur Momente eines Innehaltens im Gespräch, in denen sich die Therapeutin auf die positive Begegnung von Hanna und ihrer Mutter einlässt: „Wie schön, Hanna sucht Ihre Nähe, und jetzt gerade sind Sie so schön für Ihre kleine Hanna da! – trotz aller Enttäuschung, die Sie miteinander schon erlebt haben.“ Diese kleinen Momente therapeutischer Spiegelung schienen der Mutter zu ermöglichen, ihre Aufmerksamkeit gemeinsam mit der Therapeutin auf Hanna zu richten und Hannas unverminderte Explorationsfreude und Ausdauer im Spiel wahrzunehmen und in sich aufzunehmen.

Die Frage an beide Eltern, ob es daheim auch manchmal positive Erfahrungen mit Hanna gebe, über die sie sich freuen können, bringt die Mutter ebenso wie den Vater zum Stocken. Die Therapeutin regt die Eltern daraufhin an, bis zum folgenden Termin besonders darauf zu achten, was daheim gut läuft, was Hanna schon kann und was sie gut macht.

Zweitermin: Beim folgenden Termin wirkt die Mutter spürbar entlastet. Wutanfälle, Kopfschlagen und Geschwisterstreit seien seltener geworden, Hanna habe leichter und ausdauernder in den Schlaf gefunden, die Mutter habe immer wieder mit Hanna und Niko gespielt, besonderen Spaß hatten alle drei beim gemeinsamen Tanzen bei lauter Musik. Während sich der Vater um Niko kümmerte, galt die Therapiestunde dem gemeinsamen Spiel von Hanna und Mutter auf der Spielmatte, das die Therapeutin vom Nebenraum aus begleitete und auf Video aufzeichnete.

5.1 Videogestützte Kommunikationsanalyse im Spiel als psychodynamisch bedeutsames „klinisches Fenster“

Es entsteht ein überraschend entspanntes Spiel mit den bereitgelegten Spielzeugen, auf das sich beide mit erkennbarer Freude einlassen. Die Mutter folgt einfühlsam Hannas Initiativen, gibt kleine Hilfestellungen, wenn Hanna sie dazu auffordert, und nimmt mit deutlichen Zeichen intuitiver affektiver Abstimmung an Hannas Aufregung, angestregten Bemühungen, kleinen Frustrationen und Freude am Erfolg Anteil. Nach etwa 20 Minuten beginnt Hanna neugierig den Raum zu erkunden. Die Mutter schaut auf der Matte sitzend – durch Hannas Weglaufen offensichtlich enttäuscht – zunächst zu, dann aber gelingt es ihr mit geöffneten Armen, das Weglaufen in ein gemeinsames Spiel, „Komm in meine Arme“, umzufunktionieren. Beide können die Nähe im lange entbehrten Körperkontakt sichtlich genießen. Damit ist unversehens das Beziehungsthema von Nähe und Distanz auf positive Weise in Szene gesetzt (ein „Engelskreis“).

Hanna erweist sich dabei als ausdauernder als die Mutter: Während Hanna in der Weglaufphase des Spiels bereits den Auftakt zur nächsten Runde gibt, driftet die Aufmerksamkeit der Mutter immer wieder ab; sie hantiert ordnend mit den herumliegenden Spielzeugen, als dürfe sie – so die Phantasie der Therapeutin – sich nicht zu tief einlassen und als müsse sie Ängste vor erneuter Zurückweisung durch Hanna abwehren. Tatsächlich lenkt die Mutter selbst bei der letzten Runde mit einem neuen Steckspiel ab, so dass Hanna kurz vor den aufgehaltene Armen der Mutter zum Spielzeug abdriftet („wie sie es daheim immer macht, um mich zu ärgern“). Während der folgenden gemeinsamen Beschäftigung mit dem Steckspiel machen sich in Stimme und Bewegungsabläufen der Mutter leichte Irritation und Ungeduld bemerkbar.

Wenig später schlägt die bis dahin noch positive Gestimmtheit unvermittelt um. Die Mutter nimmt anstelle von Hanna ihr Schmusetier in den Arm und liebkost es mit provozierendem Blick auf Hanna, die zunächst überrascht reagiert und dann – zunehmend eifersüchtig und fordernd – mit kuscheln möchte. Die Mutter weist sie jedoch zurück, drückt das Stofftier noch fester an sich und verwehrt Hanna die Nähe mit wiederholtem „Nein, das ist meins, mein Baby!“. Das Interaktionsmuster eskaliert rasch zum Teufelskreis, indem die Mutter ihr ausgrenzendes, abwertendes Verhalten steigert und Hanna sich zunehmend erregt, mit dem Rücken auf den Boden wirft, mehrmals heftig mit dem Kopf auf den Boden schlägt und vor Schmerzen schreit. Die Mutter verharrt in ihrer Position, zuckt beim Kopfschlagen nur kurz zusammen, als fühle sie selbst den Schmerz, scheint kurz einem Impuls zum Trösten zu folgen, zieht die Hand jedoch im Ansatz der Bewegung wieder zurück. Es ist Hanna, die dem Teufelskreis unerwartet ein Ende setzt, indem sie ihre Erregung mit bemerkenswert raschem Erfolg durch Ablenkung mit einem Spielzeug unter Kontrolle bringt. Kurz darauf finden Mutter und Hanna ins gemeinsame Spiel zurück, wenn auch eine gewisse Spannung zurückbleibt.

Mit dieser zweiten Episode ist in das freundlich entspannte gemeinsame Spiel unversehens und mit bedrohlich wirkender Intensität etwas Fremdes eingebrochen – als würde eine Episode aus einer anderen Zeit mit anderen Akteuren und Rollenverteilungen in Szene gesetzt.

Zum Abschluss des Zweitermins spricht die Therapeutin zunächst nur die positiven Kommunikations- und Beziehungserfahrungen zu Anfang des Spiels an, indem sie sie erneut ins Gedächtnis ruft, das positive Erleben der Spielszene wieder belebt und bekräftigt und die Mutter in ihren intuitiven Kommunikationsfähigkeiten stärkt.

5.2 Videogestützte tiefenpsychologisch fundierte Kommunikations- und Beziehungstherapie

Dritter Termin:

Die folgende Therapiestunde gilt – diesmal ohne Hanna – dem videogestützten Nacherleben und Bearbeiten der beiden Spielepisoden, in denen das zentrale Beziehungsthema in zwei entgegengesetzten Facetten in Szene gesetzt wurde. Die Therapeutin räumt zunächst viel Zeit für die erste Szene, das „Komm in meine Arme“-Spiel ein, für das Nacherleben von Hannas Spontaneität und Spielfreude, ihr Verweilen in den Armen der Mutter und auf das Nachspüren der erlebten Nähe. Mit Hilfe körpertherapeutischer Elemente – die Mutter nimmt einen Teddy, den sie fest an sich drückt, als hielte sie Hanna in ihren Armen, schließt die Augen und spürt den allmählich aufkommenden Empfindungen von Wärme, innerer Ruhe und Geborgenheit nach, die sie in der Beziehung zu Hanna immer ersehnt, aber von Geburt an vermisst hatte. Nach einer Weile mischen sich die positiven Empfindungen mit auftauchenden Erinnerungsbildern, in denen sich Hanna in den

Armen der Mutter schreiend wehrt und steif macht. Die Mutter spricht von Enttäuschung, von Verletzung und Wut und von Schuldgefühlen gegenüber Hanna; sie habe die Beziehung versaut und plage sich mit Selbstvorwürfen, das nie wieder gut machen zu können; sie spürt tiefen Kummer und Trauer und den Wunsch, der imaginierten Hanna in ihren Armen zu sagen: „Es tut mir so leid, die ganze erste schlimme Zeit, ich hab so viel kaputt gemacht, aber ich hab dich lieb.“ Noch einmal schaut die Therapeutin mit der Mutter das „Komm in meine Arme“-Spiel an, hält das Video im Augenblick der schönsten Erfahrung von gemeinsamer Nähe an, und wieder findet die Mutter zu innerer Ruhe.

Behutsam leitet die Therapeutin nach einer Weile zur zweiten Szene in der Videoaufzeichnung über, die der zuvor durchlebten körpertherapeutischen Situation auffallend ähnelt (das Kuschtier in den Armen der Mutter), aber im Gegensatz zu vorher Hanna nicht einschließt, sondern ausgrenzt. Vordergründig erklärt die Mutter dazu, sie habe absichtlich die Rolle des Bruders Niko gespielt, um Hannas Eifersucht zu wecken und zu zeigen, wie schlimm sich Hanna daheim aufgeführt – als bringe das für ihren Ärger Rechtfertigung und Entlastung. Erst nach wiederholtem Anschauen und Nacherleben gelingt es der Mutter, ihre Gefühle in Worte zu fassen: ihre angestaute Enttäuschung über Hannas Abwehr, ihre unerfüllte Sehnsucht nach Nähe zu Hanna, und dies als Teil einer tief in ihrer Vergangenheit wurzelnden unerfüllbaren Sehnsucht nach Nähe und Wertschätzung durch ihre eigene Mutter.

Im schützenden Kontext der therapeutischen Beziehung tauchen Erinnerungen aus der Kindheit auf, insbesondere – angestoßen durch die Therapeutin – eine Szene, in der die Mutter als Zehnjährige Nähe zu ihrer Mutter sucht, die ihren neugeborenen kleinen Halbbruder liebkosend im Arm hält, sie aber in ihrem Wunsch, das Baby zu berühren und teilzuhaben an der Umarmung der Mutter, von sich wegstößt. Die Mutter erinnert sich an Gefühle von Schmerz, Verletzung, Verlassenheit und maßloser Wut, Eifersucht gegenüber dem Halbgeschwisterchen, dem von ihrer Mutter und ihrem Stiefvater lang ersehnten Jungen, und sie erinnert sich an schreckliche Hassgefühle und Wunschphantasien, das Baby solle sterben. Tatsächlich habe sie den Bruder, wenn sie auf ihn aufpassen musste, oftmals weggesperrt, um ihn loszuwerden.

Nach und nach tauchen weitere traumatische Erinnerungen aus ihrer Kindheit auf, die sich allmählich zu einem zusammenhängenden Narrativ verbinden: Die Mutter stammte als einziges, als Mädchen unerwünschtes Kind aus einer konfliktbelasteten Paarbeziehung. Die einzige Erinnerung an die ersten fünf Jahre bis zur Scheidung der Eltern betrifft eine Situation, in der ihre Mutter sie so heftig geschlagen habe, dass ihr Passanten zu Hilfe kamen. Ihre Mutter heiratete bald darauf erneut, einen Lastwagenfahrer mit später eskalierenden Alkoholproblemen. Der Wunsch ihrer Mutter nach einem Sohn erfüllte sich erst, als sie 10 Jahre alt war, nachdem ihre Mutter durch eine Serie von Schwangerschaften absorbiert war, die mit Abgängen, einmal auch mit einer Totgeburt endeten. Fünf Jahre nach der Geburt des Halbbruders kam, wiederum unerwünscht, noch ein Mädchen zur Welt. In der Familie fühlte sich die Mutter auch noch als junges Mädchen in der Aschenputtelrolle, von ihrer Mutter abgelehnt und ausgegrenzt, vom Stiefvater nach Alkoholexzessen körperlich misshandelt und als Dienstmagd und Babysitterin ausgenutzt. Mit 16 Jahren habe sie sich die Pulsadern aufgeschnitten, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zu bekommen. Bis heute wisse ihre Mutter nichts davon. Ein Jahr später sei sie aus der Familie ausgebrochen und freiwillig ins Heim gegangen, wo sie sich zeitweise mit Drogen und Alkohol über Wasser hielt. Mit 18 Jahren habe sie sich entschieden, ein neues eigenständiges Leben zu beginnen. Sie habe als Verkäuferin gearbeitet und bald darauf ihren Mann kennen gelernt, der sie sehr unterstützt habe. Der gemein-

same Sohn Niko war erwünscht. Bis zur zweiten Schwangerschaft mit Hanna sei er gar nicht schwierig gewesen und sie habe viel Freude an der Beziehung zu ihrem Sohn gehabt, der jetzt aber völlig zu kurz komme, weil Hanna alle Aufmerksamkeit fordere. Hanna habe sie mit ihrem Abwehrverhalten von Anfang an spüren lassen, dass sie als Mutter versage, Hanna entwerte sie in ihrer Mutterrolle genauso wie ihre eigene Mutter.

5.3 Rückbezug zum realen Kind im Hier und Jetzt und beginnende Selbstreflexion

Zur Videoszene zurückgeleitet realisiert die Mutter plötzlich, dass sie sich mit dem Kuschtier in den Armen und ihrem abweisenden „Nein, das ist meins“ gegenüber Hanna exakt so verhält wie einst ihre Mutter ihr gegenüber. Sie begreift, wie sehr ihr Empfinden und Verhalten gegenüber Hanna mit ihrer noch immer ungelösten ambivalenten Beziehung zu ihrer Mutter und ihrer Eifersucht gegenüber den Halbgeschwistern emotional verstrickt ist. Unverkennbar hat sie in der Rolle ihrer Mutter das Beziehungsmuster ihrer Kindheit re-inszeniert, ohne wahrzunehmen, was sie Hanna damit antut. Erst im Moment des Kopfschlagens spürt sie für einen Moment den Schmerz, den sich Hanna selbst zufügt, fühlt sie, dass sich in Hannas Erleben und Verhalten ihr eigenes Schicksal wiederholt und dass sie sie selbst in diese Rolle zwingt. Sie beginnt Hannas trotziges Aufbegehren und selbstverletzendes Kopfschlagen zu verstehen, ihren verzweifelten Kampf um Zuwendung und Nähe, und zieht auf einmal eine Parallele zu ihrem Suizidversuch, der auch nichts anderes gewesen sei als ein Ringen um Zuwendung. Und sie begreift, dass ihre Affektdurchbrüche von Hass und Feindseligkeit gegenüber Hanna aus den noch ungeheilten Verletzungen ihrer Beziehungsvorgeschichte herrühren und sich lediglich an Hannas Abwehrverhalten beim Wickeln oder Trotzen entzünden.

Im Gespräch mit der Therapeutin beginnt sich das Gespenst aus dem realen Beziehungskontext mit Hanna zu verflüchtigen, die Verstrickung zwischen ihrer eigenen Geschichte und der Entwicklung ihrer kleinen Tochter mit ihren bemerkenswerten Fähigkeiten, frühkindlichen Bedürfnissen und alterstypischen Gefühlen beginnt sich zu entzerren.

Die Therapeutin lenkt abschließend die Aufmerksamkeit auf die allererste Phase des gemeinsamen Spiels, auf Hannas Fröhlichkeit und spontane positive Zuwendung im Spiel. Sie bestärkt die Mutter in ihren intuitiven mütterlichen Kompetenzen, die für Mutter und Tochter neue Erfahrungen einer positiven emotionalen Bezogenheit ermöglicht haben. Und sie erarbeitet mit der Mutter, wie solche Erfahrungen regelmäßig in ihrem Alltag mit beiden Kindern Platz finden können.

5.4 Weiteres Vorgehen

Weitere therapeutische Sitzungen wurden geplant, um dysfunktionale Kommunikationsmuster auch in anderen Alltagsbereichen aufzulösen und positive Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, beim Wickeln, Umgang mit Grenzen und Rivalisieren der Geschwister. Die beziehungstherapeutische Arbeit weckte darüber hinaus den Wunsch der Mutter nach einer individuellen Psychotherapie zur eigenen Stabilisierung und mit dem Ziel, die „Gespenster in ihrer unterirdischen Bleibe“ (Fraiberg et al. 1975) dauerhaft vom erneuten Eindringen in die Beziehung fernzuhalten.

6 Zusammenfassung und Ausblick

Regulationsstörungen der frühen Kindheit stellen ernst zu nehmende Belastungen und Gefährdungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen und Bindungsentwicklung dar, die ihrerseits die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes langfristig bedrohen können. Der Beitrag führt in das Konzept der frühkindlichen Regulationsstörungen und der integrativen kommunikationszentrierten Eltern-Kleinkind-Psychotherapie ein. Erscheinungsbild, diagnostisches Vorgehen und einzelne Facetten der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie werden anhand einer Fallgeschichte aus der „Münchener Sprechstunde für Schreibabys“ dargestellt.

Der hier vertretene Begriff der frühkindliche Regulationsstörungen, der auf einer systemischen Sichtweise und klinischen Analysen einer umfangreichen Stichprobe von Säuglingen und Kleinkindern mit einem breiten Spektrum von Regulationsproblemen beruht, weicht von der in der angloamerikanischen Literatur gebräuchlichen Diagnose „regulatory disorder“ ab. Das von einer amerikanischen Task Force erarbeitete Klassifikationsmanual ZERO TO THREE (1994) sucht der Komplexität frühkindlicher Störungsbilder durch ein multiaxiales System gerecht zu werden. Demnach verlangt die Diagnose „regulatory disorder“ auf Achse I den Nachweis einer primär im Kind angesiedelten Störung der sensorischen, sensomotorischen und/oder organisatorisch-integrativen Reiz- und Informationsverarbeitung, die als pathognomonisch und damit als Abgrenzungskriterium gegenüber Affektstörungen und anderen Störungen auf Achse I gilt (DeGangi et al. 1993; Greenspan 1992). Problematisch an dieser Sichtweise ist zum einen der noch immer bestehende Mangel an reliablen und validen diagnostischen Verfahren für das Säuglings- und frühe Kleinkindalter, zum anderen die mangelnde Trennschärfe und dynamische Wechselseitigkeit von primär kindlichen und primär elterlichen Faktoren, die auf der Kommunikationsebene gleichermaßen wirksam werden.

Den eigenen Untersuchungen nach manifestieren sich frühkindliche Regulationsstörungen typischerweise als Trias von kindlichem Verhaltensproblem, elterlichem Überlastungssyndrom und dysregulierten Interaktionsmustern. Die Störung liegt nicht allein im Kind – etwa in Form einer konstitutionell bedingten Vulnerabilität –, sie liegt nicht allein in elterlichem Versagen – etwa bei einer Wochenbettdepression der Mutter oder anderen psychosozialen bzw. psychodynamisch wirksamen biographischen Belastungen der Eltern –, sondern sie ist sehr konkret im interaktionellen Alltag von Eltern und Kind und damit in den sich entwickelnden Eltern-Kind-Beziehungen angesiedelt. Weder lassen sich die Störungsbilder ätiologisch einseitig dem Kind zuschreiben, noch eindeutig einem Teilbereich der frühkindlichen Entwicklung (wie der Wahrnehmungsverarbeitung, den Affekten, der Aufmerksamkeit, der Bindung), noch einseitig einer in der Mutter verankerte Beziehungstörung (Papoušek 2004). Konsequenterweise folgt aus diesem Verständnis ein multimodales therapeutisches Vorgehen, das den aktuellen Problemen des Kindes, den belasteten Eltern und den aktuellen alltäglichen Kommunikationsprozessen gleichermaßen gerecht wird.

Die Wirksamkeit unterschiedlicher Formen von Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Psychotherapien wurde in vergleichenden Evaluationsstudien mehrfach aufgezeigt

(Cohen et al. 2002; Cooper u. Murray 1997; Robert-Tissot 1996). Das eigene Behandlungskonzept sucht Wissen, Methoden und Techniken aus verschiedenen Schulen in einem kommunikationszentrierten Ansatz zu integrieren und in Abstimmung auf die jeweiligen Entwicklungsbedürfnisse des Kindes und seiner Eltern abzustimmen.

Das erhöhte Risiko von Säuglingen und Kleinkindern mit Regulationsstörungen, im späteren Kindesalter an externalisierenden oder internalisierenden Störungen zu erkranken (Laucht et al. 2004; Wolke et al. 2002), weist auf die Dringlichkeit frühzeitiger therapeutischer Interventionen hin. Auch wenn die entwicklungspsychopathogenetischen Mechanismen noch nicht endgültig aufgeklärt sind, ist aufgrund der bisherigen klinischen Erfahrungen mit hoher Wahrscheinlichkeit damit zu rechnen, dass dysregulierte Kommunikations- und Beziehungsmuster in der frühen Kindheit im Kontext kumulativer Belastungen von Kind und/oder Eltern persistieren. Zum Erfolg der vergleichsweise kurzen Frühtherapien trägt auch bei, dass sie in einer Phase besonders intensiver Anpassungs-, Reifungs- und Lernprozesse greifen, in der 1. die Störung im Wesentlichen noch in den Interaktionserfahrungen des Alltags angesiedelt und noch nicht strukturell im Kind verankert ist, und in der 2. die Eltern selbst noch in einer psychodynamisch bedeutsamen Reorganisationsphase stehen und für Veränderungsprozesse besonders offen sind.

Literatur

- Brazelton, T. B. (1994): Touchpoints: Opportunities for preventing problems in the parent-child relationship. *Acta Paediatrica*, Suppl. 394: 35–39.
- Cohen, N.; Muir, E.; Lojkasek, M. (2003): „Watch, Wait and Wonder“ – ein kindzentriertes Psychotherapieprogramm zur Behandlung gestörter Mutter-Kind-Beziehungen. *Kinderanalyse* 11(1): 58–79.
- Cohen, N. J.; Lojkasek, M.; Muir, E.; Muir, R.; Parker, C. J. (2002): Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Kinderanalyse* 11: 58–79.
- Cooper, P. J.; Murray, L. (1997): The impact of psychological treatments of postpartum depression on maternal mood and infant development. In: Murray, L.; Cooper, P. J. (Hg.): *Postpartum depression and child development*. New York: The Guilford Press, S. 201–220.
- DeGangi, G. A.; Porges, S. W.; Sickel, R. Z.; Greenspan, S. I. (1993): Four-year follow-up of a sample of regulatory disordered infants. *Infant Mental Health Journal* 14: 330–343.
- Dornes, M. (2000): *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch-Verlag.
- Downing, G. (2003): Video-Mikroanalyse-Therapie: Einige Grundlagen und Prinzipien. In: Scheuerer-Englisch, H.; Suess, G.; W.-K. P. Pfeifer (Hg.): *Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 51–68.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. L.; Target, M. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. (1975): Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problem of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 14: 387–422.
- Greenspan, S. I. (1992): *Regulatory disorders. Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison, CT: International Universities Press.
- Largo, R. H. (2003): *Spielend Lernen*. In: Papoušek, M.; Gontard, A. von (Hg.): *Spiel und Kreativität in der frühen Kindheit*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 56–75.

- Laucht, M.; Esser, G.; Schmidt, M. H. (1993): Psychische Auffälligkeiten im Kleinkind- und Vorschulalter. *Kindheit und Entwicklung* 2: 143–149.
- Laucht, M.; Schmidt, M. H.; Esser, G. (2004): Frühkindliche Regulationsprobleme: Vorläufer von Verhaltensauffälligkeiten der späteren Kindheit. In: Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Krisen und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber, S. 339–356.
- Lieberman, A. F., Pawl, J. H. (1993): Infant-parent psychotherapy. In: Zeanah, C. H., Jr. (Hg.): *Handbook of infant mental health*. 1. Aufl. New York: The Guilford Press, S. 427–442.
- Lieberman, A. F.; Silverman, R.; Pawl, J. H. (2000): Infant-parent psychotherapy: Core concepts and current approaches. In: Zeanah, C. H., Jr. (Hg.): *Handbook of infant mental health*. 2. Aufl. New York: The Guilford Press, S. 472–484.
- McDonough, S. C. (1993): Interaction guidance: Understanding and treating early infant-caregiver relationship disturbances. In: Zeanah, C. H., Jr. (Hg.): *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press, S. 414–426.
- Papoušek, H. (2000): Intuitive parenting. In: Fitzgerald, H. E.; Osofsky, J. D. (Hg.): *Handbook of infant mental health*. Bd. 3. New York: Wiley, S. 299–321.
- Papoušek, M. (1998): Das Münchner Modell einer kommunikationszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und -Psychotherapie. In: Klitzing, K. von (Hg.): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 88–118.
- Papoušek, M. (1999): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Entstehungsbedingungen im Kontext der Eltern-Kind-Beziehungen. In: Oerter, R.; Hagen, C. von; Roeper, G.; Noam, G. (Hg.): *Klinische Entwicklungspsychologie*. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union, S. 148–169.
- Papoušek, M. (2000): Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49 (8): 611–627.
- Papoušek, M. (2004): Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In: Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber, S. 77–110.
- Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.) (2004): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber.
- Papoušek, M.; Hofacker, N. von (2003): Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen (R9). In: Reinhardt, D.; Deutsche Gesellschaft für Kinder- u. Jugendmedizin (Hg.): *Leitlinien Kinderheilkunde und Jugendmedizin*. München: Urban & Fischer, S. 1–10.
- Robert-Tissot, C.; Cramer, B.; Stern, D.; Serpa, S. R.; Bachmann, J.-P.; Palacio-Esposa, D.; Knauer, D.; De Muralto, M.; Merney, C.; Mediguren, G. (1996): Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: 75 cases. *Infant Mental Health Journal* 17: 97–114.
- Stern, D. N. (1998): Die Mutterschaftskonstellation: eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Wolke, D. (1999): Interventionen bei Regulationsstörungen. In: Oerter, R.; Hagen, C. von; Roeper, G.; Noam, G. (Hg.): *Lehrbuch der klinischen Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Beltz Verlag, S. 350–380.
- Wolke, D.; Rizzo, P.; Woods, S. (2002): Persistent infant crying and hyperactivity problems in middle childhood. *Pediatrics* 109: 1054–1060.
- Wollwerth de Chuquisengo, R.; Papoušek, M. (2004): Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie. In: Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber, S. 281–309.
- Wurmser, H.; Papoušek, M. (2004): Zahlen und Fakten zu frühkindlichen Regulationsstörungen: Datenbasis aus der Münchner Spezialambulanz. In: Papoušek, M.; Schieche, M.; Wurmser, H. (Hg.): *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber, S. 49–76.

Wurmser, H.; Papoušek, M. (2004): Zur Entwicklungsprognose von „Schreibabys“. In: Suchodoletz, W. (Hg.): Welche Chancen haben Kinder mit Entwicklungsstörungen? Göttingen: Hogrefe, S. 33–62.

ZERO TO THREE, D. C. T. F. (1994): Diagnostic classification: 0–3. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. Arlington, VA: National Center for Clinical Infant Programs.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Mechthild Papoušek, Strassbergerstraße 43, 80809 München;
E-Mail: cry.kiz@lrz.uni-muenchen.de