

Beratungsangebote für Familien mit sehr kleinen Frühgeborenen aus dem Blickwinkel kindlicher Aspekte

SABINE HÖCK

Support Offers for Families with Very Small Preterm Babies from the View of Childrens Aspects

The strong relation and interdependence between a child and the person to whom it relates most closely can be seen best in early childhood and in psychosocial well-being. Risk factors for child development for preterm babies are constituted directly by their own biological and psychological problems, and indirectly by problems of their parents in managing the interaction with their baby. Both dimensions are included in planning support for the first time in the hospital, and the first year. Our own research in parent-relevant themes like temperament, playing behaviour, and interaction helps to understand possibilities of support.

Die sehr enge Verbindung und gegenseitige Abhängigkeit von einem Kind und seinen direkten Bezugspersonen zeigt sich besonders deutlich in der frühen Kindheit und im psychosozialen Wohlbefinden. Spezifische Risikofaktoren für die kindliche Entwicklung finden wir bei den Frühgeborenen *direkt durch eigene Probleme* („biologisch“ z.B. durch unterbrochene Reifungsvorgänge, durchgemachte Erkrankungen, „psychosozial“ z.B. durch veränderte Vorerfahrungen) und *indirekt durch Probleme der Bezugspersonen* ausgelöst durch die Frühgeburt und assoziierten Begleitumstände. Der Blickwinkel aus kindlicher Perspektive muß deshalb die Mütter/Eltern mit einschließen. Es werden schwerpunktmäßig die Zeit der stationären Betreuung auf der Intensivstation und das erste Lebensjahr berücksichtigt. Eigene Erfahrungen und Untersuchungen zu für Eltern relevanten Parametern kindlicher Entwicklung wie Erleben kindlichen Temperaments, Spiel- und Interaktionsverhalten sollen Beratungsmöglichkeiten aufzeigen.

Stationärer Bereich

Ansatzpunkt ist hier das Verständnis, die Frühgeburt als Trauma zu begreifen, das von den Betroffenen, Kind und Eltern, unterschiedlich bewältigt werden kann. Beratungsangebote in diesem Zeitraum lassen sich am besten mit dem Begriff des Containments beschreiben.

Bei der perinatalen Betreuung von Risikogeburten und -kindern, insbesondere von extrem unreifen Frühgeborenen, hat sich in den letzten Jahren einiges verändert. Nicht nur im technischen und Therapiemanagement, im pflegerischen durch stärkere Berücksichtigung individueller und spezifischer Aspekte, in der Geburtsführung, im Zusammenwirken beteiligter Berufsgruppen, sondern auch die Akzeptanz und Berücksichtigung psycho-

sozialer Aspekte ist selbstverständlicher geworden. Dies findet Niederschlag in der veränderten Routine medizinischer Betreuung, im frühen Einbeziehen der Neonatologen bei zu erwartender Frühgeburt, in der persönlicheren Gestaltung der Betreuungsumwelt (Kreißsaal, Intensivstation), in der Förderung der Beziehungsentwicklung unter erschwerten Bedingungen (z. B. durch „Vaterentbindungen“, durch frühere und stärkere Einbeziehung in die Betreuung, durch offeneren Zugang zu der Station, Unterstützung des Kontaktes zum Kind, in den Umgangsformen mit dem Kind) und auch in der gestiegenen Toleranz und dem Verständnis für die Eltern durch das Personal in der Vorstellung: *Diese haben ein Trauma erlitten.*

Frühgeburt als Trauma – Trauma der vorzeitigen Geburt

- So sehen wir das Trauma in der *Vorzeitigkeit*; wichtige Prozesse werden frühzeitig unterbrochen: die der Kindwerdung und die der Elternwerdung. In dem nicht fertig, vorbereitet sein für sich allein, in bezug zum anderen.

Für das Kind bedeutet das auch einen Abbruch der bisherigen Entwicklung unter den vorgegebenen Bedingungen; unter Parallelität von Konstanz und Veränderung: Im „Container“ Mutter fand es bekannte Rhythmen (Herzschlag, Gefäß-, Verdauungsgeräusche), ein vertrautes Medium (Fruchtwasser), ein Angebot modifizierter Reize (Licht, Geräusche gedämpft, komplexe und andere Mitteilung z. B. auch über den Resonanzkörper – Mutter), eine räumliche Erfahrung, die sich langsam und kontinuierlich verändert (von weit zu eng/begrenzt, von groben zu feinen Bewegungen, mit zunehmendem Kontakt zu eigenem Körper) ein vorrangiges Ansprechen seiner Nahsinne, eingespielte Reaktionsweisen im Dialog mit der Mutter (im Bio-/Tagesrhythmus mit Ruhe – Aktivität, Bewegung/ Ruhe/Lageveränderungen).

- Wir sehen das Trauma in der *Plötzlichkeit*, wobei es als plötzliches Ereignis oder als Schnittpunkt in einer Kette traumatischer, krisenhafter Ereignisse/Erlebnisse auftreten kann, im zweiten Fall sind die Kompensationskräfte möglicherweise schon stark beansprucht, die Grenze zur Dekompensation erreicht.

Für das Kind bedeutet dies nicht nur eine abrupte Veränderung der gewohnten Umgebungsbedingungen, die dann auch noch höhere und komplexe Anforderungen an Eigenleistung stellt, auf die es nicht vorbereitet ist, sondern auch einen ganz anderen psychischen und körperlichen Bezug zur Mutter darstellt.

- Wir sehen das Trauma in der *Geburt selber*, die in Ablauf, Form, Ort, beteiligten Personen, jeweiligem Anteil von Eigen- und Fremdsteuerung fast immer vom „Üblichen“, „Erwarteten“, „Physiologischen“ abweicht.

- Wir sehen das Trauma in der *Fortsetzung*, da mit der Geburt das „Traumatische“ nicht abgeschlossen ist, neue hohe Anforderungen für alle Beteiligten erwartet werden und ein-

treten – die Intensivbetreuung des Kindes oft nur ein nächster Abschnitt ist und darüber hinaus für lange Zeiträume, manchmal lebenslang gelten kann.

- Wir sehen das Trauma in der *Gefahr der Blockierung* oder Störung der Beziehungsentwicklung vom *Kind zu den Eltern* durch verringerte und veränderte Erfahrung und von *den Eltern zum Kind* z. B. durch Blockierung intuitiver elterlicher Reaktionen, die bei Nichtbeachtung und Bearbeitung in sich die Gefahr des Überganges in eine permanente Beziehungsstörung tragen.

- Wir sehen das Trauma in der *Involviertheit und im Umfang* des betroffenen Personenkreises: Kind, Eltern, erweiterte Familie (Geschwister, Großeltern, ...), Professionelle.

Die Auswirkungen betreffen jeden individuell und im Kontext zu den anderen, für das betroffene Kind impliziert es auch „automatisch“ eine höhere Zahl von Kontaktpersonen.

- Wir sehen das Trauma in der hohen Möglichkeit *neuer Traumen* in biologischer, psychosozialer Hinsicht, z. B. bei bleibenden Schädigungen,

zum einen durch die mit der Unreife assoziierte höhere Verletzbarkeit und verringerte Widerstandsfähigkeit und zum anderen durch die mit den biologischen Problemen assoziierten medizinischen Maßnahmen, die nicht immer nebenwirkungsfrei sind.

Schlußfolgernd aus dem Aufgezählten gehen alle beteiligten Professionellen davon aus, den Eltern Verständnis- und Gesprächsangebote machen zu müssen und den Kindern ein hohes Maß an individueller umsorgender Betreuung gewährleisten zu müssen. Dies ist deutlich merkbar am „wärmeren“ Klima auf diesen Stationen.

Trotzdem kommt es zu Konflikten: Die professionelle Aufmerksamkeit auf der Neonatologie muß vorrangig den Kindern gelten, es ist nicht einfach das jeweilige Maß zu finden, inwieweit die Eltern mit einbezogen werden können und wiederum das Maß individueller

umsorgender Betreuung für ihr Kind mitbestimmen können. Bei wechselnden kindlichen Zuständen, bei vielen „bedürftigen Kindern“ ist das zeitliche und oft auch emotionale Kontingent nicht ausreichend, oder es entsteht der Konflikt, wessen Bedürfnisse Vorrang haben, es sind in der Regel nicht ausreichend freie Valenzen, zeitlich und emotional, und eine nicht ausreichend professionelle Ausbildung vorhanden. Die Bewältigungsmechanismen sind individuell unterschiedlich, nicht immer für jeden nachvollziehbar, die Bezogenheit – oder das Betroffensein des Personals dem Kind gegenüber (sich auch fühlen als Anwalt des Kindes) – kann es erschweren, bestimmte elterliche Reaktionen nachzuvollziehen und zu tolerieren, z. B. bei Verleugnung der Bedrohung, bei Kontaktvermeidung zum Kind oder Aggressionen gegenüber dem Team u. ä. m.

Auch auf elterlicher Seite finden wir ähnliche Konflikte: Können sie Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch nehmen, die dem Kind gehören?; sie wollen eigentlich für ihr Kind zuständig sein und müssen anderen diese Rolle überlassen, weil die es besser können (wo lassen sie ihre Schuld- und Versagensgefühle?); die Verantwortung für das Wohlergehen des Kindes ist in den Händen von Ärzten, Schwestern, technischen Apparaten (wo bleiben sie mit ihrer Ohnmacht, Hilflosigkeit?); sie müssen Unbekannten vertrauen; sie sind überlastet durch vielfältige Anforderungen (Krankheitsbilder, ungewohnte Umgangsformen mit dem Kind, technische Apparate, Reaktionen des Verwandten- und Bekanntenkreises, ...); negative Gefühle/Emotionen halten sie oft lange zurück (da sie meinen, sie haben kein Recht dazu; oder gegenüber dem Personal geht es nicht, da sie ja dankbar sein sollten; oder es Folgen für das Kind haben könnte).

Auf kindlicher Seite finden wir einen hohen Bedarf an (unter)stützender, haltender, abschirmender, nährender, aktivierender und beruhigender, regulierender Angebote in körperlicher und psychosozialer Hinsicht, de-

ren adäquate Form sie selber kaum signalisieren können. Deshalb sind zusätzliche Angebote sinnvoll und hilfreich, durch Personen, die einerseits nicht direkt in die Betreuung des Kindes zeitlich und emotional involviert sind, die keine Verantwortungs- oder Entscheidungsträger zum Kind hin sind; andererseits mit der Materie, den Problemen vertraut sind.

Beratungsangebote im Sinne des Containments

Die nachfolgende Unterteilung ist zum besseren Verständnis gedacht, in der Praxis sind fast immer fließende Übergänge und fehlende Abgrenzungen.

1. kindzentriert

1.1. direktes Containment bezogen auf das Kind allein, angeboten durch Eltern und Professionelle (Schwestern, Ärzte, Krankengymnasten u. a. medizinische Therapeuten, Heilpädagogen, ...)

- anknüpfen an die „guten“ Vorerfahrungen, etwas sehr ähnliches wieder herstellen, den neuen „Container“ gestalten mit Möglichkeiten der Eigenwahrnehmung, Chance der Selbstregulation (Nestbau mit Corpomed, verschiedene Körperlagen), mit Reizabschwächung (Inkubator-Abdeckung, Lärmreduzierung), Anregung der Fernsinne (hören, sehen) gegenüber den Nahsinnen (fühlen) nicht so dominant werden zu lassen,
- Kontinuität ermöglichen, wieder herstellen oder neu schaffen mit festen Rhythmen (Tageszeit, Nahrungsaufnahme, Ruhe – Aktivität) mit Schutz vor Überstimulation durch zu viele, parallele Anforderungen (z. B. Nahrung/Kontakt/Haltung gleichzeitig), mit festen (bekannten) und neuen Bezugspersonen (Bekanntheit unterstützen durch Kontaktzeiten – Känguruh, Versorgung, so natürliche Wahrnehmung wie möglich von Geruch, Stimme, Umgang – Temperament, Berührung, Herzschlag u. a. Rhythmen), stabiles medizinisches Personal,
- einfach nur sein können, z. B. zusammen sein mit Elternteil ohne ständige weitere Angebote/Reize, Anforderungen, Abstimmen der notwendigen medizinischen Maßnahmen – keine ungünstige Reizkopplung, eindeutige klare Reize, Möglichkeit lernen zu können, dieser taktile, akustische Reiz ist mit Schmerzen verbunden, dieser gibt klar das Ende an, dieser ist Zuwendung,

1.2 erweitertes Containment bezogen auf die Eltern-Kind-Einheit, angeboten durch Professionelle (zu den oben genannten auch Psychologen/Psychotherapeuten, Musiktherapeuten, u. ä. m.)

Raum halten für beide, z. B. durch organisatorische, zeitliche, örtliche Strukturierung, Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten und haltender Funktion einfach durch Anwesenheit mit „Blick halten“, „Gespräch halten“ bei Focussierung/Zentrierung der Aufmerksamkeit auf die Einheit und Gewährleistung dieser. Zum Kind hin in der Suche seiner individuellen und momentanen Befindlichkeiten und Ausdrucksmöglichkeiten und in der Unterstützung der Beziehungsentwicklung von Kind und Eltern z. B. durch gemeinsame Signaldeutung. Gerade bei unsicheren Eltern ist die Gefahr der Überstimulation/Überforderung des Kindes hoch.

1.3 indirektes Containment bezogen auf die Eltern durch Abbau von emotionalen Blockaden gegenüber dem Kind, Verantwortungszuschreibung und -zulassung in elterlichen, Verantwortungsabnahme in medizinischen Funktionen; Freiheit/-raum schaffen für Stärkung der elterlichen Kompetenz.

Günstigerweise auch angeboten durch Kollegen mit psychotherapeutischer Ausbildung, da 1.3 und 2. ineinander übergehen/ sich bedingen und damit bei einem Angebot durch verschiedene Kollegen die Eltern verwirren kann, eine sehr gute Absprache verlangt und eine tragfähige Beziehung behindern kann. In der Anfangs/Kontaktphase ist das Kind, das Erleben, Empfinden dazu, die Geschichte bis zur Intensivstation stets der Ausgangspunkt. Keinesfalls analysierend aufdeckend, tiefgreifend bearbeitend, sondern emotional aufnehmend, stützend, stärkend in der mütterlichen oder elterlichen Position und unterstützend, vermittelnd in der Beziehung zum Kind und eventuell zum Fachpersonal. Es ist das Angebot als Blitzableiter, der keinen Schaden nimmt, als ein Ruhepunkt bei Aktion auf der Station oder am Kind, mit zentrierter Aufmerksamkeit auf Mutter und Kind und Ansprechen der Bedürfnisse beider, das Angebot als Vermittler/Filter bei Mißverständnissen, als Verstärker der mütterlichen/elterlichen Position bei schwierigen Gesprächen mit den Ärzten, z. B. Diagnosemitteilung, und in kontinuierlichem, therapeutischem Sinne.

2. vorrangig elternbezogenes Containment im Sinne eines psychotherapeutisch orien-

tierten Angebots (siehe auch 1.3) in der Bewältigung ihres „Frühgeburts-Traumas“, aktualisierter traumatischer Vorerfahrungen und Begleitung bei den aktuellen, mit dem Kind auf der Intensivstation assoziierten Problemen.

Die folgende breite Auslegung des Begriffs „Container“ (Winnicott, Gidoni angelehnt) umschreibt nach meinen eigenen Erfahrungen an der Neonatologie der Charité in Berlin und der Harlacher Krankenhaus in München, in welcher Form ein derartiges Angebot von Eltern angenommen wird:

- etwas loswerden – nicht mehr bei sich haben/für bestimmte Zeit, für immer, z. B. Verantwortung, starke schwer aushaltbare Emotionen (Wut, Haß, Ängste, Aggressionen, Trauer, irreal Hoffnungen);
- etwas aufbewahren – sicher aufgehoben wissen, (mit)teilen, abrufbar, erinnert (Geschichte, Gefühle, pränatales Wunschkind);
- etwas hineingeben, das sich (ver)ändern soll, Unausgegrenztes, Unsortiertes, Unbewertetes, soziale Form nicht Beachtendes (die Möglichkeit, Gefühle zu Gedankens, zu Handlung verändern zu können);
- sich aufbewahrt, gehalten, beachtet, angenommen fühlen;
- einen schützenden, nicht einengenden, nicht reglementierenden, aber auch nährenden Platz finden;
- einen Platz haben, an dem was ausgehalten wird;
- sich verstärkt fühlen, in elterlicher Position, im Selbstwert, zum Kind zu den Professionellen hin;
- seiner eigenen Containerfunktion gegenüber dem Kind bewußt werden.

In Anknüpfung an diese gemeinsame Grunderfahrung, die gemeinsamer Vertrautheit, wird dann auch das Sprechen über ähnlich schwierige Erfahrungen, das Anknüpfen daran nach der Entlassung bei neuen Verunsicherungen oder Sorgen ermöglicht.

Nach den Erfahrungen, die ich in Berlin auch in der kontinuierlichen Nachsorge dieser Familien gemacht habe, hilft den Eltern diese gemeinsame Vorerfahrung um gegebenenfalls ein Anknüpfen zu akzeptieren oder selber vorzunehmen, wenn in der kindlichen Entwicklung oder in der Beziehung zueinander Probleme auftreten.

Besonderheiten im ersten Lebensjahr?

Überwiegend werden auch die sehr kleinen Frühgeborenen um den Zeitpunkt des erwarteten Geburtstermins nach Hause entlassen. Für viele bedeutet das 3–4 Monate im Krankenhaus zu Hause gewesen, und eben damit vertraut zu sein. Zu den Eltern hat sich meist eine spezifische Beziehung entwickeln können, die sich aber für beide Seiten nicht unbeeinflusst von der äußeren Struktur, dem Rahmen entwickelt hat (Management, vorgegebene Zeitabläufe, weitere Kontaktpersonen, andere Settings inclusive Gespräche).

Die Zeit direkt nach der Entlassung von der Klinik

Die Entlassung des Kindes von der Station nach Hause wird oft sehr euphorisch erlebt. Die Erwartungen sind oft wieder ähnlich hoch wie vor der Geburt: jetzt trete endlich die Normalität ein, die Probleme seien beendet. Hier ist es wichtig, die Eltern auf die erschwerte anfängliche Interaktion, die Umstellung ihres Kindes an die neue Umgebung, vorzubereiten, damit sie es als Problem wahrnehmen und damit umgehen können und es nicht als persönliches Versagen als Eltern erleben und deuten. Paralleles gilt für die Diskrepanz zwischen Lebensalter und Reifealter: dem Unterschied zwischen sozialen Fähigkeiten und Bedürfnissen des Kindes und seinen motorischen Fähigkeiten bzw. seiner neurologischen Entwicklung. Nicht selten werden nur Nahrungs- und überhöhte Vorstellungen von Schlafbedürfnissen vermutet und bedient. Bedürfnisse nach Kommunikation werden oft nicht geglaubt, wahrgenommen, beantwortet und die Kinder dann mit Schlaf- oder Schreistörungen in Praxen vorgestellt und möglicherweise eine medizinische Lawine in Gang gesetzt.

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß in den ersten 4 Wochen die Familie Zeit benötigt, um sich aufeinander einzupegeln, und die Eltern erfahren wollen und müssen, wie sie den Alltag und die Beziehung zum Kind regeln. Bei Unsicherheiten, Sorgen versichern sie sich

häufig ausschließlich der Kompetenz des Krankenhauses, der Ärzte und Schwestern dort. Insbesondere Fragen zur Ernährung, kindlichem Rhythmus, unklare kindliche Irritation durch die neue Umgebung (die ihnen selber doch vertraut ist) und die eigene „unklare“ Erschöpfung beschäftigen sie. Nach diesem Zeitraum orientieren sich viele Familien neu – suchen nach Therapiemöglichkeiten, ärztlicher Kompetenz im Wohnbereich, können neue Angebote annehmen.

Bei schwerwiegenden Störungen und Problemen, die sich aus der Unreife ergeben und eine Intensivtherapie nötig machten, wie u.a. Atemstörungen (bis hin zu bronchopulmonaler Dysplasie, Apnoeigung), Hirnblutung oder hypoxische Hirnschädigungen (bis hin zu schweren entwicklungsneurologischen Störungen/CP, Krampfanfällen) werden intensive medizinische Betreuungs- und Therapieprogramme angeboten. Zusätzliche Probleme, die über Säuglings- und Kleinkindzeit hinaus die Entwicklung sowie den täglichen Umgang mit den Kindern stören können, gehen dabei oft unter – obwohl sie hinsichtlich Wohlbefinden von Kind und Familie eine größere Rolle zu spielen scheinen als z.B. schwere Bewegungsstörungen. Gemeint sind hiermit Regulationsprobleme und Schwächen in integrativen Fähigkeiten. Regulationsprobleme zeigen sich z.B. im Biorhythmus (Wach/Schlaf, Hunger/Sättigung, Verdauung), in der Stabilität der Verhaltenszustände, im Muskeltonus, in der Abstimmung von Schlucken und Atmen, in diffusen oder schwächeren Kommunikationssignalen und in der Überlagerung individueller Temperamentsmerkmale. Sind Schwächen in der integrierenden Informationsverarbeitung vorhanden, kann die kognitive Entwicklung und damit Neugier, Motivation und Lernen beeinträchtigt sein. Wenn sich das Kind neurologisch weitgehend unauffällig entwickelt, könnte ein Vorhandensein dieser „Schwächen“ zu einer falschen Schuldzuweisung gegenüber Kind oder Eltern führen, oder die

Probleme werden erst mit dem Schuleintritt benannt, diagnostiziert und somit auch verspätet angegangen.

Lassen sich nun Anzeichen dieser Schwachpunkte bereits in den ersten Lebensjahren ausmachen, und bieten sich Ansatzpunkte für Interventionsmöglichkeiten?

Eigene Untersuchungen

Einige Ergebnisse aus der Berliner prospektiven Verlaufsstudie nach perinataler Hypoxie (Höck u. a., 1990, 1994, 1995) und einer Untersuchung zum elterlichen Erleben kindlichen Temperaments sollen dazu weitere Ansatzpunkte liefern, beschränkt auf folgende Fragestellungen:

1. Gibt es Hinweise im Interaktionsverhalten, Biorhythmus, kindlichen Spiel in den ersten Lebensjahren, die für Eltern und Betreuer leicht zu beobachten sind und damit eine Berücksichtigung im Umgang mit den Kindern finden können?
2. Finden wir bei Frühgeborenen grundsätzlich mehr Kinder mit „schwierigem“ Temperament, die die Interaktion erschweren?

1. Biorhythmus, Interaktion, Spiel und Kommunikation

In einer prospektiven Verlaufsstudie nach perinataler Hypoxie (Geburtsjahrgänge 1984–86) wurde die Entwicklung von 202 Kindern, davon 53 Kontrollkinder (eutrophe Reifgeborene, ohne Hypoxie) und je ein Drittel Kinder ≥ 32 , $33-36$, ≤ 37 Gestationswoche (GW) bis zum 6. Lebensjahr erfaßt. Die Kinder wurden (korrigiert nach dem erwarteten Geburtstermin (EGT)) mit 1, 3, 6, 9, 12, 18 Monaten, 2;3 und 6 Jahren untersucht. Für die o. g. Fragestellung haben wir die Daten der sehr kleinen Frühgeborenen (≤ 32 GW) mit denen der Kontrollkinder (VK) im ersten Lebensjahr verglichen.

Daten zum Biorhythmus

Wir fanden signifikante Unterschiede in der Entwicklung eines stabilen Tagesrhythmus ($p=0,002$) im ersten Lebensjahr, wobei der

Durchschnitt aller Frühgeborenen um 12,12 Monate (SD 1,29) zu den Vergleichskindern mit 9,0 Mo (SD 2,24) lag und damit auch signifikant ($p=0,001$) war.

Daten zum Interaktionsverhalten

Wir fanden einen signifikanten Zusammenhang ($p<0,001$) zwischen der biologischen Risikobelastung des Kindes und einer nachhaltig erlebten perinatalen emotionalen Belastung der Mütter. (Dazu hatten wir die Mütter beim ersten ambulanten Termin 4 Wochen nach dem EGT zu Wünschen, Erleben in Schwangerschaft, Geburts- und Neugeborenenzeit befragt, dies in einem Score bewertet, wobei viele der definierten Items aber nur Oberflächenmerkmale emotionaler Prozesse darstellen). Der signifikante Zusammenhang ist auch bei dem Kriterium sehr kleines Frühgeborenes ($p=0,004$) nachweisbar.

In einzelnen Parametern kindlichen Interaktionsverhaltens sind die Unterschiede (≤ 32 GW zu VK) nicht so deutlich, z. B. in der sozialen Orientierung ($p=0,2$), Irritierbarkeit ($p=.06$), Kontaktaufnahme ($p=0,07$), differenziertem Umgang mit fremd/bekannt ($p=0,5$) nicht signifikant, deutlicher in der allgemeinen Orientierung ($p=0,05$).

Im *Eßverhalten* zeigten sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der kategorisierenden Merkmale *Stabilität* (z. B. Anzahl der Mahlzeiten, durchschnittliche Dauer, Trinkverhalten/Pausen), *Irritierbarkeit* (z. B. Umgang mit neu angebotener Nahrung, Einfluß äußerer Aspekte wie Räumlichkeit, Personen), *Eigenbestimmung* (z. B. Äußern von Hunger/Sättigung, Geschmacksbevorzugung, selbständiges Essen), die aber nicht signifikant waren ($p=0,09$).

Stellt man dagegen einen Zusammenhang zur nachhaltig erlebten perinatalen emotionalen Belastung der Mütter her, dann finden wir hochsignifikante Beziehungen auf kindlicher Seite bei den Studienkindern (Kontaktaufnahme $p<0,001$, soziale Orientierung $p<0,005$, allgemeine Orientierung $p<0,001$) sowie deutliche Unterschiede zu den Kontrollkindern, bei denen keine signifikanten

Beziehungen nachweisbar waren. Diese Unterschiede fanden sich auch mit signifikanten Werten im Bereich der Interaktion, Ernährungsverhalten auf mütterlicher Seite der Studienkinder.

Damit scheint die nachhaltig erlebte, erhöhte perinatale emotionale Belastung der Mütter möglicherweise ein früher Indikator für Interaktionsprobleme zu sein.

Zum Spielverhalten und der Kommunikation

Die Einschätzung differenzierter Lautäußerungen bis zum 12. Monat zeigten keine signifikanten Unterschiede ($p=0,17$), aber bei 6,5 % der sehr kleinen Frühgeborenen wurden wenig differenzierte Laute bis zum 12. Monat beschrieben, 10 % spielten auffällig wenig. Bei Vergleich aller Frühgeborener (FG) mit den VK fanden sich signifikante Unterschiede im allein, ohne Aufforderung spielen mit 18 Monaten ($p=0,04$) wobei dies bei 67 % der FG zu 81,3 % der VK gefunden wurde. Diese Unterschiede im Vergleich aller FG zu den VK zeigte sich auch in der Zeitdauer der oralen Spielzeugerkundung ($p=0,0003$) mit einem späten Beginn > 10. Monat bei 45,3 % der FG, zu 18,8 % der VK (< 10 Mo hier 70,3 %), in der Beendigung > 12. Mo bei 22,6 % der FG zu 10,9 % der VK; die Ablenkbarkeit mit 18 Monaten wurde höher ($p=0,02$) bei den FG (53,8 %) gegenüber den VK (34,4 %) erlebt.

Der Beginn von Funktionsspielen wurde bei allen FG mit 7,87 (SD 0,87) gegenüber 6,09 Mo bei den VK und des Konstruktionsspieles bei FG mit 12,5 (SD 1,48) und VK 9,6 Mo eingeschätzt.

2. Erleben kindlichen Temperaments

In einer Untersuchung sollte geklärt werden, ob sich Frühgeborene hinsichtlich bestimmter Verhaltens- und Temperamentsmerkmale von Reifgeborenen im Elternurteil unterscheiden. Beschrieben wurden Unterschiede in der Stabilität von Verhaltenszuständen in der Neonatalzeit. Es werden ungünstigere intellektuelle Entwicklungen von Kindern mit

„schwierigem“ Temperament gegenüber weniger schwierig erlebten Kindern im Säuglingsalter berichtet (Thomas, Chess, 1984, Sameroff, 1974 dort zitiert). Vermutet wird ein Einfluß verminderter elterlicher Zuwendung (Rennen-Allhoff, Reinhard, 1988).

Als (1986) und Washington u. a. (1986) fanden signifikant mehr ehemalige Frühgeborene als Reifgeborene, die von den Eltern im 1. Lebensjahr als schwierig erlebt wurden. Frühgeborene könnten im weiteren Verlauf mehr Probleme als Reifgeborene in der Steuerung ihres Verhaltens haben und deshalb von den Eltern schwieriger erlebt werden.

Wir untersuchten Frühgeborene ohne zusätzliche Probleme in der Neugeborenenzeit und Vergleichskinder im ersten Lebensjahr 1988 bis 1990. Es erfolgte eine Verhaltensbeobachtung in der Neugeborenenzeit (auf der Frühgeborenen- oder Rooming-in-Station) beim Stillen/Füttern über 10 Minuten. Erfasst wurde mütterliches (Enface-Blickkontakt, Liebkosungen, Sprechen/Singen, Beachten des kindlichen Zustandes) und kindliches Verhalten (Augen geöffnet/geschlossen, Schreien/Weinen, Lächeln, Mutter ansehen, Trinkverhalten) im Kontakt miteinander (analog Klaus, Kennell, 1987). Es wurde eine qualitative Einschätzung hinsichtlich Vorhandensein oder Fehlen sowie Angaben zur Dauer mit Hilfe einer Schätzskala [gar nicht/selten/sehr häufig/ununterbrochen] gegeben. In der jeweils letzten Woche des 3., 8. und 12. Monats (bei Frühgeborenen korrigiert) wurden den Eltern Bögen zu Temperaments-/Verhaltensmerkmalen übergeben.

Diese beinhalteten 9 Gruppenkriterien: *Aktivität, Rhythmik, Zugang, Anpassungsfähigkeit, Reaktionsintensität, Laune, Ausdauer, Ablenkbarkeit und (Reiz-)Schwelle* mit insgesamt 97 Items, die in einer Schätzskala: 1 = nie bis 7 = immer, beantwortet werden mußten. Der Fragebogen basiert auf zwei ähnlichen Tests: Rothbart (1978, 1981) „Measurement of temperament in infancy“ und Fullard (1978) „Toddler temperament scale“.

Bei den Probanden der Studiengruppe wie Kontrollgruppe erfolgte eine Auswahl hinsichtlich sozialer Kriterien, um zusätzliche Risikofaktoren auszuschließen (Ehe oder Lebensgemeinschaft, beide Eltern mindestens 10. Klasse, 1. o. 2. Kind, Nationalität deutsch, kein Fürsorgefall).

Die Studiengruppe bestand aus 44 Frühgeborenen, ≥ 32 GW, ≥ 1500 g, eutroph, keine Komplikationen, davon 22 Jungen. Alle Kinder der Vergleichsgruppe (56, davon 27 Jungen) sind in der UFK der Charité geboren, bei der Studiengruppe mußten wir zusätzlich im Kinderkrankenhaus Lindenhof und im Klinikum Berlin-Buch Familien gewinnen. Das Einschlusskriterium „klinisch gesund“ erwies sich dabei als begrenzender Faktor und führte auch zu der Verlängerung der Studienzeit. Die Beobachtung durch die Eltern wurde leider nicht konstant von allen durchgehalten.

30 Kinder der Studiengruppe sind 1989 geboren. Hier ist der Abbruch extrem hoch, vorrangig bedingt durch die politischen Veränderungen (im 3., 8., 12. Monat FG 23, VK 41; nur im 3. und 8. Mo FG 7, VK 13. Nur im 3 Mo FG 14, VK 2).

Zur Auswertung wurden die Daten von 84 Kindern, davon 64 über alle Beobachtungszeitpunkte und 20 bis zum 8. Lebensmonat, berücksichtigt.

Beobachtung der Still-/Füttersituation in der Neonatalperiode

Alle Mütter (bis auf zwei Ausnahmen) zeigten in dieser Beobachtungssituation Enface-Blickkontakt die gesamte Zeit. Unterschiede im mütterlichen Verhalten zwischen Früh- und Reifgeborenen fanden sich signifikant in: Liebkosungen (keine bei 8 Reifgeborenen, $p=0,02$), im Sprechen/Singen mit dem Kind (gar nicht bei 6 Reifgeborenen ($p=0,05$)).

Bei den beobachteten Frühgeborenen hatten signifikant mehr die Augen die gesamte Zeit über geschlossen ($p < 0,001$) und auch bei zeitweiligem Schließen dieses über eine längere Zeit ($p=0,005$). Das Trinkverhalten wurde signifikant problematischer bei den Frühgeborenen eingeschätzt ($p=0,02$).

Eine Mutter und 5 Neugeborene (davon 3 FG) wurden deutlich abweichend von den übrigen in ihrem Verhalten eingeschätzt.

Als deutlich abweichend werteten wir für mütterliches Verhalten: wenn die Mutter über den gesamten Beobachtungszeitraum das Kind weder liebte, sprach/sang und von den Beobachtern als den kindlichen Zustand nicht beachtend eingeschätzt wurde. Als schwierig erlebte Neugeborene wurden Kinder eingestuft, die die gesamte Zeit über die Augen nicht öffneten, nicht lächelten, schrien und entweder ständig im Trinken aktiviert werden mußten oder gierig mit Schreien in den Pausen tranken.

Der Vergleich dieser „abweichenden“ Gruppe in der elterlichen Einschätzung im 3., 8. und 12. Monat zeigte im Fall der o. g. Mutter kontinuierliche Abweichungen ihrer Kindbeurteilung von den übrigen signifikant in den Kriterien: *Aktivität*, *Ausdauer*, *Ablenkbarkeit*, (*Reiz-*)*Schwelle*, die im 3. und 12. Monat wesentlich niedriger und im 8. Monat wesentlich höher lagen.

In der Gruppe der fünf als schwierig bezeichneten Kinder fanden sich folgende Abweichungen zu den anderen Kindern: im 3. Monat bis auf (*Reiz-*)*Schwelle* und *Ablenkbarkeit* signifikant in allen anderen 7 Kategorien; im 8. Monat in 6 Kriterien (nicht Zugang, Anpassungsfähigkeit, *Ausdauer*); im 12. Monat noch in 3 Kategorien: *Aktivität* ($p=0,04$), *Zugang* ($p=0,004$) und (*Reiz-*)*Schwelle* ($p=0,01$). 23 Kinder (davon 13 Frühgeborene) wurden als *abweichend* im *Trinkverhalten* erlebt. Es fanden sich im 3. und 8. Monat signifikante niedrigere Werte in *Rhythmik* ($p=0,03/p=0,002$) und (*Reiz-*)*Schwelle* ($p=0,04/p=0,03$), im 12. Monat in *Anpassungsfähigkeit* ($p=0,003$) und im 8. und 12. Monat in *Ausdauer* ($p=0,03/p=0,04$).

Insgesamt fand sich *keine Häufung bestimmter Verhaltenseinschätzungen bei den Frühgeborenen gegenüber den Reifgeborenen*, die Streubreite der interindividuellen Temperaments- und Charaktermerkmale war annähernd gleich in beiden Gruppen.

Einschränkungen hinsichtlich der Aussagefähigkeit dieser Pilotstudie ergeben sich durch die relativ hohe Abbrecherzahl in der Studiengruppe und der kleinen Gruppe der als abweichend erlebten Kinder.

Interessant erscheinen trotzdem die Abweichungen gegenüber der Gesamtstudienpopulation, die die praxisrelevante Frage aufwerfen, inwieweit perinatal stärker belastete Kinder (Infektionen, Langzeitbeatmung, extreme Unreife, Sinnesstörungen) ähnlich abweichend vom Beobachter und den Eltern erlebt werden und die Feststellung dieser Tatsache therapeutische Relevanz hat. *B. Rennen-Allhoff* (1988) konnte anders als *Sameroff* 1974 keinen linearen Zusammenhang zwischen mehr oder weniger „schwierig“ erlebten Säuglingen und späterem kognitiven Entwicklungsstand finden.

Washington u. a. (1986) fanden eine hohe Korrelation (in vielen Kriterien signifikant) von beobachteter Mutter-Kind-Interaktion und der Stabilität und dem Stil der mütterlichen Schilderung kindlichen Temperaments. Die Ausgangshypothese, daß Frühgeborene per se schwieriger erlebt werden, da sie in der Verhaltenssteuerung mehr Probleme haben als Reifgeborene, läßt sich durch die vorliegenden Ergebnisse nicht stützen und bestätigt die Ergebnisse einer australischen Untersuchung bei 126 Frühgeborenen (*Oberklaid et al.*, 1986).

Das Erleben und die Wertung kindlichen Temperaments durch die Eltern könnte sich aber als ein zusätzlicher Indikator für eine beginnende Beziehungsstörung erweisen.

Dies schließt den Kreis zu unseren Ergebnissen hinsichtlich der nachhaltig erlebten perinatalen emotionalen Belastung durch die Mütter, die eine hohe prognostische Validität zu Ergebnissen der kindlichen Entwicklung mit 3 Jahren hatten und hoch signifikant zu Parametern kindlicher Entwicklung und Eltern-Kind-Interaktion korrelierten (*Höck* u. a., 1994).

Wir haben die Erfahrung gemacht, daß gerade wenn emotional belastende Erinnerun-

gen, Eindrücke z. B. an Geburt, Neugeborenenzeit, verdrängt werden, die Gefahr besteht, inadäquate Lösungsstrategien zu suchen, fehlangepaßte Verhaltensweisen gegenüber dem Kind zu entwickeln. Das Zuschreiben von Verantwortlichkeit wird von *Reichle* (1994) als eine zentrale menschliche Aktivität benannt, die besonders deutlich in der Bewältigung kritischer Lebensereignisse wird. Attribution von Verantwortlichkeit betrifft Frühgeburt, ungünstiger Entwicklung, Einschränkungen, auf den Partner oder das „problematische“ Kind, ebenso Selbstzuschreibungen wirken sich ungünstig auf die Beziehungsqualität aus. Insofern können frühe sachliche Informationen, Begleitung und ständiges Gesprächsangebot mögliche sekundäre psychosoziale Risiken mindern.

Literatur

- Als, H.* (1986). A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. In: *Sweeney, J. K.* (eds.), *The high risk neonate: developmental therapy perspectives, physical & occupational therapy in pediatrics*. 6, 3/4, 3–55
- Fullard, W.* (1978). *Toddler temperament scale (version 1978)*. Persönliche Zusendung. Temple University, Philadelphia, Pennsylvania, Dept. of educational psychology
- Gidoni, E. A.* (1996). Die Familie und das behinderte Kind. In: *Paritätisches Bildungswerk, Bundesverband e.V.* (Hrsg.): *Dokumentation der Fachtagung „Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit“*. Mattes Verlag, Heidelberg
- Höck, S.* (1990). Pädiatrische und Psychotherapeutische Ansätze der Betreuung chronisch kranker Kinder und ihrer Familien. In: *Seiffge-Krenke, I.* (Hrsg.) *Jahrbuch der klinischen Psychologie*, Bd. IV, 316–328, Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York u. a.
- , *Lun, A., Hammer, H., Möckel, A., Grauel, E. L., Gross, J., Siebert, G., Bellach, J., Wermke, K., Rothgänger, H.* (1994). Perinatale Hypoxie und ZNS – Entwicklung – einige Ergebnisse der Berliner prospektiven interdisziplinären Studie. In: *Grauel, E. L., Wauer, R. R.* (Hrsg.), *Research in Perinatal Medicine* 3, 61–70, Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, Berlin/Wiesbaden

- (1995). Zur Betreuung von Eltern frühgeborener Kinder. In: *Frick-Bruder, V., Kente-nich, H., Scheele, M.* (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe, Beiträge der Jahrestagung 1994/95*, 69–78, edition psychosozial, Psychosozial-Verlag, Gießen
- Klaus, M., Kennell, J.H.* (1987). Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung, dtv, München
- Oberklaid, F., Prior, M., Sanson, A.* (1986). Temperament of preterm versus full-term infants. *Developmental and behavioral pediatrics*, Vol. 7., Nr. 3, 159–162
- Reichle, B.* (1994). Die Zuschreibung von Verantwortlichkeit für negative Ereignisse in Partnerschaften: Ein Modell und erste empirische Befunde. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 227–237
- Rennen- Allhoff, B., Reinhard, H. G.* (1988). Temperament von Säuglingen, mütterliches Verhalten und spätere Entwicklung. *Acta paedopsychiatrica* 51, 56–59
- Rothbart, M.K.* (1981). Measurement of temperament in infancy. *Child Dev.*, 52, 569–578
- (1978). Infant behavior questionnaire, Version 1978, persönliche Zusendung, Universität of Oregon, Dept. of Psychology
- Thomas, A., Chess, S.* (1984). Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life. *Am J Psychiatry* 14: 1, 1–9
- Washington, J., Minde, K., Goldberg, S.* (1986). Temperament in preterm infants: Style and stability. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 4: 493–502
- Winnicott, D.* (1990). *Das Baby und seine Mutter.* Klett-Cotta, Stuttgart

Dr. med. Sabine Höck
Arbeitsstelle Frühförderung Bayern, Med. Abt.
Seidlstraße 4
D-80335 München

Familienorientierte Frühförderung

Dokumentation des 6. Symposiums Frühförderung Hannover 1991

Herausgegeben von der Vereinigung für
Interdisziplinäre Frühförderung e.V.

(*Beiträge zur Frühförderung interdisziplinär; 1*)
155 Seiten. (3-497-01239-4) kt
DM 24,80 öS 181,- SFr 23,-

Ernst Reinhardt Verlag

Frühe Hilfen für behinderte und entwicklungs-auffällige Kinder sind – das zeigt die praktische Erfahrung und wissenschaftliche Forschung – darauf angewiesen, die Familien einzubeziehen. Ohne diese Familienorientierung sind therapeutische Anstrengungen „am Kind“ weitgehend vergeblich. Die Einbeziehung der Familien in die Bemühungen, Kindern bei ihrem „Lebensstart unter kritischen Bedingungen“ (O. Speck) zu helfen, umfaßt dabei ein weites Spektrum von Anliegen. Dieses Spektrum wird im vorliegenden Band in ausführlichen Beiträgen und instruktiven Mitteilungen ausgebreitet.
