

KONZEPT

Säuglings-und Kleinkind Ambulanz **im Sana Klinikum Offenbach**

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	S. 2
I. Angebote	S. 3
II. Beratungsmethoden	S. 5
III. Diagnosekriterien	S. 8
IV. Theoretische Grundlagen	S. 10
V. Umsetzung	S. 18
VI. Literatur	S. 19

Einleitung

Die Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche der Stadt Offenbach erstellt eine Rahmenkonzeption für eine Säuglings-und Kleinkind-Ambulanz, die in den Räumen des Klinikums angesiedelt wird und in Kooperation mit dieser durchgeführt wird. Die fachliche Steuerung sowie die Dienstaufsicht obliegen dem Öffentlichen Träger der Jugendhilfe. Es handelt sich um ein sozialmedizinisches Angebot, welches die kinderärztlichen Strukturen in und um Offenbach integrativ ergänzt und einen wesentlichen Bestandteil der pädiatrischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention darstellt. Die Säuglings- und Kleinkind-Ambulanz leistet pädagogische Informationen, Beratung und Unterstützung bei der Vorbereitung auf die Elternschaft, nach der Geburt und bei der Betreuung und Erziehung der Säuglinge und Kleinkinder. Diese psychosozialen Leistungen sollen die medizinische Betreuung und Versorgung der Mütter und Kinder durch die Klinik ergänzen. Es handelt sich um Angebote im Rahmen der Jugendhilfe gemäß §§16, 17, 27, 28 SGB VIII und des Bundeskinderschutzgesetzes, die von Offenbacher Bürgerinnen und Bürgern in Anspruch genommen werden können. Die Leistungsangebote sind freiwillig und auf Wunsch anonym. Alle Gespräche unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Maßnahmen und Angebote nach SGB VIII im Rahmen der Säuglings- und Kleinkind-Ambulanz sind kostenfrei.

Der Hintergrund für dieses Projekt besteht in der langjährigen Erfahrung, dass sich in den Anamnesen von älteren Kindern, die in der Beratungsstelle vorgestellt werden, häufig Hinweise darauf finden, dass bereits in der Säuglings- und Kleinkindzeit Probleme aufgetreten

sind, für die zum damaligen Zeitpunkt jedoch keine professionelle Hilfe in Anspruch genommen wurde oder werden konnte.

Die Säuglings- und Kleinkindforschung hat valide Ergebnisse vorgelegt, die zeigen, dass sich die Eltern-Kind-Beziehung häufig schwierig gestaltet, wenn bereits in der Säuglingszeit Probleme auftreten. (vgl. Hédervári-Heller 2001, 2003; Ludwig-Körner 2001; Papousek 1998). Dabei hat sich die Sichtweise von Schwierigkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter sehr verändert. Probleme wie anhaltendes Säuglingsschreien, Schlaf- und Fütterprobleme, massive Wutanfälle werden nicht mehr vorwiegend als Symptom des Kindes betrachtet, sondern als Ausdruck einer belasteten Interaktionsdynamik (vg. Barth 1998).

Das Angebot der Säuglings- und Kleinkinderambulanz im Sana Klinikum Offenbach bietet schnelle und unbürokratische Hilfe für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern zu einem frühen Zeitpunkt, an dem Konfliktstrukturen und Überforderungssituationen zwar erkennbar, aber noch nicht verfestigt und eskaliert sind. (vgl. Finger-Trescher, Sann 2007). Der Standort im Klinikum erleichtert vielen Eltern den Zugang, da die Hemmschwelle, das Jugendamt aufzusuchen, immer noch relativ hoch ist.

Dieses sehr niederschwellige Angebot im Klinikum soll auch als wirkungsvolles präventives Instrument der Hilfen zur Erziehung fungieren, insofern durch die enge Kooperation mit der Kinderklinik sowie der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Hilfebedarfe von Kindern und deren Eltern bereits sehr früh gesehen werden. Darüber hinaus ist hierdurch die gerade im Säuglingsalter unabdingbare enge fachliche Zusammenarbeit der medizinischen und der psychosozialen Dienste relativ unbürokratisch und am gleichen Standort gewährleistet. Dies ist insbesondere von Bedeutung für diejenigen Eltern, die mit der Inanspruchnahme verschiedener Hilfsangebote von unterschiedlichen Institutionen überfordert sind. Beratungsgespräche können direkt, noch während des stationären Aufenthalts der Mütter und/oder Kinder, im Sinne einer sog. „Gehstruktur“ angeboten und je nach Bedarf auch nach der stationären Behandlung fortgesetzt werden. Sollten darüber hinaus gehende andere Hilfen notwendig sein, können die Eltern über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme solcher Hilfen informiert werden. Grundsätzlich steht die Säuglings- und Kleinkind-Ambulanz allen Eltern von Säuglingen und Kleinkindern, die in Offenbach leben, zur Verfügung, also auch denjenigen, die keiner stationären Behandlung im Klinikum bedürfen. Das Klinikum verpflichtet sich, die Ambulanz in Kooperation mit den niedergelassenen Kinderärzten und Gynäkologen für die in Offenbach lebenden Eltern von Säuglingen und Kleinkindern bekannt und zugänglich zu machen.

Die Konzeption ist Bestandteil des Kooperations-Vertrags zwischen der Stadt Offenbach am Main als Öffentlichem Träger der Jugendhilfe und dem Sana Klinikum Offenbach.

I. Angebote

Für werdende Eltern:

- Beratung bei Fragen
 - zur Entwicklung von Kindern im ersten Lebensjahr
 - zum Zusammenleben mit dem Kind
 - von künftig alleinerziehenden Müttern
 - bezüglich der Umstellung von der Paarbeziehung zur Elternschaft
 - Veränderungen im Zusammenleben und in der individuellen Lebensgestaltung

- Gesprächsgruppen für werdende Eltern

Für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern (0-3 Jahre)

- **Baby- und Kleinkind-Sprechstunde:**
 - Information
 - Entwicklungspsychologische Diagnostik
 - Eltern-Kleinkind-Beratung
 - Eltern-Kleinkind-Therapie
 - Unterstützung bei der Suche nach ergänzenden Hilfen

Das Angebot deckt insbesondere folgende Themenbereiche ab:

- Allgemeine Erziehungsfragen
 - Anhaltendes Schreien
 - Probleme beim Ein- und Durchschlafen
 - Fütterungsprobleme / problematisches Essverhalten
 - Gedeihstörungen
 - Drohende Vernachlässigung, Misshandlung
 - Entwicklungsauffälligkeiten
 - Geschwisterrivalität
 - Massives Trotzverhalten
 - Trennungsängste
- Übergang von der Frauen- / Männerrolle zur Elternschaft
 - Konflikte in der Partnerschaft
 - Besondere Anforderungen an allein erziehende Eltern

Eltern-Paarberatung:

Paare, die Eltern werden, geworden sind oder das zweite bis dritte Kind erwarten, können von den Fachkräften der Beratungsstelle eine qualifizierte Unterstützung in Krisensituationen erhalten. Der Übergang von der exklusiven Partnerschaft zur Elternschaft kann sich schwierig gestalten und die Entwicklung des Kindes entsprechend beeinflussen.

Das Eltern-Paarberatungsangebot richtet den Fokus bewusst auf die Partnerschaft in der neuen familiären Konstellation und auf ihre Bedeutung für die kindliche Entwicklung.

Mütterberatung (einzeln oder in Gruppen):

Mütter müssen in der Schwangerschaft und den ersten drei Lebensjahren mit besonderen Belastungen umgehen. Die Mütterberatung soll sie dabei unterstützen, mit den alltäglich anfallenden Anforderungen besser zurechtzukommen, um Irritationen des Kindes vorzubeugen oder möglichst frühzeitig Hilfestellung bei der Bewältigung eines Problems zu bieten.

Väterberatung (einzeln oder in Gruppen):

Väter fühlen sich häufig aus der Dyade der Mutter-Kind-Beziehung ausgeschlossen. Wenn dies nicht produktiv innerhalb der Elternpaar-Beziehung gelöst werden kann, kommt es häufig zu Entfremdungstendenzen zwischen den Eltern und damit einhergehenden Spannungen innerhalb der Familie. Diese Spannungen wirken sich auf das Kind aus. Die Väterberatung kann auch eine Unterstützung für von ihren Kindern getrennt lebenden Vätern bedeuten, die trotz der Trennung des Paares an einem Kontakt zu ihrem Kind interessiert sind und dessen Entwicklung begleiten wollen.

II. Beratungsmethoden

1. Information, Aufklärung und entwicklungspsychologische Beratung

Frühe Hilfestellungen in Form von Information und Aufklärung wirken nicht nur entlastend in der akuten Überforderungs- und Krisensituation. Sie können vielmehr tatsächliche Änderungen in Erwartungshaltungen und Interaktionsformen zwischen Eltern und Kindern bewirken, die die kindliche Entwicklung günstig beeinflussen (Papousek 1998, S. 93ff.; Ziegenhain u.a. 2004, S. 17).

Informationen über „normale“ kindliche Entwicklungsverläufe, über „normale“ Belastungen der Eltern (z.B. Schlafmangel, ambivalente Gefühle) und der Geschwisterkinder (z.B. Eifersucht) sowie über Veränderungen in der Partnerschaft können zur Beruhigung und Entlastung ebenso beitragen wie Aufklärung über sog. „pädagogische Geister“: „Wenn man einem Kind genug Liebe und Zeit widmet, ist es immer zufrieden und schreit nicht“. „Wäre ich eine gute Mutter, würde mein Kind nicht so viel schreien“ usw..

Information und Aufklärung können ergänzt werden durch eine entwicklungspsychologische Beratung der Eltern unter Einbezug des Kindes. Diese Form der Beratung ist die Methode der Wahl bei „hinreichend fürsorglichen Eltern“ (Winnicott 1960), die sich zu einem bestimmten Zeitpunkt mit umschriebenen Aspekten des kindlichen Verhaltens überfordert bzw. besorgt fühlen. Dabei kann es sich z.B. um eine einfache Schlafstörung handeln oder um plötzliches Fremdeln, um eifersüchtige Reaktionen auf die Geburt eines Geschwisters oder um die Gestaltung einer Tagesbetreuung in einer Krabbelstube oder Kindertagesstätte. Solche Eltern profitieren in der Regel gut von einer entwicklungspsychologisch orientierten Sicht der Erlebnis- und Verhaltensweisen ihres Kindes und es fällt ihnen dann meist nicht schwer, andere als die gewohnten Interaktionsformen mit ihrem Kind zu entwickeln (vgl. Barth 1998).

2. Psychodynamisch orientierte Beratung

Psychodynamisch orientierte Beratung ist ein Angebot für Eltern, die erkennen lassen, dass die primären Belastungen durch den Säugling oder das Kleinkind auf eigenen inneren Konfliktlagen beruhen, die einen erheblichen Leidensdruck erzeugen (z.B. Schuldgefühle, Versagensängste, depressive Erschöpfungszustände). Auch Einflussfaktoren aus der (frühen) Kindheit der Eltern im Sinne einer transgenerationalen Indikation können hierbei Berücksichtigung finden (vgl. Fonagy, Target 2003, S. 19; v. Klitzing 1998, S. 13; Pedrina 2001, S. 19f.).

Dieses Angebot richtet sich gegebenenfalls auch an das Elternpaar, wenn durch die Belastungen der Elternschaft Probleme in der Paarbeziehung entstehen, die wiederum die Beziehung zwischen Eltern und Kind beeinträchtigen. Der Einfluss früherer Bindungserfahrungen und Traumata der Eltern bildet einen nicht zu unterschätzenden Einflussfaktor bei der Entstehung

von Krisen in der Eltern-Kind-Interaktion sowie von Krankheitsverläufen bei Säuglingen und Kleinkindern. Dennoch muss die Erlebniswelt der Eltern nicht zwangsläufig an ihre Kinder weitergegeben werden. Im Zentrum der psychodynamischen und entwicklungspsychologischen Beratung steht die Bedeutung der Erlebensweisen, Erfahrungen und Vorstellungen der Eltern (vgl. Pedrina 2004). In psychodynamisch orientierten Eltern-Kleinkind-Beratungen, die auf die Bearbeitung transgenerationaler Konflikte und unbewusster Übertragungen und Projektionen der Eltern auf das Kind zentriert sind, werden gemeinsam mit den Ratsuchenden Sinnzusammenhänge hergestellt, um blockierte Entwicklungschancen zu erschließen (vgl. Hoerster, Müller 1996; vgl. Finger-Trescher 2004).

Von Bedeutung sind auch hierbei die „Schatten der Vergangenheit“ (Finger-Trescher 1991, S. 37) oder „ghosts in the nurcery“ (Fraiberg zit. in: Pedrina 2001, S. 18), die „Gespenster im Kinderzimmer“ (Barth 1998, S. 83; Papousek 1998, S. 105). Es handelt sich hierbei um unbewusste Übertragungen der Eltern auf ihren Säugling. Die Einnistung solcher „gespenstischer“ Verhältnisse kann Generationen zurückliegen, und das Baby ist „zu einem stummen Darsteller in der Familientragödie geworden“ (Fraiberg, Adelson, Shapiro 2004, S. 466). Dennoch kann nicht von einem zwangsläufigen Automatismus der Weitergabe von Leid, Angst und Schmerz gesprochen werden: „Biographie ist kein Schicksal“ (Fraiberg, Adelson, Shapiro 2004, S. 467; Szykowski 1997), sofern es gelingt, ihre Bedeutung für die gegenwärtige Beziehungsgestaltung – z.B. in der Eltern-Kind-Beziehung – zu reflektieren.

Die Retrospektionsfähigkeit der Eltern, d.h. die Bereitschaft, sich mit der eigenen Lebensgeschichte auseinanderzusetzen, spielt bei der Indikation für eine psychodynamisch orientierte Beratung eine entscheidende Rolle.

3. Die interaktionszentrierte Beratung

In der interaktionszentrierten Beratung steht das unmittelbare und konkret sichtbare Verhalten der Ratsuchenden im Vordergrund. Interaktionsorientierte Beratung ist ein alltagspraktisches Angebot, insofern es sich ganz konkret auf beobachtbare Interaktionen zwischen Eltern und Kindern bezieht. So können beispielsweise Füttersituationen, Einschlafrituale, Wickelsituationen u.a. beobachtet und besprochen werden. Ziel ist es, mit den Eltern durch die Besprechung der Beobachtungen ganz praktische Verhaltensalternativen zu erarbeiten, um sich verfestigende Interaktionsrituale durchbrechen zu können (Papousek 1998). In der interaktionszentrierten Beratung wird in bereits erprobten Verfahren ggf. auch unter Einsatz von Videotechnik gearbeitet (vgl. Pedrina 2004, S. 222; vgl. v. Hofacker 1998, S. 58 u. S. 66f.; vgl. Stern 1998, S. 177).

Während der Beratung sind die Reaktionen des Kindes für die Diagnosestellung und die Behandlungsperspektive von großer Bedeutung. So kann es hilfreich sein, den Moment festzuhalten, in welchem das Baby durch Weinen, Lächeln oder irgendeine andere Verhaltensweise auf sich aufmerksam macht (vg. Wattleton 2003, S. 508). Dies ist für den beraterisch-therapeutischen Prozess wichtig, da es hilft, das Augenmerk auf die psychische Befindlichkeit des Kindes zu lenken, denn Eltern sind oft irritiert, wenn ihnen bewusst wird, wie rasch sich die psychische und auch geistige Aktivität des Babys entwickelt (vgl. Wattleton 2003, S. 508). Die Körperbewegungen und Somatisierungen des Kindes können als nonverbale Mitteilungen des Kindes an die Eltern und die Umgebung verstanden werden (Wattleton 2003, S. 508). D.h. „Kinder sind „selbständige Teilnehmer“, auch wenn sie noch nicht sprechen können“ (Wattleton 2003, S. 511; vgl. Barth 1998, S. 78; vgl. Papousek 1998, S. 114).

4. Integrative Eltern-Kleinkind-Therapie

Integrative Eltern-Kleinkind-Therapie richtet sich an Eltern, bei welchen eine Indikation für ein therapeutisches Vorgehen gegeben ist z.B. bei auffallender Entwicklungsstörung des Kindes bzw. wenn die Probleme trotz mehrerer Beratungsstunden weiter bestehen. Die integrative Eltern-Kleinkindtherapie umfasst stets psychodynamisch orientierte und interaktionsorientierte Vorgehensweisen. Dabei steht das therapeutische Bindungsangebot an die Eltern (meist Mütter) im Vordergrund. Die Herstellung einer sicheren therapeutischen Beziehung zum Kind und seinen Eltern spielt hierbei also eine zentrale Rolle, um neue Interaktionsmuster gemeinsam zu erfahren und zu erproben.

Die Herstellung einer Beziehung zwischen Säugling und TherapeutIn kann hilfreich sein, wenn es darum geht, die Signale des Kindes in den emotionalen Austausch innerhalb der jeweiligen Sitzung einzubringen und „dem Containment in der Mutter-Säuglings-Beziehung zugänglich zu machen“ (Norman 2004, S. 246). Dies führt im günstigen Fall zu einer „neuen Lesart der Interaktionsstörungen“ (Wattilon 2003, S. 517) und den damit einhergehenden Interventionsmöglichkeiten. Auf dieser Basis kann es gelingen, aus unzusammenhängenden Sinnfragmenten ein zusammenhängendes Sinngefüge zu konstruieren und unverständlich erschienenen Erlebnis- und Reaktionsweisen Bedeutung zu verleihen, die gleichsam entgiftend wirkt.

III. Diagnosekriterien

Problematisches Schreiverhalten:

Wenn wir von einem normalen Entwicklungsverlauf ausgehen, klingt das häufige Schreien des Säuglings ca. 6 – 8 Wochen nach der Geburt ab. Etwa 8% aller sog. Schreikinder bis zum 3. Lebensmonat sind auch in der Folge persistierende Schreikinder. Bekannt sind die anhaltenden Schreianfälle innerhalb der ersten Lebensmonate unter der Bezeichnung „3-Monats-Koliken“. Diese Unruhe- und Schreiphasen des Säuglings hängen eng mit den physiologischen Reifungsprozessen des Kindes und seiner Adaption an seine neue Umwelt zusammen. Die Phasen von Schlaf- und Wachzuständen sind in diesen ersten sechs Lebensmonaten deshalb sehr irritierbar (vgl. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003, S. 3).

In der Beratungssituation ist es sinnvoll folgende Fragen zu stellen: 1. Wie beruhigen die Eltern das Kind? 2. Wie sieht der Tages-Rhythmus aus? 3. Welche Impulse verspüren die Eltern in Bezug auf das Schreien? 4. Welche Ressourcen stehen zur Verfügung innerhalb des sozialen Umfeldes, der Familie, bei Freunden oder Bekannten. Seit den bahnbrechenden Forschungen von Spitz (1965) ist ein Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis des Säuglings nach Spannungsabfuhr durch Schreien einerseits und spezifischen Reaktionen übermäßig besorgter Mütter andererseits als Mitverursacher der sog. Dreimonatskolik bekannt insofern mit diesen spezifischen Interaktionsformen ein circulus vitiosus in Gang gesetzt wird.

Schlafstörungen

Innerhalb der ersten sechs Lebensmonate werden wiederholtes und kurzes Aufwachen des Säuglings ebenfalls durch dessen physiologische Reifungsprozesse ausgelöst. Diese Reifungsphase geht mit den beschriebenen Schreiphasen einher und ist nicht wirklich als Schlafstörung zu bezeichnen. Über die Altersgrenze von 6 Lebensmonaten hinaus wird das Aufwachen und nicht wieder Einschlafen können des Kindes trotz elterlicher Hilfe als Störung bezeichnet. Säuglinge erwerben bereits in den ersten Lebensmonaten die Fähigkeit auch ohne

elterliche Unterstützung wieder einzuschlafen. Deshalb wird als Kriterium für eine Störung in diesem Bereich das Einschlafen nur mit Einschlafhilfe der Eltern bezeichnet, bei einer Einschlafdauer von mehr als 30 Minuten im Durchschnitt. Durchschlafstörungen liegen vor, wenn der Säugling an mindestens vier Nächten pro Woche mindestens drei Mal aufwacht und dabei länger als 20 Minuten wach ist. Das Schlafen im elterlichen Bett wird nicht per se als Risikofaktor angesehen, da dessen Bedeutung kulturell determiniert ist. Sinnvoll ist es jedoch, in Fällen von Schlafstörungen im Zusammenhang mit der Beruhigung im elterlichen Bett, nach Trennungsängsten seitens Kindes oder seitens der Eltern zu forschen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003, S. 4).

Fütterstörungen:

Der Begriff Fütterstörung wird in der internationalen Literatur verwendet, um hervorzuheben, dass es sich bei der Ess- bzw. Füttersituation um eine Interaktion zwischen Kind und Eltern handelt. Fütterprobleme können ab und an in den ersten Lebensmonaten auftreten und sind nicht als Problem zu betrachten. Erleben die Eltern jedoch die Füttersituation über mehr als einen Zeitraum von einem Monat als problematisch wird von einer Fütterstörung gesprochen. Fütterungsstörungen müssen nicht mit Gedeihstörungen einhergehen.

Gedeihstörungen:

Gedeihstörungen gehen immer mit Fütterstörungen einher. In der Gesamtpopulation treten Gedeihstörungen mit 3% bis 5% auf. Gedeihstörung wird u.a. diagnostiziert, wenn die Säuglinge nicht altersgemäß wachsen und an Gewicht zunehmen. Außerdem zählen dazu Kinder, die die Nahrung verweigern und Kinder, die normal gestillt werden und dennoch nicht zunehmen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2004, S. 4f.). Auch Kinder, die im Alter zwischen dem 4. und 8. Lebensmonat keine alternative Nahrung zu sich nehmen, können Gedeihstörungen aufweisen. Hier müssen Komplikationen im Kaubereich und andere medizinisch relevante Störungen vorrangig durch entsprechende Diagnostik abgeklärt werden (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2003, S. 8). Sorgfältige medizinische Abklärung ist, wie bei anderen Störungen im Säuglings- und Kleinkindalter auch, bei Gedeihstörungen unbedingt erforderlich. Schwerwiegende Gedeihstörungen liegen vor bei Kindern, die auch unter ärztlicher Versorgung nicht gedeihen. In diesen Fällen wird diagnostisch von einer Kommunikations- oder Bindungsstörung zwischen Eltern und Kind ausgegangen. Auch eine Überprüfung der Kindeswohlgefährdung im Sinne § 8a, SGB VIII ist in diesen Fällen ratsam.

Trotzverhalten:

Trotzverhalten oder aggressives Verhalten ist keine beabsichtigte Handlung seitens des Kleinkindes. Das Kind wird in diesen Situationen von extremen Emotionen überwältigt, verliert den Kontakt zur Umwelt und fühlt sich innerlich einsam und isoliert von seiner Außenwelt. Das Kind im Alter zwischen 18 – 20 Monaten will in diesen Situationen keine Macht erlangen, sondern reagiert auf situative Störungen. Anlässe für diese Störungen können misslungene Handlungen, Anforderungen bzw. Überforderungen seitens der Erwachsenen sein. Trotzreaktionen sind ein Zeichen für das Einsetzen der Selbstwahrnehmung. Das Kind möchte sich abgrenzen, selbst entscheiden. Diese Abgrenzungstendenzen gehen jedoch einher mit der Angst des Kindes vor dem Verlust der elterlichen Zuneigung. Eindeutiges Verhalten gibt dem Kind in diesen Situationen eine Orientierung. In Hinblick auf Verbote sollten Alter-

nativen angeboten werden, die dem Kind das Gefühl vermitteln, nicht gänzlich abgewiesen zu werden (Ballhausen 1993; Brazelton 1992; Largo 2001; Prekop 1991).

IV. Theoretische Grundlagen

Entwicklungspsychologische Aspekte

Bereits in den ersten Lebensmonaten werden Qualität und Struktur der gesamten psychischen Entwicklung des Kindes in entscheidender Weise geprägt und beeinflusst. Die zunächst totale Abhängigkeit des Säuglings, sein Angewiesensein auf physische und psychische existenzielle Fürsorge von seiner Umweltmacht eine optimale und auch sehr aufwendige physische und psychische Versorgung und Fürsorge unabdingbar, zumal in diesem frühen Stadium Psyche und Soma noch nicht voneinander unterschieden werden können. In den ersten Wochen und Monaten benötigt der Säugling also eine Person, die in der Lage ist, sich ihm und seinen Bedürfnissen in sehr hohem Umfang anzupassen. In der Regel – aber nicht unbedingt – ist dies die leibliche Mutter. Die Erfordernisse der Versorgung des Säuglings sind eine Belastung, die nicht immer problemlos zu bewältigen ist.

Stern vertritt die Auffassung, dass Mütter mit der Geburt eines Babys, insbesondere wenn es sich um das erste Kind handelt, eine neue, sehr spezifische psychische Organisation entwickeln, die er als Mutterschaftskonstellation bezeichnet. „Die Mutterschaftskonstellation betrifft drei verschiedene, aber miteinander zusammenhängende vorrangige Themen und Diskurse, die innerlich und äußerlich ausgetragen werden: den Diskurs der Mutter mit ihrer eigenen Mutter, insbesondere mit der Mutter ihrer eigenen Kindheit; ihren Diskurs mit sich selbst, insbesondere mit sich selbst als Mutter; und ihren Diskurs mit ihrem Baby“ (Stern 1998, S. 209f.).

Im Regelfall übernimmt die Mutter die Aufgabe, für die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse ihres Säuglings zu sorgen. Man kann ihre wesentliche Funktion in diesem Stadium als „Holding“ (vgl. Winnicott 1960) und „Containing“ (Bion 1962) kennzeichnen. Holding bedeutet zunächst im wörtlichen Sinne physisches Halten. Indem die Mutter das Kind in ihren Armen hält, vermittelt sie ihm Sicherheit, Geborgenheit, Zärtlichkeit, Zuverlässigkeit, Schutz und Trost. Sie gibt ihm im umfassendsten Sinne einen Halt, der sein physisches und psychisches Überleben sichert und für die Entfaltung seiner Entwicklungspotentiale existentiell notwendig ist. Containing bedeutet in diesem Kontext, dass die Mutter sich zur Verfügung stellt, um alle die noch nicht bewussten und (noch) unintegrierbaren Affekte und Empfindungen des Säuglings (z.B. Wut und Angst) eine Zeitlang in sich zu bewahren, in sich stellvertretend zu verarbeiten, um so das Kind vor einem Überflutetwerden von diesen Affekten zu schützen und ihm ein Gefühl der Kontinuität seiner Existenz in Beziehung zu seiner Umwelt zu ermöglichen. In diesem Sinne bietet die Mutter einen optimalen Reizschutz, sofern sie selbst in ihrer spezifischen Situation hinreichende Unterstützung erfährt.

Holding und Containing-Function sind also keineswegs nur intrapsychische Haltungen der Mutter, sondern Interaktionsformen, frühe Formen der Kommunikation zwischen Kind und Mutter und gleichzeitig Strukturbildner, insofern sie vom Kind internalisiert werden und damit das Fundament seiner psychischen Entwicklung legen.

Auf diesem Fundament entwickelt es (später)

- erste Selbst- und Objektrepräsentanzen, die Vorläufer des späteren Über-Ichs
- ein Gefühl eigener Identität
- die Fähigkeit, zwischen innerer und äußerer Realität zu unterscheiden und
- die Fähigkeit, auf die unmittelbare Bedürfnisbefriedigung gelegentlich verzichten zu können in der Gewissheit, dass die mütterliche Fürsorge (= haltende Umwelt) letzt-

endlich nicht versagt, dass sie – wenn auch nicht ausschließlich -, so doch ausreichend gut funktioniert.

Sind diese Voraussetzungen gegeben, verläuft die Entwicklung vom Säugling zum Kleinkind gleichsam unbemerkt, unauffällig. Das etwa 12 Monate alte Kind kann sich dann allmählich aus der engen Beziehung an die Mutter lösen und die Welt zunehmend auch im Vertrauen auf seine eigenen Fähigkeiten erobern (vgl. Trescher, Finger-Trescher 1992). Die Mutter-Kind-Dyade ist aber von Anfang an keine ausschließlich bipersonale Beziehung. Sie umfasst von Anfang an die Dreiecksbeziehung Mutter-Kind-Vater (vgl. Steinhardt 2002). Darüber hinaus ist die Mutter wie auch der Säugling immer schon Teil sozialer Gruppen. Die Kernfamilie selbst stellt eine solche Gruppe dar, deren Strukturen sich im individuellen Ich niederschlagen.

Holding und Containing-Function sind somit nicht ausschließlich an die dyadische Beziehung zwischen Mutter und Säugling bzw. Kleinkind gekoppelt, sondern auch andere Personen wie z.B. der Vater und andere Bezugspersonen können diese Funktionen übernehmen oder die Mutter in dieser Funktion unterstützen. Holding, d.h. Halten beinhaltet mit zunehmendem Alter des Kleinkindes auch Aus-Halten von Konflikten, die sich im Beziehungsdreieck konstellieren.

Das Kind hat darüber hinaus nicht nur zwei unterschiedliche Objektbeziehungen – eine zur Mutter und eine zum Vater -, sondern eine dritte zu den Eltern, die eine ganz spezifische Beziehung miteinander verbindet, eine Beziehung, die unabhängig ist vom Kind. Dies bedingt einerseits ein schmerzliches Gefühl des Ausgeschlossenseins für das Kind, es kann aber andererseits am Modell dieser Eltern-Beziehung erkennen, dass Getrenntsein nicht identisch sein muss mit Alleinsein und Verlorengehen.

Die Triangulierung der Objektbeziehung stellt einen wesentlichen psychischen Organisator dar (vgl. v. Klitzing 2002). Das Kind kann seine gute Beziehung zum Vater aufrechterhalten und damit auch sein positives Selbstbild, wenn es in einem Konflikt mit der Mutter von Aggression und „bösen“ Gefühlen überschwemmt wird und umgekehrt. Diese werden gleichsam neutralisiert, Ich- und Selbstrepräsentanz bleiben unbeschädigt, die Wut auf die „böse“ Mutter und die Liebe zur „guten“ Mutter werden nicht als alternierende, einander ausschließende Erlebnisdimensionen erfahrbar, sondern als Anteile der libidinösen Beziehung dieses Kindes zu dieser bestimmten Mutter erlebt.

Diese hier skizzierten Entwicklungsbedingungen gleichen nun zweifelsohne einem Idealbild, das in der Realität so kaum anzutreffen ist. Es gilt heute als gesichert, dass die rein physische Versorgung von Säuglingen, selbst wenn sie hervorragend ist, für die psychische Entwicklung keineswegs ausreicht. So weiß man seit Spitz` Forschungen, dass hospitalisierte Säuglinge trotz sehr guter körperlicher Pflege schwerwiegende seelische, kognitive und somatische Störungen entwickeln, wenn sie keine emotional verfügbare Bezugsperson haben (Spitz 1945). Aus heutiger Sicht würden wir sagen, wenn und weil sie kein Beziehungs- oder Bindungsangebot erhielten.

Bindungstheoretische Aspekte

Wie die neuere Säuglingsforschung, vor allem die auf John Bowlby zurückgehende Bindungsforschung gezeigt hat, sind bereits neugeborene Kinder wesentlich aktiver in der Mitgestaltung ihrer Beziehung zur Umwelt als dies in der klassischen Entwicklungspsychologie angenommen wurde (vgl. Brisch 2000). Säuglinge verfügen demnach bereits über Kompetenzen z.B. im Bereich der Wahrnehmung und der averbalen Kommunikation. Sie sind keineswegs als Tabula rasa zu betrachten.

Säuglinge sind sehr früh in der Lage, die Mutter oder andere Bezugspersonen als ganze Personen mit unterschiedlichen Anteilen – nämlich guten und schlechten – wahrzunehmen und zu erkennen (vgl. Dornes 1993, 2001, 2002; Stern 1992). Säuglinge verfügen auch über ein ganzes Spektrum differenzierter Affekte oder Gefühle. Sie können Freude, Überraschung, Neugier, Ekel, Ärger und Trauer empfinden und ausdrücken, sie können auch Zeit –und Intensitätsabläufe wahrnehmen und reagieren darauf.

In der Bindungstheorie wird unterschieden zwischen vier Bindungsmustern beim Kind, die empirisch im Alter von ca. 12 – 18 Monaten überprüfbar sind:

- Sicher gebunden
- Vermeidend- aversiv gebunden
- Ambivalent gebunden
- Desorganisiert / desorientiert gebunden

(vgl. Köhler 1998).

Die im Alter von 1 – 1,5 Jahren festzustellenden Bindungsmuster sind als Dispositionen zu werten. Es gilt als gesichert, dass ein sicheres Bindungsmuster im Alter von 12 – 18 Monaten einen Schutzfaktor für die weitere Entwicklung darstellt (vgl. Romer 2003). Dennoch kann ein sicher gebundenes einjähriges Kind beispielsweise durch traumatische Verluste im fünften Lebensjahr in seiner weiteren Entwicklung schwer beeinträchtigt werden, wohingegen ein ambivalent gebundenes Kind durch stabile Lebensumstände durchaus zu einem psychisch gesunden, stabilen und selbständigen Erwachsenen werden kann.

Die Bindungstheorie geht also davon aus, dass das Bedürfnis nach Sicherheit das entscheidende Grundbedürfnis jedes Lebewesens und auch des Menschen ist. Um Sicherheit, Schutz vor Gefahren zu erlangen, sucht bereits der Säugling aktiv nach emotionalen, sozialen Bindungen. Er wird mit der Fähigkeit, sich emotional zu binden, bereits geboren, und er geht in jedem Falle Bindungen ein, unabhängig davon, ob seine Umwelt, seine Betreuungs- und Bezugspersonen auf dieses Bedürfnis positiv oder negativ reagieren. Im Ideal-Fall hat er einfühlsame, stabile, zuverlässige Bezugspersonen und wird ein entsprechendes inneres Bindungsmuster entwickeln. Im schlimmsten Fall hat er, wie auch von Spitz beschrieben, ein inkonstantes, uneinfühlsames, Bindung ablehnendes Umfeld und wird ein entsprechendes desorganisiertes Bindungsmuster entwickeln. Das Bedürfnis und die Fähigkeit, Bindung einzugehen, sind aber in jedem Fall gegeben und bleiben als Grundkonstante auch stets erhalten.

Wodurch entwickelt das eine Kind ein sicheres Bindungsmuster, das andere dagegen ein ambivalentes oder aversives oder desorganisiertes Bindungsmuster? Welche Faktoren beeinflussen die Entwicklung im ersten Lebensjahr?

Von Main wurde das sog. Adult Attachment Interview (AAI) entwickelt, mit dem die Bindungsmuster von Müttern erforscht werden kann. Dabei wurden 4 Kategorien von Bindungsmustern eruiert:

- Free / sicher / autonom
- Dismissing / abweisend
- Enmeshed / verstrickt
- Unresolved / unverarbeitetes Trauma

(vgl. Main 1991).

Diese Bindungsmuster von Müttern und anderen wesentlichen Bezugspersonen des Kindes finden Ausdruck in konkretem Verhalten, in Interaktions- und Kommunikationsweisen, die

wiederum die sich entwickelnden Bindungsmuster des Kindes prägen. Durch bewusste und unbewusste Reaktionen, Umgangsweisen, Gefühle und Phantasien gegenüber dem Kind werden somit die Bindungsmuster der Mutter, aber auch anderer Bezugspersonen an das Kind weitergegeben. Oder anders formuliert: Das Kind entwickelt Bindungsmuster in Anlehnung an die Bindungsmuster seiner frühen Bezugspersonen.

Belastungen, Probleme und Störungsbilder

In jedem Fall ist die Geburt eines Kindes und das Leben mit dem Kind besonders in den ersten Wochen und Monaten eine Zeit großer Veränderungen, in der enorme Anpassungsleistungen zu erbringen sind. Von daher ist es ganz normal, in dieser Zeit Fragen oder Schwierigkeiten zu haben und Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Zentral ist immer wieder die Frage: Welches Bild vom Kindsein besteht in der gegenwärtigen Gesellschaft? Welches Bild vom eigenen Kind haben die Eltern? Ist das Kind eine Art formbare Masse, ein zu domestizierender kleiner Wilder? Ist das Kind eine Art Partner, dem auf gleicher Ebene zu begegnen ist? Diese und ähnliche Fragen werden von Eltern bewusst oder unbewusst durch ihr Erziehungsverhalten und in ihrer Einstellung zum Kind beantwortet (vgl. Schenk 1996). Jedes Erziehungsverhalten ist somit von Anbeginn an ein Zirkulieren zwischen den Erwartungen und Wünschen gegenüber dem Kind und dem, was ein Kind im jeweiligen Alter leisten kann. Es handelt sich um einen hochkomplexen Einstimmungsprozess, der jederzeit unterbrochen oder in eine andere Richtung gelenkt werden kann. Kommt es in diesem Prozess zu Divergenzen zwischen den elterlichen Erwartungen, Wünschen und nicht zuletzt dem Potential des Kindes kann es bei chronischen Verläufen zu Verhaltensauffälligkeiten kommen. Um solchen Verläufen nach Möglichkeit frühzeitig vorbeugen zu können oder gar maligne Verläufe zu verhindern, ist es sinnvoll, frühzeitig ein Beratungsangebot in Anspruch zu nehmen, das oftmals sehr schnell entlastend wirkt. Dabei ist jede Frage und Situation, die die Eltern beschäftigt, es wert, angeschaut zu werden (Garstick 2001, S. 32). Deshalb richtet sich das Angebot der Beratungsstelle grundsätzlich an alle Offenbacher Eltern von Säuglingen und Kleinkindern, auch wenn sie „nur“ ganz normale Fragen und Unsicherheiten haben. In einigen Fällen kommt es zu Schwierigkeiten, die in ihrer Intensität und Dauer von der Norm abweichen können (Barth 1998, S. 78; Bürgin 1998, S. 25f.; Papousek 1998, S. 102; Simoni 1998, S. 37; Stern 1998, S. 90f.; v. Hofacker 1998, S. 59). Hierzu zählen:

Im ersten Lebensjahr: **Regulationsstörungen**

- Ein- und Durchschlafstörungen
- Exzessives Schreien
- Fütterungsprobleme
- Gedeihstörungen

Unter **Regulationsstörung** wird eine für das Alter bzw. den Entwicklungsstand des Säuglings außergewöhnliche Schwierigkeit verstanden, sein Verhalten in einem oder mehreren Interaktions-Kontexten (Selbstberuhigung, Schreien, Schlafen, Füttern, Aufmerksamkeit) angemessen zu regulieren. Da die kindliche Verhaltensregulation nur im Kontext der Beziehungsregulation möglich ist, gehen frühe Regulationsstörungen regelhaft mit Belastungen oder Störungen der frühen Eltern-Kind-Beziehungen einher. Regulationsstörungen äußern sich in alters- und entwicklungsphasentypischen kindlichen Symptomen. Hiervon sind ca. 5% bis 10% aller Säuglinge betroffen (Hédervári-Heller 2000, S. 587; Knott 2003, S. 531).

Im zweiten und dritten Lebensjahr: **Verhaltensregulationsstörungen**

- Störungen der Eltern-Kind-Bindung
- Geschwisterrivalität
- Trotzverhalten
- Trennungsängste

Unter **Verhaltensregulationsstörungen** im 2. und 3. Lebensjahr sind Interaktionsformen zu verstehen, die mit Störungen der Eltern-Kind-Bindung einhergehen. Normale entwicklungsabhängige Phänomene wie Geschwisterrivalität, Trotzverhalten, Trennungsängste, aber auch Wutanfälle und Widerspenstigkeit fallen hierbei durch ihre besondere Intensität und / oder Dauer auf sowie durch hiermit verbundene emotionale Belastung der Eltern-Kind-Beziehung (vgl. Hédervári-Heller 2000, S. 587). Störungsbilder treten selten isoliert, sondern meist kombiniert auf (v. Klitzing 1998, S. 10). Eltern können in diesen Fällen einen hohen Belastungsdruck bis hin zu Versagensängsten und Schuldgefühlen entwickeln (Hédervári-Heller 2000).

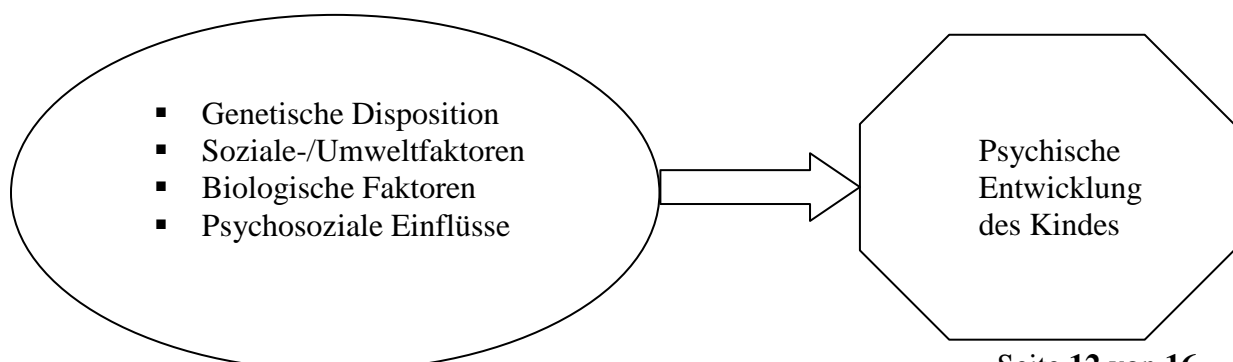
Ursachen

Insbesondere nach der Geburt des Kindes gerät das „psychosomatische Gleichgewicht“ (Watillon 2003, S. 514) ins Wanken. Das „Phantasiekind“ während der Schwangerschaft (Garstick 2001, S. 34f.; Hédervári-Heller 2000, S. 586; Knott 2002, S. 530; Simoni 1998, S. 39) wird zur Realität. Die Symbiose im Schwangerschaftserleben erfährt eine erste Trennung, wenn das Baby außerhalb des Uterus seine Bedürfnisse anmeldet. Das Baby repräsentiert häufig eigene unbewusste Anteile der Eltern, die im Kind als unkontrollierbar empfunden werden und daher Angst auslösen können (vgl. Watillon 2003; Barth 1998).

Ein weiterer Belastungsfaktor für die Entwicklung des Kindes sowie der Eltern-Kind-Beziehung kann die Veränderung von der dyadischen Paarbeziehung zur Triade mit Kind sein (vgl. Simoni 1998). Aktuelle Forschungsansätze beschreiben „die Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung und der Repräsentationen dieser Beziehung im Subjekt von Anbeginn als ein triadisches Geschehen (v. Klitzing 2002, S. 864, vgl. Stern 1998, S. 27ff.).

Um die Ursachen von Entwicklungsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter erklären zu können, stützt sich die Entwicklungspsychopathologie auf verschiedenste Entwicklungs-Modelle (vgl. Resch et al.1998). Ein Modell, das die Vielfalt oder das Zusammenwirken unterschiedlicher Faktoren zur Erklärung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter berücksichtigt, also ein interaktionelles, multifaktorielles Modell trägt dem interdisziplinären Ansatz der Erziehungsberatung im Kontext der Jugendhilfe dabei am ehesten Rechnung und gehört daher zur theoretischen Fundierung des vorliegenden Konzepts.

Multifaktorielles Modell psychischer Entwicklung



Genetische Disposition, soziale bzw. Umweltfaktoren, biologische Faktoren und psychosoziale Einflüsse bedingen die psychische Entwicklung des einzelnen Kindes und sind entsprechend an der Ätiologie von Störungen der Entwicklung beteiligt.

Zu den **genetischen Faktoren**, die allerdings als solche kaum messbar sind, wird neben dem Temperament des Kindes auch die Vulnerabilität gerechnet. Genetische Faktoren unterliegen grundsätzlich der Überformung durch Entwicklung und Entwicklungsbedingungen.

Zu den **sozialen bzw. Umweltfaktoren** zählen z.B. die ökonomische Situation der Eltern, Bildungsniveau, sozialer Status, evtl. Migration, Wohnsituation etc.

Zu den **biologischen Faktoren** zählen z.B. Frühgeburt, Erkrankungen, Behinderungen.

Zu den **psychosozialen Einflüssen** zählen die emotionale Eltern-Kind-Beziehung, das Bindungsverhalten, Beziehungen zu Geschwistern und anderen Bezugspersonen, u.U. psychische Erkrankungen der primären Bindungsperson wie z.B. die postpartale Depression (Ernst, Herbst, Langbein, Skalnik 1993, 2000, S. 211; Pedrina 1998, S. 144; dies. 2001, S. 24; Stern 1998, S. 125ff)

Die hier formulierten theoretischen Erkenntnisse sind das Fundament für die Konzeption und Durchführung eines Beratungsangebotes an Eltern von Säuglingen und Kleinkindern in der Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche der Stadt Offenbach

V. Umsetzung

Angebot:

Ambulante Hilfen zur Erziehung (§ 27ff SGB VIII sowie § 8a SGB VIII) für die Altersgruppe 0 – 3 Jahre bzw. deren Eltern und Familien.

Ziel:

Frühe präventive Hilfen, um sich verfestigenden Problem – und Konfliktlagen vorzubeugen.

Kooperationspartner:

- Jugendamt der Stadt Offenbach (Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche) und
- Sana Klinikum Offenbach (Kinderklinik, Frauenklinik)

Angebotsstruktur:

- Baby- und Kleinkind-Ambulanz: an allen Werktagen
- Offene Sprechstunde : Mo, Mi, Fr 9:00 – 12.00. Di, Do: 14.00-16.00.
- Die Erstkontakte (persönlich oder telefonisch) finden während der offenen Sprechstunde statt. Bei Bedarf auch außerhalb dieser Zeiten, bei Bedarf auch am Krankenbett.
- Termine für Beratung, für Gruppen und therapeutische Interventionen werden nach Bedarf festgelegt.

- Das Angebot der Säuglings- und Kleinkindambulanz richtet sich an in Offenbach lebende Mütter/Eltern während ihres Klinikaufenthaltes bzw. des Klinikaufenthaltes ihrer Kinder und können je nach Bedarf im Anschluss an den Klinikaufenthalt fortgesetzt werden.
- Das Beratungsangebot richtet sich ebenso an Eltern, die unabhängig von stationärer Behandlung im Klinikum einen Beratungsbedarf haben.
- Die Stelleninhaberin/der Stelleinhaber wird eng kooperieren mit anderen Mitarbeiterinnen der EB und anderen Abteilungen des Jugendamtes, je nach Bedarf, sowie mit den entsprechenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinikums.

Räumliche Ausstattung:

- Gut zugänglicher, geschlossener (kinder-)freundlicher Raum für Beratung und (Gruppen-)Therapie mit entsprechender Ausstattung (Krabbel- und Spielbereich, Sitzgruppe für Einzelberatungen und Gruppen; Office: Telefon und PC, Internetzugang (städtisches Netz bzw. EKO-Netz)).

Personelle Ausstattung/Qualifikation/Stellenbeschreibung:

- Eine Vollzeitkraft - Qualifikation: Abgeschlossenes Hochschulstudium (Diplom oder M.A.) in Psychologie oder Erziehungswissenschaften oder vergleichbares Hochschulstudium, Zusatzqualifikation in Beratung und Psychotherapie für Familien mit Säuglingen und Kleinkindern nach anerkannten Verfahren (z.B. Heidelberger Modell oder Münchener Modell oder Tavistock Modell), Qualifikation in gruppendynamischen Verfahren, mehrjährige einschlägige Berufserfahrung, Approbation als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in .
- Die Stelleninhaberin/der Stelleninhaber wird Beschäftigte/Beschäftigter des Sana Klinikums Offenbach sein. Die Dienst – und Fachaufsicht wird vom Öffentlichen Träger der Jugendhilfe wahrgenommen. Sie/er erbringt Leistungen nach SGB VIII.

Erstellt von:

Prof. Dr. Urte Finger-Trescher

Jugendamt - Leiterin Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche

Dr. Beate Sann

Mitarbeiterin - Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche

Überarbeitet hinsichtlich organisatorischer wie rechtlicher Rahmenvorstellungen von:

Hermann Dorenburg

Leiter d. Verw. d. Jugendamtes

VI. Literaturverzeichnis:

- Barth, R. (1998): Psychotherapie und Beratung im Säuglings- und Kleinkindalter. In: v. Klitzing, K. (Hrsg.), Psychotherapie in der frühen Kindheit. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 72-87
- Bion, W.R. (1962): Learning from Experience. Verlag Heinemann, London
- Brisch, K.H. (2000): Bindungsstörungen. Verlag Klett-Cotta, 3. Auflage, Stuttgart
- Bürgin, D. (1998): Psychoanalytische Ansätze zum Verständnis der frühen Eltern-Kind-Triade. In: v. Klitzing, K. (Hrsg.), Psychotherapie in der frühen Kindheit. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 15-31
- Dornes, M. (2001): Der kompetente Säugling. Fischer-Verlag, Frankfurt/M.
- Dornes, M. (2002): Ist die Kleinkindforschung irrelevant für die Psychoanalyse? In: Psyche, Heft 9, Oktober 2002, S. 888- 92
- Finger-Trescher, U. (1991): Wirkfaktoren der Einzel- und Gruppenanalyse. Stuttgart-Bad Cannstatt, Verlag frommann-holzboog
- Finger-Trescher, U. (2006): Nicht-Wissen, Ent-Fremdung und Sinn-Konstruktion in der Psychoanalytisch-Pädagogischen Beratung traumatisierter Kinder. In: Eggert-Schmid Noerr et al. (Hg.): Lernen, Lernstörungen und die pädagogische Beziehung. Gießen, Psychosozial Verlag.
- Finger-Trescher, U., Sann, B. (2007): Wenn die Nacht zum Tag wird. Unterstützung der frühen Eltern-Kleinkind-Beziehung im Rahmen der Säuglings- und Kleinkindberatung. In: Eggert-Schmid Noerr et al. (Hg.): Frühe Beziehungserfahrungen. Die Bedeutung primärer Bezugspersonen für die kindliche Entwicklung. Reihe Psychoanalytische Pädagogik, Band 26. Gießen, Psychosozial-Verlag, S. 203-227
- Fonagy, P., Target, M. (2002): Ein interpersonales Verständnis des Säuglings. In: Hurry, A. (Hrsg.). Psychoanalyse und Entwicklungsförderung von Kindern. Verlag Brandes & Apsel, S. 11-42
- Fraiberg, S., Adelson, E., Shapiro, V. (2003): Gespenster im Kinderzimmer. In: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heft 120, XXXIV. Jg., 4/2003, Verlag Brandes & Apsel, S. 465-505
- Garstick, E. (2001): Vom Elternwerden zur Elternschaft. Erster Erfahrungsbericht aus dem Projekt >>Elternschaftstherapie<<. In: Pedrina, F. (Hrsg.), Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit, edition discord, Tübingen, S. 31-51
- Hédervári-Heller, É. (1999): Bindungstheorie und „Eltern-Kind-Therapie“: Ein Fallbeispiel. In: Suess, G.J., Pfeifer, W.-K. P. (Hrsg.), Frühe Hilfen. Edition psychosozial, Gießen, S. 200-221
- Hédervári-Heller, É. (2000): Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49, (Heft 8) 580-596
- Hédervári-Heller, É. (2003): Frühe Interaktionsstrukturen in der Mutter-Kind-Dyade: Interaktionsprozesse sowie Selbst- und Objektrepräsentanzen. In: Finger-Trescher, U., Krebs, H. (Hg.): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. Gießen 2003
- Knott, M. (2003): Psychoanalytische Arbeit mit Säuglingen, Kleinkindern und deren Eltern. In: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heft 120, XXXIV. Jg., 4/2003, Verlag Brandes & Apsel, S. 527-545
- Köhler, L. (1998): Zur Anwendung der Bindungstheorie in der psychoanalytischen Praxis. In: Psyche 52, 369-403
- Ludwig-Körner, Ch. (2001): Therapie und Beratung mit Eltern und Säuglingen.
<http://www.liga-kind.de/pages/ludwk199.htm>. 18.03.2004

- Norman, J. (2004): Der Psychoanalytiker und der Säugling. Eine neue Sicht der Arbeit mit Babys. In: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heft 122, XXXV. Jg., 2/20004, Verlag Brandes & Apsel, S. 245-275
- Papousek, M. (1998): Das Münchner Modell einer interaktionszentrierten Säuglings-Eltern-Beratung und -Psychotherapie. In: v. Klitzing, K. (Hrsg.), Psychotherapie in der frühen Kindheit. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 88-118
- Pedrina, F. (1998): Eltern-Kind-Therapien bei postpartalen Depressionen. In: v. Klitzing, K. (Hrsg.), Psychotherapie in der frühen Kindheit. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 132-153
- Pedrina, F. (2001): Eltern und Babys im Exil. Orientierungspunkte für die therapeutische Arbeit mit Migrantenfamilien. In: Pedrina, F. (Hrsg.), Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit, edition discord, Tübingen, S. 103-117
- Pedrina, F. (2001): Psychoanalytische Interventionen mit Eltern und Babys in interdisziplinären Kontexten. In: Dies., Beziehung und Entwicklung in der frühen Kindheit. Edition diskord, Tübingen, S. 11-29
- Pedrina, F. (2004): Baby- und Kleinkind als Subjekte in therapeutischen Settings. In: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heft 122, XXXV. Jg., 2/20004, Verlag Brandes & Apsel, S. 221-243
- Resch, F. et al. (1999): Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalter. 2., überarbeitete Auflage, Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim
- Romer, G. (2003): Anwendungen der Bindungstheorie bei präventiven psychotherapeutischen Interventionen im Kindes- und Jugendalter. In: Finger-Trescher, U., Krebs, H. (Hrsg.): Bindungsstörungen und Entwicklungschancen. Gießen, Psychosozial Verlag
- Simoni, H. (1998): Von der Prä- zur Postnatalzeit – Psychotherapeutische Begleitung im Übergang zur Elternschaft. In: v. Klitzing, K. (Hrsg.), Psychotherapie in der frühen Kindheit. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 32-49
- Spitz, R. (1945): Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood. The Psychoanalytic Study of the Child, 1
- Stern, D. (1992): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart
- Stern, D. (1998): Mutterschaftskonstellation. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart
- Szykowski, B. (1997): Die Kontinuität der „guten Mutter“. Zur Situation von Frauen, die ihre Kinder zur Adoption freigeben. Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler
- Trescher, H.-G., Finger-Trescher, U. (1992): Setting und Holding Function. Über den Zusammenhang von äußerer Struktur und innerer Strukturbildung. In: Finger-Trescher, U., Trescher, H.-G. (Hrsg.): Aggression und Wachstum. Mainz, Matthias Grünewald Verlag
- v. Hofacker, N. (1998): Frühkindliche Störungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehung. In: v. Klitzing, K. (Hrsg.), Psychotherapie in der frühen Kindheit. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 50-71
- v. Klitzing, K. (1998): Die Bedeutung des Vaters für die frühe Entwicklung. In: v. Klitzing, K. (Hrsg.), Psychotherapie in der frühen Kindheit. Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 119-131
- v. Klitzing, K. (2002): Frühe Entwicklung im Längsschnitt: Von der Beziehungswelt der Eltern zur Vorstellungswelt des Kindes. In: Psyche, Heft 9, September/Oktober, S. 863-888
- Wattilon, A. (2003): Die Dynamik psychoanalytischer Therapien der frühen Eltern-Kind-Beziehung. In: Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heft 120, XXXIV. Jg., 4/2003, Verlag Brandes & Apsel, S. 505-526
- Winnicott, D. W. (1960): Über die emotionale Entwicklung im ersten Lebensjahr. In: Psyche, Heft 14, Hamburg, S. 25-37