

Barth, Renate und Warren, Beulah

**Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind
ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern
in Sydney**

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42 (1993) 9, S. 339-345

urn:nbn:de:bsz-psydok-36820

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

Erziehungsberatung

- JAEDE, W.: Trennungs- und Scheidungsberatung in Erziehungsberatungsstellen unter besonderer Berücksichtigung kindlicher Entwicklungskriterien (Counseling in Situations of Separation and Divorce) 42
- SPECHT, F.: Zu den Regeln des fachlichen Könnens in der psychosozialen Beratung von Kindern, Jugendlichen und Eltern (The Rules of Expert Skills in Psycho-Social Counseling of Children, Adolescents and Parents) ... 113

Forschungsergebnisse

- AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W./WILKES, J.: Umschriebene Sprachentwicklungsrückstände bei Sonderschülern (Specific Language Retardation in Educationally Subnormal Children) 150
- BERNHARDT, H.: „Niemals auch nur zu den primitivsten Arbeitsleistungen zu gebrauchen“. Die Tötung behinderter und kranker Kinder 1939 bis 1945 in der Landesheilanstalt Ueckermünde ("Never Usable for Even the Most Primitive Jobs" – The Killing of Handicapped and Ill Children 1939 Until 1945 in the State Mental Hospital of Ueckermünde) 240
- ECK, M./LOHAUS, A.: Entwicklung und Evaluation eines Präventionsprogramms zum sexuellen Mißbrauch im Vorschulalter (Development and Evaluation of a Program for Sexual Abuse Prevention in Preschool Children) 285
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Evaluation eines Intensivtherapie-Programms zur Behandlung schwerer Verhaltensstörungen bei geistig Behinderten mit autistischen und psychotischen Verhaltensweisen (Treatment Evaluation of Severe Behavior Disorders in Mentally Handicapped Persons with Autistic or Psychotic Symptoms) 248
- GERWERT, U./THURN, C./FEGERT, J.: Wie erleben und bewältigen Mütter den sexuellen Mißbrauch an ihren Töchtern? (How do Mothers Experience the Sexual Abuse of Their Daughters?) 273
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Ich-Entwicklung im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen Patienten und gesunden Kontrollprobanden (Ego Development in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 106
- KAPFFHAMMER, H.-P./NEUMEIER, R./SCHERER, J.: Identitätsstatus im Übergang von Jugend und jungem Erwachsenenalter: Eine empirische Vergleichsstudie bei psychiatrischen und gesunden Kontrollprobanden (Identity Status in the Transition from Adolescence to Adulthood: A Comparison of Psychiatrically Ill and Mentally Healthy Young Adults) 68
- KLICPERA, C./SCHABMANN, A.: Die Häufigkeit von emotionalen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten im Unterricht und der Zusammenhang mit Lese- und Rechtschreibschwierigkeiten: Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung (The Frequency of Emotional Problems

- and Maladaptive Classroom-Behavior and Their Relation to Reading and Spelling Difficulties: Results of a Longitudinal Study) 358
- KÜHL, R./HINRICHS, G.: Attributionsstile bei psychisch und somatisch erkrankten Jugendlichen (Attributional Styles in Adolescents with Psychic and Somatic Disorders) 204
- KÜSSEL, M./NICKENIG, L./FEGERT, J.: „Ich hab' auch nie etwas gesagt.“ Eine retrospektiv-biographische Untersuchung zum sexuellen Mißbrauch an Jungen ("I Never Said Anything." – A Retrospective-Biographical Study About Sexual Abuse of Boys) 278
- LANFRANCHI, A.: „... wenigstens in meinem Dorf ist es Brauch...“. Von der Stagnation zur Transformation familiärer Wirklichkeitskonstrukte ("... at least in my village it's a custom...". From Stagnation to Transformation in Immigrant Family 'Reality Constructs') 188
- LANGENFELDT, H.-P./LUYS, K.: Mütterliche Erziehungseinstellungen, Familienklima und Neurodermitis bei Kindern – eine Pilotstudie (Educational Attitudes, Family's Atmosphere and Atopic Eczema in Children – a Pilot Study) 36
- SARIMSKI, K.: Aufrechterhaltung von Schlafstörungen im frühen Kindesalter: Entwicklungspsychopathologisches Modell und Pilot-Studie (Sleep Disorders in Early Childhood: Developmental Psychopathology an Results of a Pilot Study) 2
- SCHEPKER, R.: Die Bedeutung der Schulleistungen bei Jugendlichen mit anorektischen Störungen (School Performance in Adolescents with Anorectic Disorders) .. 8
- SUESSE, T./MEYER, H.: Die „Kinderfachabteilung“ in Lüneburg: Tötung behinderter Kinder zwischen 1941 und 1945 (The "Spezialized Children's Department" in Lüneburg: The Killing of Handicapped Children between 1941 and 1945) 234
- WILKES, J./AMON, P./BECK, B./CASTELL, R./MALL, W.: Motorische Entwicklungsstörungen und psychiatrische Diagnosen bei Sonderschülern (Motor Function Disorder and Psychiatric Diagnoses of Educationally Subnormal Children) 198
- WINTER, S./KNÖLKER, U.: Zum Berufsverständnis der Ärztinnen/Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in den alten Bundesländern (1990) (The Professional Concepts of Child and Adolescent Psychiatrists in Former West Germany) 208

Praxisberichte

- BARTH, R./WARREN, B.: Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney (Fostering a Positive Relationship Between Parents and Child – A Counseling Service for Families with Infants in Sydney) 339
- HINRICHS, G./LANGKAMP, A.: Eine sozialpädagogisch orientierte Therapiestation in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie (A Socio-Pedagogic Oriented

Therapeutic Ward in a Clinic for Child and Adolescent Psychiatry)	167	REITER-THEIL, S./EICH, H./REITER, L.: Der ethische Status des Kindes in der Familien- und Kinderpsychotherapie (The Ethical Status of the Child in Family and Child Psychotherapy)	14
KNOKE, H.: Teamsupervision in Kindertagesstätten (Team Supervision in Child Care Centers)	83	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (I) Begründung und Problematik der psychosomatischen Kooperation (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (I) Motives and Problems of an Interdisciplinary Approach)	260
SARIMSKI, K.: Focussierte Beratung mit Müttern ehemaliger Frühgeborener (Focused Counseling for Mothers of Discharged Preterm Babies)	363	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (II) Psychosoziale Versorgung heißt Experimentieren (The Role and the Task of Psychosocial Specialists Working in Pediatric Hospitals: (II) There is no Good Psychosocial Care in Medical Settings without Improvisation)	299
SCHORNSTHEIMER, G.: Artefakt als kreatives Geschehen – eine Falldarstellung (Dermatitis Artefacta as a Creative Attempt to Conflict Solving)	78	ULLRICH, G.: Rollen und Aufgaben psychosozialer Mitarbeiter in der Kinderklinik: (III) Resümee (The Role and the Task of Psychosocial Specialists in Pediatric Hospitals: (III) Resume)	326
STREHLOW, U./KIRCHMANN, H.M.A./SCHÄFER, H.: Ein ungewöhnliches Zusammentreffen: Elektiver Mutismus und Syndrom des schlafgebundenen bioelektrischen Krampfstatus (ESES) (An Unusual Coincidence: Elective Mutism and Sleepbound Bioelectric Seizures (ESES))	157	VOLL, R.: Der Scham-Schuld-Sorge-Komplex bei Eltern von Kindern nach Schädel-Hirn-Trauma (The Shame-Guilt-Care-Complex of Parents of Children after Cranio-Cerebral-Trauma)	331
WERNITZNIG, H.: Stationäre Behandlung eines elektiv mutistischen Kindes – eine Fallstudie (Residential Treatment of a Prolonged Electively Mute Boy – A Case Study)	160	WIESSE, J.: Vom langen Abschied – Wege der Psychoanalyse in der Spätadoleszenz (The Long Good-Bye – Ways of Psychoanalysis in Late Adolescence)	171
Psychotherapie		Werkstattberichte	
WITTENBERGER, A.: Gegenübertragung als therapeutisches Instrument in der analytischen Kinderpsychotherapie (Countertransference as a Therapeutic Instrument in Analytical Child Therapy)	88	VERGHO, C./LOSSEN, H.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung im Amtsgericht: das Regensburger Modell	345
Übersichten		WAGNER, A./WEGENER, M.: Adoption – eine unwiderrufliche Entscheidung	55
BAETHGE, G.: Ängste und unbewußte Phantasien in Adoptionsfamilien (Fears and Unconscious Phantasies in Adoptive Families)	49	Tagungsberichte	
BAUERS, B.: Die „dritte Beziehung“: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (The Third Relationship: The Triangulating Functions in Analytic Child and Adolescent Psychotherapy)	124	Grenzüberschreitungen in der Psychoanalyse – Arbeitstagung der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft e. V. vom 20.–23. Mai 1993 in Göttingen	348
BERGER, M.: Zur Entwicklung von Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung ihrer Eltern (Psychological and Child Psychiatric Aspects of Child Development After Their Parents had Undergone Medical Treatment of the Reproductive System)	368	10 Jahre Weiterbildungsseminar für Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapie in Marburg	25
BRANIK, E.: Der psychosomatische Konsiliar- und Liaison-Dienst in der Pädiatrie (Psychosomatic Consultation-Liaison Service in Pediatrics)	373	Buchbesprechungen	
FEGER, J./GERWERT, U.: Qualitative Forschungsansätze im praxisnahen Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Methodology of Qualitative Research and its Practical Use in the Child Psychiatric Study)	293	BASTINE, R. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Bd. 2	224
HEEKERENS, H.-P.: Die Wirksamkeit des GORDON-Elterntraining (The Efficacy of Parent Effectiveness Training)	20	BERG, I.K.: Familien-Zusammenhalt(en). Ein kurztherapeutisches und lösungsorientiertes Arbeitsbuch	312
HUMMEL, P./ASCHOFF, W./BLESSMANN, F./ANDERS, D.: Sexuell aggressive Handlungen durch einen Jugendlichen mit Klinefelter-Syndrom (Sexually Aggressive Actions of a Youth with Klinefelter-Syndrome)	132	BRUNS, I.: „Ich hab die doch so lieb...“ Wenn ein Kind an Krebs erkrankt	351
KUSCH, M./VETTER, C./BODE, U.: Stationäre psychologische Betreuung in der pädiatrischen Onkologie: Konzept einer behandlungsbegleitenden Versorgung (On the Ward Psychological Care in the Pediatric Oncology: A Concept of Treatment-Accompanied Psychological Care)	316	BUNDSCHUH, K.: Heilpädagogische Psychologie	311
		CARDENAS, B.: Diagnostik mit Pfiffigunde	222
		CHILAND, E./YOUNG, E. (Eds.): New Approaches to Mental Health from Birth to Adolescence	222
		DE SHAZER, S.: Putting Difference to Work	218
		DOHMEN-BURK, R.: Gestörte Interaktion und Behinderung von Lernen	30
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 28	61
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 29	220

FABER, F.R./HAARSTRICK, R.: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien	62	PETERMANN, F./LECHELER, J. (Hrsg.): Asthma bronchiale im Kindes- und Jugendalter	29
FINGER-TRESCHER, U.: Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenpsychotherapie	64	PETILLON, H.: Das Sozialleben des Schulanfängers. Die Schule aus der Sicht des Kindes	352
FORSCHUNGSGRUPPE JUGENDHILFE KLEIN-ZIMMERN: Familiengruppen in der Heimerziehung. Eine empirische Studie zur Entwicklung und Differenzierung von Betreuungsmodellen	63	RAUCHFLEISCH, U.: Allgegenwart von Gewalt	308
GAEDT, C./BOTHE, S./HENNING, M. (Hrsg.): Psychisch krank und geistig behindert	383	RESCH, F.: Therapie der Adoleszentenpsychosen	29
GEHRING, T.-M.: Familiensystemtest (FAST)	355	ROSSMANN, P.: Depressionsdiagnostik im Kindesalter	28
GIRGENSOHN-MARCHAND, B.: Der Mythos Watzlawick. Eine Streitschrift gegen systemisches und konstruktivistisches Denken in pädagogischen Zusammenhängen	382	RUBIN, J.A.: Kunsttherapie als Kindertherapie	382
HIRBLINGER, H.: Pubertät und Schülerrevolte. Gruppenphantasien und Ich-Entwicklung in einer Schulklasse – eine Falldarstellung	308	SARIMSKI, K.: Interaktive Frühförderung. Behinderte Kinder: Diagnostik und Beratung	383
JANSEN, F./STREIT, U.: Eltern als Therapeuten. Ein Leitfaden zum Umgang mit Schul- und Lernproblemen	221	SCHAFER, M.R.: ... und was geschieht mit den Kindern?	218
KOLIP, P.: Freundschaften im Jugendalter. Der Beitrag sozialer Netzwerke zur Problembewältigung	354	SCHARFWINKEL, U.: „Ich gehe jetzt in mein anderes Zuhause.“ Werden und Wachsen in einer Kinderklinik	351
Lieb, H./Lutz, R. (Hrsg.): Verhaltenstherapie	353	SOLNIT, J.A./NEUBAUER, P.B. (Eds.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 46	92
LUDEWIG, K.: Systemische Therapie. Grundlagen klinischer Theorie und Praxis	219	STEINHAUSEN, H.-C. (Hrsg.): Hirnfunktionsstörungen und Teilleistungsschwächen	311
MASSING, A./REICH, G./SPERLING, E.: Die Mehrgenerationen-Familientherapie	225	STIERLIN, H.: Von der Psychoanalyse zur Familientherapie	30
MISCHNICK, H./ROSSBACH, M.: Das Sexualverhalten Jugendlicher unter der Bedrohung von AIDS	62	VAN DEN BROEK, J.: Verschwiegene Not: Sexueller Mißbrauch an Jungen	352
MOHR, P.: Jürgen Bartsch: Opfer und Täter. Das Selbstbild des Kindermörders in Briefen	31	WIESSE, J. (Hrsg.): Chaos und Regel. Die Psychoanalyse in ihren Institutionen	220
MORDIER, J.P.: Die Latenzzeit der französischen Psychoanalyse 1895–1926	351	WITTE, E.H./KESTEN, I./SIBBERT, J.: Trennungs- und Scheidungsberatung	309
MUSSEN, P.H./CONGER, I.J./KAGAN, I./HUSTON, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie, Bd. 1	312	ZUSCHLAG, B.: Das Gutachten des Sachverständigen. Rechtsgrundlagen, Fragestellungen, Gliederung, Rationalisierung	64
MÜLLER, A.: Kommunikation und Schulversagen. Systemtheoretische Beobachtungen im Lebensfeld Schule	28		
NIENSTEDT, M./WESTERMANN, A.: Pflegekinder: Psychologische Beiträge zur Sozialisation von Kindern in Ersatzfamilien	59	Editorial 232, 273	
OTTO, H.U./FLÖSSER, G. (Eds.): How to Organize Prevention	311	Mitteilungen der Herausgeber 350	
		Autoren der Hefte 27, 57, 92, 139, 171, 215, 266, 306, 350, 379	
		Diskussion/Leserbriefe 27	
		Zeitschriftenübersicht 58, 139, 216, 306, 380	
		Tagungskalender 33, 65, 102, 145, 182, 226, 269, 314, 356, 382	
		Mitteilungen 33, 66, 102, 146, 183, 226, 270, 385	

Zur Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind – ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Sydney

Renate Barth und Beulah Warren

Zusammenfassung

Das „Early Intervention Programme“ ist eine stadtteilbezogene Beratungsstelle für Familien mit Kindern bis zu 3 Jahren in Australien. Das Konzept orientiert sich an dem in den siebziger Jahren von FRAIBERG (1980) entwickelten Programm zur Förderung der seelischen Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern („infant mental health program“). Im Mittelpunkt der Beratungsarbeit steht die Förderung einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind. Behandlungen können in Form entwicklungsbezogener Beratung, Psychotherapie und konkreter lebenspraktischer Hilfeleistung durchgeführt werden. Das Kind ist eine wichtige Person des Interventionsprozesses.

1 Einleitung

Aufbauend auf den neuen Erkenntnissen der Säuglings- und Kleinkindforschung wurden spezifische Interventionsformen entwickelt, die in Deutschland noch weitgehend unbekannt sind (vgl. z.B. FRAIBERG 1980; HELFER 1987; PRATT 1990; BREAKKEY 1990; EGELAND u. ERICKSON 1990; OLDS u. KITZMAN 1990; LIEBERMANN et al. 1991). Kernstück dieser Ansätze ist die Eltern-Kind-Beziehung. Im folgenden soll das „Early Intervention Programme“, ein Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Australien dargestellt werden.

2 Das „Early Intervention Programme“

Das „Early Intervention Programme“ (EIP) in Sydney, Australien, ist eine stadtteilbezogene Beratungsstelle für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Sie wurde 1988 nach einer zweijährigen Planungsphase von dem ältesten Wohltätigkeitsverband Australiens, der Benevolent Society of New South Wales, mit finanzieller Unterstützung der Gesundheitsbehörde ins Leben gerufen (SHEA-EVERIDGE 1986). Die Einrichtung wird als Projekt zur Prävention von Kindesmißhandlungen und Kindesvernachlässigungen gefördert, übt aber keinerlei hoheitliche Aufgaben aus.

Das Konzept orientiert sich an dem in den siebziger Jahren von der Psychoanalytikerin und Sozialarbeiterin SELMA FRAIBERG (1980) entwickelten Behandlungsansatz

zur Förderung der seelischen Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern („infant mental health program“).

Die Räume des EIP sind im Royal Hospital for Women, einem großen Frauenkrankenhaus mit Entbindungs- und Säuglingsintensivstation untergebracht. Es wurde schwerpunktmäßig für Familien eingerichtet, die im östlichen Teil von Sydney wohnen. Dieser Stadtteil besteht aus Sozialwohnungsgebieten, dem Prostitutionsviertel und Wohnungen/Häusern des mittleren und gehobenen Mittelstandes.

Die Klientel kommt zu etwa 50 % aus dem Krankenhaus selbst. Die andere Hälfte erreicht das EIP auf Empfehlung anderer psychosozialer Einrichtungen im Stadtteil bzw. über Eigenanmeldungen betroffener Familien. Die Teilnahme ist freiwillig und kostenlos.

Da Probleme auch im frühen Säuglings- und Kleinkindalter nie nur auf eine einzige Ursache zurückzuführen sind, arbeitet das EIP in einem interdisziplinären Team zusammen. Es besteht z.Zt. aus zwei Klinischen Psychologinnen, einer Sozialarbeiterin, einer Beschäftigungstherapeutin, einer Krankenschwester/Hebamme, einer Krankengymnastin (halbtags) und einer Verwaltungskraft. Ein Teammitglied ist stets „Haupttherapeut“ für eine Familie und andere Mitarbeiter werden ggfs. für einige Sitzungen als Berater hinzugezogen. Durch diesen Ansatz soll der Aufbau von Bindungen zwischen Klient und Therapeut gefördert werden. Dies ist besonders wichtig für Familien, in denen die Eltern negative frühkindliche Bindungserfahrungen hatten.

3 Klientel

Das EIP bietet Diagnostik, Beratung und Therapie für Familien, die ein Baby erwarten oder ein Kind im Alter von bis zu 3 Jahren haben. Der weitaus größte Teil der Familien hat Probleme mit Kindern im ersten Lebensjahr. Gründe für eine Kontaktaufnahme liegen z.B. dann vor, wenn Babys bzw. Kleinkinder viel schreien, an Schlafstörungen leiden, Probleme mit der Nahrungsaufnahme oder Gewichtszunahme haben, ohne daß eine medizinische Ursache dafür vorläge, oder wenn während der Geburt Komplikationen aufgetreten sind. Dabei kommt der Behandlung frühgeborener Babys ein besonderer Stellenwert zu. Für diese Kinder und ihre Eltern wurde ein spezifischer Interventionsansatz entwickelt und evaluiert (WAR-

REN et al. 1987). Gründe auf seiten der Eltern können vorliegen, wenn das Baby ungewollt ist, wenn die Schwangerschaft sehr früh oder sehr spät eingetreten ist, wenn Eltern ein zuvor geborenes Kind durch Tod verloren haben, wenn massive Partnerschaftskonflikte vorliegen oder wenn Mütter an psychischen oder psychiatrischen Störungen (wie z. B. postnatalen Depressionen) leiden. Häufig führen auch schwerwiegende sozioökonomische Probleme zu einer Kontaktaufnahme mit der Einrichtung, da diese dem Aufbau einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind im Wege stehen können.

Die oben genannten Problembereiche werden nicht nur häufig von Eltern beklagt, sie stellen auch einen Großteil der in der Literatur genannten Risikofaktoren für Kindesmißhandlungen und Kindesvernachlässigungen dar (vgl. z. B. ENGFER 1986; BROWNE 1988; MARTINIUS u. FRANK 1990).

4 Erreichen der Klientel: Konzept aufsuchender Gesundheitsarbeit

Das EIP unternimmt besondere Anstrengungen, um auch Familien zu erreichen, die weniger dazu neigen, angebotene Hilfen in Anspruch zu nehmen. Dies geschieht durch das Konzept aufsuchender Gesundheitsarbeit. Dabei kommen zwei Ansatzpunkte zum Tragen: Mit ca. 50 % der Klientel erfolgt der Erstkontakt bereits auf der Entbindungs- oder Säuglingsintensivstation. Ärzte und Schwestern dieser Stationen sind erfahren darin, Probleme der Eltern wahrzunehmen und ihnen die Möglichkeit eines Gespräches mit einem Mitglied des EIP-Teams anzubieten. Dabei wird keinerlei Druck ausgeübt. Wenn die Eltern zu diesem Gespräch bereit sind, wird das EIP-Team angerufen und der Kontakt mit der Mutter bzw. den Eltern findet in der Regel noch am selben oder am kommenden Tag statt. Dies kann z. B. der Fall sein bei jugendlichen Eltern, bei Müttern mit psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen, bei Eltern mit schwerwiegenden psychosozialen Problemen oder wenn das Baby eine Risikogeburt war. Häufig besteht der Grund für den Kontakt jedoch darin, daß die Mutter unglücklich wirkt oder Schwierigkeiten damit zu haben scheint, einen befriedigenden Dialog mit dem Baby aufzunehmen.

Ein weiterer Aspekt der aufsuchenden Gesundheitsarbeit besteht im Angebot von Hausbesuchen. Dadurch soll es Familien erleichtert werden, Hilfen in Anspruch zu nehmen, denen dies ansonsten schwerfallen würde. Für viele Familien mit Säuglingen und Kleinkindern, insbesondere wenn sie auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind, ist es nicht einfach, zu einem vereinbarten Zeitpunkt einen Termin in einer Beratungseinrichtung wahrzunehmen. Anderen scheint es darüber hinaus leichter zu fallen, Hilfen in Anspruch zu nehmen, wenn sie in den eigenen Räumlichkeiten stattfinden. Von den Klienten des EIP entscheiden sich über 90 % für eine Intervention in Form von Hausbesuchen. Hausbesuche haben einen weiteren Vorteil. Sie erlauben eine umfassendere Beurteilung der familiären Situation und der dort stattfindenden Interaktionen.

5 Ziel der Intervention und Faktoren, die in der Behandlung Berücksichtigung finden

Das EIP arbeitet im Rahmen des sozial-situationalen Erklärungsmodells für Kindesmißhandlungen und Kindesvernachlässigungen. Diesem Erklärungsmodell zufolge sind Mißhandlungen und Vernachlässigungen Ausdruck ungünstig verlaufender Eltern-Kind-Interaktionen (ENGFER 1986). Das Ziel der Behandlung besteht deshalb darin, Eltern und Babys zu unterstützen, in einen gefühlsbetonten und für beide Seiten befriedigenden Dialog miteinander zu treten und dadurch den Aufbau einer positiven Beziehung zu fördern (SHEA-EVERIDGE 1986). Die Beziehung zwischen Eltern und Kind wird bestimmt durch:

- (a) Faktoren auf seiten des Kindes wie z. B. perinatale Risikofaktoren, Geschlecht, äußere Erscheinung, Temperament, die Erkennbarkeit bzw. „Lesbarkeit“ der inneren Verfassung (vgl. z. B. BRAZELTON 1975, 1984).
- (b) Faktoren auf seiten der Eltern wie z. B. Kindheitserlebnisse bezogen auf Bindungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen, Persönlichkeitsvariablen, Erziehungsverhalten.
- (c) die Kombination spezifischer Eltern-Kind-Konstellationen. Dabei scheint zwei Aspekten eine besondere Bedeutung zuzukommen: dem guten und schlechten Zusammenpassen spezifischer Eltern-Kind-Paare („goodness of fit“ Modell von CHESSE u. THOMAS 1984) sowie den Phantasien, die ein bestimmtes Kind aufgrund seiner individuellen Merkmale bei den Eltern auslöst (BRAZELTON u. CRAMER 1991).
- (d) sozio-ökonomische und sozio-kulturelle Kontextbedingungen der Eltern-Kind-Beziehung. Erstere scheinen insbesondere bei vernachlässigenden Familien eine entscheidende Rolle zu spielen (ENGFER 1986; STÖHR 1990).

Im Vordergrund der Intervention steht immer der Bereich, der die Beziehung zwischen Eltern und Kind zum gegebenen Zeitpunkt am stärksten stört. Dies können z. B. Probleme des Babys sein, verzerrte Wahrnehmungen der Eltern oder sozio-ökonomische Probleme wie mangelndes Unterstützungssystem oder Wohnungsnot.

6 Interventionsansätze

Die Behandlung findet in der Regel in der Wohnung der betroffenen Familien statt, meist in der Küche oder im Wohnzimmer. FRAIBERG (1980) spricht in diesem Zusammenhang von „psychotherapy in the kitchen“. Von wenigen Ausnahmen abgesehen ist das Baby anwesend. Termine werden nach Möglichkeit so vereinbart, daß das Kind zu der Zeit wach ist, denn es ist eine wichtige Person in der Behandlung. Die Anwesenheit des Babys ist von großer Bedeutung. Ein Baby hat eine starke Präsenz, was dazu führt, daß die Intensität der Gefühle drastisch ansteigt, sowohl der positiven als auch der ambivalenten oder negativen. Eltern, die über ihr Kind sprechen, ohne

daß es dabei ist, tun dies manchmal in distanzierter Weise. Dies ist nur schwer möglich, wenn das Baby anwesend und wach ist, denn es tritt in einen Dialog mit den Eltern und dem Therapeuten ein. Es „erzählt“ auch, indem es durch Mimik, Gestik und Lautäußerungen zeigt, was es möchte, wie es ihm geht, ob es sich wohlfühlt oder ob es Schwierigkeiten hat. Die Eltern reagieren auf die Signale des Kindes oder sie tun dies nicht. Sie lächeln es an, reden mit ihm, halten, wickeln, stillen, füttern es oder sie interpretieren sein Verhalten in unangemessener Weise, können nicht mit dem Problem umgehen oder ignorieren die Signale ihres Kindes. D.h. wenn das Baby im Raum anwesend ist, wird nicht nur über das Problem geredet, sondern es wird im „Hier-und-Jetzt“ gelebt und in jeder Einzelheit in der häuslichen Umgebung vorgeführt.

Die Therapeutin behandelt alle Beteiligten als gleichwertige Partner in dem Sinne, daß alle etwas Wichtiges mitzuteilen haben. Sie achtet sowohl auf die Äußerungen der Eltern als auch auf die des Kindes und auf die Interaktion zwischen den beiden oder dreien. Dabei richtet sie ihr Augenmerk nicht nur auf die problematischen Aspekte der Beziehung, sondern sie versucht auch Bereiche positiver Interaktionen herauszufinden und diese besonders hervorzuheben. An einem Beispiel soll verdeutlicht werden, wie wichtig es ist, das Baby als gleichwertigen Partner in die Interaktion einzubeziehen:

Frau M. war nach der Geburt ihres ersten Kindes an einer schweren postnatalen Depression erkrankt und befand sich in stationärer psychiatrischer Behandlung. Das Kind wurde vom Vater, der sich Urlaub genommen hatte, betreut. Er wurde dabei von der Großmutter des Babys unterstützt, die extra zu diesem Zweck aus einer weiter entfernt liegenden Stadt angereist war. Ca. drei Wochen nach Einlieferung in die Klinik fand ein Treffen mit den Eltern, dem Baby, der Großmutter, der Ärztin und der EIP-Therapeutin, die als Beraterin hinzugezogen worden war, statt. Ziel des Gespräches war zu erörtern, wie es für die Familie weitergehen solle. Während des Treffens lag das Kind zunächst friedlich im Arm der Mutter, wurde dann aber zunehmend unruhiger und fing schließlich an zu weinen. Die Großmutter versuchte zu helfen. Sie streckte die Arme nach dem Kind aus und bot an, es zu übernehmen, aber die EIP-Therapeutin hielt sie davon ab. Unbeeinträchtigt von diesen Aktivitäten führte die Ärztin das Interview fort, nur ihre Stimme wurde lauter, um das Quengeln des Kindes zu übertönen. Sie verwies darauf, daß sie das Weinen des Babys nicht störe. Frau M. bemühte sich, die Fragen der Ärztin zu beantworten und gleichzeitig ihr Kind zur Ruhe zu bringen, aber es gelang ihr nicht. Die EIP-Therapeutin unterbrach schließlich das Gespräch und schlug vor zu überlegen, was das Kind sagen wolle. Die Mutter meinte, es sei müde, könne aber nicht schlafen, da sie nicht ruhig genug sei. Das Kind würde ihre Anspannung spüren. Die Anwesenden saßen nun ganz still da und beobachteten, wie Mutter und Kind versuchten, einen gemeinsamen Weg zu finden, das Baby zur Ruhe zu bringen. Es war eine Freude diesen Prozeß zu beobachten, dieses Spiel zwischen Mutter und Tochter, dieses Sich-Kennenlernen, das gemeinsame Problemlösen. Schließlich schlief das Baby auf dem Arm der Mutter ein und die Anwesenden kommentierten, wie wohl es sich dabei zu fühlen schien. Frau M. hatte sich auf eigenen Wunsch in die Psychiatrie einweisen lassen, weil sie sich nicht zutraute, ihr Kind zu versorgen. Sie fühlte sich der Situation hilflos ausgeliefert, insbesondere dann, wenn das Kind weinte und getröstet werden mußte. Während der

drei Wochen im Krankenhaus hatte sie kaum Kontakt zu dem Kind gehabt. Ihr Mann hatte es zwar zu Besuch mit in die Klinik gebracht, aber er war inzwischen aufgrund der vermehrten Zeit, die er mit dem Baby verbrachte, zum Experten für dessen Belange geworden. Die oben beschriebene Erfahrung war sowohl wichtig für die Familie als auch für die anwesenden „Experten“. Es wurde sichtbar, daß diese junge Frau trotz aller Schwierigkeiten einfühlsame mütterliche Fähigkeiten besaß und in die Beziehung zum Kind einbringen konnte. Es war eine Demonstration der Stärke, die zuvor kaum zum Tragen gekommen war.

Im folgenden soll näher auf spezifische Behandlungsansätze im EIP eingegangen werden. Behandlungen werden hauptsächlich in Form entwicklungsbezogener Beratung, Psychotherapie und konkreter lebenspraktischer Hilfeleistung durchgeführt. In der Praxis kommt es zu starken Überschneidungen dieser Verfahren.

6.1 Entwicklungsbezogene Beratung

Kinder weisen von Geburt an große individuelle Unterschiede auf, u. a. bezogen auf die Lesbarkeit ihrer inneren Befindlichkeit, Orientierungs- und Selbstregulationsfähigkeiten und motorischen Kompetenzen. BRAZELTON (1975, 1984) war einer der ersten Autoren, der darauf hingewiesen hat, daß nicht nur die Eltern das Kind formen, sondern daß das Kind von Geburt an auch einen Einfluß auf die Eltern ausübt. Kinder sind von Anfang an aktive Partner in der Interaktion. Diesem Ansatz folgend wird in der entwicklungsbezogenen Beratung versucht, die Individualität und die Stärken des Kindes herauszuarbeiten sowie seinen Beitrag in der Interaktion bzw. am Zustandekommen des Problems zu berücksichtigen.

Ausgangspunkt einer entwicklungsbezogenen Beratung ist die elterliche Sichtweise des Problems: Welche Ursachenzuschreibungen werden vorgenommen? Sind diese Ursachenzuschreibungen unangemessen, besteht das Bestreben des Therapeuten im ersten Schritt darin, sie zu modifizieren und durch stärker dem Entwicklungsstand des Kindes angemessene Erklärungen zu ersetzen. Dies soll an einem Beispiel verdeutlicht werden:

Frühgeborene Babys sind oft übersensibel und reagieren auf äußere Reize schnell mit lang anhaltendem Schreien und einer gestreckten, von der Bezugsperson wegdrängenden Körperhaltung. Dieses kann von den Eltern dahingehend interpretiert werden, daß das Baby sie ablehnt und nicht von ihnen getröstet werden will.

Um den Eltern zu helfen, ihre Ursachenzuschreibungen zu überdenken und ggfs. zu modifizieren, werden die Kinder zu Beginn der Behandlung und ggfs. zu weiteren Zeitpunkten in Anwesenheit mindestens eines Elternteils psychomotorisch untersucht (Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale, BRAZELTON 1984; Meade Movement Checklist, MEADE u. WARREN 1981; Griffiths Mental Development Scales, GRIFFITHS 1984 und 1986; Bayley Scales of Infant Development, BAYLEY 1969). Die Untersuchungen werden mit Video aufgezeichnet, so daß sie bei Bedarf zu einem späteren Zeitpunkt noch einmal gemeinsam mit den Eltern betrachtet werden können. In diesen Untersuchungen geht es darum, den Eltern die besonderen

Fähigkeiten und Schwierigkeiten ihres Kindes zu demonstrieren. Es soll ihnen erleichtert werden, das Problem von der Warte des Kindes aus zu sehen. Die Therapeutin fungiert dabei ggfs. als „Übersetzer“ der kindlichen Signale. In dem oben genannten Beispiel könnte die Therapeutin durch eine Untersuchung mit der „Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale“ zeigen, daß das Verhalten des Kindes ein Problem mangelnder Selbstregulation ist und nichts mit einer Ablehnung der Eltern zu tun hat.

Eine wichtige Säule der entwicklungsbezogenen Beratung ist die Bindungstheorie (BOWLBY 1969; AINSWORTH et al. 1978; GROSSMANN et al. 1989). Dieser Theorie zufolge ist die Feinfühligkeit, mit der die primäre Bezugsperson (in der Regel die Mutter) auf die Signale ihres Babys eingeht, eine entscheidende Variable für die Herausbildung einer sicheren Bindung im ersten Lebensjahr. AINSWORTH (1977) formulierte das Konzept der mütterlichen Feinfühligkeit, das sich heutigen Annahmen zufolge jedoch nicht nur auf das Verhalten der leiblichen Mutter, sondern auch auf das anderer kontinuierlich verfügbarer Bezugspersonen bezieht. Es beinhaltet vier Merkmale:

(a) *Die Signale des Kindes bemerken, d. h. erreichbar sein und eine niedrige Wahrnehmungsschwelle für dessen Äußerungen haben.* Manche Eltern widmen den Signalen ihres Kindes wenig Aufmerksamkeit. Die Autorin (RB) erinnert sich z. B. an einen Hausbesuch, bei dem sie das Baby bereits im Treppenhaus schreien hörte. Die Mutter bat sie ins Wohnzimmer und erzählte von ihren Problemen, während das Kind im Nebenzimmer weiter schrie. Nichts im Verhalten der Mutter deutete darauf hin, daß sie dies wahrzunehmen bzw. zu beeinträchtigen schien.

Dies ist ein eher extremer Fall. Eine Situation, die dagegen relativ häufig vorkommt, ist die, daß Signale des Kindes von den Eltern ignoriert werden. Zum Beispiel fangen Babys in der Regel nicht an zu schreien, ohne vorher „Warnsignale“ (z. B. in Form vermehrter motorischer Unruhe) abgegeben zu haben. Diese werden von den Eltern jedoch nicht immer als solche erkannt, und sie wundern sich dann, wenn das Kind „plötzlich“ in anhaltendes Schreien ausbricht. Babys setzen Signale und geraten dann sehr schnell außer sich, wenn diese nicht adäquat beantwortet werden; sie haben nicht die Fähigkeit, lange zu warten.

(b) *Die Signale richtig interpretieren, d. h. sie ohne Verzerrung wahrnehmen und sich in das Baby einfühlen können; eigene Wünsche und Stimmungen von denen des Babys abgrenzen können.* Manche Eltern interpretieren die Signale ihres Kindes falsch, weil ihre Wahrnehmung durch Projektion, Verleugnung oder andere Abwehrmechanismen verzerrt ist (siehe folgendes Kapitel). Manchmal liegt die Schwierigkeit jedoch auch darin, daß die Befindlichkeit eines Kindes nur schwer zu deuten ist. Dies ist häufig bei frühgeborenen oder anderen übersensiblen Babys der Fall. Ihre Verhaltenszustände können sich von einer Minute zur anderen in drastischer Weise verändern, indem sie auf äußere Reizeinwirkungen z. B. mit Abschalten (Habituation) oder langanhaltendem Schreien reagieren. Die Eltern verstehen oft nicht, was vor sich geht. Sie verwechseln z. B. Zeichen von Müdigkeit mit Wachheit oder deu-

ten Probleme der Selbstregulation als „das Kind will nicht schlafen“. Ein häufiges Problem im letzten Drittel des ersten Lebensjahres besteht darin, daß Eltern nicht verstehen, warum ihr Kind „plötzlich“ nicht mehr zu Personen gehen will, die es nicht kennt. Die Eltern brauchen hier jemanden, der die Signale des Baby übersetzt und für es spricht.

(c) *Angemessen auf die Signale des Kindes reagieren.* Dies geschieht in Abhängigkeit vom jeweiligen Entwicklungsstand des Kindes. Eine einfühlsame Bezugsperson gibt dem Kind, wenigstens im ersten Lebensjahr, recht oft das, was seine Signale an Bedürfnissen nahelegen. Ist sie nicht in der Lage, die Wünsche des Kindes zu erfüllen, wird sie die Wünsche zumindest als solche anerkennen. Eine angemessene Reaktion zeichnet sich auch dadurch aus, daß sie zu einer guten Lösung führt, gut abgerundet und in sich geschlossen ist. Z. B. würde eine feinfühlige Person ihr Kind dann, wenn es Trost braucht, so lange trösten, bis es sich erholt hat und diesen Prozeß nicht vorzeitig abbrechen.

Manchen Eltern fällt es schwer, die Bedürfnisse des Kindes mit den eigenen Wünschen in Einklang zu bringen. In solchen Fällen geht es in einer entwicklungsbezogenen Beratung an dieser Stelle darum, den Eltern zu helfen, Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln, die sowohl mit ihren eigenen Bedürfnissen als auch mit denen ihres Kindes vereinbar sind.

(d) *Prompte Reaktionen zeigen.* Eine feinfühlige Reaktion zeichnet sich auch dadurch aus, daß sie relativ unverzüglich auf die Kommunikation des Kindes erfolgt. Dadurch wird es dem Kind ermöglicht, eine Verbindung zwischen seinem eigenen Verhalten und den Reaktionen der Bezugspersonen zu knüpfen und so ein Gefühl der eigenen Effektivität zu erlangen.

6.2 Psychotherapeutisch orientierte Verfahren

Häufig haben Probleme aber nicht unbedingt etwas mit dem Entwicklungsstand eines Kindes zu tun. Dies ist z. B. bei Partnerschaftsproblemen der Fall oder wenn schmerzliche Erfahrungen der Eltern dem Aufbau einer positiven Beziehung zum Kind im Wege stehen. In solchen Fällen ist (sofern die Eltern dazu bereit und in der Lage sind) eine psychotherapeutische Indikation gegeben. Je nach Ausbildungsschwerpunkt der einzelnen Therapeutinnen kommen dabei hauptsächlich psychodynamisch orientierte, gesprächspsychotherapeutische und/oder familientherapeutische Ansätze zum Tragen. Einen besonderen Stellenwert nimmt dabei die Säugling-Eltern-Psychotherapie („infant-parent-psychotherapy“) von FRAIBERG (1980) ein.

Die Säugling-Eltern-Psychotherapie ist insbesondere dann indiziert, wenn Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kind mit unverarbeiteten schmerzlichen Erfahrungen der Eltern in Zusammenhang stehen. FRAIBERG (1980) beschreibt diese Situation treffend in den ersten Sätzen ihres Aufsatzes „Ghosts in the nursery“: „In jedem Kinderzimmer gibt es Gespenster. Sie sind die Besucher aus der unerinnerten Vergangenheit der Eltern, die nicht geladenen Gäste auf der Taufe“ (S. 164, eigene Überset-

zung). Während diese Gespenster in den meisten Familien durch den Aufbau einer positiven Beziehung zwischen Eltern und Kind in den Hintergrund gedrängt werden können und nur in einzelnen Momenten oder Szenen zum Vorschein kommen, nehmen sie in anderen Familien einen großen Platz ein. Sie lassen sich an der Seite des Babys nieder und stören die Beziehung zwischen Eltern und Kind. Die Eltern unterhalten dann „eine Beziehung zu einem Gespenst, das sich wie eine Trennwand zwischen sie und das Kind schiebt“ (BRAZELTON u. CRAMER 1991, S. 166). Manche Gespenster spezialisieren sich auf einzelne Bereiche wie Essen, Schlafen und Erziehungsfragen. Andere breiten sich überall aus und lassen den Eltern keine Möglichkeit, ihr Kind in seiner Einzigartigkeit wahrzunehmen. In diesen Familien treiben die Gespenster häufig schon seit mehreren Generationen ihr Unwesen.

Diese Gespenster sind für die betroffenen Familien äußerst real. Die Eltern lesen Eigenschaften in das Baby hinein, die mit dessen eigentlichem Wesen überhaupt nicht übereinstimmen. Die Vergangenheit der Eltern wird im Hier- und-Jetzt in allen Einzelheiten nachgespielt, und das Baby muß dabei ein ganz bestimmtes Gespenst der Vergangenheit verkörpern. Wir wollen dies wieder an einem Beispiel veranschaulichen:

Im EIP wurde eine Klientin behandelt, die ihren Sohn bereits im Alter von drei Monaten als sexuell provozierend erlebte. Eines Tages sagte sie beim Wechseln seiner Windel, daß er sie mit seinem Penis „anmachen würde“ („he flashes his penis at me“). Und Monate später, als das Kind zu laufen begann und, wie in diesem Alter üblich, andere Kinder umarmte und küßte, meinte die Mutter, er würde sich bevorzugt Mädchen aussuchen. Diese Frau war als Kind selbst sexuell mißbraucht worden.

BRAZELTON u. CRAMER (1991) greifen FRAIBERGS (1980) Bild der Gespenster auf und unterscheiden drei Formen: das Baby als Repäsentation eines Menschen, der in der Geschichte der Eltern eine wichtige Rolle gespielt hat; eine Wiederholung von Beziehungsmustern aus der Vergangenheit (z. B. ständiges „Tauziehen“ ums Essen, um Sauberkeit, um Disziplin mit dem Thema, wer wen beherrscht) und das Baby als Repräsentant unbewußter Aspekte eines Elternteils.

In der Säugling-Eltern-Psychotherapie versuchen Eltern und Therapeut das „Gespenst“ der Vergangenheit zu identifizieren. Erst im Anschluß an eine Auseinandersetzung mit unterdrückten Gefühlen wie Trauer, Wut, Eifersucht kann letztlich eine Bindung an ein realistischer wahrgenommenes Baby erfolgen. Der Therapeut achtet in der Therapie sowohl auf die verbalen und non-verbalen Äußerungen des Kindes als auch auf die der Eltern. Der Dialog bewegt sich vor und zurück zwischen Gegenwart und Vergangenheit, zwischen Eltern und Kind und zwischen dem Kind im Raum und Erinnerungen der Eltern an ihre eigene Kindheit.

Bei diesem Ansatz geht es um ein selektives Vorgehen (FRAIBERG 1980). Es besteht nicht das Ziel, alle Probleme der Eltern zum Gegenstand der Therapie zu machen, sondern das Baby von den Relikten der elterlichen Vergangenheit zu befreien. Wenn die Eltern darüber hinaus

an einer eigenen Therapie interessiert sind, kann dies an anderer Stelle geschehen.

6.3 Konkrete lebenspraktische Hilfeleistungen

Dem Ansatz von FRAIBERG (1980) folgend werden in der Beratung und Therapie lebenspraktische Belange der Familien nicht ausgeklammert. In einem Notfall oder wenn die Familien selbst nach eingehenden Gesprächen nicht in der Lage sind, wichtige Probleme zu lösen, werden konkrete Hilfsangebote erwogen und ggfs. durchgeführt. (Beispiele: Einführung der Mutter in eine Mutter-Kind-Krabbelgruppe, Begleitung zu einem Arztbesuch oder zur Sozialberatung, Stellung von Anträgen für eine Sozialwohnung.) An dieser Stelle soll wieder ein Beispiel herangezogen werden:

Frau U. war eine alleinerziehende Mutter von achtmonatigen Zwillingen. Sie wohnte in einer Sozialwohnung in der zweiten Etage. Die EIP-Therapeutin erschien zum Hausbesuch. Das Wetter war schlecht, es hatte schon seit über zwei Wochen ununterbrochen in Strömen geregnet. Frau U. öffnete die Tür, und auch die Zwillinge kamen angekrabbel. Der Boden der Wohnung war mit Urin durchtränkt, denn die Kinder hatten keine Windeln um. Die Windeln waren alle gewaschen (in Australien tragen die Kinder in der Regel Stoffwindeln) und lagen zusammen mit einem großen Haufen anderer Wäsche naß auf dem Balkon. Vor dem Eintreten der Therapeutin war Frau U. gerade dabei gewesen, einzelne Windeln mit dem Haarfön zu trocknen. Mit zwei kleinen Kindern ohne Auto war es ihr nicht möglich gewesen, die Wäsche bei dem langandauernden Unwetter zum Trocknen in einen Waschsalon zu bringen. Die Therapeutin nahm den Berg nasser Wäsche, fuhr zu einem Waschsalon und ließ sie dort trocknen. Bei ihrer Rückkehr stand Frau U. mit Tränen in den Augen an der Tür und sagte, daß ihr seit der Geburt der Zwillinge nie jemand geholfen habe und sie der Hilfe so sehr bedurft hätte. Sie berichtete mit großer emotionaler Beteiligung von all den Schwierigkeiten, die sie seit der Schwangerschaft erlitten hatte. Erst sei sie vom Vater der Kinder verlassen worden, dann habe eines der Kinder nach der Geburt wochenlang auf der Intensivstation gelegen. Sie habe solche Angst um sein Leben gehabt. Diese konkrete lebenspraktische Hilfeleistung war der Beginn einer intensiven therapeutischen Beziehung, die über die nächsten Jahre hinweg bestehen bleiben sollte.

7 Vernetzung mit anderen Einrichtungen im Stadtteil

Das EIP ist auf eine enge Kooperation mit anderen Einrichtungen im Stadtteil angewiesen. Folgenden kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu: der Entbindungs- und der Säuglingsintensivstation des „Royal Hospital for Women“, in dem das EIP untergebracht ist, den Mütterberatungsstellen („Baby Health Centres“), niedergelassenen Gynäkologen, Kinderärzten und Psychiatern, sozialen Diensten, Mutter-Baby-Krabbelgruppen, Hauspflegedienst, Erziehungsberatungsstellen, stationären Einrichtungen und Tageskliniken zur Behandlung von Eltern-Kind-Problemen.

8 Aufbau eines stadtteilbezogenen, präventiven Beratungsangebotes für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Hamburg

Umfangreiche Gespräche der Erstautorin mit Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen deutscher Gesundheitseinrichtungen haben ergeben, daß auch hier ein großer Bedarf an präventiven Angeboten für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern besteht, dieser aber nur unzureichend abgedeckt wird. Deutsche Eltern werden mit Problemen der frühen Elternschaft weitgehend allein gelassen.

Auf Antrag der Erstautorin, der im Oktober 1992 vom Hamburger Senat bewilligt wurde, soll in Hamburg-Dulsberg ein stadtteilorientiertes, präventives Beratungsangebot für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern aufgebaut werden. Der Träger des Projektes ist das Sozial- und Bildungswerk Hamburg, das als gemeinnützige Organisation korporatives Mitglied der Arbeiterwohlfahrt ist.

Summary

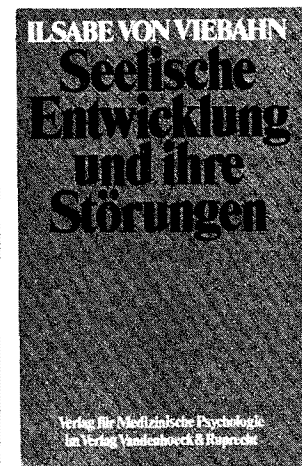
Fostering a Positive Relationship between Parents and Child – A Counselling Service for Families with Infants in Sydney

The „Early Intervention Programme“ (EIP) in Sydney, Australia, is a home-based service for distressed families with children 0–3 years of age. It is funded as a child abuse prevention unit. The concept is based on the work of SELMA FRAIBERG (1980), who developed the first infant mental health program in Michigan, USA. The goal of the EIP is to strengthen the relationship between parents and child through developmental guidance, psychotherapy and/or provision of active help. The child is seen as an important partner in the intervention process.

Literatur

AINSWORTH, M. D. S. (1977): Feinfühligkeit versus Unempfindlichkeit gegenüber den Signalen des Babys. In: K. E. GROSSMANN (Hrsg.): *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt*. München: Kindler. – AINSWORTH, M. D. S./BLEHAR, M./WATER, E./WALL, S. (1978): *Patterns of attachment: observations in the strange situation at home*. Hillsdale/N.Y.: Lawrence Erlbaum. – BAYLEY, N. (1969): *Bayley Scales of Infant Development*. New York: The Psychological Corporation. – BOWLBY, J. (1969): *Attachment and loss. Volume 1: Attachment*. Hogarth Press and The Institute of Psycho-Analysis, England. – BRAZELTON, B. T. (1975): Anticipatory guidance. *Symposium on Behavioral Pediatrics. Pediatric Clinics of North America* 22, 3: 533–544. – 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. – BREAKEY, G. (1990): *Mother Infant Support Team*. Vortrag gehalten auf dem Internationalen Kongreß über Kindesmißhandlungen und -vernachlässigungen in Hamburg. September 1990. – BROWNE, K. et al (Eds.) (1988): *Early prediction and prevention of child abuse*. Chichester. – CHESSE, S./THOMAS, A.

Ilse von Viebahn Seelische Entwicklung und ihre Störungen



Ein psychoanalytischer Grundlehrgang.
5. Auflage 1993. 262 Seiten, kartoniert
DM 35,- / öS 273,- / SFr 36,30
ISBN 3-525-45621-2

V&R Vandenhoeck & Ruprecht

(1984): The goodness of fit model: Theoretical and practical implications. In: S. CHESSE/A. THOMAS: *Origins and evolution of behavior disorders from infancy to early adult life*. New York: Brunner/Mazel. – EGELAND, B./ERICKSON, M. F. (1990): *Rising above the past: Strategies for helping new mothers break the cycle of abuse and neglect*. *Zero to Three* 11, 2: 29–35. – ENGFER, A. (1986): *Kindesmißhandlung. Ursachen, Auswirkungen, Hilfen*. Stuttgart: Enke. – FRAIBERG, S. (Ed.) (1980): *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. New York: Basic Books. – GRIFFITHS, R. (1984): *The abilities of young children*. High Wycombe, Bucks: ARICD. – GRIFFITHS, R. (1986): *The abilities of babies*. High Wycombe, Bucks: ARICD. – GROSSMANN, K. E./AUGUST, P./FREMME-BOMBIK, E./FRIEDL, A./GROSSMANN, K. / SCHEUERER-ENGLISCH, H. / SPANGLER, G. / STEPHAN, C./SUESS, G. (1989): *Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung*. In: H. KELLER (Hrsg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berlin: Springer. – HELFER, R. E. (1987): *The perinatal period, a window of opportunity for enhancing parent-infant communication: An approach to prevention*. *Child Abuse and Neglect* 11: 565–579. – LIEBERMAN, A. F./WESTON, D. R./PAWL, J. H. (1991): *Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads*. *Child Development* 62: 199–209. – MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.) (1990): *Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern*. Bern: Huber. – MEADE, V./WARREN, B. (1981): *Therapy and early intervention in motor developmental disabilities – a public health model*. Masters Thesis, University of Minnesota. – OLDS, D. L./KITZMAN, H. (1990): *Can homevisitation improve the health of women and children at environmental risk*. *Pediatrics* 86, 1: 108–116. –

PRATT, B. (1990): The Healthy Start Program. Vortrag gehalten auf dem Internationalen Kongreß über Kindesmißhandlungen und -vernachlässigungen in Hamburg, September 1990. – SHEA-EVERIDGE, G. (1986): The Early Intervention Programme. A programme designed to reduce the incidence of child abuse within families. Unveröffentlichtes Manuskript. The Benevolent Society of New South Wales, Sydney, Australia. – STÖHR, R. M. (1990): Mißhandelnde Eltern und ihre psychosoziale Situation. In: J. MARTINIUS/R. FRANK (Hg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und

Mißhandlung von Kindern. Bern: Huber. – WARREN, B./DOIBY, R./MEADE, V./HEATH, J. (1987): A preventive care programme for low birthweight infants which incorporates parents needs. Vortrag gehalten auf dem Kongreß „Neuromotor lesions in infancy: Early diagnosis and intervention“ in Trento, Italien.

Anschrift d. Verf.: Dipl.-Psych. Renate Barth, Sozial- und Bildungswerk Hamburg, Heinrichstr. 14, 22769 Hamburg.