

von Wyl, Agnes / Watson, Michael / Glanzmann, René und von Klitzing, Kai

Basler interdisziplinäre Sprechstunde für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern: Konzept und empirische Ergebnisse

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 57 (2008) 3, S. 216-236

urn:nbn:de:bsz-psydok-48065

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/

Basler interdisziplinäre Sprechstunde für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern: Konzept und empirische Ergebnisse

Agnes von Wyl, Michael Watson, René Glanzmann und Kai von Klitzing

Summary

The Basel interdisciplinary clinic for parents with infants and toddlers: Concept and empirical results

The Basel clinic for parents with infants and toddlers is a special interdisciplinary service. The authors present the concept and practice of treatment. Further they show the results of documentation and evaluation. In most cases regulation and sleeping disorders are treated. Temperament ratings made by the mothers of the treated children exhibit more difficult behaviour in comparison to a normal sample. These ratings had no correlation with the mothers' depression scores which rank much higher than the control group. The outcome ratings by the psychotherapists show that despite the short duration of the treatment and severe cases therapeutical success could be achieved. This outlines the importance of such specialized services for early infant crying and other disturbances of the early childhood.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 57/2008, 216-236

Keywords

Parent-infant psychotherapy – infantile – regulatory disorder – temperament – postpartum depression

Zusammenfassung

Die Basler interdisziplinäre Sprechstunde für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern ist ein spezialisiertes interdisziplinäres Angebot. Die Autoren stellen das Konzept und die Behandlungspraxis vor. Außerdem werden Ergebnisse der Dokumentation und Evaluation dargestellt. Es zeigte sich, dass vor allem Regulations- und Schlafstörungen behandelt werden. Mütterliche Temperamenteinschätzungen zeigen, dass sich die behandelten Kinder deutlich von einer Normstichprobe unterscheiden, also schwieriger sind. Dabei korrelierte diese Einschätzung der Mütter nicht mit ihrer depressiven Befindlichkeit. Die depressive Befindlichkeit der Mütter ist deutlich über der einer Vergleichsgruppe. Eine Einschätzung des Behandlungserfolges durch die TherapeutInnen zeigt, dass vielfach mit relativ kurzer Behandlungsdauer ein Therapieerfolg erreicht werden konnte, und dies trotz der oft schwierigen Fälle. Dies unterstreicht die Bedeutung eines spezialisierten Behandlungsangebotes für Schreibabys und andere Probleme des frühen Kindesalters.

Schlagwörter

Eltern-Säuglings-Psychotherapie – frühkindliche Regulationsstörung – Temperament – postpartale Depression

1 Einleitung

Die Basler interdisziplinäre Sprechstunde für Eltern von Schreibabys wurde 1998 als spezialisiertes interdisziplinäres Angebot eingerichtet. Es wendet sich an Eltern, deren Säuglinge und Kleinkinder bis drei Jahre exzessiv schreien, die Probleme rund ums Schlafen und Essen zeigen oder heftig trotzen. Im Basler Konzept haben wir uns bemüht, einerseits Erfahrungen einzuarbeiten, die bereits in spezialisierten Sprechstunden für frühkindliche Störungen gemacht wurden (z. B. in München; s. Papoušek u. Wollwerth de Chuquisengo, 2006), und andererseits unsere örtlichen Besonderheiten und Stärken zu nutzen. Weil Fehlentwicklungen in diesem Lebensalter sozusagen noch an der Wurzel zu packen sind, haben frühzeitige Behandlungen auf der somatischen und/oder psychologischen Ebene einen präventiven Wert. Die oben genannten Störungen bedeuten außerdem – unabhängig von ihrer Genese – psychisch und physisch eine extreme Belastung für die Eltern und können diese an ihre Belastungsgrenzen bringen. Ein spezialisiertes Angebot für „schwierige“ Säuglinge und deren Väter und Mütter ist deshalb auch eine wichtige Maßnahme zur Verhinderung von Misshandlungen.

1.1 Konzept

Eine örtliche Besonderheit ist die unmittelbare räumliche Nähe zwischen der baselstädtischen Kinderpsychiatrie und Pädiatrie. Nicht zuletzt deshalb konnte das interdisziplinäre Behandlungskonzept ohne große Probleme umgesetzt werden. Die Basler Sprechstunde wird von Zuweisern und Eltern eher mit der Pädiatrie in Verbindung gesetzt, was die Akzeptanz sicherlich fördert. Die erste Konsultation findet immer in der pädiatrischen Poliklinik statt. Der Pädiater erhebt im Gespräch mit den Eltern eine ausführliche Anamnese zur Kindesentwicklung und führt eine pädiatrische Untersuchung durch. Die Kinderkrankenschwester und die Kinderpsychologin bzw. Kinderpsychiaterin sind ebenfalls anwesend, um eine erste Einschätzung der Interaktion Eltern-Kind vorzunehmen und um pflegerische Aspekte zu ergänzen. In einer Besprechungspause diskutiert das Behandlungsteam die Problematik und vorläufige Diagnose, welche möglicherweise weitere somatische (oft zusätzliche neuropädiatrische Abklärungen) erfordert. Außerdem überlegen sie erste Behandlungsansätze oder Kriseninterventionen. Nicht selten erfordert die akute Krise eine schnelle Aufnahme auf der Säuglingsabteilung. Die Abklärungsphase umfasst in der Regel eine zweite Konsultation, die in den Räumlichkeiten der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik stattfindet. Eine ausführliche Familienanamnese und die Untersuchung der Inter-

aktions- und Beziehungsdynamik stehen dabei im Zentrum. Uns ist es sehr wichtig, dass die Väter in der Behandlung aktiv integriert sind und sich am zweiten (und den folgenden) Gesprächen beteiligen. Etwas über die Hälfte der Behandlungen (58 %) ist mit diesen zwei Gesprächen beendet. Fast alle der länger dauernden Behandlungen werden allein durch die Kinderpsychologin bzw. Kinderpsychiaterin durchgeführt und nur einige wenige werden somatisch weiterbehandelt.

1.2 Behandlungsansätze

Die Arbeit in einer interdisziplinären Sprechstunde für Säuglinge und Kleinkinder und ihre Eltern ermöglicht ein flexibles Eingehen auf die komplexen Situationen. Folgende Interventionsansätze kommen zum Tragen:

- *Entwicklungspsychologische Informationen und Ratschläge* spielen besonders im Säuglingsalter eine wichtige Rolle. Eltern von erstgeborenen Kindern haben oftmals viele Fragen in Bezug auf eine „normale“ Entwicklung ihres Kindes und sind beunruhigt, ob sich ihr Kind entsprechend entwickelt. Sollte mein Kind nicht schon durchschlafen können? Ist es normal, dass ein Säugling so viel schreit? Andererseits können wir auch informieren, wo Säuglinge ein Bedürfnis nach Selbstwirksamkeit haben, was ihnen also zugetraut werden darf.
- Bedeutsam ist als Zweites die *Ressourcenaktivierung*. Die erschöpften Mütter (und Väter) haben Unterstützung dringend nötig, schämen sich aber oft, darum zu bitten. Wir unterstützen die Eltern, die angebotene Hilfe von Eltern oder Freunden zu beanspruchen oder zu erbitten. Falls in der Familie und im Freundeskreis wenig Beistand zu erhalten ist, können wir professionelle Hilfe – z. B. zur Entlastung im Haushalt – initiieren. Als weitere Form der Ressourcenaktivierung soll der explizite Einbezug des Vaters erwähnt werden. An der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik in Basel beschäftigen wir uns seit Jahren klinisch und in der Forschung mit der familialen Triade (z. B. Bürgin, 1998a; von Klitzing, 2002). Den Vater zu unterstützen eine aktivere Rolle einzunehmen, bedeutet immer auch eine wichtige Entlastung für die Mutter.
- *Psychotherapeutische Gespräche* mit den Eltern (i. d. R. im Beisein des Kindes): In rund 80 % der Fälle ist die Behandlung nach einer bis vier Sitzungen abgeschlossen. Nebst entwicklungspsychologischer Information und pflegerischer Beratung gehen auch in diese kurzen Behandlungen psychotherapeutische Techniken ein. Wir regen die Eltern dazu an, die Elternrolle, die Paarbeziehung, die Erwartungen an das Kind aber auch die Erwartungen an die eigene Erziehungskompetenz zu reflektieren.
- Die länger dauernden Therapien mit Eltern und Kleinkind stützen sich auf folgende Ansätze:
 - *Verhaltenstherapie*. Viele unserer Erziehungsratschläge wie auch die Verhaltensanleitung bei Schlafproblemen der Kleinkinder basieren auf verhaltenstherapeutischen Ansätzen (z. B. Sarimski, 2004; Kast-Zahn u. Morgenroth, 2004; Kast-Zahn, 2004).

- *Beziehungsanalyse mit Videofeedback (Interactional Guidance)*. Wenn wir konkret an der Interaktion und Beziehung zwischen Mutter und/oder Vater und Kind arbeiten, bietet sich die Beziehungsanalyse mit Videofeedback an (Downing, 2003; Papoušek, 2000; McDonough, 1993).
- *Psychoanalytische Eltern-Kind-Therapie*. Die psychodynamische Mutter-Kind-Psychotherapie, basierend auf Fraibergs (1980) Pionierarbeit, versteht die Beziehung und Interaktion zwischen Eltern und Kind als beeinflusst von elterlichen Repräsentanzen und Projektionen. Mit Hilfe der Beobachtung der Interaktion zwischen Eltern, Kind und Therapeutin aber auch der Gegenübertragungsgefühle werden Interpretationen und Deutungen formuliert, die die projektiven Verzerrungen vermindern sollen. Ein besonderes Augenmerk richten wir dabei auf die familiäre Triade Mutter-Vater-Kind (von Klitzing, 2003; von Klitzing, 1998; Bürgin, 1998b).
- „*Watch, Wait and Wonder*“. Einen kindzentrierten Zugang zur Eltern-Kind-Beziehungstherapie gestattet der „Watch, Wait and Wonder“-Ansatz (Cohen, Muir, Lojkasek, 2003; Muir, Lojkasek, Cohen, 1999). Für ein halbstündiges Spiel in der ersten Hälfte einer Therapiesitzung bekommt die Mutter (oder der Vater) die Anleitung, sich vom Kind leiten zu lassen und keinerlei Aktivitäten zu initiieren. Die anschließende Diskussion ist entsprechend mutter- bzw. vatergeleitet. Die Therapeutin unterstützt und interpretiert die Erfahrung der Eltern, ist also deutlich weniger aktiv als bei anderen Therapieansätzen.

Welcher therapeutische Zugang gewählt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Zuerst orientieren wir uns an der Symptomatik: Schlafstörungen behandeln wir bevorzugt verhaltenstherapeutisch, kombiniert mit psychotherapeutischen Gesprächen mit den Eltern. Bei Regulationsstörungen stehen die Ressourcenaktivierung sowie entwicklungspsychologische und pflegerische Ratschläge im Vordergrund. Bei längeren Behandlungen, wie sie nach unserer Erfahrung bei den übrigen Krankheitsbildern wie Essstörungen und Affektstörungen meistens notwendig sind, aber auch bei Schlafstörungen und Regulationsstörungen sich als notwendig erweisen können, ist die schwierige, beeinträchtigte Eltern-Kind-Beziehung im Fokus der therapeutischen Arbeit. Wir überlegen uns unter Beteiligung der Eltern, welche Therapieausrichtung der Familie am meisten entspricht, d. h. am wenigsten Widerstand hervorruft und zu größtmöglicher Veränderung führt (s. Cramer, 2000; Robert-Tissot u. Cramer, 1998). Die behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten haben einen Ausbildungsschwerpunkt entweder in Interactional Guidance oder in psychoanalytischer Eltern-Kind-Therapie. Der kindzentrierte, bindungsorientierte Ansatz des „Watch, Wait and Wonder“ schließlich haben wir als äußerst hilfreich kennen gelernt, vor allem bei Eltern, die wenig an Introspektion interessiert sind.

1.3 Dokumentation und Evaluation

Zur Evaluation der Behandlungen wurden seit Mitte 2000 systematisch Erhebungsinstrumente eingesetzt. Einige Daten zur Anamnese, zur Ausgangssituation und zum Verlauf wurden für jedes Kind/jede Familie in einer standardisierten Form erfasst. Die Eltern bekamen einen Anamnesefragebogen und ein Schrei- und Schlafprotokollformular über eine Woche nach Hause geschickt. Diese Daten wurden klinisch verwendet.

Außerdem erhoben wir standardisierte Informationen über die Depressivität der Mütter und Väter, das Temperament des Kindes (schwieriges Temperament?) und das Therapieergebnis. Neben dem unmittelbar klinischen Nutzen können wir nun die behandelten Familien beschreiben und den durch die Therapeuten eingeschätzten Therapieerfolg darstellen. Außerdem wollten wir die Fragen klären, ob 1) Mütter und Väter mit einer depressiven Befindlichkeit das Temperament ihrer Kinder als schwieriger einschätzen und ob 2) der Behandlungserfolg von der Diagnose, vom Temperament des Kindes, von der Anwesenheit des Vaters und von der depressiven Befindlichkeit der Eltern abhängig ist.

Folgende Instrumente wurden eingesetzt:

Edinburgh Postnatal Depression Skala (EPDS) (Cox, Holden, Sagovsky, 1987; deutsche Version als Befindlichkeitsbogen: Bergant, Nguyen, Heim, Ulmer, Dapunt, 1998). Dieses Screening-Instrument ist international in breiter Verwendung. Es ermöglicht eine Einschätzung der postpartalen Depressivität. Die Frauen (in unserer Sprechstunde auch Männer) werden gebeten, für jede der zehn Fragen von vier Antwortmöglichkeiten diejenige zu wählen, die möglichst nahe ausdrückt, wie sie sich in den letzten sieben Tagen gefühlt haben. Mutter und Vater beantworteten je den Fragebogen in der ersten Sprechstundensitzung.

Infant Characteristics Questionnaire (ICQ) (Bates, Freeland, Lounsbury, 1979). Anhand von 25 (1 Lebensjahr) bzw. 33 Items werden die Eltern aufgefordert, das Verhalten ihres Kindes einzuschätzen. Als Ergebnis werden die Werte in vier Subskalen zusammengefasst:

- *Aufgebracht/schwierig (fussy-difficult)*: Ausmaß der Irritabilität eines Kindes und seine Reaktion auf Umweltstimuli (schwer zu beruhigen, weint, quengelt)
- *Mangelnde Anpassungsfähigkeit (unadaptable)*: Anpassungsfähigkeit an neue Situationen, Abstimmung des Verhaltens darauf (negative, ängstliche Reaktionen auf unbekannte Personen, unbekannte Umgebung, neue Erfahrungen, Unterbrechungen und Änderungen im Tagesablauf)
- *Behäbig/schwerfällig (dull)*: ein eher ruhiges oder schwer zugängliches Temperament wird mit dieser Skala erfasst (wenig aktiv, wenig erregbar, wenig lächeln und vor sich hin brabbeln)
- *Unvorhersagbar (unpredictable)*: Vorhersagbarkeit kindlicher Verhaltensweisen und Befindlichkeiten für die Bezugsperson (unregelmäßiger Schlafrhythmus, unregelmäßige Essenszeiten, schwierig zu erkennen, was das Kind beruhigt)

Auch dieser Fragebogen wurde von Mutter und Vater getrennt in der ersten Sprechstundensitzung ausgefüllt.

Zero-to-Three-Klassifikationssystem (Zero to Three Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, 1994). Die Therapeuten schätzten die Items des DC: 0-3 aufgrund der Informationen aus den ersten zwei Sitzungen ein. Da nur die Einschätzungen der Achse 1 (klinische Störungen) eine zufriedenstellende Interraterreliabilität aufwies, gehen nur diese in die vorliegende Auswertung ein. Bei der Einschätzung der Achse 1 hielten wir uns an die Vorgaben des DC: 0-3 (1994). Diese unterscheiden sich von den Klassifikationsvorschlägen von Regulationsstörungen der Deutschen Leitlinien (von Hofacker et al., 2003). Die Deutschen Leitlinien gehen von drei spezifischen Regulationsstörungen des Säuglingsalters aus, nämlich exzessives Schreien, Schlaf- und Fütterstörungen. Im Unterschied dazu erachtet der Zero-to-Three (DC: 0-3, 1994) Schlaf- und Fütterstörungen als eigenständige Syndrome und außerdem exzessives Schreien nicht als Störung, sondern als häufiges Symptom. Regulationsstörungen werden durch Auffälligkeiten der sensorischen Reizverarbeitung definiert. In der Basler Sprechstunde verwendeten wir diese Diagnose vor allem bei Säuglingen, die an Störungen der Regulation in verschiedenen Bereichen gleichzeitig litten (z. B. Störungen der Schlafregulation bei gleichzeitig häufigem Schreien auch während Wachzeiten). 2005 wurde eine revidierte Fassung des Zero-to-Three veröffentlicht (DC: 0-3 R, 2005), auf deren Einführung wir verzichteten, um die Daten vergleichbar zu halten.

Einschätzung der Behandlung. Zum Abschluss jeder Behandlung beurteilte die Therapeutin, der Therapeut den Behandlungserfolg bezüglich der Symptomverbesserung und der Verbesserung der Beziehung/Interaktion zwischen Mutter (oder Vater) und Kind. Die Ränge der 4-stufigen Likert-Skala sind folgendermaßen definiert: Verschlechterung, keine Besserung, leichte Besserung, gute Besserung. Die Einschätzung der Symptomverbesserung stützt sich auf die Aussagen der Eltern bezüglich der geschilderten Symptome zu Beginn der Behandlung und bei Behandlungsende. Die Einschätzung der Beziehung/Interaktion berücksichtigt neben den Aussagen der Eltern auch die Beobachtungen der Interaktion zwischen Eltern und Kind während der Sitzung. Außerdem werden die Anzahl der Konsultationen und die Behandlungsform festgehalten. In der vorliegenden Auswertung wurde nur unterschieden, ob eine Behandlung durchgeführt wurde, oder ob die Eltern die Behandlung vorzeitig abgebrochen haben.

2 Ergebnisse

2.1 Deskriptive Daten

Seit Bestehen der Basler Sprechstunde (die dargestellten Daten stammen vom 1. September 1998 bis 31. August 2006) wurden 242 Kinder behandelt, davon sind 100 Mädchen und 142 Knaben (59 %). Das Alter der Kinder reicht von einem Monat

bis 66 Monate mit einem Mittel von 12 Monaten. Die Häufigkeitsverteilung (Abb. 1) zeigt, dass 39 % der Kinder zwischen 1 und 6 Monaten und 26% zwischen 7 und 12 Monaten alt waren. Rund zwei Drittel waren also weniger als 1 Jahr alt. Bis zu 6 Monaten und über 30 Monaten ist der Anteil von Knaben und Mädchen vergleichbar, dazwischen sind es häufiger Knaben, die bei uns vorgestellt wurden. In 67 % der Behandlungen ($n = 190$) war der Vater und die Mutter anwesend, zwei Mal kam der Vater alleine in die Sprechstunde, und in den übrigen Fällen fand die Behandlung mit der Mutter alleine statt.

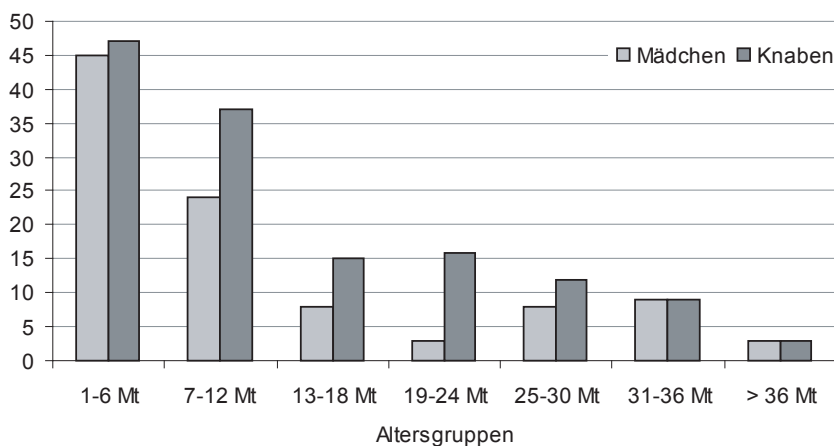


Abbildung 1: Verteilung von Alter und Geschlecht

Bei 228 Kindern verwendeten wir zur diagnostischen Einschätzung der frühkindlichen Störung das DC: 0-3 (Zero-to-Three Klassifikationssystem). Wir wollen im Folgenden nur auf die Primärdiagnose eingehen (s. Abb. 2). Im Vordergrund stehen die Schlafverhaltensstörungen (47 %), sowie die Regulationsstörungen (36 %), weniger häufig behandelten wir Essstörungen (7 %), sowie Affektstörungen (6 %). Selten handelte es sich primär um eine Anpassungsstörung oder um eine Multisystemische Entwicklungsstörung. Bei vier Kindern haben wir keine Primärdiagnose gestellt; hier waren schwierige soziale Umstände ausschlaggebend für die Behandlung.

Die mütterlichen *Einschätzungen des kindlichen Temperaments* verglichen wir mit den Daten der repräsentativen Normstichprobe von 322 Kindern im Alter von sechs Monaten von Bates et al. (1979) in Ermangelung einer deutschen bzw. schweizerischen Normstichprobe. Um die Daten vergleichen zu können, gingen nur die Daten der Kinder von 1 bis 12 Monate und nur die Einschätzungen der Mütter in die Analyse ein. 83 ICQ-Fragebogen konnten ausgewertet werden. 42 % der Säuglinge wurden als *extrem unvorhersagbar* eingeschätzt, d. h. sie lagen mehr als zwei Standardabweichungen über dem Mittelwert der Normstichprobe. Auf

der Skala *aufgebracht/schwierig* waren es 58 %, auf der Skala *mangelnde Anpassungsfähigkeit* schließlich 20 %. Für die älteren Kinder steht keine entsprechende Normstichprobe zur Verfügung. Die Einschätzungen der Mütter korrelierten mit denjenigen der Väter signifikant ($p < .000$, $n = 67$): *aufgebracht schwierig*: $r = .75$; *mangelnde Anpassungsfähigkeit*: $r = .63$; *behäbig/schwerfällig*: $r = .55$; *unvorhersehbar*: $r = .54$.

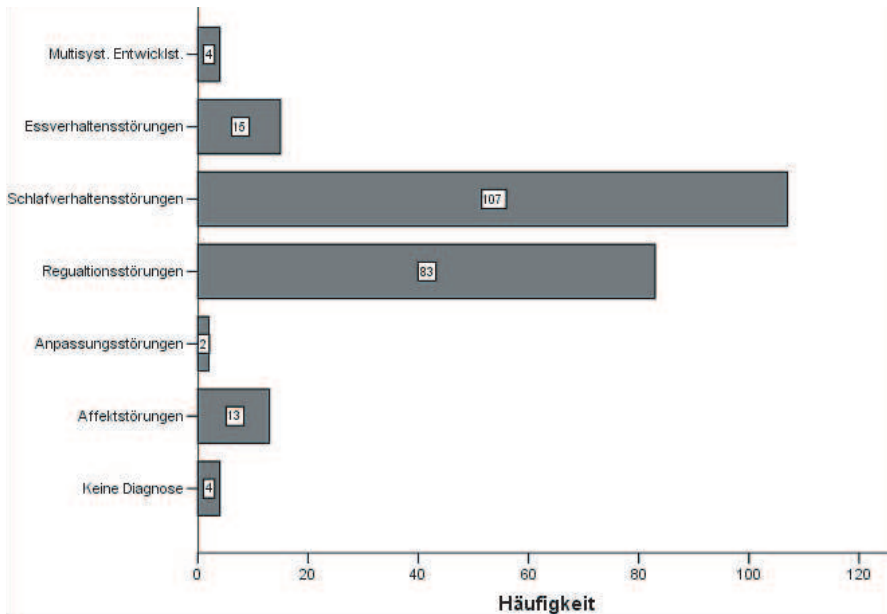


Abbildung 2: Häufigkeit der DC: 0-3-Diagnosen (Zero-to-Three Klassifikationssystem)

Von 123 Müttern liegt ein *EDPS-Fragebogen* vor. 67 Mütter (54,5 %) zeigten einen EPDS-Summenwert von 10 oder höher, d. h. die Wahrscheinlichkeit für eine Depression ist mäßig bis hoch. Von 82 Vätern, die ebenfalls den Fragebogen ausfüllten, fanden wir bei 22 (26,8 %) einen entsprechenden Summenwert. Als Vergleich soll die Studie von Bergant, Nguyen, Moser und Ulmer (1998) herangezogen werden, die Daten von 1250 Wöchnerinnen an der Universitätsklinik Innsbruck auswerteten. In dieser Studie zeigten nur 20,3 % der Wöchnerinnen einen vergleichbaren Summenwert. Schließlich zeigten Korrelationsberechnungen, dass das Ausmaß der Depressionswahrscheinlichkeit der Mütter mit demjenigen der Väter korrelierte ($r = .34$, $p < .01$, $n = 80$).

2.2 Schätzen Mütter und Väter mit einer depressiven Befindlichkeit das Temperament ihrer Kinder als schwieriger ein?

Um zu beurteilen, ob das Temperament des Kindes als umso schwieriger eingeschätzt wird, je stärker die depressive Befindlichkeit der Eltern ist, führten wir Korrelationsanalysen durch. Tabelle 1 zeigt, dass die Anpassungsfähigkeit des Kindes umso schlechter von der Mutter eingeschätzt wird, je höher ihr eigener Gesamtscore im EDPS-Fragebogen ausfällt ($r = .35, p < .01, n = 118$). Die Zusammenhänge zwischen mütterlicher depressiver Befindlichkeit und den ICQ-Dimensionen „aufgebracht/schwierig“, „behäbig/schwerfällig“, und „unvorhersagbar“ sind nicht signifikant. Die Resultate zwischen der depressiven Befindlichkeit der Väter und ihrer Einschätzung des kindlichen Temperaments ist mit derjenigen der Mütter vergleichbar: auch hier zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Höhe der väterlichen depressiven Befindlichkeit und der ICQ-Skala „mangelnde Anpassungsfähigkeit“ ($r = .31, p < .05, n = 65$). Die übrigen Korrelationen sind ebenfalls nicht signifikant.

Tabelle 1: Korrelationen zwischen der Einschätzung des Temperamentes des Kindes (ICQ) und der depressiven Befindlichkeit der Eltern (EDPS) jeweils für Mütter und Väter getrennt

	ICQ Einschätzung Mutter bzw. Vater			
	Aufgebracht/ schwierig	Mangelnde Anpassungs- fähigkeit	Behäbig/ schwerfällig	Unvorhersagbar
EDPS Mutter (<i>n</i> = 118)	.15	.35**	.04	.18
EDPS Vater (<i>n</i> = 65)	-.08	.31*	-.17	-.04

** $p < .01$; * $p < .05$

2.3 Therapieergebnis

Am Ende der Behandlung hielt die Therapeutin, der Therapeut fest ($n = 180$), ob es sich um eine Beratung/Therapie handelte oder ob die Eltern die Behandlung abbrachen, wie viele Stunden die Behandlung dauerte, und ob sich die Symptome sowie die Beziehung und Interaktion zwischen Eltern und Kind gebessert hatten ($n = 180$). Eine erste Analyse zeigte, dass 64 (35%) der Behandlungen von uns als Abbruch beurteilt wurden. Die meisten Abbrüche fanden nach der 1. Sitzung (36 Abbrüche) oder nach der 2. Sitzung (22 Abbrüche) statt (Abb. 3). Die Abbildung zeigt außerdem, dass in vielen Fällen relativ wenige Sitzungen zu einem Abschluss der Behandlung (und meist zu einem Therapieerfolg) führten.

Die Beratungen/Therapien (ohne Abbrüche) führten nach Einschätzung der Therapeuten in 54 % zu einer guten Besserung, in 43 % zu einer leichten Besserung und nur in 3 % zu keiner Besserung der Symptomatik (Abb. 4). Der Behandlungserfolg bezüglich der Beziehung Eltern-Kind ist etwas weniger deutlich: in 39 %

kam es zu einer guten Besserung, in 53 % zu einer leichten Besserung und in 8 % zu keiner Besserung (ebenfalls Abb. 4). Hervorheben möchten wir, dass in 47 %, also fast der Hälfte aller Behandlungen nach einer bis vier Sitzungen eine leichte bis gute Besserung der Symptome eintrat. Nur mit 18 % der Familien wurden längere Behandlungen von fünf und mehr Stunden durchgeführt.

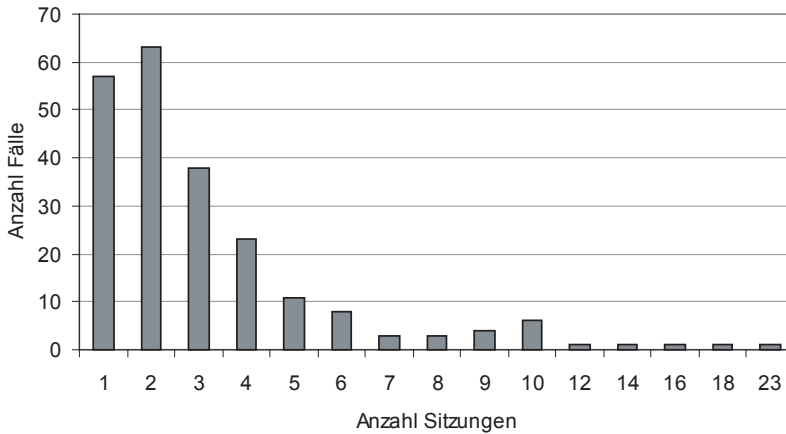


Abbildung 3: Behandlungsdauer (Anzahl Sitzungen)

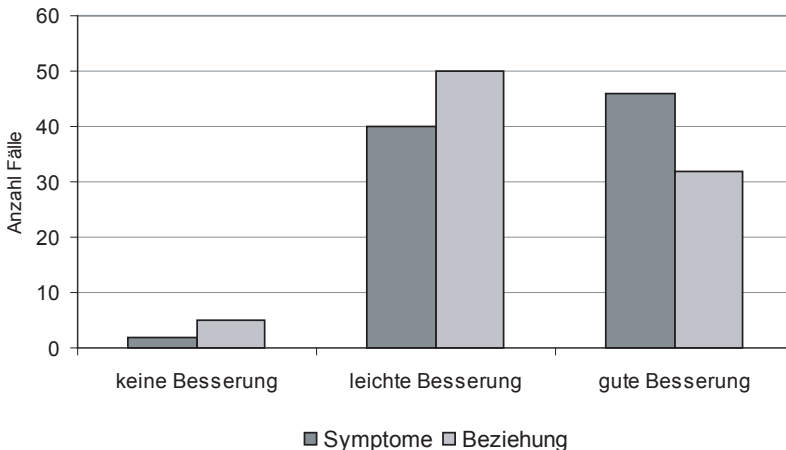


Abbildung 4: Behandlungserfolg, eingeschätzt von der Therapeutin/dem Therapeuten ($n = 88$)

2.5 Ist die Behandlung bei schwierigem Temperament der Kinder und depressiver Befindlichkeit der Eltern weniger erfolgreich?

In einer nächsten Analyse wollten wir die Hypothese überprüfen, ob der Behandlungserfolg schlechter war bei depressiverer Befindlichkeit der Eltern, schwierigem kindlichen Temperament und bei Abwesenheit des Vaters. Das Geschlecht des Kindes sollte als Kontrollvariable dienen. Eine erste Analyse zeigte, dass weder das Temperament des Kindes noch die elterliche depressive Befindlichkeit mit dem Behandlungserfolg korrelierten. Deshalb wurde auf die Durchführung einer Regressionsanalyse verzichtet. Mittelwertsvergleiche zeigten, dass der Behandlungserfolg nicht vom Geschlecht des Kindes abhing (s. Tab. 2). Hingegen wurde der Behandlungserfolg bezüglich der Beziehung zwischen Eltern und Kind signifikant besser eingeschätzt, wenn der Vater anwesend war (Tab. 3). Der Behandlungserfolg bezüglich der Symptome hingegen war nicht von der Anwesenheit des Vaters abhängig.

Tabelle 2: Unterschiede des Behandlungserfolges bezogen auf das Geschlecht des Kindes

Behandlungserfolg	M Mädchen <i>n</i> = 48	M Knaben <i>n</i> = 67	<i>t</i>	<i>p</i>
Symptome	3.30 (.67)	3.30 (.69)	.34	.97
Beziehung	3.00 (.76)	3.03 (.71)	-.40	.70

Anmerkung: Standardabweichungen sind in Klammern

Tabelle 3: Unterschiede des Behandlungserfolges bezogen auf die Anwesenheit des Vaters

Behandlungserfolg	M Vater anwesend <i>n</i> = 115	M Vater nicht anwesend <i>n</i> = 54	<i>t</i>	<i>p</i>
Symptome	3.34 (.67)	3.28 (.71)	-.52	.60
Beziehung	3.10 (.72)	2.83 (.69)	-2.22	.03

Anmerkung: Standardabweichungen sind in Klammern

3 Diskussion

Die Spezialsprechstunde für Eltern und ihre Säuglinge und Kleinkinder erwies sich als ein wichtiges Angebot der kinderpsychiatrischen und pädiatrischen Einrichtungen in Basel. Trotz der sehr guten Versorgung mit Pädiatern und Mütterberaterinnen im Raum Basel bestand eine konstante Nachfrage nach der Basler interdisziplinären Sprechstunde.

Die Eltern der Altersgruppe der bis sechs Monate alten Babys waren am häufigsten vertreten, ab dem Alter von sechs Monaten nahm die Häufigkeit der kleinen Patienten kontinuierlich ab. Im ersten halben Lebensjahr waren es gleichviel Knaben wie

Mädchen, im Alter von 6 bis 30 Monaten waren es mehr Knaben als Mädchen, die wir behandelten. Verschiedene Studien haben nachgewiesen, dass ab ungefähr vier Jahren Knaben mehr Verhaltensauffälligkeiten zeigen als Mädchen (besonders mehr externalisierendes Verhalten) und deshalb auch häufiger kinderpsychiatrisch behandelt werden (z. B. Offord et al., 1987). Im Säuglings- und Kleinkindalter fand man allerdings kaum Unterschiede, weder bezüglich Gehemmtheit noch bezüglich aggressivem Verhalten (Übersicht s. Keenen u. Shaw, 1997). Dass trotzdem mehr Knaben als Mädchen in der Sprechstunde angemeldet werden, könnte mit geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Erziehung und in der Anpassungsfähigkeit zusammenhängen. Macoby, Snow und Jacklin (1984) zum Beispiel haben nachgewiesen, dass Mütter von schwierigen Mädchen bei einer Problemlösungsaufgabe dazu tendierten, mehr Anstrengung in die Interaktion zu legen (d. h. mehr anzuregen, zu bitten, zu fordern), während Mütter von schwierigen Jungen sich eher zurückzogen und ihre Bemühungen reduzierten. Möglicherweise erwarten Mütter von Töchtern mehr und investieren deshalb auch mehr, bei Söhnen hingegen vertrauen sie nicht lange auf die eigenen Möglichkeiten, sondern suchen schneller externe Beratung auf. Ebenfalls interessante Befunde bezüglich geschlechtsspezifischer Unterschiede in der frühkindlichen Mutter-Kind-Interaktion und deren Auswirkung auf die Entwicklung fand die Mannheimer Risikokinder-Studie (Laucht, Schmidt, Esser, 2004): Bei Mädchen waren die Zusammenhänge wie erwartet: diejenigen mit multiplen Regulationsstörungen im Säuglingsalter hatten eine schlechtere Prognose bezüglich externaler Auffälligkeiten, wenn ihre Mütter wenig reaktiv mit ihnen umgingen. Bei den Mädchen ohne multiple Regulationsstörungen war dieser Effekt der fehlenden mütterlichen Reaktivität nicht nachweisbar, d. h. der Unterschied war nicht signifikant. Bei den Knaben hingegen fand die Forschungsgruppe interessanterweise ein gegenläufiges Muster: Je höher die Reaktivität der Mütter im Umgang mit ihren männlichen von multiplen Regulationsstörungen betroffenen Säuglingen war, umso mehr externale Auffälligkeiten wiesen die Knaben später im Altern von zwei Jahren auf. Für die definitive Einschätzung dieser Zusammenhänge bedarf es weiterer Forschung, sie unterstreichen jedoch die Bedeutung geschlechts-, aber auch temperamentspezifischer erzieherischer und möglicherweise auch psychotherapeutischer Interventionen. Schließlich möchten wir als letzten möglichen Grund der unterschiedlichen Inanspruchnahme unserer Beratungsstelle von Eltern von Mädchen und Knaben die raschere psychophysische Reifung der Mädchen erwähnen, welche ihnen gleichzeitig eine frühere Regulationsfähigkeit ermöglicht (z. B. Korner et al., 1988).

Ein Blick auf die Diagnosestellungen zeigt, dass wir vor allem Regulationsstörungen, Schlafverhaltensstörungen und Essstörungen behandelt haben. Regulationsstörung wurde dann als Diagnose gewählt, wenn die kindlichen Probleme mindestens zum Teil als konstitutionell bedingt eingeschätzt wurden, wenn auch meistens maladaptive Interaktionsmuster mit den Eltern die Folge waren. Immer umfasste die ungenügende Regulationsfähigkeit mehrere Bereiche. Deshalb ist dies die häufigste Diagnose bei den Säuglingen bis sechs Monate (früher oft als Dreimonatskoliken bezeichnet); so genannte Schreibabys erfüllen diese Kriterien. Am häufigsten diagnostizierten wir Schlafstörun-

gen, die wie erwähnt anders als in den Deutschen Richtlinien (von Hofacker et al., 2003) nicht zu den Regulationsstörungen subsumiert wurden, sondern als eigenständiges Syndrom diagnostiziert wurde. Schlafstörungen in der frühen Kindheit sind in der Tat weit verbreitet: In einer australischen Studie mit einem Community Sample von 738 Müttern berichteten die Hälfte von Schlafproblemen ihrer 6-12 Monate alten Kinder (Hiscock u. Wake, 2001). Schlafprobleme entwickeln sich oftmals aus früheren Regulationsstörungen, können aber auch nach einer Krankheit und damit einhergehenden Veränderung des Tagesrhythmus entstehen. Viele dieser Eltern berichten außerdem von ausgeprägtem Trotzverhalten. Im Zusammenhang zur Diagnostik von frühkindlichen Problemen und psychischen Störungen muss erwähnt werden, dass diese vergleichsweise am Anfang steht. Der DC: 0-3 wurde erstmals 1993 veröffentlicht; vorher gab es nur wenige passende Diagnosen im DSM und ICD. Die in der Spezialausgabe der Zeitschrift *Infant Mental Health Journal* (2003) zum DC: 0-3 publizierten Studien haben verschiedene Schwachpunkte aufgezeigt: z. B. die fehlende Validität und Objektivität (Guédeney et al., 2003) oder fehlende altersbezogene Kriterien für die Diagnosen (Keren, Feldman, Tyan, 2003). Spezifisch für Regulationsstörungen haben Tirosh et al. (2003) die fehlende Validität des Konzeptes nachgewiesen. Die revidierte Ausgabe des Zero to Three (DC: 0-3R, 2005) hat etliche dieser Anregungen aufgenommen, nach wie vor gibt es einige Kritikpunkte (z. B. Wiefel et al., 2007). Abschließend ist zu erwähnen, dass die Verteilung der Diagnosen an verschiedenen psychiatrischen Kinderkliniken nicht nur in Folge von ungenauem Einschätzen begrenzt übereinstimmend ist (z. B. Frankel et al., 2004; aber auch Emde u. Wise, 2003), sondern dass weitere Faktoren eine Rolle spielen. Für die Basler Sprechstunde ist zu ergänzen, dass sie bei interessierten Institutionen und Ärzten als „Schreisprechstunde“ bekannt ist. Dies führt wahrscheinlich zur häufigen Überweisung von Kindern mit Regulationsstörungen und Schlafstörungen (da viele dieser Kinder beim Einschlafen oder nächtlichen Aufwachen weinen). Auch melden sich viele der Eltern selbst an; wir behandeln als Folge davon häufig sehr engagierte, bewusste, aber eher unsichere Eltern. Eine genaue Analyse der (wenigen) Beziehungsstörungen hätte wahrscheinlich vor allem überinvolvierte oder ängstlich-gespannte Muster gezeigt, und weniger unterinvolvierte, zornig-feindselige oder missbrauchende Beziehungsstörungen.

Das Temperament der Kinder wurde von den Müttern als deutlich auffälliger als im Durchschnitt eingeschätzt, wie der Vergleich mit einer Normstichprobe zeigt. Vor allem in den Dimensionen *aufgebracht/schwierig* (diese Kinder sind schwer zu beruhigen, quengeln und weinen viel) und *unvorhersagbar* (unregelmäßiger Schlafrhythmus und Essenszeiten, schwierig zu erkennen, was das Kind beruhigt) wurden die Kinder als ausgesprochen schwierig beurteilt. Diese Resultate sind vergleichbar mit andern Temperamentseinschätzungen von Säuglingen mit Regulationsstörungen (z. B. Papoušek, 2004). Ein Kind, das ständig unzufrieden ist und keinen Rhythmus findet, bringt die Eltern rasch zur Erschöpfung und bedeutet eine enorme Belastung. Bemerkenswert ist, dass die erwähnten Dimensionen *aufgebracht/schwierig* und *unvorhersagbar* nicht mit der depressiven Befindlichkeit der Mütter korrelieren, sondern nur die Dimension *mangelnde Anpassungsfähigkeit*. Entsprechend verhält es sich, wenn die Väter das Temperament

der Kinder und ihre eigene Befindlichkeit einschätzen. Ein Vergleich mit der Literatur zeigt, dass einige Studien signifikante Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der mütterlichen Depressivität und dem kindlichen Temperament fanden (z. B. Austin et al. 2005), andere hingegen nicht (Whiffen u. Gotlib, 1989). Diese unterschiedlichen Resultate sind höchstwahrscheinlich durch die unterschiedlichen Temperamentserhebungen zu erklären. Whiffen und Gotlib (1989) setzten in ihrer Studie dieselben Instrumente ein wie wir und kamen zum gleichen Resultat: Die ICQ-Temperamentseinschätzungen von depressiven und nicht-depressiven Müttern unterschieden sich nicht. Es scheint also, dass obwohl die depressiven Mütter die Kinderbetreuung als anstrengender betrachten als die nicht-depressiven Mütter (ebd.), sie dafür nicht ihre Kinder beschuldigen, indem sie deren Temperament als schwierig bezeichnen, sondern eher sich selbst.

Über die Hälfte der Mütter zeigten in der Edinburgh Postnatalen Depressions-Skala einen Wert im auffälligen Bereich. Tatsächlich ist die postpartale Depression ein häufiges Krankheitsbild: In einer Studie von Bergant, Nguyen, Moser und Ulmer (1998) zeigten rund 20 % der Wöchnerinnen diese Ausprägung der Werte. Dass die von uns untersuchten Mütter fast dreimal so häufig hohe Werte der depressiven Befindlichkeit haben, ist beträchtlich. Einige der Mütter waren aufgrund ihrer Depression in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung. Hier handelte es sich meist um eine seit langem bestehende, chronische Depression. In anderen Fällen dürfte es sich um eine postpartale Depression mit einer Abhängigkeit-Autonomie-Problematik oder einer starken Ambivalenz gegenüber dem Kind handeln (Pedrina, 1998), oder aber die depressive Befindlichkeit ist vielmehr ein Zeichen der Erschöpfung aufgrund der Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Frustration, Wut, Angst, Ablehnung und mangelndem Selbstwertgefühl als Mutter. Für die ausgeprägte depressive Befindlichkeit der Väter ist möglicherweise die Depression der Mütter der Hauptgrund: In einer Metaanalyse über Depressivität in Zusammenhang mit Vaterschaft hat Goodman (2004) die mütterliche Depressivität als stärksten Prädiktor identifiziert. In einer eigenen Studie konnten wir zeigen, dass Probleme mit dem Kind die Väter mehr zu belasten scheint als die Mütter (Perren, von Wyl, Bürgin, Simoni, von Klitzing, 2005). So dürften bei den Vätern – wie schon für die Mütter vermutet – Erschöpfung, Ohnmacht und Frustration aufgrund der kindlichen Probleme als weitere wichtige Ursache der depressiven Befindlichkeit dazu kommen.

In der schon erwähnten Studie von Hiscock und Wake (2001) korrelierte das Ausmaß der postpartalen Depression mit dem Ausmaß der kindlichen Schlafstörungen. In einer anschließenden Studie konnten die beiden Autorinnen zeigen, dass eine drei Sitzungen dauernde Intervention zur Verbesserung der kindlichen Schlafstörung auch eine positive Auswirkung auf die Depression der Mütter zeigte (Hiscock u. Wake, 2002); dies lässt Wechselwirkungen wahrscheinlich erscheinen. Bei der mütterlichen Depression handelt es sich um einen oft untersuchten und nachgewiesenen Risikofaktor für die Entwicklung des Kindes. Die hier vorgestellten Mütter suchten nicht in erster Linie wegen ihrer depressiven Befindlichkeit unsere Beratungsstelle auf. Im Zentrum standen das Kind, seine Gesundheit und Schwierigkeiten mit seinem Verhalten. Deshalb vertiefen wir dieses Thema nicht weiter. Die Resultate unterstreichen aber die

Wichtigkeit der Zusammenarbeit von behandelnden Erwachsenenpsychiatern und Kinder- und Jugendpsychiatrie gerade im Säuglings- und Kleinkindalter.

Der Therapieerfolg wurde durch die behandelnden Ärzte und Psychologen eingeschätzt; leider fehlt eine Einschätzung der Eltern. Trotzdem erlauben diese Ratings die vorläufige Aussage, dass viele unserer Behandlungen erfolgreich abgeschlossen wurden. In fast der Hälfte der Behandlungen trat nach einer bis vier Sitzungen eine leichte bis gute Besserung der Symptomatik ein. Auch die Münchner Sprechstunde berichtet von sehr guten Resultaten bezüglich des Behandlungserfolges: 89,9 % zeigten eine vollständige oder überwiegende Besserung der Trias Verhaltensprobleme, Auflösung dysfunktionaler Interaktionsmuster und Entlastung der Eltern (Wollwerth de Chuquisengo u. Papoušek, 2004).

In vielen Fällen hatten die Eltern zuvor schon verschiedene Abklärungen und Behandlungen erfolglos ausprobiert. Dass wir oftmals in relativ kurzer Zeit helfen konnten, dürfte je nach Problematik unterschiedliche Ursachen gehabt haben. Gerade bei den Regulationsstörungen war es oft erstaunlich, wie schnell die Säuglinge weniger schrien und die Eltern ihrem Kind besser bei der Regulierung helfen konnten bzw. die Kinder ihre Regulationsmöglichkeiten nützen konnten. Wir vermuten, dass hier das Zusammenspiel von pädiatrischer Abklärung (und damit dem Vertrauen, dass dem Kind körperlich nichts fehlt), entwicklungspsychologischen Informationen (wie kann ich mein Kind in der Selbstregulation unterstützen?), sowie der Ressourcenaktivierung nicht zuletzt über die Rückmeldung, dass die Eltern „genügend gute Eltern“ sind, ausschlaggebend war. In der Tat haben St. James-Roberts, Conroy und Wilsher (1998) gezeigt, dass in den meisten Fällen extensives frühkindliches Schreien nicht von unzureichender elterlicher Betreuung abhängen muss. Regulationsstörungen – darauf weist der verbreitete Terminus „Dreimonatskoliken“ hin – verschwinden in vielen Fällen auch ohne Interventionen nach drei bis vier Monaten. Trotzdem ist unsere Beratung und Behandlung von klinischer Bedeutung: Neben der Symptomheilung ist es ebenso wichtig, die Beziehung Eltern-Kind zu unterstützen und zu verbessern. Dieser Aspekt dürfte vor allem profilaktisch nicht zu unterschätzen sein. Besonders Papoušek (2004) hat darauf hingewiesen, dass Eltern im Prinzip über intuitive Kompetenzen verfügen, ihr Kind in seinen selbstregulativen Fähigkeiten zu unterstützen. Verschiedene Faktoren können dazu beitragen, dass diese intuitiven Kompetenzen gehemmt werden. Bei anhaltenden Schwierigkeiten können Unsicherheit, Depression und Erschöpfung so groß werden, dass gemeinsame Regulationsbemühungen nur noch aus „Teufelskreisen“ anstelle von „Engelskreisen“ bestehen (ebd.). Konkret bedeutet das, dass die übermüdeten Eltern nur noch in schwierigen Momenten, wenn das Kind schreit, mit ihm interagieren und sich erleichtert abwenden, wenn das Kind ausnahmsweise zufrieden ist. Eltern und Kind können so kaum mehr gemeinsame positive Beziehungserfahrungen machen. Oftmals erzählen Mütter später von ihren Schreibabys, dass diese ihnen immer fremd blieben, sie nie einen unmittelbaren Zugang zu ihnen fanden. Dadurch ist die emotionale und soziale Entwicklung des Kindes langfristig gefährdet, auch wenn die Symptome der Regulationsstörung nach einigen Monaten „von selbst“ verschwinden.

Schlafstörungen sind das häufigste Störungsbild, das wir behandeln. Vereinzelt finden sich organische Gründe für die Schlafstörung. Doch in den meisten Fällen liegt die Ursache in aufwändigen elterlichen Ein- und Durchschlafhilfen: Es sind oft Rituale, die zum einen lieb geworden sind, zum anderen aber auch die Autonomie von Eltern und Kind schmerzhaft einschränken. Die Säuglinge haben sich an die Abläufe gewöhnt und fordern sie lautstark ein. Außerdem fehlt ihnen die Erfahrung, alleine einschlafen zu können. Deshalb arbeiten wir in unserer Behandlung von Schlafstörungen meist mit einer Kombination von Verhaltensmodifikation (Kast-Zahn u. Morgenroth, 2004) und psychotherapeutischen Gesprächen mit den Eltern. Aufgrund der von uns vorgeschlagenen Änderungen der Ein- und Durchschlafrituale werden die Eltern mit eigenen Bedürfnissen, Phantasien und Ängsten rund um die Schlafrituale und das Schlafen konfrontiert. Sich zuerst mit diesen auseinanderzusetzen ist oft die Voraussetzung dafür, dass Eltern dem Kind den nötigen Freiraum geben können, den sie brauchen, um alleine einzuschlafen.

Mit knapp 20 % der Familien führten wir längere Therapien durch. Kinder mit affektiven Störungen, die meisten mit Essstörungen, aber auch einige mit Regulationsstörungen und Schlafstörungen (meist mit schwerer Beziehungsbelastung) brauchten gemeinsam mit ihren Eltern längere therapeutische Begleitung. Einige Therapien erfolgten mit Beziehungsanalysen anhand von Videofeedback (Downing, 2003; Thiel-Bonney, 2002; McDonough, 1993), andere mit psychoanalytischer Eltern-Kind-Therapie (Fraiberg, 1980; von Klitzing, 1998, 2003; Bürgin 1998b). Für viele Eltern hat sich außerdem der kindzentrierte Zugang des „Watch, Wait and Wonder“-Ansatzes (Cohen et al., 2003) als äußerst geeignet gezeigt. Die vorhandenen Daten erlaubten leider keine Vergleiche bezüglich des Therapieerfolges abhängig von der Therapieform. Allerdings gehen wir davon aus, dass der für die jeweilige Familie hilfreichste therapeutische Zugang gesucht werden soll (Cramer, 2000). Welcher schließlich zur Anwendung kommt wird – mehr oder weniger explizit – zusammen mit den Eltern überlegt und entschieden (Robert-Tissot et al., 1998).

Nur wenige Studien haben verschiedene Eltern-Kind-Therapien verglichen. Die Forschungsgruppe um Cohen z. B. führte eine Vergleichsstudie durch, in der die psychodynamische Therapie dem „Watch, Wait and Wonder“-Ansatz verglichen wurde (Cohen et al., 1999). Zwischen 10 und 30 Monate alte Kinder mit verschiedenen klinischen Symptomen des Säuglings- und Kleinkindalters und ihre Mütter wurden relativ kurz (im Durchschnitt 14 Sitzungen) behandelt. Am Ende der Behandlung hatten beide Therapieformen die behandlungsrelevanten Probleme des Kindes reduziert, das Vertrauen der Mütter in ihre mütterlichen Fähigkeiten erhöht und den Betreuungsstress reduziert. Auch verbesserte sich die mütterliche Sensitivität und Reaktionsbereitschaft. Sie fanden aber auch Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsansätzen: Bei Kindern in der „Watch, Wait and Wonder“-Gruppe fanden die Autoren bessere Ergebnisse bezüglich der Bindungssicherheit als bei Kindern der psychodynamischen Vergleichsgruppe. Auch zeigten die Kinder der „Watch, Wait and Wonder“-Gruppe größere kognitive Entwicklungsfortschritte und bessere Fähigkeiten der Gefühls- und Verhaltensregulation. Und

schließlich waren die Mütter dieser Gruppe am Ende der Behandlung signifikant weniger depressiv. Bei einem sechs Monate später durchgeführten Follow-up zeigten sich die Effekte beider psychotherapeutischer Interventionen als beständig (Cohen et al., 2002). Zwar blieb ein Vorsprung der „Watch, Wait and Wonder“-Gruppe bestehen, aber die Gruppe der psychodynamischen Therapie konnte aufholen. Die Autoren erklären sich die unterschiedlichen Zeitabläufe dadurch, dass in der „Watch, Wait and Wonder“-Therapie direkt die Beziehung Mutter-Kind Veränderungen unterworfen sei, in der psychodynamischen Psychotherapie hingegen an den Repräsentationen der Mutter gearbeitet werde, was möglicherweise die Veränderungen verzögere.

Einen Vergleich zwischen psychoanalytischer Eltern-Kind-Therapie und Interactional Guidance führten Cramer und Kollegen in Genf durch (Cramer et al., 1990; Robert-Tissot et al., 1996). Sie fanden signifikante Verbesserungen der mütterlichen Sensitivität, dem mütterlichen Selbstwertgefühl, wie auch in der kindlichen Symptomatik, und zwar sowohl am Ende der Behandlung wie auch nach sechs Monaten follow-up. Die beiden Therapieansätze unterschieden sich wie erwartet, d. h. dass die Interactional Guidance eine größere Veränderung der mütterlichen Sensitivität erlaubte, die psychoanalytische Eltern-Kind-Therapie hingegen eine des mütterlichen Selbstwertgefühls. Die Autoren betonen jedoch, dass weit mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede zwischen den Therapieansätzen gefunden wurden (Robert-Tissot et al., 1996).

Die Auswertung unserer Daten zeigte schließlich, dass der Behandlungserfolg nicht von der depressiven Befindlichkeit der Eltern oder vom schwierigen kindlichen Temperament abhing. Auch das Geschlecht des Kindes hatte keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg. Dies galt immer sowohl für die Verbesserung der Symptome wie auch der Beziehung Eltern-Kind. Als einzigen signifikanten Faktor zeigte sich die Anwesenheit des Vaters: War der Vater mitbeteiligt an der Behandlung, verbesserte sich die Beziehung signifikant im Unterschied zu den Familien, wo der Vater nicht anwesend war. In Bezug auf die Symptomverbesserung hatte die Beteiligung keinen Einfluss. Es sind uns keine Studien bekannt, wo der Therapieerfolg bei der Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern in Abhängigkeit der Beteiligung des Vaters untersucht wurde. Die vorliegenden Ergebnisse sind zwar vorläufig, trotzdem aber bemerkenswert. Es bedeutet zum einen, dass wir auch Kinder mit sehr schwierigem Temperament und auch bei depressiver Befindlichkeit ihrer Eltern gut und erfolgreich behandeln können. Gleichzeitig unterstützt es unser Bemühen, den Vater in die Therapie nach Möglichkeit mit einzubeziehen: Der Vater hat nicht nur als Prinzip, sondern auch als Person (Bürgin, 1998a) Bedeutung. Prognostisch ist eine verbesserte Beziehung zwischen Eltern und Kind ebenso wichtig wie die Symptomreduktion.

Zwar waren die Behandlungen aufgrund der Einschätzungen der Therapeuten meist erfolgreich – falls es zu einer Behandlung kam. 35 % der Familien beendeten von sich aus und aus unserer Sicht zu früh die Behandlung, bis auf wenige Fälle nach der 1. oder 2. Sitzung. Durch die Möglichkeit der Selbstanmeldung und die Tatsache, dass die Basler Sprechstunde an der somatischen Kinderklinik stattfindet, ist das Angebot sehr

niederschwellig. In solchen „Step in“-Sprechstunden sind natürlicherweise vorzeitige Beendigungen häufig. Wie wir wissen, waren auch einige Eltern durch das Setting (der Anwesenheit von einer Psychologin bzw. Psychiaterin) irritiert und möchten das Problem als rein körperliches verstanden wissen. Schließlich sahen einige der Eltern keinen Grund für eine weitere Behandlung, da sie durch die – oftmals allein durch die pädiatrische Abklärung und erste Rückmeldungen und Ratschläge – initiierten Symptomverbesserungen zufrieden waren.

4 Forschungsausblick

Auf Grund der mangelnden Ressourcen wurde im primär klinischen Angebot der Basler Sprechstunde die systematische Befragung der Eltern bezüglich ihrer Zufriedenheit mit der Behandlung nicht durchgeführt. Deshalb wollen wir in einer begonnenen Katamnesestudie der Frage nachgehen, ob und weshalb – bzw. weshalb nicht – die Eltern mit der Behandlung zufrieden waren. Ein Ziel ist zu eruieren, welches die Gründe für die relativ vielen Abbrüche waren. Gleichzeitig sollen Daten zur weiteren Entwicklung der ehemaligen kleinen Patienten erhoben werden, um zum Verständnis der Verläufe frühkindlicher Probleme beizutragen.

Literatur

- Austin, M.-P., Hadzi-Pavlovic, D., Leader, L., Saint, K., Parker, G. (2005). Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament. *Early Human Development*, 81, 183-190.
- Bates, J. E., Freeland, C. A. B., Lounsbury, M. L. (1979). Measurement of infant difficulty. *Child Development*, 50, 794-803.
- Bergant, A. M., Nguyen, T., Heim, K., Ulmer, H., Dapunt, O. (1998). German language version and validation of the Edinburgh postnatal depression scale. *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 123, 35-40.
- Bergant, A., Nguyen, T., Moser, R., Ulmer, H. (1998). Prävalenz depressiver Störungen im frühen Wochenbett. *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau*, 38, 232-237.
- Bürgin, D. (1998a). Vater als Person und Vater als Prinzip. In D. Bürgin (Hrsg.), *Triangulierung: Der Übergang zur Elternschaft* (S. 179-214). Stuttgart: Schattauer.
- Bürgin, D. (1998b). Psychoanalytische Ansätze zum Verständnis der frühen Eltern-Kind-Triade. In K. von Klitzing (Hrsg.), *Psychotherapie der frühen Kindheit* (S. 15-31). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Cohen, N. J. (2002). Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies: Convergence of therapeutic outcomes. *Infant Mental Health Journal*, 23, 361-380.
- Cohen, N. J., Muir, E., Lojkasek, M. (2003). „Watch, Wait and Wonder“: Ein kindzentriertes Psychotherapieprogramm zur Behandlung gestörter Mutter-Kind-Beziehungen. *Kindernalyse*, 11, 58-79.

- Cohen, N. J., Muir, E., Parker, C. J., Brown, M., Lojkasek, M., Muir, R., Barwick, M. (1999). Watch, Wait and Wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 20, 429-451.
- Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 10, 782-786.
- Cramer, B. (2000). Can therapists learn from psychotherapy research? In K. von Klitzing, P. Tyson, D. Bärger (Hrsg.), *Psychoanalysis in Childhood and Adolescence* (S. 12-22). Basel: Karger.
- Cramer, B., Robert-Tissot, Ch., Stern, D. N., Serpa-Rusconi, S., de Mural, M., Besson, G., Palacio-Espasa, F., Bachmann, J.-P., Knauer, D., Berney, C., d'Arcis, U. (1990). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: A preliminary report. *Infant Mental Health Journal*, 11, 278-300.
- Downing, G. (2003). Video Microanalyse Therapie: Einige Grundlagen und Prinzipien. In H. Scheurer-Englisch, G. J. Suess, W.-K. Pfeifer (Hrsg.), *Wege zur Sicherheit: Bindungswissen in Diagnostik und Intervention* (S. 25-50). Gießen: Psychosozialer Verlag.
- Emde, R. N., Wise, B. K. (2003). The cup is half full: Initial clinical trials of DC: 0-3 and a recommendation for revision. *Infant Mental Health Journal*, 24, 437-446.
- Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant and mental health: The first year of life*. New York: Basic Books.
- Frankel, K., Boyum, L. A., Harmon, R. J. (2004). Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatric clinic: comparison of two diagnostic systems. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 578-587.
- Goodman, J. H. (2004). Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health. *Journal of advanced nursing*, 45, 26-35.
- Guédénay, N., Guédénay, A., Rabouam, C., Mintz, A.-S., Danon, G., Morales Heut, M., Jacquemain, F. (2003). The Zero-to-Three diagnostic classification: A contribution to the validation of this classification from a sample of 85 under-threes. *Infant Mental Health Journal*, 24, 313-336.
- Hiscock, H., Wake, M. (2001). Infant sleep problems and postnatal depression: A community-based study. *Pediatrics*, 107, 1317-1322.
- Hiscock, H., Wake, M. (2002). Randomised controlled trial of behavioural infant sleep intervention to improve infant sleep and maternal mood. *British Medical Journal*, 324, 1062-1065.
- Hofacker, N. v., Barth, R., Deneke, C., Jacubeit, T., Papoušek, M., Riedesser, P. (2003). Regulationsstörungen im Säuglingsalter. In Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Hrsg.), *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter*. Deutscher Ärzte Verlag: Köln. Quelle: <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/kjpp-028.htm>, Stand: 16.08.2008.
- Infant Mental Health Journal* (2003), Heft 24: Special Issue. The use of the diagnostic classification 0-3.
- Kast-Zahn, A. (2004). Jedes Kind kann Regeln lernen. Vom Baby bis zum Schulkind: Wie Eltern Grenzen setzen und Verhaltensregeln vermitteln können. Ratingen: Oberstebrink.
- Kast-Zahn, A., Morgenroth, H. (2004). Jedes Kind kann schlafen lernen. Ratingen: Oberstebrink.
- Keenan, K., Shaw, D. (1997). Developmental and social influences on young girls' early problem behavior. *Psychological Bulletin*, 121, 95-113.
- Keren, M., Feldman, R., Tyano, S. (2003). A five-year Israeli experience with the DC: 0-3 classification system. *Infant Mental Health Journal*, 24, 337-348.
- Klitzing, K. v. (2003). Wann braucht ein Säugling einen Psychoanalytiker? Von der Erforschung zur Therapie früher Beziehungen. *Kinderanalyse*, 11, 3-19.

- Klitzing, K. v. (2002). Frühe Entwicklung im Längsschnitt: Von der Beziehungswelt der Eltern zur Vorstellungswelt des Kindes. *Psyche*, 56, 863-887.
- Klitzing, K. v. (1998). Die Bedeutung des Vaters für die frühe Entwicklung. Entwicklungspsychologische Argumente für die Einbeziehung des „Dritten“ in den therapeutischen Prozess. In K. von Klitzing (Hrsg.), *Psychotherapie der frühen Kindheit* (S. 119-131). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Korner, A. F., Brown, B. W., Reade, E. P., Stevenson, D. K., Fernbach, S. A., Thom, V. A. (1988). State behavior of preterm infants as a function of development, individual and sex differences. *Infant Behavior and Development*, 11, 111-124.
- Laucht, M., Schmidt, M. H., Esser, G. (2004). Frühkindliche Regulationsprobleme: Vorläufer von Verhaltensauffälligkeiten des späteren Kindesalters? In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (S. 339-356). Bern: Huber.
- Maccoby, E. E., Snow, M. E., Jacklin, C. N. (1984). Children's dispositions and mother-child interaction at 12 and 18 months: A short-term longitudinal study. *Development Psychology*, 20, 459-472.
- McDonough, S. C. (1993). Interaction Guidance: Understanding and treating early infant-caregiver relationship disorders. In C. H. Zeahnah (Hrsg.), *Handbook of infant mental health* (S. 414-426). Guilford Press, New York.
- Muir, E., Lojkasek, M., Cohen, N. J. (1999). A manual describing an infant-led approach to problems in infancy and early childhood. Toronto, ON: Hincks-Dellcrest Institute.
- Offord, D. R., Boyle, M. H., Szatmari, P., Rae-Grant, N. I., Links, P. S., Cadman, D. T., Byles, J. A., Crawford, J. W., Blum, H. M., Byrne, C., Thomas, H., Woodward, C. A. (1987). Ontario Child Health Study: II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836.
- Papoušek, M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 77-110). Bern: Huber.
- Papoušek, M. (2000). Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 49, 611-627.
- Papoušek, M., Wollwerth de Chuquisengo, R. (2004). Integrative kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Psychotherapie bei frühkindlichen Regulationsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 253-254.
- Perren, S., von Wyl, A., Simoni, H., Bürgin, D., von Klitzing, K. (2005). Depressive symptoms and psychosocial stress across the transition to parenthood: Associations with parental psychopathology and child difficulty. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26, 173-183.
- Robert-Tissot, Ch., Cramer, B. (1998). When patients contribute to the choice of treatment. *Infant Mental Health Journal*, 19, 245-259.
- Robert-Tissot, Ch., Cramer, B., Stern, D. N., Serpa-Rusconi, S., Bachmann, J.-P., Palacio-Espasa, F., Knauer, D., de Muralt, M., Berney, C., Mendiguren, G. (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: Report on 75 cases. *Infant Mental Health Journal*, 17, 97-114.
- Sarimski, K. (2004). Evaluation verhaltenstherapeutischer Interventionen bei Schrei-, Schlaf und Fütterstörungen. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 233-261). Bern: Huber.

- St. James-Robert, I., Conroy, S., Wilsher, K. (1998). Links between maternal care and persistent infant crying in the early months. *Child: Care, Health and Development*, 24, 353-376.
- Trautmann-Villalba, P., Laucht, M., Schmidt, M. H. (2006). Väterliche Negativität in der Interaktion mit Zweijährigen als Prädiktor internalisierender Verhaltensprobleme von Mädchen und Jungen im Grundschulalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55, 169-180.
- Tirosh, E., Bendrian, S. B., Golan, G., Tamir, A., Cohen, M. (2003). Regulatory disorders in Israeli infants: epidemiologic perspective. *Journal of Child Neurology*, 18, 748-754.
- Whiffen, V. E., Gotlib, I. H. (1989). Infants of postpartum depressed mothers: Temperament and cognitive status. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 274-279.
- Wiefel, A., Titze, K., Kuntz, L., Winter, M., Seither, C., Witte, B., Lenz, K., Grütters, A., Lehmkuhl, U. (2007). Diagnostik und Klassifikation von Verhaltensauffälligkeiten bei Säuglingen und Kleinkindern von 0-5 Jahren. *Praxis der Kinderpsychologie und Psychiatrie*, 56, 59-81.
- Wollwerth de Chuquisengo, R., Papoušek, M. (2004). Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie. In M. Papoušek, M. Schieche, H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (S. 281-309). Bern: Huber.
- Zero to Three (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and childhood: Revised edition (DC: 0-3R)*. Washington, D.C., ZERO TO THREE Press.
- Zero to Three (1994). *Diagnostic classification: 0-3: Diagnostic classification of mental health and development disorders of infancy and early childhood*. Arlington, VA: National Centre for Clinical Infant Programs.

Korrespondenzadresse: Dr. Agnes von Wyl, Universitäre Psychiatrische Kliniken, Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik, Schaffhauserstrasse 55, CH-4058 Basel; E-Mail: agnes.vonwyl@upkbs.ch