



Bachelorarbeit

Babysprechstunden in der Schweiz – Psychotherapeutische Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen

Jasmin Katz

Vertiefungsrichtung Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologie

Referentin: Prof. Dr. phil. Agnes von Wyl

St.Gallen, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Danksagung

Grosser Dank geht an Agnes von Wyl, die mich als Referentin und Spezialistin im Bereich der Babysprechstunden kompetent begleitete. In diesem Sinne bedanke ich mich auch bei allen Teilnehmenden für die anregenden und motivierenden Gespräche sowie für ihre Teilnahme, die das Verfassen der Arbeit ermöglichte. Für persönliche wie auch fachliche Unterstützung geht zudem Dank an zahlreiche Mitstudierende, namentlich an Valérie für die Übersetzungshilfe sowie an Helena, Adrian, Raymond, Rolf, Serge und Urs.

Abstract

In der Schweiz werden zunehmend sogenannte „Babysprechstunden“ angeboten. Gegenstand der Arbeit sind die Fragen, welche psychotherapeutischen Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen in der Schweiz bestehen, wie die Fachpersonen arbeiten und welches ihre Bedürfnisse sind. Im theoretischen Teil wurden zunächst entwicklungspsychologische Hintergründe vom Kleinkind sowie der Eltern aufgeführt. Anschliessend wurde eine Übersicht historischer wie aktueller therapeutischer Ansätze und Konzepte aus der Praxis aufgezeigt. Um die Fragestellungen zu beantworten, wurden aufgrund der theoretischen Grundlagen und im Austausch mit Fachpersonen der Fragebogen und verschiedene Kategorien ausgearbeitet. 36 Psychologen, Psychologinnen, Ärzte und Ärztinnen aus 18 Kantonen und 3 Sprachregionen nahmen an der Untersuchung teil. Mittels deskriptiver Verfahren wurden die Daten ausgewertet und dargestellt. Es zeigte sich, dass sich 31% aller befragten Angebote im Kanton Zürich befinden und gleichzeitig 69% der Teilnehmenden Klienten und Klientinnen aus anderen Kantonen betreuen. Es wurde festgestellt, dass in einem Team von durchschnittlich 5 Personen Fachpersonen unterschiedlicher Berufsgruppen zusammen arbeiten und diese durchschnittlich 63 Fälle pro Jahr betreuen. Des Weiteren wurde nachgewiesen, dass am häufigsten Regulationsstörungen behandelt werden, wobei 91% der Teilnehmenden mit psychodynamischen Ansätzen arbeiten. Es wurde aufgezeigt, dass alle Teilnehmenden mit Institutionen wie Mütter- und Väterberatung, Familienhilfe oder anderen zusammen arbeiten und 75% eine stärkere Vernetzung schätzen würden. Die Ergebnisse weisen auf einen erforderlichen Ausbau von Vernetzung, Öffentlichkeitsarbeit und Unterstützungsangeboten für die betroffenen Familien hin.

Inhalt

1 Einleitung.....	1
1.1 Hintergrund.....	1
1.2 Ziel der Arbeit und Untersuchungsdesign.....	1
1.3 Aufbau der Arbeit	2
1.4 Abgrenzung	2

I THEORETISCHER TEIL

2 Begriffsdefinitionen und entwicklungspsychologischer Hintergrund ..	2
2.1 Definitionen: Babysprechstunde, Bezugsperson, Kleinkind, Psychotherapie	3
2.2 Das Kleinkind	4
2.2.1 Die sechs motivationalen Systeme.....	4
2.2.2 Die Regulation früher Systemzustände über körpersprachliches Ausdrucksverhalten	5
2.2.3 Basale adaptive Verhaltensregulation	5
2.2.4 Psychodynamische und adaptive Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit.....	6
2.3 Die Eltern	8
2.3.1 Intuitive Kompetenzen von Eltern	8
2.3.2 Feinfühliges Verhalten.....	9
2.3.3 Elterliche Kompetenzen	10
3 Therapeutische Ansätze.....	10
3.1 Historischer Überblick	11
3.2 Übersicht über verschiedene aktuelle therapeutische Ansätze aus der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse und der Systemischen Therapie.....	13
3.2.1 Interaction Guidance.....	14
3.2.2 Watch, Wait and Wonder.....	15
3.2.3 Psychoanalytische Eltern-Kleinkind-Psychotherapie	17
3.3 Ausgewählte Konzepte aus der Praxis	18
3.3.1 Die Basler interdisziplinäre Sprechstunde.....	19
3.3.1.1 Geschichte und Angebot.....	19
3.3.1.2 Behandlungsansätze.....	19

3.3.1.3	Dokumentation und Evaluation.....	20
3.3.2	Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/ Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie	20
3.3.2.1	Geschichte und Angebot	20
3.3.2.2	Die Grundelemente	20
3.3.2.3	Interventionsschritte bei der videogestützten Kommunikationsanleitung und - Psychotherapie.....	21
3.3.2.4	Aktuelle Daten zur Therapieevaluation	22
3.3.3	Die systemisch-entwicklungspsychologische Beratungseinrichtung (Babysprechstunde Osnabrück)	22
3.3.3.1	Geschichte und Angebot	22
3.3.3.2	Theoretische Fundierung.....	23
3.3.3.3	Praktische Umsetzung.....	23
3.4	Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen	24

II EMPIRISCHER TEIL

4	Forschungsgegenstand und Methodik	26
4.1	Fragestellungen und Ziele	26
4.2	Design	26
4.3	Rekrutierung und Datenerhebung	27
4.3.1	Stichprobe.....	27
4.3.2	Fragebogen: Erstellung und Durchführung	28
4.4	Datenaufbereitung und Datenauswertung	29
5	Darstellung der Ergebnisse	29
5.1	Häufigkeiten	29
5.1.1	Lokalisation, Name und Gründungsdaten der Angebote	29
5.1.2	Akademischer Titel, Teamgröße und Anzahl Beratungen	31
5.1.3	Zuweisende Instanzen	32
5.1.4	Finanzierung der Interventionen	33
5.1.5	Dauer der Interventionen	33
5.1.6	Art des Settings.....	33
5.1.7	Art und Häufigkeiten der behandelten Störungen	34
5.1.8	Handlungsanweisende therapeutische Ansätze.....	35

5.1.9	Qualitätssicherung	36
5.1.10	Bedarf an ergänzenden Angeboten für die Klienten	36
5.1.11	Zusammenarbeit mit ergänzenden Angeboten und Institutionen	37
5.1.12	Bedarf der Teilnehmenden an Vernetzung mit anderen Institutionen.....	38
5.1.13	Weiterbildungsangebote	39
5.1.14	Angebot und Nachfrage.....	40
6	Diskussion.....	41
6.1	Zusammenfassung	41
6.2	Beantwortung der Fragestellung.....	41
6.3	Interpretation der Ergebnisse	43
6.4	Fazit und Implikationen für die Praxis	47
6.5	Methodenkritik und weiterführende Überlegungen.....	48
7	Literatur.....	50
8	Anhang	54

Tabellen

Tabelle 1: Zuweisende Instanzen	33
Tabelle 2: Art und Häufigkeiten der behandelten Störungen	34

Abbildungen

Abbildung 1: Verteilung der 36 Teilnehmenden nach Kantonen	30
Abbildung 2: Übersicht über die verschiedenen Lokalitäten in denen Babysprechstunden angeboten werden (Mehrfachnennungen).....	31
Abbildung 3: Verteilung der Häufigkeiten der unterschiedlichen Teamgrössen	32
Abbildung 4: Verteilung der Anzahl behandelter Familien/Fälle pro Jahr.....	32
Abbildung 5: Durchschnittliche Dauer der Interventionen	33
Abbildung 6: Übersicht über die am häufigsten genannten therapeutischen Ansätze	36
Abbildung 7: Bedarf an zusätzlichen, ergänzenden Angeboten.....	36
Abbildung 8: Bedarf der Teilnehmenden an Vernetzung mit anderen Institutionen.....	38
Abbildung 9: Zufriedenheit der Teilnehmenden und Nutzung der bestehenden Weiterbildungsangebote	39
Abbildung 10: Verteilung der Antworten auf die Frage, ob in der Schweiz eine grössere Nachfrage an Babysprechstunden besteht, als derzeit angeboten werden	40

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

In der Schweiz waren sogenannte Babysprechstunden lange wenig bekannt und kaum im psychotherapeutischen Rahmen anzutreffen. Zunehmend bestehen solche Angebote in unterschiedlichen Institutionen in verschiedenen Formen. Dies zeigt, dass das Bedürfnis von Eltern, Bezugspersonen und Fachkräften besteht, die Angebote zu nutzen. Zahlreiche Fragen rund um die Babysprechstunden sind offen und sollen mit der vorliegenden Arbeit geklärt werden.

1.2 Ziel der Arbeit und Untersuchungsdesign

Das Ziel der Arbeit besteht darin, eine Übersicht zu generieren über (ambulante, stationäre, private wie auch staatliche) Institutionen und Praxen, welche eine Babysprechstunde anbieten. Die Arbeit soll den in diesem Bereich tätigen Psychologen und Psychologinnen sowie Psychiatern und Psychiaterinnen eine verstärkte Vernetzung und einen Überblick über bestehende Angebote ermöglichen. Ferner soll die Arbeit verschiedenen Fachpersonen, welche Kleinkinder und ihre Bezugspersonen betreuen, als Hilfe dienen, die geeignete Institution für eine Therapie oder Beratung zu finden. Die Arbeit generiert eine Bedarfsanalyse der Teilnehmenden über Weiterbildungsangebote und über die Zusammenarbeit mit externen Stellen wie zum Beispiel Familienhilfe oder stationärer Mutter-Kind-Therapien. In der Arbeit werden im Zusammenhang mit den Fragestellungen: „Welche psychotherapeutischen Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen bestehen in der Schweiz? Wie arbeiten die Institutionen und Privatpersonen und welches sind ihre Bedürfnisse?“ folgende Aspekte untersucht:

- Name, Lokalisation und Gründungsdaten der Angebote
- Akademischer Titel, Teamgrösse, Anzahl Beratungen
- Zuweisende Instanzen
- Finanzierung der Interventionen
- Dauer der Interventionen
- Art des Settings
- Art und Häufigkeiten der behandelten Störungen (Klassifiziert nach der Diagnostischen Klassifikation 0-3 (ZIT-DC:0-3) (ZERO TO THREE National Center for Infants, Toddlers, and Families, 1999))
- Handlungsanweisende therapeutische Ansätze
- Qualitätssicherung

- Bedarf an ergänzenden Angeboten für die Klienten
- Zusammenarbeit mit ergänzenden Angeboten und Institutionen
- Bedarf der Teilnehmenden an Vernetzung mit anderen Institutionen
- Weiterbildungsangebote
- Nachfrage und Angebot

1.3 Aufbau der Arbeit

Der Fokus des theoretischen Teils der Arbeit liegt in psychotherapeutischen Therapieverfahren und Theorien, welche für Kleinkinder und ihre Bezugspersonen bestehen. Zuerst werden ausgewählte entwicklungspsychologische Hintergründe aufgeführt, welche in die Thematik einleiten. Zahlreiche theoretische Konzepte basieren auf diesen Hintergründen. In einem zweiten Teil folgt eine Übersicht über verschiedene therapeutische Ansätze. Sie dienen als Grundlage für die unterschiedlichen therapeutischen Interventionen. Im dritten Teil werden ausgewählte Konzepte aus der Praxis aus dem deutschsprachigen Raum vorgestellt. Im empirischen Teil der Arbeit werden die Methodik und der Forschungsgegenstand der Untersuchung näher erläutert. Die Ergebnisse werden deskriptiv nach Häufigkeiten dargestellt. In der Diskussion werden die theoretischen Grundlagen und die empirischen Ergebnisse zusammengefasst und im Hinblick auf die Fragestellungen interpretiert.

1.4 Abgrenzung

Die Arbeit befasst sich lediglich mit Therapieverfahren, welche explizit Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen fokussieren. Verhaltenstherapeutische Konzepte werden aufgrund ihrer störungsspezifischen Ausrichtung nicht vertieft behandelt. Auf diagnostische Methoden wird nicht vertieft eingegangen. Ausschliesslich prä- oder perinatale Therapieverfahren sowie Konzepte, welche spezifisch auf postpartale Depressionen, Frühgeburten, Prävention, Psychomotorik oder Erziehungsberatung fokussieren, werden nicht erläutert. Kulturelle Aspekte werden ebenfalls nicht in die Arbeit integriert, ebenso werden Langzeitfolgen von Störungen in der frühen Kindheit nicht behandelt. Ergebnisse der Temperament- oder Resilienzforschung werden nicht erläutert. Auf neurobiologische Aspekte der Entwicklung wird nicht eingegangen.

I THEORETISCHER TEIL

2 Begriffsdefinitionen und entwicklungspsychologischer Hintergrund

Einleitend werden häufig gebrauchte Begriffe definiert. Ferner werden entwicklungspsychologische Hintergründe aufgeführt, welche hinsichtlich der später aufgeführten Modelle als relevant erachtet werden.

2.1 Definitionen: Babysprechstunde, Bezugsperson, Kleinkind, Psychotherapie

Die folgenden Definitionen dienen als Arbeitsdefinitionen für die vorliegende Bachelorarbeit. Babysprechstunden bestehen in unterschiedlichen Institutionen unter verschiedenen Namen. In der vorliegenden Bachelorarbeit wird bei psychotherapeutischen Angeboten, welche spezifisch auf entwicklungs- und interaktionsbedingte Störungen von Kleinkindern im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen fokussieren, von Babysprechstunde gesprochen. Das besondere am Setting einer Babysprechstunde ist, dass psychotherapeutische Interventionen nicht das Kleinkind alleine fokussieren. Vielmehr stehen Interaktionsmuster von Eltern und Kleinkind im Vordergrund einer Therapie.

Säuglinge und Kleinkinder sind stark auf ihre Bezugspersonen angewiesen wie die folgende Definition von Bezugsperson verdeutlicht.

„Bezugsperson: eine Person deren Handlungs- und Verhaltensweisen, Urteile und Meinungen aufgrund eines intensiven sozialen und gefühlsmässig positiven Kontakts Orientierungsgrundlage für einen anderen Menschen sind. Für Kinder und Jugendliche sind im Hinblick auf die Entwicklung stabiler Beziehungen und des Selbstwertgefühls konstante Bezugspersonen (...) besonders wichtig. Bei fehlenden Bezugspersonen kann es zu sozialer Isolierung und Orientierungslosigkeit sowie zu emotionaler Verarmung kommen, im Säuglings- und Kleinkindalter zu schweren psychischen und physischen Entwicklungsverzögerungen“ (Brockhaus Psychologie, 2009, S. 77).

Fraiberg teilt die frühe Kindheit in drei Perioden ein: „der erste Abschnitt reicht von der Geburt bis einschliesslich zum 18. Monat, der zweite bis zu drei Jahren und der dritte von drei bis sechs Jahren“ (1986, S. 8). Wenn in der vorliegenden Arbeit von Kleinkindern gesprochen wird, dann bezieht sich dies auf Kinder im Alter von 0 bis 36 Monaten.

Michel und Novak grenzen Psychotherapie klar von anderen Dienstleistungen ab. Sie sprechen von Psychotherapie, wenn:

- „zwischen zwei oder mehreren Personen ein Interaktions- und Kommunikationsprozess mit dem Ziel stattfindet, dem Klienten zu helfen, seine psychischen Probleme zu beseitigen, zu mindern und seine persönliche Weiterentwicklung zu fördern;
- eine klare Rollenteilung in Patient und Therapeut vorliegt und das Verhalten des Therapeuten aufgrund seiner Ausbildung bewusst geplant, systematisch und kontrolliert eingesetzt wird;
- die beabsichtigte Verhaltens- und Erlebnisänderung auf der Basis wissenschaftlich gesicherter Methoden erfolgt;
- die angewandten Methoden lehr- und lernbar sind“ (2004, S. 343).

Oft manifestieren sich auch psychische Störungen in somatischen Beschwerden, wie folgende Definition zeigt:

„Psychotherapie, die gezielte, professionelle Behandlung psychischer und/oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln“ (Caspar, S.815, 2009).

Von Klitzing (1998) weist darauf hin, dass der Übergang von Beratung und Psychotherapie im Umgang mit kleinen Kindern und ihren Eltern fließend und daher in der Praxis nicht immer klar abzugrenzen ist.

2.2 Das Kleinkind

Verschiedene Erklärungsansätze (Mietzel, 2002) richten ihren Fokus auf die Entwicklung des Menschen. Dahinter stehen unterschiedliche Hauptvertreter, so zahlreich wie diese sind auch die Erklärungsansätze. Während langer Zeit beharrten die jeweiligen Vertreter auf ihren Theorien. „Erst in jüngerer Zeit begann man, sich füreinander zu interessieren und dabei entdeckte man seine eigene Unvollkommenheit“ (ebd., S. 33). Die meisten Entwicklungspsychologen und Entwicklungspsychologinnen sind heute bereit, sich auch anderen Sichtweisen zu öffnen. In den folgenden Abschnitten werden ausgewählte entwicklungspsychologische Grundlagen erläutert. Sie bilden im Hinblick auf das Thema Babysprechstunde eine Grundlage für das Verständnis der therapeutischen Konzepte.

2.2.1 Die sechs motivationalen Systeme

Lichtenberg, Lachmann und Fosshage (2000) beschreiben fünf Systeme, welche für die Erfüllung und Regulierung von Grundbedürfnissen sorgen. Die motivationalen Systeme wurden aus empirischen Daten hergeleitet und aus den Daten so gebündelt, „dass sie aus dem Blickwinkel der Psychoanalyse einen Sinn ergeben“ (ebd., S.14). Die Autoren gehen davon aus, dass die fünf Systeme verschiedene Funktionen haben. Sie entwickeln die Kohärenz eines Selbst oder einer Selbstorganisation. Gleichzeitig erhalten die fünf motivationalen Systeme die Kohärenz des Selbst oder der Selbstorganisation aufrecht und vermögen es wieder herzustellen. Jedes System ist um ein Grundbedürfnis herum aufgebaut und bildet eine psychische Entität mit neurophysiologischen Korrelaten. Die fünf motivationalen Systeme sind folgende: 1. das Bedürfnis nach psychischer Regulierung physiologischer Erfordernisse: Dazu gehören nach Trautmann-Voigt und Moll (2011) die Basisregulation von Hunger oder Durst, das Bedürfnis nach Sauberkeit, nach basalem Schutz und Wärme. 2. Das Bedürfnis nach Bindung (Lichtenberg, Lachmann und Fosshage, 2000), 3. das Bedürfnis nach Exploration und Selbstbehauptung, 4. das Bedürfnis, aversiv zu reagieren – mit Antagonismus oder Rückzug – und 5. das Bedürfnis nach sinnlichem Genuss und sexueller Erregung.

Trautmann-Voigt und Moll (2011) beschreiben, dass sich das frühe Selbst in Interaktionen mit den frühen Bezugspersonen entwickelt. Dies geschieht durch die Reifung der fünf motivationalen Systeme als Reaktion auf primäre Bedürfnisse nach physischer und psychischer Regulie-

nung vorgegebener Prinzipien. Die Autorinnen sprechen im Kontext dieser vorprogrammierten Prinzipien des Handelns auch von 4 Anlagen welche dem Säugling angeboren sind. 1. die Anlage zur motorischen Expression bzw. zur Affektivität, 2. die Anlage zur Selbststeuerung, 3. die Anlage zu einer sozialen Einpassung sowie 4. die Anlage für ein affektives Überwachen. Stern (2005; zit. n. Trautmann-Voigt & Moll, 2011) weist darauf hin, dass das ursprünglichste angeborene Motivationssystem das Sechste ist. Er nennt es das Intersubjektivitätssystem und sieht es als eine frühe, alle Intimität und spätere Bindung begründende Matrix.

2.2.2 Die Regulation früher Systemzustände über körpersprachliches Ausdrucksverhalten

Trautmann-Voigt und Moll (2011) beschreiben das Modell der angeborenen Systemzustände als aufschlussreiche Erklärung für hilfeschwache Mütter. Systemzustände sind biologisch vorprogrammiert, während des gesamten Lebens vorhanden und regulieren sich selbst. Brazelton und Cramer (1991) nennen diese „Verhaltenszustände“ und unterscheiden deren sechs: Tiefschlaf – Traumphasenschlaf (REM-Schlaf) – Halbschlaf – Wacher Aufmerksamkeitszustand – Aufmerksam, aber quengelig Zustand – Schreien. Der Verhaltenszustand ist einerseits ausschlaggebend für die Fähigkeit, Informationen aufzunehmen und sie zu verarbeiten. Andererseits beeinflusst der Verhaltenszustand die Art und Intensität einer Reaktion auf einen Stimulus. Die Autoren sehen die Verhaltenszustände als ein grundlegendes Regulationssystem. Sobald Neugeborene lernen wie sie ihre Verhaltenszustände regulieren, können sie auch kontrollieren, ob und wann sie Informationen aufnehmen und auf ihre Umwelt reagieren. „Eine der ersten Aufgaben der Eltern besteht darin, die Verhaltenszustände ihres Babys kennenzulernen und vorhersagen zu können, damit sie wissen, ob es ansprechbar ist – um gefüttert oder schlafen gelegt zu werden oder zu interagieren“ (ebd., S. 83). Die Dauer der Schlafzyklen wird mit der Reifung des Nervensystems verändert. So muss ein Säugling erst über ein ausgeprägtes Nervensystem verfügen, damit er Reize aus der Umgebung verarbeiten kann um eine ganze Nacht durchzuschlafen. Brazelton und Cramer erachten Habituation als unerlässlich für die Überlebensfähigkeit von Neugeborenen. Habituation hilft den Neugeborenen „mit Anforderungen fertigzuwerden, die ihr noch ungereiftes Nervensystem möglicherweise überwältigen würden“ (ebd., S. 86). Die Autoren nehmen an, dass Habituation ferner dazu beiträgt, dass das Baby seinen Verhaltenszustand aktiv regulieren kann. Trautmann-Voigt und Moll (2011) betonen in ihrem Modell die Relevanz des körpersprachlichen Ausdrucksverhaltens der Bezugsperson. Das körpersprachliche Ausdrucksverhalten der Bezugsperson hilft dem Säugling, die Regulation der Systemzustände weiter zu entwickeln.

2.2.3 Basale adaptive Verhaltensregulation

Papoušek und Papoušek (1979) beschreiben das System der basalen adaptiven Verhaltensregulation als Zusammenspiel und Balance von aktivierenden und hemmenden Prozessen inner-

halb von Toleranzgrenzen. Die beteiligten psychischen Bereiche Arousal, Aktivität, Affekt und Aufmerksamkeit sowie eingeschlossene psychophysiologische Systeme (somatisch-autonome Regulation, neurophysiologische Regulation, allgemeine Motorik, integrative Prozesse und kommunikative Signale) sind für die Balance verantwortlich. Im Toleranzbereich beschreiben die Autoren zwei Bereiche: Aktivierung und Hemmung. Aktivierung lässt sich beim Säugling beobachten durch Selbermachen, Exploration, Annäherung, Zuwendung, Orientierung, Erregung oder Wachheit. Verhaltensauffälligkeiten entstehen wenn der Toleranzbereich überschritten wird. Es folgt eine Fehlanpassung in Form von übersteigerter Aktivierung. Trotzen, Aggression, Angst/Abwehr, Überreiztheit, Ablenkbarkeit, Schreien und Schlafstörungen sind die Folge. Im Toleranzbereich der Hemmung zeigt der Säugling Rückzug, Hilfesuche, Rückversicherung, Abwendung, Habituation, Beruhigung und Schläfrigkeit. Wird der Toleranzbereich überschritten, zeigt sich eine übersteigerte Hemmung durch Unselbständigkeit, Klammern, Vermeidung, Blickvermeidung, Unzugänglichkeit, Stupor oder Hypersomnie. Viele Störungsbilder des Säuglings- und Kleinkindalters lassen sich in den beschriebenen regulatorischen Fehlanpassungen erkennen (Papoušek, 2004).

2.2.4 Psychodynamische und adaptive Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit

Im Rahmen der Anpassungs- und Entwicklungsaufgaben der frühen Kindheit stellen sich mit jeder Entwicklungsphase – in Abhängigkeit der strukturellen und funktionellen Reifung des Gehirns und den bereits integrierten Erfahrungen – neue Anforderungen an die Regulationsfähigkeit (Papoušek, 2004). Die Autorin beschreibt altersbezogene adaptive Entwicklungsaufgaben. Im Alter von 0-3 Monaten sind dies Nahrungsaufnahme/Verdauung (Zyklus der Nahrungsaufnahme: Hunger-Sättigung sowie koordinierte Saugaktivität beim Stillen/Flasche geben), Immunologische Anpassung, Energiehaushalt/Temperaturregulation, Regulation der Verhaltenszustände (Schlaf-Wach-Organisation sowie ruhig-aufmerksamer Wachzustand). Vom dritten bis siebten Monat bilden Nahrungsaufnahme: Zufüttern (Anpassung an neuen Modus, Geschmack und Konsistenz), Konsolidierung des Nachtschlafes sowie Regulation von Aufmerksamkeit, Selbstwirksamkeit, Affekt und Erfahrungsintegration (im Zwiegespräch und im Spiel) die adaptiven Entwicklungsaufgaben. Ab dem siebten bis zum neunten Lebensmonat stehen der Beginn der eigenständigen Fortbewegung, Beginn der personenspezifischen Bindung (Balance zwischen Bindungssicherheit und Exploration sowie Umgang mit fremder Umgebung/fremder Personen), Nahrungsaufnahme: Abstillen sowie im Schlaf: Reorganisation des Nachtschlafes im Vordergrund. Ab 15-18 Monaten nennt Papoušek folgende adaptive Entwicklungsaufgaben: Unbegrenzte Fortbewegung und Wortschatzspurt, Schlaf: Angstträume, Nahrungsaufnahme: selbstständiges Essen, Selbsterkennen im Spiegel/Empathie/Symbolspiel, Balance zwischen Verbundenheit und Autonomie, Umgang mit sozialen Regeln und Grenzen sowie die Reifung präfontaler inhibitorischer Systeme (emotio-

nale Regulation wie Frustrationstoleranz und Impulskontrolle sowie zielgesteuerte Handlungsorganisation). Die Autorin beschreibt ebenfalls verschiedene phasentypische Probleme, welche den adaptiven Entwicklungsaufgaben zugeordnet werden können. Im Zusammenhang mit der Selbstentwicklung und kognitiven Differenzierungen (Papoušek & von Hofacker, 2004) entstehen im zweiten Lebensjahr selbstbezogene Emotionen wie Selbstwertgefühl, kompetenzbezogene Befriedigung, Stolz und Verlegenheit.

Trautmann und Moll (2011) sprechen von vier Entwicklungsaufgaben, auch Grundkonflikte genannt, welche psychodynamisch fundiert sind. Die ersten drei Entwicklungsaufgaben werden im Folgenden erläutert, da sie sich auf das Kleinkindalter beziehen. Die Autorinnen gehen davon aus, dass die strukturelle Entwicklung eines Menschen auf einer bidirektionalen Wechselwirkung zwischen angeborenen Bereitschaften und interaktionellen Erfahrungen basiert. Die erste Entwicklungsaufgabe „Gemeinsame Wege des Naheseins finden und regulieren“ bezieht sich auf das erste Lebensjahr. In dieser Phase stehen die vitale Versorgung, frühe Affektregulierung, frühe Beziehungsaufnahme und Nähe-Distanz-Regulierung im Vordergrund. „Die Näheregulierung und die Versorgung sind dabei eng aneinander gekoppelt, was beim Stillen besonders gut sichtbar wird“ (ebd., S. 141). Die frühe Beziehung wird nach heutiger Lehrmeinung nicht mehr durch orale Triebbefriedigung gekennzeichnet. Die Autorinnen gehen davon aus, dass sich frühe Kommunikation als Synchronisierung von Bedürfnissen und Mitteilungsimpulsen abspielt. Drei Strukturthemen sind die Grundlage des Grundkonflikts der Nähe: Polarisierung von Nähebedürfnissen und Distanzierungswünschen sowie Angst, die basale Beziehung zum Objekt zu verlieren und die Angst, sich selbst aufzulösen oder die Grenzen zu verlieren. Themen des Grundkonflikts der Nähe sind in der Körpersprache Zuwenden vs. Abwenden/Isolieren, Voranstreben vs. Zurückziehen und Festhalten vs. Loslassen. Das Bindungssystem bzw. das sensuelle vs. aversive System stehen bei den aktiven Motivationssystemen im Vordergrund. Aktivierte Systemzustände sind die ruhige Wachheit oder die aktive Aufmerksamkeit vs. Schreizustand. Die zweite Entwicklungsaufgabe „Aufbau des Bindungssystems und Errichtung der ersten Repräsentanz“ beginnt etwa mit sechs Monaten und endet im zweiten Lebensjahr. Erkennen von Objekten, Einübung verschiedener Kommunikationsweisen (über die Sinne), Erkennen des Freudeaffekts, Wahrnehmen des Schmerzaffektes sowie Aufbau und Festigung des Bindungssystems wird erlernt. „Die Entwicklungsaufgabe besteht darin, immer wieder die Bestätigung für eine grundsätzliche Verlässlichkeit und Sicherheit bzw. Versorgung bietende Bezugsperson einzufordern“ (ebd., S. 144). Im Grundkonflikt der Bindung steht der Wunsch nach Verbundenheit der Angst vor Objektverlust gegenüber. Darauf basieren die aus der Bindungsforschung bekannten drei Bindungstypen. Themen in der Körpersprache sind Geben vs. Nehmen, Berühren vs. Isolieren sowie Aktivieren vs. Passiv-Sein. Aktive Motivationssysteme sind das Bindungssystem vs. aversives System. Aktive Aufmerksamkeit vs. passiver Schreizustand sind die aktivierten Systemzustände im Grundkonflikt der Bindung. Die dritte Entwicklungsaufgabe „Aufbau des Autonomiesystems“ bezieht

sich auf das erste bis zweite Lebensjahr und wird im dritten bis sechsten Lebensjahr abgeschlossen. „Durch die Entwicklung von motorischer und psychischer Autonomie als Erprobung im Handeln, Denken und Wollen unter der Kontrolle des heranwachsenden Ichs entsteht das Bedürfnis, selbständig zu werden, ...“ (ebd., S. 145). Körperlich betrachtet geht es in dieser Phase um die Entfernung vom Objekt, die beginnende Autonomie, erste impulssteuernde (kraftvolle) Handlungen sowie erste affektsteuernde Handlungen in einer aufrechten Gegenüberposition. Der Grundkonflikt der Autonomie besteht darin, dass Kontrolle durch andere zugelassen wird, bei gleichzeitiger Sorge, andere durch Übersteuerung der eigenen Impulse zu schädigen. Der Konflikt besteht zwischen eigener Grandiosität und Minderwertigkeitsgefühlen. Körpersprachlich betrachtet geht es um konflikthaft besetzte Handlungen zwischen Aufrichten vs. Fallenlassen, Suchen vs. Finden, Kräfte messen vs. Kraft vergeuden, Expansion vs. Regression, Führen vs. Folgen sowie Geben vs. Nehmen. Die beteiligten aktiven Motivationssysteme sind das Explorationssystem, das Bindungssystem und das sensuelle System. Aktive Aufmerksamkeit vs. Regression sind die aktivierten Systemzustände.

2.3 Die Eltern

In diesem Kapitel werden (intuitive) elterliche Kompetenzen sowie feinfühliges elterliches Verhalten näher beschrieben.

2.3.1 Intuitive Kompetenzen von Eltern

„Der Säugling (...), teilt den Ablauf seiner integrativen Prozesse in seinem gesamten Verhalten der sozialen Umwelt mit und holt sich von ihr eine spezifische Unterstützung, auf die er bei der Bewältigung aller bevorstehenden Entwicklungsaufgaben angewiesen ist. Er findet sie in der Regel bei seinen Eltern, die auf einzigartige Weise zutiefst motiviert und darauf vorbereitet sind – meist ohne es zu ahnen – dem Säugling in allen Aspekten seiner Entwicklung die erforderliche Unterstützung zu geben“ (Papoušek, 2001, S. 6).

Laut Papoušek (2001, S. 6) umfasst das intuitive elterliche Verhalten vier Bereiche:

- „vereinfachte, prototypische Verhaltensformen und Anpassungen, mit denen sich die Eltern dem Baby verständlich machen
- Verhaltensformen zur Unterstützung von affektiver Verhaltensregulation und Aufmerksamkeit
- Responsivität oder Feinfühligkeit als Fähigkeit und Bereitschaft, sich im Antworten und Anregen von den kindlichen Auslöse- und Rückkoppelungssignalen leiten zu lassen und damit abzustimmen auf Aufnahmebereitschaft, Erregungsniveau, Befindlichkeit oder Ermüdung, auf seine perzeptiven und integrativen Fähigkeiten und Grenzen, und auf seine momentanen Vorlieben, Initiativen, Absichten sowie Bedürfnisse

- Gestaltung von Zwiegespräch und Spiel im Sinne eines unterstützenden kontingenten Bezugsrahmens zum selbstinitiierten Erproben und Einüben der heranreifenden prozeduralen Fähigkeit in Bezug auf Selbstregulation, Erfahrungsintegration und Sprache“.

Papoušek und Papoušek (1987) betonen die dem Kind angepasste Sprechweise (Regulierung der Stimmlage und Babysprache), welcher sich die Eltern bedienen. Durch intuitiven Umgang mit Kleinkindern werden deren Motivation, Emotionsregulation, Verhaltensweisen, Koordinationsfähigkeit, Kooperation und weitere Kompetenzen gefördert. Die Autoren sprechen von einem „Engelskreis“, wenn es den Bezugspersonen gelingt, intuitiv passend auf das Kind zuzugehen und daraus eine Gegenseitigkeit entsteht. Die Selbstwirksamkeit beider wird bestärkt und beide erfahren vermehrt positive Gefühle. Die Bezugspersonen sind darauf angewiesen, dass das Kind durch Feedbacksignale wie z.B. Lächeln und Vokalisierung reagiert. Sobald die kindlichen Signale unklar oder unzureichend werden, wird der Dialog beeinträchtigt und es besteht die Gefahr, dass beide in einen „Teufelskreis“ geraten. Zahlreiche kindliche und elterliche Faktoren können das elterliche Verhalten beeinflussen, was die intuitiven Kompetenzen der Bezugspersonen beeinträchtigen kann.

2.3.2 Feinfühliges Verhalten

Feinfühliges Verhalten besteht laut Hänggi, Schweinberger und Perrez (2011) aus vier verschiedenen Komponenten: Signale entdecken können, eine genaue Interpretation dieser Signale, eine angemessene Reaktion auf die Signale und eine unverzügliche Reaktion. Um kindliche *Signale entdecken* zu können müssen zwei Bedingungen erfüllt sein. Einerseits müssen die Eltern für die Botschaften des Säuglings empfänglich sein, was ein Minimum an kontinuierlichem Mentoring und auf das Kind bezogene Aufmerksamkeit bedingt. Andererseits müssen die kindlichen Signale die Wahrnehmungsschwelle der Eltern überschreiten. Feinfühlig interagierende Eltern, verfügen über eine niedrigere Wahrnehmungsschwelle und können dadurch auch subtilere und minimale Hinweise des Kindes wahrnehmen. Wenn die Wahrnehmung als Grundlage frei von Verzerrungen ist und es den Eltern gelingt, sich empathisch in die Lage des Kindes zu versetzen, dann gelingt die *Interpretation der kindlichen Signale* eindeutig. Da Eltern laut den Autoren dazu tendieren, das Verhalten der Kinder in Übereinstimmung mit ihren eigenen Stimmungen und Wünschen zu deuten, besteht das Risiko, dass Projektionen oder Verleugnungen die Wahrnehmung beeinflussen. Je mehr sich Eltern in die Lage ihrer Kinder hineinversetzen können, desto unverzerrter interpretieren sie die kindlichen Signale. Hänggi, Schweinberger und Perrez sehen in der Qualität der Interaktion der Eltern mit dem Kind den bedeutendsten Hinweis auf die elterliche Sensivität. *Angemessen zu reagieren* bedeutet, dass der Umgang der Eltern dem Kind, der Situation und den kindlichen Botschaften angepasst ist. Eine angemessene Interaktion zeichnet sich ferner dadurch aus, dass diese abgerundet und in sich geschlossen ist. „Im zweiten Lebensjahr, manchmal auch bereits gegen Ende des ersten Lebensjahres, ist es aus Gründen der Entwicklungsförderung und Disziplin angebracht, dass

Eltern nicht mehr immer auf die Signale des Kindes in Übereinstimmung mit dem, was es angeblich will, reagieren“ (ebd., S. 61). In diesen Fällen ist es für die Eltern nicht einfach, jedoch wichtig, einen Kompromiss zwischen dem langfristigen und kurzfristigen Wohlergehen des Kindes zu finden. *Unmittelbar zu reagieren* bildet einen zentralen Bestandteil von feinfühligem Verhalten. Wenn die elterliche Reaktion verspätet ist, kann sie das Kind nicht mehr richtig zuordnen. Das Kind kann sich mit einer gewissen Erfahrung kompetent fühlen, die soziale Umwelt zu kontrollieren und einen Einfluss auf sie ausüben zu können, wenn die Reaktionen unmittelbar und kontingent erfolgen. Die Gedächtnisspanne nimmt mit zunehmendem Alter zu und somit steigen die Fähigkeiten, Ereignisse zu verknüpfen. In der Folge nimmt die Bedeutung einer unmittelbaren Reaktion kontinuierlich ab.

2.3.3 Elterliche Kompetenzen

Hänggi, Schweinberger und Perrez (2011) beschreiben verschiedene elterliche Kompetenzen, welche eine positive Auswirkung auf die kindliche Entwicklung haben und zu einem positiven Familienklima beitragen. Gemeinsame Aktivitäten, in denen die Eltern bewusst mit den Kindern interagieren, sollten mehrmals täglich stattfinden. Durch Körperkontakt können Eltern ihr Interesse und ihre Zuneigung ausdrücken und die Bindung stärken. Loben und Interesse zeigen stärkt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind das Verhalten, für das es Aufmerksamkeit erhielt, öfter zeigt. Ein positiver, unterstützender und ermunternder Umgang ist wichtig für die emotionale Entwicklung des Kindes. Durch Kommunikation werden die sprachlichen Fertigkeiten des Kindes gefördert und das Kind kann Gesprächsregeln lernen. Aktives Zuhören und das Ansprechen von Gefühlen nennen die Autoren als hilfreiche Mittel einer respektvollen Kommunikation. Indem die Eltern die kindlichen Signale und Verhaltensweisen richtig interpretieren, stellen sie eine Verbindung zwischen ihren eigenen Gefühlen, Einstellungen und Wünschen sowie dem Verhalten und Fähigkeiten des Kindes her. Die dadurch erhaltenen Informationen werden vom Kind internalisiert. Laut Ziegenhain, Fries, Bütow und Derksen (2004; zit. n. Hänggi, Schweinberger & Perrez, 2011,) hilft die Spiegelung kindlicher Gefühle dem Kind, seine Emotionen zu regulieren. Den Mut haben, nicht perfekt zu sein, Beobachten und Staunen sowie altersentsprechende Explorationsunterstützung nennen Hänggi, Schweinberger und Perrez (2011) als weitere elterliche Kompetenzen. Wenn Eltern dem Kind eine Stimme geben, versetzen sie sich in die Lage des Kindes und verbalisieren diese.

3 Therapeutische Ansätze

Ein historischer Überblick zeigt auf, wann welche therapeutischen Ansätze entstanden. Darauf folgt eine Übersicht aktueller therapeutischer Ansätze aus verschiedenen Schulen. Schliesslich werden in diesem Kapitel drei häufig in der Literatur genannte Ansätze vorgestellt.

3.1 Historischer Überblick

René Spitz (1887-1974) verdeutlichte mit seinem Konzept der anaklitischen Depression die lebenswichtige Rolle der Mutter-Kind-Beziehung (Cramer & Palacio-Espasa, 2009). Ferner versuchte er eine ätiologische Klassifizierung der „psychogenen Krankheiten des Kleinkindes“ (Spitz, 1951; zit. n. Cramer & Palacio-Espasa, 2009). Die ätiologische Klassifikation schlug er in Abhängigkeit von der mütterlichen Haltung vor. So sah er Symptome wie Koliken, Säuglingsekzeme, zwanghafte Schaukelbewegungen und Fäkalspiele in Zusammenhang mit mütterlichen Haltungen wie ängstlicher Permissivität, primärer Ablehnung, Oszillieren zwischen Feindseligkeit und Verwöhnung, etc. Er benutzte bereits den Begriff der Interaktion, welchen er kausal mit der spezifischen Psychopathologie des Kindes verband. Spitz war Mitglied einer Gruppe von Psychoanalytikern, welche die pränatale Phase erforschten (Cramer & Palacio-Espasa, 2009). Bereits dort legte er den Schwerpunkt auf die Beziehung zwischen Mutter und Kind und nicht auf die Protophantasien des Kleinkindes. Ferner wandte er eher Beobachtungstechniken als eine therapeutische und interpretierende Herangehensweise an und wurde ein Pionier für die Nutzung von Videoaufzeichnungen von Kleinkindern.

Margareth Mahler (1897-1985) ging davon aus, dass die Erfahrungen, welche die Individualität bestimmen, in der dualen Einheit der Symbiose liegen (Mahler, Pine & Bergmann, 1975; zit. n. Cramer & Palacio-Espasa, 2009). Mahler war eine aktive Beobachterin verschiedener Formen von Mutter-Kind-Beziehungen (Cramer & Palacio-Espasa, 2009). Auch sie förderte die systematische Beobachtung von Interaktionen mittels Videoaufzeichnungen. Unter der Bezeichnung „Dreiermodell“ entwickelte sie eine neue Form der Behandlung von psychotischen Störungen bei Kleinkindern. Ihr Ziel war, der Mutter zu helfen sodass diese dem Kind eine korrigierende symbiotische Erfahrung bieten kann. In dieser Form teilte sie als Therapeutin ihre Interpretationen des kindlichen Verhaltens mit, wobei die deutende Aktivität der Therapeutin gering war. Überdies hat Mahler eine Form gemeinsamer Mutter-Kind-Therapie systematisiert.

D. W. Winnicott (1896-1971) machte mit seiner Aussage „ein Kind allein, das gibt es nicht“ deutlich, dass ein Kleinkind in Beziehung zu seinen Bezugspersonen betrachtet werden muss (Cramer & Palacio-Espasa, 2009). Winnicott führte zudem eine doppelte Sichtweise der mütterlichen Funktion ein. Auf der einen Seite sah er die Pflege, welche sie gibt und auf der anderen Seite ihre Vorstellungswelt. Winnicott plädierte nicht nur für die gleichzeitige Betrachtung dessen, was sich materialisiert und dessen, was fantasiert wird. Er prägte auch den Begriff des „Übergangsobjekts“ (Winnicott, 1971/2002). Mit dem Begriff Übergangsobjekt kennzeichnete er ein Objekt ausserhalb des eigenen Körpers, zu dem das Kind im Alter von 4-12 Monaten durch Erfahrung und Introjektion eine Beziehung eingeht. „Das Kind kann sich eines Übergangsobjekts bedienen, wenn das innere Objekt lebendig, real und gut genug (...) ist. Dieses innere Objekt ist jedoch hinsichtlich seiner Eigenschaften von der Existenz, der Lebendigkeit

und dem Verhalten des äusseren Objekts abhängig“ (ebd., S. 19-20). Winnicott sah einen direkten Bezug in der Entwicklung von Übergangsphänomenen zum Spielen, vom Spielen wiederum zum gemeinsamen Spielen und von dort zum kulturellen Erleben. Zudem entwickelte er eine therapeutische Technik für die Arbeit mit kleinen Kindern und ihren Eltern, in der er kindliches Spiel therapeutisch nutzbar machte.

John Bowlby (1907-1990) interessierte sich für Fragen von Bindung, Trennung und Verlust und befasste sich eingehend damit (Brisch, 2009). Eine der zentralen Aussagen von Bowlbys Theorie ist gemäss Dornes (2000), dass ein Säugling die angeborene Neigung hat, die Nähe einer vertrauten Person zu suchen. Wenn ein Säugling sich krank, müde, unsicher oder alleine fühlt, aktiviert er Bindungsverhaltensweisen, welche die Nähe zur vertrauten Person wiederherstellen. Das Bindungssystem stellt nach Bowlby ein eigenständiges motivationales System dar, welches mit den anderen Motivationssystemen interagiert. Sobald sich ein Kleinkind auf eine sensible Bindungsperson verlassen kann, fühlt es sich geborgen (Bowlby, 1988/2008). Das Bindungsverhalten tritt in unterschiedlicher Form im Lebensverlauf immer wieder auf.

„In der Folge der von Bowlby (durch sein Konzept einer primären Bindung an die Mutter, 1958) eingeleiteten Revolution wurde die Dyade nicht mehr nur in Situationen von Frustration oder Anerkennung untersucht, sondern in der Vielzahl möglichen Austauschs auf der Ebene des Blicks, der Stimme, der Körperbewegungen, usw. mit ihren Charakteristika wie Rhythmus, Synchronie, Kontingenz und Anti-Kontingenz“ (Cramer & Palacio-Espasa, 2009, S. 34).

Bowlbys Erforschung der Interaktion und deren Erkenntnisse stellen einen zentralen Punkt in der Geschichte der Psychotherapie dar.

Selma Fraiberg (1918-1981) entwickelte neuartige Techniken von Mutter-Kleinkind-Therapien und fasste zahlreiche Aspekte der interaktionellen Pathogenese sowie des Aufbaus der Eltern-Kind-Beziehung in eine Theorie zusammen (Cramer & Palacio-Espasa, 2009). Sie baute das erste Universitätszentrum für Kleinkind-Psychiatrie auf und gilt als Pionierin der Mutter-Baby-Therapien. Unter der Metapher „Gespenster im Kinderzimmer“ versteht sie die unheimliche Präsenz innerer elterlicher Objekte, die um das Kleinkind herumkreisen. Indem die Eltern Teile ihrer Vergangenheit auf das Kind übertragen, werden unbewusste Konflikte interaktiv mit dem Baby in Szene gesetzt. Damit illustrierte Fraiberg die entscheidende Rolle der projektiven Identifizierung und die generationenübergreifende Dimension der frühen pathologischen Beziehungsmuster. Sie teilte die psychoanalytischen Formen therapeutischer Interventionen mit Mutter und Kind in drei Kategorien ein: die Kurzinterventionen bei Krisen, entwicklungsbezogene stützende und anleitende Therapien sowie Eltern-Kind-Intensivtherapien. Behandlung und Einsatz von Deutungen sieht Fraiberg auch bei schwer erkrankten Patienten als möglich und betont das besondere Potenzial des Postpartums, wenn

in Gegenwart des Kindes gearbeitet wird. Ferner hat sie die Bedeutung von videogestützter Interaktionsbeobachtung aufgezeigt.

3.2 Übersicht über verschiedene aktuelle therapeutische Ansätze aus der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse und der Systemischen Therapie

Dornes (2000) spricht von drei Formen der Eltern-Kleinkind-Beratung: entwicklungspsychologische Beratung, angeleitete Übungssitzungen und Eltern-Säuglings-Therapie im engeren Sinne. Dabei werden die drei Elemente situationsabhängig individuell kombiniert. Verschiedene theoretische Hintergründe können für die Therapeutin oder den Therapeuten (Stern, 1998) handlungsanweisend sein. Stern nennt zwei grundlegende Ansatzpunkte. Bei Ansätzen, welche auf eine *Veränderung der Repräsentationen der Eltern* zielen, können die Repräsentationen, welche die Eltern von ihrem Baby entwickelt haben, das Verhalten des Säuglings, die Eltern-Kind-Interaktion, die Repräsentationen des Therapeuten oder die (mutmasslichen) Repräsentationen des Säuglings als Ansatzpunkt dienen. Bei Ansätzen, welche auf eine *Veränderung des Interaktionsverhaltens* zielen, kann das beobachtbare Verhalten der Eltern oder das gesamte Netzwerk der Familieninteraktionen als Ansatzpunkt dienen. Laut Stern setzen die psychoanalytisch orientierten Therapieformen bei den Repräsentationen der Eltern an. Dazu gehören z.B. die „Säuglings-Mutter-Psychotherapie“ von Alicia Liebermann und Jeree Paul, welche als direkte Nachfolger von Selma Fraiberg gelten und die „Mutter-Baby-Kurzpsychotherapie“ von Bertrand Cramer und Francisco Palacio-Espasa. Beide Konzepte fokussieren teilweise die Eltern-Kind-Interaktion in der Therapie. Auch die Kommunikations- und interaktionszentrierte Säuglings-Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie von Wollwerth de Chuquisengo und Papoušek kann diesem Bereich zugeordnet werden. Zahlreiche verhaltenstherapeutische Konzepte fokussieren laut Stern das Verhalten des Säuglings als Ansatzpunkt. Wolke (1999) betont, dass klassische lerntheoretische Modelle in den ersten Lebensmonaten nur bedingt anwendbar sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich im Säuglingsalter bestimmte neurologische, physiologische und kognitive Voraussetzungen zum Erkennen von Kontingenzen, der Separation und dem Erkennen von inneren und äusseren Stimuli und affektiver Qualitäten entwickeln. Erst ab dem sechsten Lebensmonat sind Schreianfälle und Schlafprobleme durch klassische und operante Lernmodelle erklärbar. Auch Essverweigerung wird durch operante Konditionierung, klassische Reizassoziation und aversive Konditionierung aufrechterhalten. Eine Übersicht über verschiedene verhaltenstherapeutische Interventionen zu Schrei- und Schlafproblemen sowie bei Fütterungs- und Essproblemen findet sich bei Wolke (1999). Die (mutmasslichen) Repräsentationen des Säuglings werden laut Stern (1998) in verschiedenen Behandlungsmethoden als Ansatzpunkt gewählt. Das Vorgehen besteht darin, dass dem Säugling eine „Stimme“ gegeben wird, indem die Therapeutin oder der Therapeut eine Dramatisierung des durchaus vorstellbaren inneren Erlebens des Säuglings ausspricht. Die Aussagen sind in der Regel an die Eltern gerichtet und zielen auf ihre Repräsentation des Kindes.

Durch diese Technik wird ermöglicht, der Vorstellungswelt der Eltern einen grösseren repräsentationalen Raum für Dinge zu eröffnen, die von ihnen vernachlässigt oder verleugnet werden, für den Säugling jedoch wichtig sind. Das beobachtbare Verhalten der Mutter als Ansatzpunkt hat laut Stern (1998) z.B. der Ansatz von McDonough der „Interaction Guidance“. Verfahren dieser Art gehen davon aus, dass zwischen dem Interaktionsverhalten der Mutter und dem des Kindes ein sehr hohes Mass an Reziprozität besteht. Laut Stern (1998) werden familientherapeutische und systemtheoretische Modelle selten bei Familien mit sehr kleinen Kindern angewandt. Zu nennen sind die theoretischen Konzepte von Fivaz-Depeursinge und Corboz-Warney und ihren KollegInnen aus Lausanne (2001), welche sich ausführlich dem primären Dreieck widmen sowie die Arbeit von Byng-Hall und KollegInnen der Tavistock Clinic (1995).

Von Klitzing (2009) beschreibt *Interaction Guidance, psychoanalytische Eltern-Kleinkind-Psychotherapie* sowie *Watch, Wait and Wonder* als die im Bereich der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie etablierten Therapiemethoden. Sie werden in den folgenden Kapiteln näher beschrieben.

3.2.1 Interaction Guidance

Der Ansatz der Interaction Guidance wurde von McDonough (2000) speziell für Familien entwickelt, welche durch verschiedene Risikofaktoren wie Armut, niedrigem Bildungsstand, familiäre psychische Erkrankungen, Substanzmissbrauch, ungünstige Wohnverhältnisse, Einelterschaft u.a. belastet sind. Ziel der Interaction Guidance ist, dass die Eltern durch interaktives Spiel Verständnis für kindliches Verhalten und deren Entwicklung aufbauen können und dadurch in ihrer Rolle als Bezugsperson gefördert werden. Interaction Guidance integriert systemtherapeutische Elemente und betont „...the importance of structural balance as it affects generational boundaries among grandparents, parents, children ...“ (ebd., S. 468). Das Beobachten von Eltern-Kleinkind-Interaktionen gibt aufschlussreiche Informationen über den Inhalt sowie über die Art und Weise der Interaktion. Die Familien erscheinen in der Regel wöchentlich für einstündige Behandlungen, die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt etwa 10 bis 12 Sitzungen. Die Struktur der Interaction Guidance besteht aus folgenden Elementen: 1. *Erheben der Familiensituation*: Um die Familiensituation möglichst umfassend zu betrachten, wird die primäre Bezugsperson (meist die Mutter) gebeten, alle Familienmitglieder für die erste Sitzung einzuladen, welche in die Betreuung des Kleinkindes involviert sind. Dies ermöglicht einen Einblick in die mentalen und handlungsbezogenen Ebenen der verschiedenen Personen. Die Sitzung wird mit der Festlegung von Zielen von Seiten der Familie und des Therapierenden beendet. Alle Familienmitglieder sollen wenn möglich in die Zielsetzung eingebunden werden, da ihre Unterstützung für die Eltern im therapeutischen Prozess notwendig ist. 2. *Besprechung wer zur Therapie kommt*: Mindestens zwei Generationen sollten an der Therapie teilnehmen. Die Entscheidung ob nebst den Eltern und dem Kleinkind weitere Personen beigezogen werden, wird situationsabhängig getroffen. 3. *Die eigentliche Therapie*: Die Behandlung

findet in einem mit einer Kamera eingerichteten Spielraum statt, der mit altersentsprechenden Spielwaren (welche eine Interaktion fördern), einem Puppenwagen und Sofa oder Stühlen ausgestattet ist. Die Therapeutin oder der Therapeut sitzt zu Beginn am Boden, um die Bezugspersonen zu einem interaktiven Spiel mit ihrem Kleinkind zu ermuntern und zieht sich dann zurück. Darauf wird eine sechsminütige Sequenz aufgenommen und gemeinsam betrachtet. Die Eltern werden beim Betrachten angewiesen, das eigene Interaktionsverhalten und das des Kleinkindes zu beobachten.

„Through viewing samples of parent-child play interaction, family members become more aware of important interactive behaviors that are positive and need to be reinforced, elaborated, and extended and those interactions that were less enjoyable or inappropriate and require redirection, alteration, or elimination“ (ebd., S. 489).

Auf das Betrachten des Videos folgt eine Reihe systematischer Fragen, welche die Diskussion anregen. Dabei wird die Sichtweise der Eltern erweitert, sie lernen, sich gedanklich und emotional in sich selbst und das Kleinkind hineinzufühlen. In jeder Sitzung ist das Vorgehen dasselbe, dies ermöglicht desorganisierten Familien, eine Struktur zu erfahren. Bei der darauf folgenden Sitzung wird gemeinsam besprochen, was seit der letzten Sitzung geschehen ist. Auch dies stärkt die therapeutische Beziehung und hat zur Folge, dass sich die Familienmitglieder öffnen können und über ihre Gefühle, Meinungen und Fragen sprechen. Bei fortschreitender Therapie verlagert sich der Fokus zunehmend auf diese Gespräche. Die Videoaufnahme dient vermehrt dazu, das Betrachtete in einem breiteren Kontext zu sehen und auf generelle Situationen zu übertragen. Die Sitzung wird jeweils mit einer vom Therapeuten oder der Therapeutin geführten Diskussion beendet. Fortschritte und Verbesserungsmöglichkeiten werden aufgezeigt und besprochen, ob in der folgenden Woche ein neuer Termin festgelegt werden soll. Als Abschluss der Therapie erhält die Familie einen Film mit den aufgenommenen Sequenzen und den darin sichtbaren Fortschritten. Der Prozess der Interaction Guidance besteht aus sechs Punkten: 1. Die Eltern bestärken, dass sie das Bestmögliche tun, das sie können. 2. Erfragen, was die Eltern als Problem halten oder als Sachverhalt des Problems sehen. 3. Die Familie fragen, was sie als hilfreich erachten. 4. Fragen direkt beantworten und wenn gewünscht Informationen bereitstellen. 5. Gemeinsam mit den Eltern den Behandlungserfolg definieren. 6. Den Behandlungsfortschritt wöchentlich mit der Familie besprechen. Das Bilden einer Allianz mit der Familie und eine nichtautoritäre Rolle der Therapeutin/des Therapeuten sind dabei zentral.

3.2.2 Watch, Wait and Wonder

Cohen, Muir und Lojkasek (2003) nennen die kindgesteuerte Psychotherapie „Watch, Wait and Wonder“. Es ist eine Psychotherapie der Dyade, die durch Ermutigung des Kleinkindes in der Therapie direkt an der Beziehung arbeitet. Die Bezugsperson wird dabei gebeten, sich von der spontanen Aktivität des Kindes leiten zu lassen. Der therapeutische Prozess beruht auf bin-

dungstheoretischen Ansätzen, unter anderem der Annahme, dass Bindungsmuster über Generationen weitergegeben werden. „Watch, Wait and Wonder“ wird mit dem Kleinkind sowie Mutter und/oder Vater angewandt. Nach dem Verständnis der Autoren besteht der für die Problemstellung entscheidende Faktor darin, wie Mutter und Kind ihre jeweiligen Bedürfnisse aushandeln und wie sie sich aufeinander einstellen können – unabhängig davon, ob das Problem eher bei der Mutter oder dem Kleinkind liegt. Da durch die Geburt eines Säuglings das Familiensystem bereits verändert wird und eine Neuanpassung fordert, ist das frühe Kindesalter eine geeignete Zeit, zu intervenieren. Es scheint am sinnvollsten, „Watch, Wait and Wonder“ nicht vor dem vierten bis sechsten Lebensmonat zu beginnen. Denn das Kleinkind sollte emotionale Zustände und sein Verhalten bereits zu einem gewissen Grad regulieren können und gleichzeitig über Fortbewegungstechniken verfügen, die Erkundungen ermöglichen.

„«Watch, Wait and Wonder» hat zum Ziel, auf die Mutter-Kind-Beziehung so einzuwirken, dass die Entwicklung einer sicheren Bindung zwischen Mutter und Kind in Gang kommt und die Erkundung und Differenzierung des potentiellen Selbst des Kindes, seines Selbst in Beziehung zu anderen und seine Selbstsicherheit gefördert werden (ebd., S. 65).“

Um dieses Ziel zu erreichen wird durch das therapeutische Setting ein Rahmen geschaffen, in dem die aufmerksamen Eltern dem Kleinkind ermöglichen, ungehindert sensumotorische Aktivitäten auszuführen und zu spielen. Dadurch kann es die Beziehung zu den Eltern sowie die Umgebung in seiner eigenen Weise erkunden. „Watch, Wait and Wonder“ wird gemäss den Autoren in der Regel in einem örtlich begrenzten Rahmen durchgeführt. Spielzeug zum Bauen wie auch zur Darstellung wird entsprechend der geschilderten Problematik für das Kleinkind und seine Bezugsperson bereitgelegt. Die Bezugsperson wird dabei zuvor angeleitet: sich auf dem Boden niederzulassen; sich vom Kleinkind leiten zu lassen; selbst keinerlei Aktivitäten zu initiieren; in jedem Fall zu reagieren, wenn das Kind Initiative ergreift, aber die Aktivität unter keinen Umständen selbst zu übernehmen; das Kind frei erkunden zu lassen, solange seine Aktivitäten nicht gefährlich sind; an „Watch, Wait and Wonder“ zu denken. Für diesen vom Kind geleiteten Teil der Sitzung werden etwa 20- 30 Minuten eingeräumt. Die Therapeutin oder der Therapeut beobachtet die Situation und reflektiert die Interaktionen des Kleinkindes und der Bezugsperson. Die Bezugsperson wird ebenfalls in die Position gestellt, „neugierig zu sein und das sich offenbarende Innenleben ihres Kindes zu akzeptieren“ (ebd., S. 66). Die Symptomatologie des Kindes wird laut den Autoren als eine Mitteilung über das Beziehungsproblem betrachtet und die Auswertung des freien Spiels offenbart in der Regel die interaktive Weitergabe eines Bindungsmusters. Der zweite Teil einer Sitzung beinhaltet die Besprechung der Beobachtungen der Bezugsperson bezüglich der Aktivitäten des Kindes. Die Bezugsperson wird dabei gebeten zu beschreiben, was sie beobachtet hat, was das Kleinkind ihrer Vorstellung nach während dem Spiel erlebt hat und worum es ihrer Meinung nach im Spiel ging. Die Therapeutin oder der Therapeut bittet die Bezugsperson ferner, ihre eigenen Gedanken

und Gefühle auszudrücken. Die Rolle der Therapeutin oder des Therapeuten besteht darin, eine reaktionsbereite und sensible Umgebung zu schaffen, in der sich die Bezugsperson zum Ausdruck bringen kann. Gemeinsam werden die Beobachtungen der Bezugsperson besprochen und ein Verständnis für die Beziehungsfragen und Themen, welche das Kleinkind beschäftigen, aufgebaut. Die unvermeidlichen Probleme, welche bei der Bezugsperson aufkommen, wenn sie versucht sich vom Kleinkind leiten zu lassen, stehen dabei im Fokus. Was macht es für die Bezugsperson schwierig, bei der Aktivität des Kleinkindes zu bleiben? Durch dieses Durcharbeiten und die Exploration der unangenehmen Gefühle der Bezugsperson gelingt es ihr nach und nach, die eigenen Gefühle und die des Kleinkindes zu trennen. Die Bezugsperson erkennt schliesslich, was das Kleinkind in ihrer inneren Welt repräsentiert. Dadurch kann sie eigene Bedürfnisse und die des Kleinkindes unterscheiden und es weniger durch ihre eigenen Repräsentationen verzerrt wahrnehmen. Indem das Kleinkind zunehmend als Person gesehen wird, die es ist, öffnen sich ihm Möglichkeiten von Erkundung, Autonomie und ein differenziertes Selbstgefühl.

3.2.3 Psychoanalytische Eltern-Kleinkind-Psychotherapie

Cramer und Palacio-Espasa (2009) sprechen bei den gemeinsamen Therapien von Eltern und Kleinkind von Kurzzeitbehandlungen. Zwei grundlegende Aspekte der Therapie sind die psychischen Abläufe der Eltern über den Weg der Projektionen sowie das „In-Szene-Setzen“ von Konflikten in der unbewussten Kommunikation zwischen Eltern und Kind.

Die Situation in der Therapie ist charakterisiert durch rasche symptombezogene, interaktionelle und subjektive Veränderungen sowie durch starke psychische Mobilisierung der Mutter. Diese Faktoren ermöglichen die kurze Behandlung. Das sich in der Therapie zeigende Phänomen wird durch verschiedene Variablen beeinflusst. Das besondere psychische Geschehen der Eltern nach der Geburt, die Beiträge des Kleinkindes, die Spannung durch die Psychotherapie und die Beiträge des Therapeuten spielen zusammen. Die Autoren sprechen deshalb von „den gemeinsamen Eltern-Kleinkind-Psychotherapien“ (ebd., S. 57). Die Materialisierung sehen die Autoren als Hauptursache für die Erschütterung im Postpartum. Innerpsychisches und Latentes wird durch die Geburt des Kindes manifest und interpersonell. Das Kleinkind wird zu inneren Objekten der Eltern inkarniert: zu Vater, Bruder oder Mutter der Eltern. Gleichsam kann das Kleinkind als Strukturteil agieren. Zum Beispiel als Über-Ich wird es zum lebendigen Vorwurf und zur Quelle von Schuldgefühlen. Das Kind kann auch als Erweiterung der elterlichen Psyche betrachtet werden. Die Psychopathologie des Mutter-Kind-Systems im Postpartum ist eine Neubildung eigener Art und besitzt – unabhängig von bestehender mütterlicher Pathologie – einen spezifischen Charakter. Die Psychopathologie ist instabil, spricht auf kurze therapeutische Interventionen an und betrifft ferner nur einen Bereich des psychischen Funktionierens.

In der Mutter-Kleinkind-Therapie werden intrapsychische Gegebenheiten und interaktive Abläufe einander gegenübergestellt. Die therapeutische Aufgabe besteht darin, für beide Elemente gleichermaßen aufmerksam zu sein. Dabei können Videoaufnahmen hilfreich sein. Die Autoren sprechen auch von der „symptomatischen Interaktionssequenz“ (SIS).

„Die symptomatische Interaktionssequenz ist eine wiederkehrende Struktur im Austausch von Mutter und Kind, in deren Fokus die Pathologie der Dyade steht, die mit einem zentralen Konflikt der Mutter in kausaler Verbindung steht. Sie ist das interagierende (und interpersonelle) Korrelat eines intrapsychischen Konflikts“ (ebd., S. 181).

Die SIS wird aufgrund von verbalen Äußerungen in den Assoziationen der Mutter sowie der Art und Weise des Verhaltens zueinander gedeutet.

Als Ursache therapeutischer Veränderungen nennen die Autoren das Aufarbeiten von unbewussten Konflikten, die Rekonstruktion der persönlichen Geschichte, das Verringern von pathologischen Abwehrmechanismen, der Zugang zu Affekten und Erinnerungen, den Aufbau einer Übertragungsneurose, die Interventionen des Therapierenden, die Formgebung für bis anhin nicht symbolisierte Elemente sowie die Stärkung des Ichs durch eine Revision angst-erregender Erfahrungen. Die gemeinsamen Kurztherapien in der die Therapeutin oder der Therapeut eine Reduktion der elterlichen Projektionen auf das Kind anstrebt, werden von verschiedenen Prozessen begleitet. Die Interaktionen, die mütterlichen Vorstellungen über ihr Kind sowie die auf das Kind gerichteten Besetzungen ändern sich. Die Autoren betonen, dass es sich dabei um Veränderungen bei der Mutter und nicht um direkte Veränderungen des Kindes handelt. Die Wirkung der Therapie auf das Kind ist eine Wirkung über die Mutter.

Eine psychoanalytische Eltern-Kleinkind Therapie findet in der Regel wöchentlich während 60 Minuten statt. Das Beisein des Kindes wird angestrebt und durch die Möglichkeit zum gemeinsamen Spiel von Mutter und Kind unterstützt. Da die Mutter laut den Autoren mehrheitlich die Initiatorin der Konsultation ist, bestimmt sie, ob der Vater auch in die Therapie kommt oder nicht. Das häufigste Setting ist jeweils Mutter, Kind und Therapeut oder Therapeutin. Das Ziel einer gemeinsamen Therapie ist, die Übertragungsneurose zwischen Mutter und Kind aufzulösen (im Vergleich zur Übertragungsneurose zwischen Mutter und Therapeut in einer üblichen psychoanalytischen Psychotherapie).

3.3 Ausgewählte Konzepte aus der Praxis

Im Folgenden werden verschiedene ausgewählte Konzepte aus dem deutschsprachigen Raum vorgestellt.

3.3.1 Die Basler interdisziplinäre Sprechstunde

3.3.1.1 Geschichte und Angebot

Seit dem Jahr 1998 besteht die Basler interdisziplinäre Sprechstunde für Eltern von Schreibabys (von Wyl, Watson, Glanzmann & von Klitzing, 2008). Das spezialisierte interdisziplinäre Angebot richtet sich an Eltern, deren Kleinkinder Schlaf- und Essprobleme zeigen, stark trotzen oder exzessiv schreien. Örtliche Besonderheiten und Stärken wie die unmittelbare räumliche Nähe zwischen der Kinderpsychiatrie und Pädiatrie werden gezielt genutzt. Indem die Basler Sprechstunde von Zuweisenden und Eltern eher mit der Pädiatrie assoziiert wird, besteht eine höhere Akzeptanz. Die Abklärungsphase besteht in der Regel aus zwei Konsultationen. Die erste Konsultation in der pädiatrischen Poliklinik wird von einem Pädiater oder einer Pädiaterin geleitet und dient dazu, eine Anamnese und Untersuchung zur kindlichen Entwicklung durchzuführen. Eine anwesende Pflegefachperson sowie eine Kinderpsychologin bzw. Kinderpsychologe oder Kinderpsychiaterin bzw. Kinderpsychiater liefern ergänzende Beobachtungen zu pflegerischen Aspekten und Einschätzungen zur Eltern-Kind-Interaktion. In der darauf folgenden Besprechungspause diskutieren die Fachpersonen die Problematik, vorläufige Diagnosen und weitere nötige Abklärungen. Mögliche Behandlungsansätze kommen zur Sprache oder Kriseninterventionen werden eingeleitet. In der zweiten Konsultation, welche in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik stattfindet, stehen unter Einbezug des Vaters die Interaktions- und Beziehungsdynamik im Zentrum. Die Behandlung ist in über der Hälfte aller Fälle nach diesen zwei Konsultationen beendet.

3.3.1.2 Behandlungsansätze

Nach der Abklärungsphase werden die Interventionen von Kinderpsychiatern bzw. Kinderpsychiaterinnen oder Kinderpsychologen bzw. Kinderpsychiaterinnen durchgeführt. Um ein möglichst flexibles Eingehen auf die komplexen Situationen zu ermöglichen, sind verschiedene Interventionsansätze handlungsanweisend. Im Säuglingsalter sind für Eltern von Erstgeborenen oft entwicklungspsychologische Informationen und Ratschläge hilfreich. Bei der Ressourcenaktivierung werden die Eltern unterstützt, Hilfe aus dem Bekanntenkreis anzunehmen und zu erfragen. Bei Bedarf wird externe Hilfe organisiert und der Einbezug des Vaters gefördert. An der familiären Triade forschen ferner auch zahlreiche Mitarbeiter der Institution. In psychotherapeutischen Gesprächen werden die Eltern angeregt, ihre Elternrolle, die Paarbeziehung, Erwartungen an das Kind und an die eigene Erziehungskompetenz zu reflektieren. Dies findet meist in der Anwesenheit des Kindes statt. Länger dauernde Therapien stützen sich auf Ansätze der Verhaltenstherapie, Interaction Guidance, Psychoanalytische Eltern-Kind-Therapie sowie „Watch, Wait and Wonder“. Die Auswahl des therapeutischen Zuganges hängt laut den Autoren von der Symptomatik und dem Bedürfnis der Eltern ab.

3.3.1.3 Dokumentation und Evaluation

Seit 1998 bis 2006 wurden in der interdisziplinären Basler Sprechstunde 242 Kinder im Alter von 1 bis 66 Monaten behandelt und deren Verlauf systematisch dokumentiert (von Wyl, Watson, Glanzmann & von Klitzing, 2008). Untersuchungen zeigen, dass 65% der behandelten Kinder im ersten Lebensjahr waren. Die am häufigsten behandelten Störungen sind Schlafverhaltensstörungen (47%) und Regulationsstörungen (36%). Lediglich 18% der Fälle wurden über einen Zeitraum von mehr als 5 Sitzungen begleitet. Bei 54% der Therapien/Beratungen konnte nach Einschätzungen der Therapierenden eine gute Besserung und in 43% eine leichte Besserung der Symptomatik festgestellt werden.

3.3.2 Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie

3.3.2.1 Geschichte und Angebot

Anfang der neunziger Jahre wurde im interdisziplinären Team der Münchner Sprechstunde für Schreibabys ein entwicklungs-dynamisches, systemisches Konzept einer Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie erarbeitet (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004). Die Münchner Sprechstunde für Schreibabys wurde 1991 von Papoušek und ihren Mitarbeitern begründet (Borke, 2008). „Die unterschiedliche psychotherapeutische Ausbildung der Mitarbeiter (tiefenpsychologisch, familiensystemisch, körperorientiert, gesprächs- und gestalttherapeutisch, verhaltenstherapeutisch) hat von Anfang an dazu beigetragen, therapeutische Elemente und Techniken aus unterschiedlichen Therapieschulen in das gemeinsame Konzept zu integrieren“ (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004, S. 283). Das Konzept greift auf die wichtigste Ressource der frühen Kindheit zurück: auf die psychobiologisch gegebenen intuitiven elterlichen Kompetenzen und das Zusammenspiel mit den integrativen, selbstregulatorischen Kompetenzen des Säuglings. Die Behandlung setzt bei der Kommunikation als Nahtstelle zwischen beobachtbarem Interaktionsverhalten und den bewusstseinsnahen und unbewussten elterlichen Repräsentationen, Phantasien, Gefühlen und Erinnerungen an. Das Konzept wird bei einem breiten Spektrum von Beziehungs- und Regulationsstörungen der frühen Kindheit angewandt.

3.3.2.2 Die Grundelemente

Das Konzept verfügt auf Grund der Varietät der behandelten Störungen über zahlreiche Interventionsansätze (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004). Die interdisziplinäre Diagnostik bezieht sich auf die kindlichen Regulationsfähigkeiten, Belastungsgrad der Eltern sowie Kommunikation und Beziehung. Abhängig von der Symptomatik, der psychosozialen Situation und den individuellen Bedürfnissen der Familie werden unterschiedliche Grundelemente kombiniert. Diese sind *Entwicklungsberatung*, *Entlastende Psychotherapeutische Gespräche*, *Kommunikationsanleitung* und *Psychodynamisch orientierte Kommunikations- und Beziehungstherapie*. Die

Grundelemente gehen in der Praxis im Ablauf der Behandlung oder in ein und derselben Sitzung fließend ineinander über. Die *Entwicklungsberatung* ist entwicklungspsychologisch fundiert und vermittelt allgemeine Informationen zur kindlichen Entwicklung und nimmt konkret auf die aktuellen Schwierigkeiten und Entwicklungsaufgaben Bezug. *Entlastende Psychotherapeutische Gespräche* sind ressourcenorientiert und das Befinden der Eltern steht im Mittelpunkt. Eine positiv wertschätzende Beziehung wird aufgebaut und zentrale, psychodynamisch relevante Themen der frühen Elternschaft werden besprochen. Die *Kommunikationsanleitung* hat zum Ziel, dysfunktionale Kommunikationsmuster durch funktionale zu ersetzen. Auch Feinfühligkeitstraining kann eingesetzt werden um die Eltern für die kindlichen Signale zu sensibilisieren. Auch entspannte Kommunikationssequenzen können beobachtet und genutzt werden, um wichtigen Erfahrungen der positiven Gegenseitigkeit zu erleben. Wenn Entwicklungsberatung, entlastende psychotherapeutische Gespräche und Kommunikationsanleitung an ihre Grenzen stossen, ist eine *psychodynamisch orientierte Kommunikations- und Beziehungstherapie* indiziert. Das Ziel ist, im konkreten Kontext der Interaktion mit dem Baby und im Schutz der stützenden therapeutischen Beziehung, psychodynamische Blockaden und Verzerrungen der frühen Kommunikation aufzulösen. Auch gehemmte intuitive elterliche Kompetenzen sollen freigesetzt und den Eltern ein Einlassen auf das Baby im „Hier und Jetzt“ ermöglicht werden. Videogestützte Verfahren können in dieser Phase eingesetzt werden. Bei Bedarf können in Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen weitere Grundelemente wie Ergotherapie, Physiotherapie, pädiatrische Abklärungen, sozialpädagogische Unterstützung, externe Paar- und Familienberatung oder externe individuelle Psychotherapie eingesetzt werden.

3.3.2.3 Interventionsschritte bei der videogestützten Kommunikationsanleitung und -Psychotherapie

Videogestützte Verhaltensmikroanalysen werden diagnostisch wie auch therapeutisch bei der Kommunikationsanleitung und der psychodynamischen Kommunikations- und Beziehungstherapie eingesetzt (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004). Einzelne, gezielt herausgegriffene Interaktionssequenzen werden dabei mit den Eltern gemeinsam betrachtet und analysiert. Folgendes sind die Schritte: 1. *Videoaufzeichnung*: Die Autoren betonen die Wichtigkeit, dass sich das Kleinkind während der Videoaufnahme in einem guten Verhaltenszustand befinden sollte, um positive Interaktions- und Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. In der Regel werden Interaktionssequenzen und ein darauf folgender Unterbruch aufgezeichnet, je nach Störungsbild werden auch spezifische Situationen aufgenommen oder die Eltern bringen ein Home-Video mit. 2. *Vorbereitung der Eltern*: Die Klärung, ob die Videosituation wie im häuslichen Rahmen verlief sowie das Ansprechen des Erlebten und der Gefühle ist vor dem gemeinsamen Betrachten unerlässlich. Es empfiehlt sich, die Videoaufnahme ohne Anwesenheit des Kleinkindes mit den Eltern zu betrachten. 3. *Mikroanalytische Identifikation von positiven und negativen Interaktionssequenzen*: Positive Gegenseitigkeit „Engelskreis“ und negative Gegenseitigkeit „Teufelskreis“ werden identifiziert, analysiert und in der Kommunikationstherapie

mit den Eltern genutzt (Papoušek, 1996). 4. *Betrachten einer Sequenz positiver Gegenseitigkeit*: Wollwerth de Chuquisengo und Papoušek (2004) sprechen davon, dass die eigentliche Behandlung mit positiven, beidseits belohnenden Interaktionssequenzen beginnt. Dadurch werden der Selbstwert der Eltern, das Vertrauen in die kindlichen Fähigkeiten und die elterlichen intuitiven Kompetenzen gestärkt. 5. *Integration in den familiären Alltag*: Es wird mit den Eltern besprochen, wann und ob im Alltag Sequenzen positiver Gegenseitigkeit erlebbar sind und welche Bedingungen dazu beitragen können. 6. *Gemeinsames Betrachten einer Sequenz negativer Gegenseitigkeit*: Beim Betrachten eines dysfunktionalen Beziehungsmusters werden zuerst die Gefühle der Eltern angesprochen, um herauszufinden, welches spezifische Verhalten des Kindes welche Erinnerungsbilder, Phantasien oder Affekte auslöst. Die Eltern werden auch ermuntert, sich in das Kleinkind hineinzusetzen. Indem die Eltern versuchen, die Situation aus der Sicht des Kindes wahrzunehmen, können sie sich vorstellen, was die jeweilige elterliche Antwort auf der Verhaltens- und Gefühlsebene des Kleinkindes bewirkt. Die Suche nach negativen psychodynamischen Kontingenzbeziehungen auf Verhaltens- und Repräsentationsebene und nach den psychodynamischen Mechanismen, welche das dysfunktionale Kommunikationsmuster (den Teufelskreis) auslösen, aufrechterhalten und wieder auflösen können ist ein wichtiger Bestandteil. Im therapeutischen Kontext werden darauf Verhaltensweisen erprobt, welche den Teufelskreis durchbrechen können. 7. *Umsetzen im Hier und Jetzt und im Alltag zu Hause*: mit den Eltern wird konkret besprochen, wie die für beide Seiten positiven Interaktionen im Alltag umgesetzt werden können.

3.3.2.4 Aktuelle Daten zur Therapieevaluation

In einer Stichprobe von 701 behandelten Fällen im Zeitraum von 1994 bis 1997 war das Grundelement der Entwicklungsberatung mit 99.3% am häufigsten angewandt worden (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004). Psychotherapeutische Gespräche (81.2%) und Kommunikationsanleitung (80.2%) sowie Kommunikations- und Beziehungstherapie (56.6%) sind die weiteren häufig angewandten Grundelemente. Bei 78% aller Familien konnte nach einer Behandlungsdauer von bis zu fünf Terminen ein Therapieerfolg festgestellt und die Behandlung beendet werden.

3.3.3 Die systemisch-entwicklungspsychologische Beratungseinrichtung (Babysprechstunde Osnabrück)

3.3.3.1 Geschichte und Angebot

Im Jahre 1998 entsprang die Idee zur Babysprechstunde Osnabrück bei einem von Prof. Heidi Koller geleiteten Seminar über exzessiv schreiende Kinder (Borke, 2008). Zusammen mit Vertretern der klinischen Psychologie und dem Team der Babysprechstunde Osnabrück entwickelte sie das Curriculum der „Systemisch- entwicklungspsychologischen Familienberatung“ für Psychologiestudierende. Die psychosoziale Begleitung von Familien mit Säuglingen und

Kleinkindern findet in den Räumlichkeiten der Institution und bei Bedarf zu Hause bei den Familien statt. Parallel oder vor einer Beratung wird medizinisch abgeklärt, ob organische Ursachen für eine Störung vorliegen. Exzessives Schreien der Kinder, Schlaf- oder Fütterungsstörungen, als übermässig erlebtes Trotzverhalten oder allgemeine Unsicherheit der Eltern sind häufige Vorstellungsgründe. Die Behandlungsdauer ist selten länger als 10 Sitzungen und die Beratungsgespräche werden von 2 Therapeuten oder Therapeutinnen durchgeführt. Evaluation, Intevision sowie eine vertiefte Wahrnehmung der Interaktionen der Familienmitglieder wird dadurch vertieft ermöglicht.

3.3.3.2 Theoretische Fundierung

Der theoretische Rahmen der Babysprechstunde Osnabrück fundiert auf drei Konzepten: einem Entwicklungskonzept, einem Pathologiekonzept und der Beratungshaltung (Borke, 2008). Menschliche Entwicklung verläuft kontinuierlich und wird von verschiedenen Faktoren gesteuert. Evolutionär entstandene Entwicklungsaufgaben- und -mechanismen, kulturspezifische Anpassungen und Verlaufsgestaltungen sowie rückgekoppelte, multikausale Prozesse auf individueller bzw. familienbezogener Ebene beeinflussen sich wechselseitig und führen zu einer Vielfalt von Entwicklungsverläufen. Dem nicht-normativen Entwicklungskonzept folgt entsprechend ein nicht an engen Ausprägungen und Abläufen festzumachender Pathologiebegriff. Das Wohlbefinden der einzelnen Familienmitglieder wird als Indikator für die in der Familie ablaufenden Prozesse gesehen. Organische Ursachen, kulturelle Unterschiede und individuelle/familienbezogene Aspekte können die Entwicklung des Kindes und die Interaktionen innerhalb eines Systems beeinträchtigen. Da diese verschiedenen Ebenen individuell unterschiedlich ausgeprägt sind, ergeben sich entsprechend unterschiedliche Kombinationen und Schwierigkeiten. Durch die Beratungshaltung wird jedes Anliegen als einzigartig betrachtet. Den Eltern soll durch den wertschätzenden Rahmen Erleichterung ermöglicht werden. Gleichzeitig wird die Elternkompetenz gestärkt, indem im therapeutischen Rahmen ein Weg gefunden wird, wie die Eltern eine gute Entwicklungsumgebung für das Kleinkind gestalten können. Lösungs-, Verbesserungs- und Erleichterungsmöglichkeiten werden mit den Eltern gemeinsam und soweit möglich von ihnen selbst initiiert.

3.3.3.3 Praktische Umsetzung

Gespräche, Arbeit an der Tagesstruktur, Videofeedback, Genogramm, reflektierendes Team und Entspannungsübungen bilden die Grundlagen der praktischen Umsetzung (Borke, 2008). *Gespräche* dienen dem Aufbau einer vertrauensvollen und wertschätzenden Beratungsbeziehung. Elterliche Anliegen werden herausgearbeitet, damit gezielt Interventionen geplant werden können. Sowohl die entwicklungspsychologische Aufklärung der Eltern als auch die systemische Familientherapie geschieht über das Gespräch. Konzepte wie das der Gespenster im Kinderzimmer, Erwartungs-Erwartungen (Erwartungen, die eine Person über die Erwartungen anderer hat) oder das Reframing (Umdeutung problematischer Beschreibungen) werden

darin angewandt. Es werden zum Beispiel zirkuläres Fragen, Skalierungsfragen oder Fragen nach Ausnahmen in Beratungsgesprächen gezielt eingesetzt. Die *Arbeit an der Tagesstruktur* ermöglicht, Schlaf-, Schrei- oder Fütterungsverhaltensweisen im Zusammenhang mit der Tages- und Wochenaufteilung zu betrachten. Mittels eines 24-Stunden-Protokolls werden die Beobachtungen festgehalten, wodurch Ideen zur Veränderung entstehen können. *Videofeedback* wird zur Beobachtung von Eltern-Kind-Interaktionen eingesetzt. Ausgewählte Sequenzen mit Interaktionsabläufen können die Eltern stärken und auf gegenseitige Prozesse gelungener familiärer Regulation ausgeweitet werden. Das *Genogramm* ermöglicht Zugänge zu Stärken, Ressourcen und Belastungen, welche sich in der Familiengeschichte über Generationen entwickelt haben. Im *Reflektierenden Team* diskutiert eine Gruppe von geschulten Beobachtenden vor den Klienten und Beratenden über den bisherigen Verlauf. Sie reflektieren ihre Eindrücke und Empfindungen, ohne dass ein direkter Austausch zwischen den verschiedenen Personengruppen stattfindet. Stärken und Ressourcen können dadurch hervorgehoben und festgefahrene Familienstrukturen in Frage gestellt werden. In der Sprechstunde erlernte *Entspannungsübungen* ermöglichen Eltern, sich zu spüren und auch zu Hause eine Auszeit zu erleben und gelassener zu sein.

3.4 Zusammenfassung der theoretischen Grundlagen

Mittlerweile ist „Infant Mental Health“ zu einem multidisziplinären Feld geworden, in dem Befunde und Erfahrungen aus Verhaltensbiologie, Bindungsforschung, Neurowissenschaften und empirisch-experimenteller Säuglingsforschung in fortlaufendem kreativen und integrativen Austausch stehen (Romer, 2011).

Der Theorieteil zeigt auf, dass sich sowohl Kleinkinder als auch ihre Bezugspersonen in individuell unterschiedlichen Entwicklungsprozessen bewegen. Kleinkindliche Entwicklungsthemen sind unter anderem die sechs motivationalen Systeme (Stern 2005, Lichtenberg, Lachmann & Fosshage 2000) welche die Grundbedürfnisse regulieren und befriedigen. Brisch (2008) schreibt den motivationalen Systemen in der Primärprävention, dem Aufbau der Eltern-Kind-Beziehung, eine grosse Bedeutung zu.

Über körpersprachliches Ausdrucksverhalten der Bezugspersonen lernen Kleinkinder, ihre Systemzustände zu regulieren (Brazelton & Cramer, 1991 bzw. Trautmann-Voigt & Moll 2011). Informationsaufnahme sowie Reaktion auf einen Stimulus sind weitgehend von dem jeweiligen Systemzustand des Kleinkindes abhängig. Die basale adaptive Verhaltensregulation (Papoušek & Papoušek, 1979 bzw. Papoušek, 2004) beschreibt das Zusammenspiel und die Balance von aktivierenden und hemmenden Prozessen, welche eine weitere Grundlage für Entwicklung ist.

Es bestehen verschiedene adaptive Entwicklungsaufgaben in der frühen Kindheit (Papoušek, 2004). Abhängig von der strukturellen und funktionellen Reifung des kindlichen Gehirns stellen sich verschiedene Anforderungen an dessen Regulationsfähigkeit. Psychodynamische Entwicklungsaufgaben (Trautmann & Moll, 2011) beschreiben die strukturelle Entwicklung eines

Menschen als eine bidirektionale Wechselwirkung zwischen interaktionellen Erfahrungen und angeborenen Bereitschaften. Intuitive Kompetenzen von Eltern (Papoušek, 2001) bieten dem Kleinkind Unterstützung, die bevorstehenden Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Feinfühliges Verhalten sowie weitere elterliche Kompetenzen (Hänggi, Schweinberger & Perez 2011) können eine positive Auswirkung auf die kindliche Entwicklung haben. Die historische Übersicht über die Ansätze von R. Spitz, M. Mahler, D. W. Winnicott, J. Bowlby und S. Fraiberg verdeutlicht den Wandel und die Prägung der psychotherapeutischen Sichtweise vom Kleinkind und seinen Bezugspersonen. Derzeit bestehen zahlreiche therapeutische Ansätze aus der Verhaltenstherapie, der Psychoanalyse und der Systemischen Therapie, welche anhand von Sterns Ansatzpunkten (1998) strukturiert dargestellt werden können.

Interaction Guidance, psychoanalytische Eltern-Kleinkind-Psychotherapie sowie „Watch, Wait and Wonder“ gelten laut von Klitzing (2009) als etablierte Therapiemethoden im Bereich der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie. Interaction Guidance (McDonough, 2000) hat zum Ziel, elterliches Verständnis für kindliches Verhalten und Entwicklung durch interaktives Spiel zu fördern. Dadurch werden zugleich elterliche Rollen gestärkt. Beim Ansatz „Watch, Wait and Wonder“ (Cohen, Muir & Lojkasek, 2003) wird die Bezugsperson gebeten, sich von der spontanen Aktivität des Kleinkindes leiten zu lassen. Bindungstheoretische Ansätze stützen diesen Ansatz. In einer Therapie lernen Bezugspersonen, eigene Gefühle und die ihres Kindes zu trennen. Dies ermöglicht dem Kleinkind Autonomie, Erkundung und ein differenziertes Selbstwertgefühl. Psychoanalytische Eltern-Kleinkind-Psychotherapien (Cramer & Palacio-Espasa, 2009) sind durch eine kurze Behandlungsdauer charakterisiert. Die unbewusste Kommunikation zwischen Eltern und Kind ist laut den Autoren geprägt durch psychische Abläufe der Eltern über Projektionen sowie das „In-Szene-Setzen“ von Konflikten. Das Aufarbeiten von unbewussten Konflikten, die Rekonstruktion der persönlichen Geschichte, das Verringern von pathologischen Abwehrmechanismen, der Zugang zu Affekten und Erinnerungen, der Aufbau einer Übertragungsneurose, die Interventionen des Therapierenden, die Formgebung für bis anhin nicht symbolisierte Elemente sowie die Stärkung des Ichs durch eine Revision angsterregender Erfahrungen gelten dabei als Ursache therapeutischer Veränderungen. Ziel einer Therapie ist, die Übertragungsneurose zwischen Mutter und Kind aufzulösen.

Die Basler interdisziplinäre Sprechstunde (von Wyl, Watson, Glanzmann & von Klitzing, 2008) zeichnet sich durch enge Zusammenarbeit verschiedener Fachkräfte aus. Entwicklungspsychologische Informationen, Ressourcenaktivierung und psychotherapeutische Gespräche werden in Anwesenheit des Kleinkindes durchgeführt. Auch Ansätze aus der Verhaltenstherapie, Interaction Guidance, Psychoanalytische Eltern-Kind-Therapie sowie „Watch, Wait and Wonder“ werden abhängig von Symptomatik und Bedürfnissen der Eltern angewandt. Das Münchner Konzept der kommunikationszentrierten Säuglings-Kleinkind-Eltern-Beratung und -Psychotherapie kombiniert Entwicklungsberatung, entlastende psychotherapeutische Gespräche, Kommunikationsanleitung und psychodynamisch orientierte Kommunikations- und Be-

ziehungstherapie (Wollwerth de Chuquisengo & Papoušek, 2004). Als Ressourcen werden die psychobiologisch gegebenen intuitiven elterlichen Kompetenzen und deren Zusammenspiel mit den integrativen, selbstregulatorischen Kompetenzen des Säuglings aufgenommen. Ansatzpunkt einer Behandlung ist die Kommunikation zwischen Bezugsperson und Kleinkind. Auch videogestützte Verhaltensmikroanalysen werden zur Diagnostik und Therapie eingesetzt. In der systemisch-entwicklungspsychologischen Beratungseinrichtung der Babysprechstunde Osnabrück (Borke, 2008) bilden Gespräche, Arbeit an der Tagesstruktur, Videofeedback, Genogramm, reflektierendes Team und Entspannungsübungen die Grundlagen einer Therapie oder Beratung. Den theoretischen Rahmen bilden ein Entwicklungskonzept, ein Pathologiekonzept sowie die Beratungshaltung. In verschiedenen Konzepten wurde das besondere psychische Geschehen im Postpartum erwähnt (z.B. Cramer & Palacio-Espasa, 2009; Cohen, Muir & Lojkasek, 2003).

II EMPIRISCHER TEIL

4 Forschungsgegenstand und Methodik

Nachstehend werden der Forschungsgegenstand, das methodische Vorgehen und die Ziele der Untersuchung näher beschrieben.

4.1 Fragestellungen und Ziele

Mit der Untersuchung sollen die folgenden Fragestellungen beantwortet werden:

- Welche psychotherapeutischen Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen bestehen in der Schweiz?
- Wie arbeiten die Institutionen und Privatpersonen und welches sind ihre Bedürfnisse?

Dies generiert eine Übersicht über verschiedene Institutionen und Praxen (ambulante, stationäre, private wie auch staatliche) welche eine Babysprechstunde anbieten. Die in diesem Bereich tätigen Psychologen und Psychologinnen sowie (Fach)-Ärzten und -Ärztinnen wird dadurch eine verstärkte Vernetzung und einen Überblick über bestehende Angebote ermöglicht. Fachpersonen, welche Kleinkinder und ihre Bezugspersonen betreuen, kann dies als Hilfe dienen, die geeignete Institution für eine Therapie oder Beratung zu finden. Durch die Bedarfsanalyse über Weiterbildungsangebote und die Zusammenarbeit mit externen Stellen werden Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen.

4.2 Design

Es handelt sich um eine explorative Untersuchung. Durch die quantitative Erhebung bei 36 Psychologen/Psychologinnen bzw. (Fach)-Ärzten/-Ärztinnen werden Häufigkeitsverteilungen

über das bestehende Angebot und die Arbeitsweisen generiert. Offene Fragen ermöglichen, ihre Bedürfnisse über Weiterbildungen und Zusammenarbeit in einem breiten Spektrum zu erheben.

4.3 Rekrutierung und Datenerhebung

Die einzelnen Schritte, welche teilweise parallel zueinander verliefen, werden hier im Einzelnen dargestellt.

4.3.1 Stichprobe

Im September 2011 begann die Suche nach Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, welche mit Kleinkindern im Alter von 0-3 Jahren und ihren Bezugspersonen arbeiten. Zuerst erfolgte die Kontaktaufnahme über Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste (KJPD) sowie Kinderspitäler. Durch anregende Telefongespräche mit den Therapeuten und Therapeutinnen konnten private Praxen und weitere staatliche Institutionen ausfindig gemacht werden. Auch die Homepage der Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH) und der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) erwies sich bei der Suche nach Teilnehmenden als hilfreich. In der französisch- und italienischsprachigen Schweiz konnten trotz der von der deutschsprachigen Schweiz abweichenden Bezeichnungen ebenfalls Teilnehmende ausfindig gemacht und rekrutiert werden. Der Erstkontakt erfolgte teils per Email, teils per Telefon. Alle Teilnehmenden (bis auf einzelne Ausnahmen) wurden telefonisch kontaktiert, um ihre Bereitschaft zur Teilnahme abzuklären und vorgängige Fragen zu klären. Dadurch konnte sichergestellt werden, dass die Teilnehmenden die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen.

Folgendes waren die Einschlusskriterien: Die Interventionen müssen in der Schweiz und von einem Psychologen oder einer Psychologin mit therapeutischer Ausbildung bzw. einem Facharzt oder einer Fachärztin Psychiatrie in einer Privatpraxis geplant und durchgeführt werden. In Institutionen können die Interventionen auch delegiert und von Ärzten und Ärztinnen bzw. Psychologen und Psychologinnen ohne therapeutische Ausbildung durchgeführt werden. Die Interventionen beziehen sich auf Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen. Ausschlusskriterien waren ausschliesslich pränatale und perinatale Interventionen, welche in der vorliegenden Arbeit nicht explizit behandelt werden. Die gesamte, bis zum Versenden des Fragebogens ausfindig machbare Population der Schweiz wurde somit befragt. Die Anzahl angeschriebener Teilnehmer betrug 40, wobei eine Person die Kriterien nicht erfüllte. Insgesamt wurden Personen von 39 Angeboten befragt, davon beantworteten 36 den Fragebogen. Dies entspricht einem Rücklauf von 92%.

4.3.2 Fragebogen: Erstellung und Durchführung

Die Erstellung des Fragebogens (Anhang A und B) verlief parallel zu der Kontaktaufnahme mit den Teilnehmenden und dem Einlesen in die Literatur. In den telefonischen Gesprächen konnten verschiedene Schwerpunkte aufgenommen und erforscht werden, welche nachher in den Fragebogen eingebunden wurden. Dadurch wurde der Fragebogen spezifisch auf die Population ausgelegt, um ihre Arbeitsweise, Angebote und Bedürfnisse möglichst gezielt zu erfassen. Die Erstellung des Fragebogens zog sich dadurch über einen Zeitraum von drei Monaten hinweg. Folgende Kategorien, welche den beiden Fragestellungen zuzuordnen sind, resultierten daraus:

1. Fragestellung: „Welche psychotherapeutischen Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen bestehen in der Schweiz?“

- Name, Lokalisation und Gründungsdaten der Angebote (Allgemeine Angaben 1, Fragen 1, 2, 3, 8)

2. Fragestellung: „Wie arbeiten die Institutionen und Privatpersonen und welches sind ihre Bedürfnisse?“

- Akademischer Titel, Teamgrösse, Anzahl Beratungen (Allgemeine Angaben 3, Fragen 4, 5)
- Zuweisende Instanzen (Frage 6)
- Finanzierung der Interventionen (Frage 9)
- Dauer der Interventionen (Frage 7)
- Art des Settings (Frage 10)
- Art und Häufigkeiten der behandelten Störungen (Klassifiziert nach der Diagnostischen Klassifikation 0-3 (ZTT-DC:0-3) (ZERO TO THREE National Center for Infants, Toddlers, and Families, 1999)) (Frage 11)
- Handlungsanweisende therapeutische Ansätze (Fragen 12, 13)
- Qualitätssicherung (Frage 15)
- Bedarf an ergänzenden Angeboten für die Klienten (Frage 16)
- Zusammenarbeit mit ergänzenden Angeboten und Institutionen (Fragen 14, 17)
- Bedarf der Teilnehmenden an Vernetzung mit anderen Institutionen (Frage 18)
- Weiterbildungsangebote (Fragen 19, 20)
- Angebot und Nachfrage (Frage 21)

Der Fragebogen wurde sowohl mit offenen als auch geschlossenen Fragen ausgestaltet. Bei der Frage 11 wurden die Diagnosen der Achse I und die Achse II der ZTT-DC: 0-3 (1999) verwendet. Die ZTT-DC: 0-3 schien trotz gewisser Kritik (z.B. Papoušek 2004) am ehesten für die Verwendung im Fragebogen geeignet. Auch wenn aufgrund der bearbeiteten Theorie ge-

folgert werden kann, dass Störungen nicht auf das Kind reduzierbar sind, wurde nach einem Anhaltspunkt gesucht, die Teilnehmenden gezielt über die behandelten Störungsbilder zu befragen. Die Achse I: „Primäre Diagnosen“ wurde gewählt, da sie eine zufriedenstellende Interraterreliabilität aufweist (von Wyl, Watson, Glanzmann & von Klitzing, 2008). Zusätzlich wurde die Achse II: „Klassifikation der Beziehungsstörungen“ zur Ergänzung der primären Diagnosen der Achse I mit in die Konstruktion des Fragebogens einbezogen.

Abhängig von den Bedürfnissen der Teilnehmenden wurde der Fragebogen ausgedruckt per Post, elektronisch als Link oder als pdf-File in deutscher oder französischer Sprache versandt. Der Fragebogen wurde zusammen mit einem Begleitschreiben (Anhang C und D) am 7. Dezember 2011 versandt. Im Begleitbrief wurden die Teilnehmenden nochmals über die Fragestellungen und die Ziele der Arbeit informiert. Der Fragebogen und das Begleitschreiben wurden in deutscher oder französischer Sprache versandt.

4.4 Datenaufbereitung und Datenauswertung

Zur Auswertung im Statistikprogramm SPSS wurden die einzelnen Fragen des Fragebogens entsprechend der Maske im SPSS codiert. Die Antworten auf die offene Frage 12 wurden codiert, ausgezählt und nach der Kodierung zusätzlich im SPSS ausgewertet. Ausgewählte Antworten zu den offenen Fragen 8, 17, 18, 20 und 21 werden zur Illustration bei den ihnen zugeordneten Kategorien wiedergegeben.

5 Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse werden anhand der Kategorien deskriptiv nach Häufigkeiten dargestellt und mit ausgewählten Antworten der Teilnehmenden auf offene Fragen illustriert. Wenn im Folgenden über „Teilnehmende“ geschrieben wird, sind damit auch die Angebote (Institutionen, Praxen) gemeint, in denen sie (teilweise mit anderen Personen) arbeiten. Die Teilnehmenden stehen in diesem Sinne stellvertretend für die Angebote in denen sie arbeiten.

5.1 Häufigkeiten

Nachfolgend werden die Häufigkeiten der jeweiligen Kategorien dargestellt.

5.1.1 Lokalisation, Name und Gründungsdaten der Angebote

36 Psychologen und Psychologinnen bzw. Ärzte und Ärztinnen konnten für die Befragung rekrutiert werden. Abbildung 1 zeigt die Verteilung der Teilnehmenden nach Kantonen. In den Kantonen Zug, Uri, Schwyz, Nidwalden, Obwalden, Appenzell Ausserrhoden und Innerhoden sowie Glarus konnten keine Angebote ausfindig gemacht werden. Mit 11 Angeboten (31%, n=36) waren zum Zeitpunkt der Befragung in Zürich am meisten Babysprechstunden

vorhanden. 3 Teilnehmende stammten aus dem Kanton Tessin, je 2 Teilnehmende aus den Kantonen Genf, Jura, Luzern, St.Gallen, Wallis, Waadt und Basel Stadt (situiert auf Baselstädtischem Boden, getragen von Basel Stadt und Basel Land). Aus den Kantonen Aargau, Bern, Freiburg, Graubünden, Neuenburg, Schaffhausen, Solothurn und Thurgau nahm je 1 Person teil.

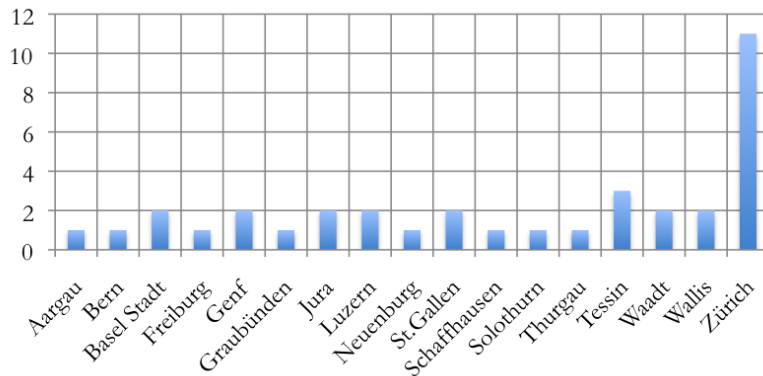


Abbildung 1: Verteilung der 36 Teilnehmenden nach Kantonen.

25 Teilnehmende (69%, n= 36) gaben an, auch ausserkantonale wohnhafte Klienten zu betreuen. Dafür wurden unterschiedliche Gründe, wie zum Beispiel interkantonale Verträge, fehlende Angebote im Heimatkanton, kürzere Anfahrtswege oder überkantonale Bekanntheit genannt.

Die psychotherapeutischen Angebote für Kleinkinder und ihre Bezugspersonen bestanden zum Zeitpunkt der Befragung unter verschiedensten Namen oder waren ohne spezifischen Namen in anderen Angeboten integriert. 14 Angebote bestanden unter dem Namen „Babysprechstunde“ (bzw. „Consultation bébé-parents“). 2 Angebote bestanden unter dem Namen „Schlafsprechstunde“. 10 Teilnehmende gaben an, dass ihr Angebot unter einem anderem Namen besteht und 10 Angebote waren in einem anderen Angebot integriert und bestanden nicht explizit unter einem Namen. Nachstehend werden alle Angebote unter dem Namen „Babysprechstunde“ genannt.

Folgendes waren zum Zeitpunkt der Befragung primäre Anbietende von Babysprechstunden: Am häufigsten wurden Babysprechstunden in Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutionen angeboten (42%, n=16). Darauf folgten 12 private Praxen mit einem Anteil von 33%. Der Anteil von sechs somatischen Spitälern betrug 13%. In einem Fall waren sowohl das somatische Spital wie auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie gemeinsame Anbieter einer Babysprechstunde. 2 Angebote konnten nicht den genannten Angeboten zugeteilt werden. Sie bestanden beim „Service Educatif Itinérant“ und dem „Sozialtherapeutischen Familieneinsatz“ als aufsuchende Begleitung bei der Familie zu Hause. Zusätzlich zu den bereits erwähnten Angeboten in privaten Praxen nannten 5 Teilnehmende, dass sie gleichzeitig zu ihrer Tätigkeit

in Institutionen auch in eigener Privatpraxis tätig sind. Folglich bestanden insgesamt 17 Angebote in Privatpraxen. Abbildung 2 zeigt eine Übersicht, wo die Babysprechstunden zum Zeitpunkt der Befragung angeboten wurden (Mehrfachnennungen möglich). 18 Angebote bestanden in einer ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie, 8 Angebote im ambulanten und 5 im stationären Bereich somatischer Spitäler. Zwei der Angebote konnten in der ambulanten Erwachsenenpsychiatrie aufgefunden werden. Je ein Angebot bestand im stationären Rahmen einer Kinder- und Jugendpsychiatrie und einer Erwachsenenpsychiatrie sowie in einer kinderärztlichen Praxis und dem consultorio genitori-bambino (Nennungen „Andere“).

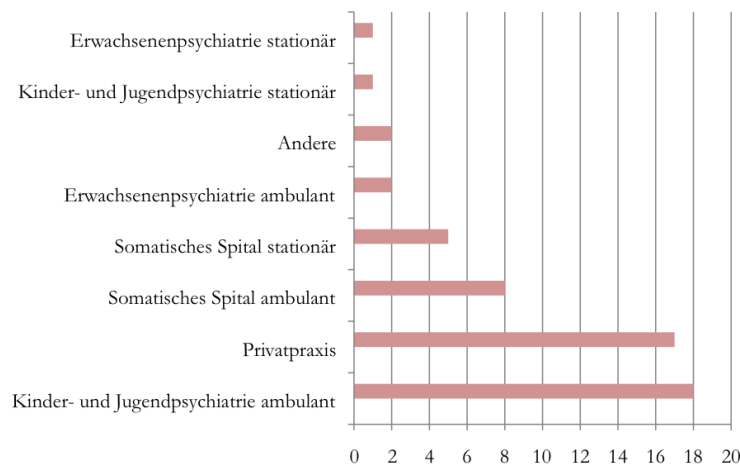


Abbildung 2: Übersicht über die verschiedenen Lokalitäten in denen Babysprechstunden angeboten werden (Mehrfachnennungen).

Die Angebote bestanden zum Zeitpunkt der Befragung im Durchschnitt seit 12 Jahren. Das älteste Angebot besteht seit 1969, das jüngste seit 2010. Im Jahr 2009 wurden mit sieben neuen Angeboten am meisten neue Babysprechstunden eröffnet.

5.1.2 Akademischer Titel, Teamgrösse und Anzahl Beratungen

Unter den 36 Teilnehmenden befanden sich 20 Ärzte und Ärztinnen (auch Fachärzte und Fachärztinnen) sowie 16 Psychologen und Psychologinnen.

Die durchschnittliche Teamgrösse ($n=33$) betrug 5 Personen. Abbildung 3 zeigt die Verteilung der Häufigkeiten der unterschiedlichen Teamgrössen. 7 Teilnehmende übten ihre Tätigkeit alleine aus. Das grösste Team bestand aus 25 Personen. Genannte Berufsfelder der Teammitglieder waren: Ärzteschaft, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Erziehung, Fachärzte und Fachärztinnen (Psychiatrie, Neurologie, Pneumologie, Intensivmedizin, Entwicklungspädiatrie), Logopädie, Sozialarbeit, Pflege, Psychologie sowie Psychomotorik.

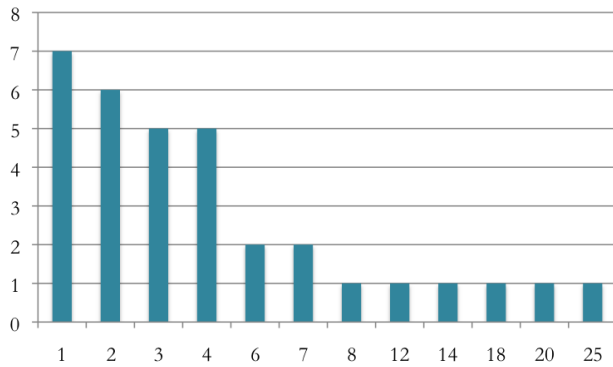


Abbildung 3: Verteilung der Häufigkeiten der unterschiedlichen Teamgrößen (n=33).

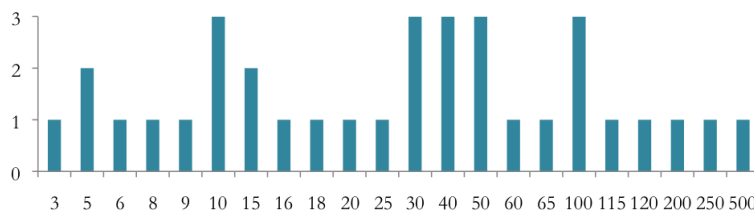


Abbildung 4: Verteilung der Anzahl behandelter Familien/Fälle pro Jahr (n=34).

Die Teilnehmenden (n=34) gaben an, zwischen 3 bis ca. 500 Familien/Fälle pro Jahr zu betreuen. Der Mittelwert lag bei jährlich 63 betreuten Familien bzw. Fällen pro Angebot.

5.1.3 Zuweisende Instanzen

Wie Tabelle 1 zeigt, waren Pädiater und Pädiaterinnen die häufigsten Zuweisenden. 24 Teilnehmende (69%, n=35) gaben an, dass ihnen häufig Klienten durch Pädiater und Pädiaterinnen zugewiesen werden. 7 Teilnehmende (20%) erhielten selten und 4 Teilnehmende (11%) nie Zuweisungen von Pädiatern und Pädiaterinnen. Selbstzuweisungen waren bei 21 Teilnehmenden (58%, n=36) häufig und bei 15 Teilnehmenden (42%) selten. Mütter- und Väterberatungsstellen waren bei 16 Teilnehmenden (46%, n=35) häufige, bei 15 Teilnehmenden (42%) seltene und bei 4 Teilnehmenden (11%) nie zuweisende Instanzen. Hausärzte und Hausärztinnen überwiesen bei 4 Teilnehmenden (18%, n=34) häufig, bei 23 Teilnehmenden (67%) selten und bei 5 Teilnehmenden (15%) nie Klienten. 15 Teilnehmende (48%, n=32) gaben an, dass ihnen häufig Klienten von anderen Personen/Institutionen zugewiesen werden. 9 Teilnehmende (29%) erhielten selten und 8 Teilnehmende (23%) nie Zuweisungen von anderen Personen/Institutionen. Andere genannte Personen/Institutionen (Auswahl) waren: (Kinder-)Spitäler, Erwachsenenpsychiatrie, Hebammen, Gynäkologen und Gynäkologinnen, Kinderkrippen, (Vormundschafts-) Behörden sowie Fachkollegen und Fachkolleginnen.

Tabelle 1: Zuweisende Instanzen.

Zuweisende Instanzen (gültige Antworten)	häufig	selten	nie
Pädiater und Pädiaterinnen (n=35)	24 (69%)	7 (20%)	4 (11%)
Selbstzuweisungen (n=36)	21 (58%)	15 (42%)	0
Mütter- und Väterberatungsstellen (n=35)	16 (46%)	15 (42%)	4 (11%)
Hausärzte und Hausärztinnen (n=34)	4 (18%)	23 (67%)	5 (15%)
Andere (n=32)	15 (48%)	9 (29%)	8(23%)

5.1.4 Finanzierung der Interventionen

28 Teilnehmende (80%, n=35) gaben an, dass ihre Interventionen häufig durch die Grundversicherung finanziert werden. Die Interventionen von 2 Teilnehmenden (6%) wurden selten und von 5 Teilnehmenden (14%) nie durch die Grundversicherung getragen. Die Zusatzversicherung war bei 8 Teilnehmenden (25%, n=32) häufig, bei 9 Teilnehmenden (28%) selten und bei 15 Teilnehmenden (47%) nie Kostenträger. 1 teilnehmende Person (3%, n=32) gab an, dass die Klienten häufig die Kosten übernehmen. Bei 15 Teilnehmenden (47%) waren die Klienten selten und bei 16 Teilnehmenden (50%) nie an der Finanzierung beteiligt.

5.1.5 Dauer der Interventionen

Die Frage, über wie viele Sitzungen hinweg eine durchschnittliche Beratung oder Therapie dauert, wurde wie folgt beantwortet: 12 Teilnehmende (33%, n=36) betreuten ihre Klienten während 1-5 Sitzungen, 18 Teilnehmende (50%) über einen Zeitraum von 5-10 Sitzungen und 6 Teilnehmende (17%) länger als 10 Sitzungen. Abbildung 5 zeigt die Verteilung der Antworten.

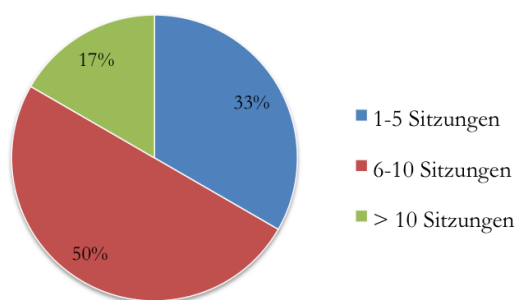


Abbildung 5: Durchschnittliche Dauer der Interventionen (n=36).

5.1.6 Art des Settings

Das häufigste Setting in einer Babysprechstunde bei einem Ranking von 1-7 (sieben Settings zur Auswahl; 1: am häufigsten bis 7: am seltensten) war mit einem Mittelwert von 1.91 Mutter-Kind-Therapeut/Therapeutin. Darauf folgte mit einem Mittelwert von 2.26 Mutter-Vater-

Kind-Therapeut/Therapeutin. Beim Setting alleine mit der Mutter betrug der Mittelwert 3.03 und beim Setting Mutter-Vater-Therapeut/Therapeutin 3.51.

5.1.7 Art und Häufigkeiten der behandelten Störungen

Die Auswertung der Frage 11 lieferte folgende Ergebnisse (s. Tabelle 2): Mit einem Mittelwert von 1.1 auf einer Skala von 1-3 (1: häufig, 2: selten, 3: nie) waren Regulationsstörungen zum Zeitpunkt der Befragung die am häufigsten behandelten Störungen. Von 31 Teilnehmenden gaben 28 (90%) an „häufig“ und 3 Teilnehmende (10%) „selten“ Regulationsstörungen zu behandeln. Die am zweithäufigsten behandelte Störung waren Schlafverhaltensstörungen mit einem Mittelwert von 1.19. 25 Teilnehmende (81%, n= 31) behandelten häufig und 6 Teilnehmende (19%) selten Schlafverhaltensstörungen. Darauf folgten mit einem Mittelwert von 1.31 Störungen auf Achse II. 23 Teilnehmende (80%, n=29) befassten sich häufig, 3 Teilnehmende (10%) selten und weitere 3 Teilnehmende (10%) nie mit Störungen auf Achse II. Darauf folgten Essverhaltensstörungen mit einem Mittelwert von 1.32. 21 Teilnehmende (68%, n=31) behandelten häufig und 10 Teilnehmende (32%) selten Essverhaltensstörungen. 21 Teilnehmende (68%, n=31) gaben an häufig, 9 Teilnehmende (29%) selten und 1 Teilnehmende Person (30%) nie Anpassungsstörungen zu behandeln. Der Mittelwert von behandelten Anpassungsstörungen betrug 1.35. Mit einem Mittelwert von 1.68 wurden eher selten Störungen der Bezogenheit und Kommunikation behandelt. 13 Teilnehmende (42%, n=31) gaben an „häufig“, 15 Teilnehmende (48%) „selten“ und 3 Teilnehmende (10%) „nie“ Störungen der Bezogenheit und Kommunikation zu behandeln. Affektstörungen wurden von 10 Teilnehmenden (33%, n=30) häufig, von 15 Teilnehmende (50%) selten und von 5 Teilnehmenden (17%) nie behandelt. Der Mittelwert der Affektstörungen betrug 1.83. Am seltensten wurden mit einem Mittelwert von 2.00 Posttraumatische Stressstörungen behandelt. 8 Teilnehmende (25%, n= 32) gaben an häufig, 16 Teilnehmende (50%) selten und 8 Teilnehmende (25%) nie Posttraumatische Stressstörungen zu behandeln.

Tabelle 2: Art und Häufigkeiten der behandelten Störungen.

Behandelte Störungen (gültige Antworten)	häufig	selten	nie	MW
Posttraumatische Stressstörungen (n=32)	8 (25%)	16 (50%)	8 (25%)	2.00
Affektstörungen (n=30)	10 (33%)	15 (50%)	5 (17%)	1.83
Anpassungsstörungen (n=31)	21 (68%)	9 (29%)	1 (3%)	1.35
Regulationsstörungen (n=31)	28 (90%)	3 (10%)	0	1.10
Schlafverhaltensstörungen (n=31)	25 (81%)	6 (19%)	0	1.19
Essverhaltensstörungen (n=31)	21 (68%)	10 (32%)	0	1.32
Störungen der Bezogenheit und der Kommunikation (n=31)	13 (42%)	15 (48%)	3 (10%)	1.68
Störungen auf Achse II (n=29)	23 (80%)	3 (10%)	3 (10%)	1.31

5.1.8 Handlungsanweisende therapeutische Ansätze

Die offene Frage 12: „Mit welchen therapeutischen Ansätzen (Verhaltenstherapeutische/ Psychodynamische/Systemische/andere Ansätze) arbeiten Sie bei welchen Störungsbildern?“ lieferte umfassende Ergebnisse. Teilnehmende Person Nr. 11 gab darauf folgende Antwort:

„Bei den meisten Fällen interdisziplinäres Vorgehen mit anderen involvierten Fachdisziplinen. Für viele Fragestellungen Kurzinterventionen am Krankenbett bei Belastungsstörungen. Bei Fütterstörungen inklusive Sondenentwöhnung Spezialkonzept mit multimodalem Ansatz (inklusive verhaltenstherapeutischer Elemente). Insgesamt psychodynamische Grundhaltung. Bei Schlaf- und Schreistörungen: zunächst Protokoll und dann Beratung. Vor allem bei Fütterstörungen Einsatz von Videosequenzen.“

Aus den Antworten der meisten Teilnehmenden ist jedoch zu schliessen, dass ihre Interventionen nicht von den Störungsbildern sondern von anderen Faktoren abhängen, wie im folgenden Zitat von teilnehmender Person Nr. 4 zum Ausdruck kam:

„Psychodynamisch-systemischer Hintergrund mit verhaltenstherapeutischen Elementen. Die Entscheidung ob psychodynamische, systemische oder verhaltenstherapeutische Ansätze im Vordergrund stehen hängt nicht vom Störungsbild, sondern von der Persönlichkeit der Eltern, deren Motivation, Fähigkeit zur Reflexion und Introspektion, dem Ausmass der Belastungssituation, der Beschaffenheit bzw. Pathologie der Elternbeziehung, der Familiendynamik und der triadischen Kommunikation (ab). Die Grundhaltung ist psychodynamisch ausgerichtet, gemeinsam mit den Eltern in eine Reflexion über sich und das Kind zu kommen und dann gegebenenfalls Veränderungen durchzuführen. Die Methode setzt häufig an der Interaktion an.“

Die Auswertung aller 36 Antworten zeigte, dass psychodynamische Interventionen am häufigsten angewandt werden. 7 Teilnehmende (20%) arbeiteten nur mit psychodynamischen Ansätzen, 26 Teilnehmende (72%) kombinierten psychodynamische Ansätze oder eine psychodynamische Grundhaltung mit anderen Ansätzen. Das therapeutische Vorgehen von 3 Teilnehmenden (8%) beinhaltete keine psychodynamischen Elemente. 21 Teilnehmende (58%) integrierten Elemente der systemischen Therapie in ihrer Beratung oder Therapie. 2 Teilnehmende (6%) gaben an, nur verhaltenstherapeutisch zu arbeiten. Verhaltenstherapeutische Elemente in Kombination mit anderen Ansätzen fanden sich bei den Antworten von 11 Teilnehmenden (31%). 8 Teilnehmende (22%) erwähnten explizit, Videos in ihrer Beratung oder Therapie einzusetzen. Das Video wurde sowohl diagnostisch als auch therapeutisch eingesetzt. Die Antworten von 10 Teilnehmenden (28%) beinhalteten therapeutische Elemente, welche nicht den beschriebenen Therapierichtungen zuzuordnen sind. Genannt wurden: Autogenes Training, Marte Meo, Fallverstehen in der Begegnung, entwicklungspsychologische Beratung, Emotionelle Erste Hilfe, EMDR, Körpertherapie, Körperpsychotherapie, medikamentöse Therapie der Eltern und Focusing. Abbildung 6 zeigt eine Übersicht über die am häufigsten genannten therapeutischen Ansätze.

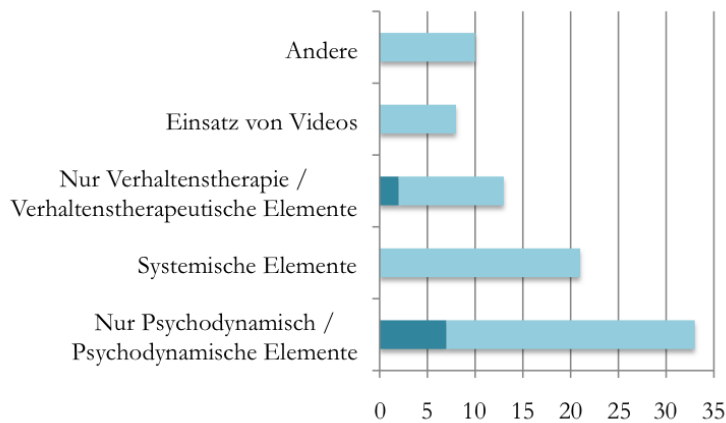


Abbildung 6: Übersicht über die am häufigsten genannten therapeutischen Ansätze.

Zum Zeitpunkt der Befragung schlossen einige Teilnehmende systematisch somatische Ursachen vor einer psychotherapeutischen Intervention aus. Andere griffen im Verlauf der Therapie oder bei Bedarf auf pädiatrische Abklärungen zurück oder kontaktierten die zuständige Pädikerin oder den zuständigen Pädiker für Rückfragen.

5.1.9 Qualitätssicherung

Die Frage „Haben Sie ein qualitätssicherndes Instrument?“ beantworteten 19 Teilnehmende (54%, n=35) mit „Ja“. 16 Teilnehmende (46%) verfügten bei ihrer Arbeit nicht über ein qualitätssicherndes Instrument. Das am häufigsten genannte qualitätssichernde Instrument war die Supervision.

5.1.10 Bedarf an ergänzenden Angeboten für die Klienten

Alle Teilnehmenden, welche die Frage „Denken Sie, dass es zusätzliche, ergänzende Behandlungen bzw. Unterstützungsangebote für diese Familien geben sollte?“ beantworteten, bejahten diese. 3 Teilnehmende beantworteten diese Frage nicht. 35 Teilnehmende beantworteten die darauf folgende Frage, welche zusätzlichen Unterstützungsangebote es geben sollte. In Abbildung 7 wird die Auswertung der Antworten dargestellt.

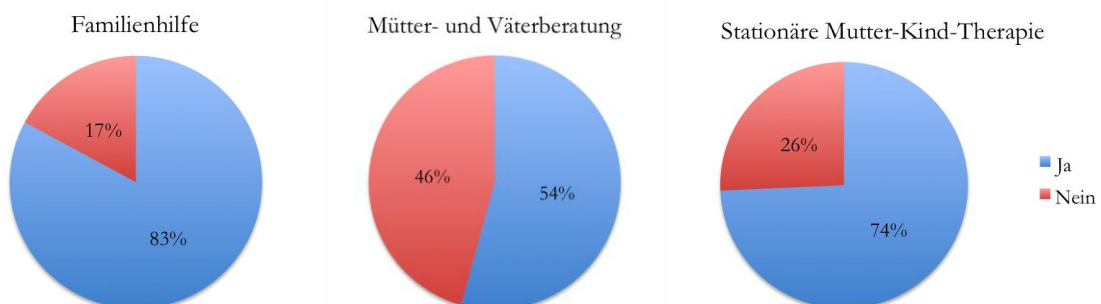


Abbildung 7: Bedarf an zusätzlichen, ergänzenden Angeboten (n=35).

29 Teilnehmende (83%) dachten, dass es zusätzliche Unterstützung in Haushalt und Betreuung durch Familienhilfe geben sollte. Der Bedarf an Mütter- und Väterberatung wurde von 19 Teilnehmenden (54%) als zusätzliche Unterstützung zu einer bestehenden Therapie genannt. 26 Teilnehmende (74%) dachten, dass stationäre Mutter-Kind-Therapie als ergänzendes Angebot bestehen sollte.

Zahlreiche Nennungen wurden unter dem offenen Punkt „Weitere“ aufgeführt. Mehrfach genannt wurde der Bedarf an spezifisch auf dem Gebiet ausgebildeten Fachleuten, welche mit entwicklungspsychologischem und interaktionellem Hintergrund aufsuchende Arbeit leisten (Hausbesuche, aufsuchende Therapien). Auch sozialpädagogische Familienbegleitung wurde zweimal genannt. Bessere Säuglingsplatzierungen (Hort, Kinderkrippen, Kinderheime) wurden ebenfalls genannt. Häufig erwähnt wurde der Bedarf an Angeboten unterschiedlicher Form, in denen Mutter und Kind gemeinsam betreut werden: stationäre sowie tagesklinische Projekte mit interdisziplinärer Kompetenz, Ferienangebote, begleitetes Mutter-Kind-Erholungshaus/Ferienhaus. 2 Teilnehmende sprachen sich für stationäre Angebote im Bereich der Säuglings- und Kleinkindpsychosomatik aus. Auch „bessere Rahmenbedingungen für Eltern allgemein und speziell für Eltern von schwerkranken Kindern“ (Zitat Teilnehmende Person Nr. 11) oder „mehr bezahlbare Wohnungen für junge Familien“ (Zitat Teilnehmende Person Nr. 9) wurden genannt.

5.1.11 Zusammenarbeit mit ergänzenden Angeboten und Institutionen

Zum Zeitpunkt der Befragung arbeiteten 27 Teilnehmende (77%, n=35) bei Bedarf zusammen mit einem Dolmetscher oder einer Dolmetscherin, 8 Teilnehmende (23%) arbeiteten nicht zusammen mit Dolmetschern oder Dolmetscherinnen.

Alle 36 Teilnehmenden (100%, n=36) gaben an, mit anderen Diensten wie Familienhilfe, Mütter- und Väterberatung oder anderen zusammen zu arbeiten. Die genannten Formen der Zusammenarbeit waren unterschiedlich.

„Familienhilfe: wird initiiert, oder in Gespräche einbezogen. Mütter- und Väterberatung: intensive Korporation (gemeinsame Besprechungen/Supervision). Stationäre Therapie: ausgewählte Fälle werden überwiesen“ (Teilnehmende Person Nr. 4).

In grösseren Institutionen wurden Synergien genutzt und es zeigte sich eine Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche:

„Consultation et suivi en psychiatrie adulte. Consultation et suivi en pédiatrie: Unité de développement (HUG), hôpital des enfants, Neuropédiatrie. Consultation et suivi en pédopsychiatrie: service guidance infantile, Office médico pédagogique“ (Teilnehmende Person Nr. 14).

Auch auf kantonaler oder kommunaler Ebene arbeiteten manchmal verschiedene Fachstellen zusammen wie folgende Zitate zeigen:

„Aide aux familles: en tant qu' Association Zérocinque nous recevons une aide financière de la part du Ct. Tessin pour un projet de prévention at d'aide aux familles ayent enfant de 0 à 2 ans“ (Teilnehmende Person Nr. 6).

„Sozialamt der betreffenden Gemeinde: Bereitstellung einer Entlastungsfamilie zu festen Zeiten (Stunden, halbe Tage, über Nacht) oder einer professionellen Familienhilfe über Wochen. Mütter- und Väterberatung: Zuweisung an uns – Anschlussbetreuung nach uns. Austausch 1mal/Jahr“ (Teilnehmende Person Nr. 27).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die häufigste Form der Zusammenarbeit fachlicher oder fallbezogener Austausch war. Gegenseitige Zuweisungen fanden ebenfalls häufig statt.

5.1.12 Bedarf der Teilnehmenden an Vernetzung mit anderen Institutionen

Wie Abbildung 8 zeigt, hätten 27 Teilnehmende (75%, n=36) zum Zeitpunkt der Befragung eine starke Vernetzung mit anderen (somatischen, psychosozialen oder psychologisch-psychiatrischen) Institutionen geschätzt. 5 Teilnehmende (14%) fühlten sich ausreichend vernetzt und verneinten den Bedarf an zusätzlichem Austausch. 4 Teilnehmende (11%) beantworteten die Frage nicht.

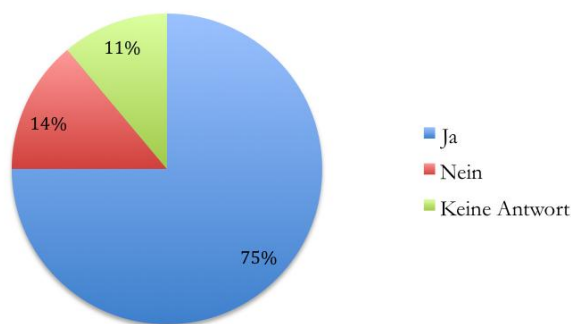


Abbildung 8: Bedarf der Teilnehmenden an Vernetzung mit anderen Institutionen (n=36).

Die Teilnehmenden nannten verschiedene Formen von Vernetzung, an denen zum Zeitpunkt der Befragung Bedarf bestand. Hier eine Auswahl an Antworten, welche einen Überblick über die genannten Bereiche verschaffen:

„Austausch, Intervision, berufspolitisch, Aufbau von Mutter-Kind-Plätzen“ (Teilnehmende Person Nr. 17).

„Meilleure connaissance des généralistes qui devraient parfois penser à une consultation psychologique“ (Teilnehmende Person Nr. 23).

„Die Art der Vernetzung muss wohl in jedem einzelnen Fall neu definiert und abgesprochen werden“ (Teilnehmende Person Nr. 26).

„Travail de liaison, colloques communs, supervisions, formations conjointes etc...“ (Teilnehmende Person Nr. 15).

„Regelmässiger Austausch mit Abklärung der Zuständigkeit, gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit“ (Teilnehmende Person Nr. 27).

5.1.13 Weiterbildungsangebote

33 Teilnehmende (92%, n=36) äusserten Zufriedenheit über die bestehenden Weiterbildungsangebote. 2 Teilnehmende (5%) waren unzufrieden und eine teilnehmende Person machte keine Angaben über die Zufriedenheit mit den bestehenden Weiterbildungsangeboten. 28 Teilnehmende (78%, n=36) nutzten die bestehenden Weiterbildungsangebote, 2 Teilnehmende (5%) nutzten diese nicht und 6 Teilnehmende (17%) machten keine Angaben. Abbildung 9 zeigt die Übersicht über die Antworten zur Zufriedenheit und Nutzung der bestehenden Weiterbildungsangebote.

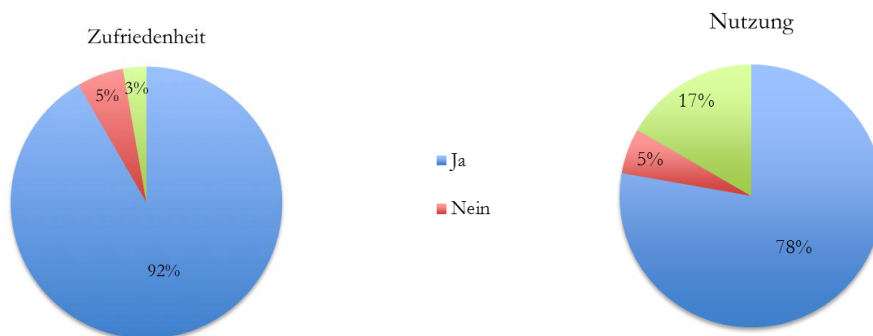


Abbildung 9: Zufriedenheit der Teilnehmenden und Nutzung der bestehenden Weiterbildungsangebote (n=36).

Mehrmals wurde bei den Bemerkungen aufgeführt, dass es zum Zeitpunkt der Befragung nur wenig Weiterbildungsangebote für fachlich junge Therapierende in der Deutschschweiz gab:

„Es fehlen Weiterbildungen für Psychotherapeuten, die sich im Gebiet 0-3 Erstausbilden wollen (Curricula in München oder Heidelberg). Fortbildungen für Qualifizierte finden vor allem in Kongressen statt. Die GAIMH vertritt eine Arbeitsgruppe zu Themen in Zürich“ (Teilnehmende Person Nr. 12).

5.1.14 Angebot und Nachfrage

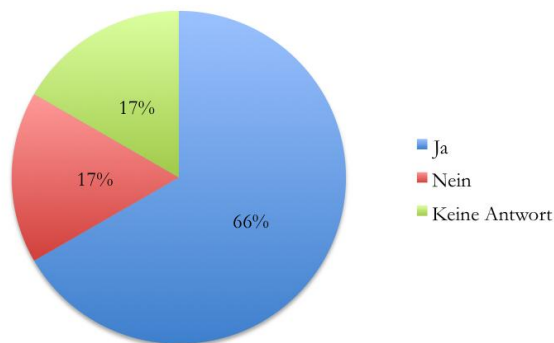


Abbildung 10: Verteilung der Antworten auf die Frage, ob in der Schweiz eine grössere Nachfrage an Babysprechstunden besteht, als derzeit angeboten werden (n=36).

24 Teilnehmende (66%, n=36) dachten, dass eine grössere Nachfrage an Babystunden besteht, als derzeit angeboten werden. Wie Abbildung 10 zeigt, dachten je 6 Teilnehmende (17%), dass die Nachfrage nicht grösser ist als das Angebot oder beantworteten die Frage nicht.

Einige Teilnehmende welche denken, dass die Nachfrage nicht grösser ist als das Angebot führen dies auf die niedrige Bekanntheit von Babysprechstunden in ländlichen Teilen der Schweiz zurück. Auch grosse regionale Unterschiede wurden genannt. Eine Person, welche die Frage nicht beantwortete, führte folgende Bemerkung an:

„In Zürich bestehen viele Angebote. Ich erhalte Anfragen von anderen Kantonen, die anscheinend weniger bedient sind. Meines Erachtens soll Babysprechstunde in einem kombinierten ärztlich-psychotherapeutischen Setting angeboten werden (nicht nur psychologisch)“ (Teilnehmende Person Nr. 12).

Mehrfach wurde der Bekanntheitsgrad von Babysprechstunden thematisiert:

„Je ne possède pas d'éléments suffisants pour savoir cela au niveau de la Suisse. Pour ce qui concerne le Ct. du Tessin nous avons constaté que les familles ont souvent beaucoup de résistance pour accueillir la proposition d'aide mais que celle-ci pourrait être plus amples si une bonne information était faite“ (Teilnehmende Person Nr. 6).

Nicht nur in der italienischsprachigen Schweiz scheint der Bekanntheitsgrad ein Thema zu sein, wie diese Bemerkung aus dem deutschsprachigen Raum zeigt:

„Grössere Bekanntheit der Babysprechstunden -> niederschwellige Überweisung“ (Teilnehmende Person Nr. 13).

Dass auch die Vernetzung der verschiedenen Fachpersonen im Bereich von Nachfrage und Angebot eine Rolle spielt zeigt dieses Zitat:

„Das Problem scheint mir eher zu sein, dass die Zusammenarbeit aller im Frühbereich Tätigen noch nicht optimal ist und dass die Eltern sich sehr schwer tun, früh zu kommen. Aufklärung wäre wichtig!“ (Teilnehmende Person Nr. 27).

6 Diskussion

Die vorgängig aufgeführten Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst und die Fragestellungen beantwortet. Darauf folgt eine Interpretation und Diskussion der Resultate, in der auf den bearbeiteten theoretischen Teil der Arbeit zurückgegriffen wird. Daraus werden Implikationen für die Praxis sowie das Fazit der Ergebnisse generiert. Eine kritische Beurteilung des methodischen Vorgehens sowie weiterführende Überlegungen bilden den Abschluss der Arbeit.

6.1 Zusammenfassung

Die Ziele der vorliegenden empirischen Bachelorarbeit bestanden darin, psychotherapeutische Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen in der Schweiz ausfindig zu machen. Ferner wurden die Arbeitsweise sowie die Bedürfnisse der Privatpersonen und Institutionen, welche mit Kleinkindern und ihren Bezugspersonen psychotherapeutisch arbeiten, erfasst. Insgesamt konnten 38 Angebote ausfindig gemacht werden, wovon 36 an der quantitativen Befragung zwischen Dezember 2011 bis Januar 2012 teilnahmen. Die Daten wurden im Statistikprogramm SPSS ausgewertet und mittels Tabellen und Abbildungen deskriptiv nach Häufigkeiten dargestellt. Diese möglichst umfassende Erhebung soll den im Frühbereich arbeitenden Fachpersonen einen Überblick über bestehende Angebote ermöglichen. Durch die Bedarfsanalyse über Weiterbildungsangebote und die Zusammenarbeit mit externen Stellen werden Schlussfolgerungen für die Praxis gezogen. Die vorliegende Diskussion erhebt nicht den Anspruch, abschliessende Befunde zu liefern. Sie soll zu weiteren Untersuchungen anregen und aufgrund der erhobenen Bedürfnisse der Teilnehmenden Veränderungsmöglichkeiten in Praxis und Politik aufzeigen.

6.2 Beantwortung der Fragestellung

1. Fragestellung

Welche psychotherapeutischen Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen bestehen in der Schweiz?

36 Teilnehmende aus privaten wie auch institutionellen psychotherapeutischen Angeboten für Kleinkinder und ihre Bezugspersonen nahmen an der Befragung teil. Mit 11 Teilnehmenden aus dem Kanton Zürich bestanden dort zum Zeitpunkt der Befragung am meisten psychotherapeutische Angebote für Kleinkinder und ihre Bezugspersonen. In einigen Kantonen waren

keine Babysprechstunden auffindbar. 14 der 36 Angebote bestanden unter dem Namen „Babysprechstunde“ bzw. „Consultation bébé-parents“ und 2 Angebote unter dem Namen „Schlafsprechstunde“. Die restlichen Angebote bestanden unter einem anderen Namen oder waren in einem andern Angebot integriert. 42% der Babysprechstunden wurden von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutionen angeboten, 33% von privaten Praxen und 13% von somatischen Spitälern. Die befragten Angebote bestanden im Durchschnitt seit 12 Jahren. Das älteste Angebot besteht seit 1969, das jüngste seit 2010. Im Jahr 2009 wurden mit sieben neuen Angeboten am meisten neue Babysprechstunden in der Schweiz eröffnet.

2. Fragestellung

Wie arbeiten die Institutionen und Privatpersonen und welches sind ihre Bedürfnisse?

Die durchschnittliche Teamgrösse betrug fünf Personen, sieben Teilnehmende arbeiteten alleine während das grösste Team aus 25 Personen bestand. Zahlreiche Berufsgruppen zählten zu einem Team einer Babysprechstunde: Ärzteschaft, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Erziehung, Fachärzte und Fachärztinnen (Psychiatrie, Neurologie, Pneumologie, Intensivmedizin, Entwicklungspädiatrie), Logopädie, Sozialarbeit, Pflege, Psychologie sowie Psychomotorik. Im Durchschnitt betreuten die befragten Angebote 63 Familien pro Jahr. 69% der Teilnehmenden berichteten, dass ihre Klienten häufig von Pädiater oder Pädiaterinnen überwiesen wurden. 58% der Teilnehmenden gaben an, dass Selbstzuweisungen ebenfalls häufig waren. Weitere 46% der Teilnehmenden erhielten häufig Zuweisungen von Mütter- und Väterberatungsstellen. Hausärzte überwiesen bei 18% der Teilnehmenden häufig Klienten. 48% der Teilnehmenden gaben ferner an, dass ihnen häufig Klienten von anderen Personen wie (Kinder-) Spitälern, Erwachsenenpsychiatrie, Hebammen, Gynäkologen und Gynäkologinnen, Kinderkrippen, (Vormundschafts-) Behörden sowie Fachkollegen und Fachkolleginnen zugewiesen wurden. Bei 80% der Teilnehmenden wurden die Interventionen häufig durch die Grundversicherung getragen. 33% der Therapien dauerten über einen Zeitraum von 1-5 Sitzungen, 50% über einen Zeitraum von 5-10 Sitzungen und 17% länger als 10 Sitzungen. Das häufigste Setting einer Babysprechstunde war Mutter-Kind-Therapeut/Therapeutin.

Die in der Praxis am häufigsten behandelten Störungen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung Regulationsstörungen (ZIT-DC: 0-3). Darauf folgten in absteigender Reihenfolge Schlafverhaltensstörungen, Störungen auf Achse II, Essverhaltensstörungen, Anpassungsstörungen, Störungen der Bezogenheit und Kommunikation. Eher selten wurden Affektstörungen und posttraumatische Stressstörungen behandelt. Die therapeutischen Interventionen basierten am häufigsten auf psychodynamischen Ansätzen. 19% der Teilnehmenden arbeiteten nur mit psychodynamischen Ansätzen und 72% kombinierten psychodynamische Ansätze oder eine psychodynamische Grundhaltung mit anderen Ansätzen. 58% der Teilnehmenden integrierten in ihrer Babysprechstunde Elemente aus der Systemischen Therapie. 6% der Teilnehmenden arbeiteten rein verhaltenstherapeutisch und 31% kombinierten verhaltensthera-

peutische Elemente. Diagnostisch oder therapeutisch arbeiteten 22% der Teilnehmenden mit Videos. 28 % der Teilnehmenden nannten weitere handlungsanweisende Ansätze, welche den bereits Genannten nicht zuzuordnen waren. 54% der Teilnehmenden verfügten über ein qualitätssicherndes Instrument. Das am häufigsten genannte qualitätssichernde Instrument war die Supervision.

Zum Zeitpunkt der Befragung bestand ein hoher Bedarf an zusätzlicher Unterstützung für die betreuten Familien. 83% der Teilnehmenden dachten, dass es zusätzliche Unterstützung in Haushalt und Betreuung durch Familienhilfe geben sollte. Der Bedarf an Mütter- und Väterberatung wurde von 54% als zusätzliche Unterstützung zu einer bestehenden Therapie genannt. Weitere 74% dachten, dass stationäre Mutter-Kind-Therapie als ergänzendes Angebot bestehen sollte. 77% der Teilnehmenden arbeiteten ferner bei Bedarf mit einem Dolmetscher oder einer Dolmetscherin. Alle Teilnehmenden gaben an, mit anderen Diensten wie Familienhilfe, Mütter- und Väterberatung oder anderen zusammen zu arbeiten. Die Formen der Zusammenarbeit sind unterschiedlich, die häufigste genannte Form der Zusammenarbeit war fachlicher oder fallbezogener Austausch. Gegenseitige Zuweisungen fanden ebenfalls häufig statt. Die Befragung zeigte, dass drei Viertel der Teilnehmenden eine starke Vernetzung mit anderen (somatischen, psychosozialen oder psychologisch-psychiatrischen) Institutionen schätzen würden. Mit dem bestehenden Weiterbildungsangebot waren 92% der Teilnehmenden zufrieden und 78% nutzen dieses auch. Es wurde jedoch angemerkt, dass nur wenig Weiterbildungsangebote für fachlich junge Therapierende in der Deutschschweiz bestehen. Abschliessend dachten 66% der Teilnehmenden, dass eine grössere Nachfrage an Babystunden besteht, als derzeit angeboten werden. Je 17% denken, dass die Nachfrage nicht grösser ist als das Angebot oder beantworteten die Frage nicht. Einige Teilnehmende welche dachten, dass die Nachfrage nicht grösser als das Angebot ist, führten dies auf die niedrige Bekanntheit von Babysprechstunden in ländlichen Teilen der Schweiz zurück.

6.3 Interpretation der Ergebnisse

Die Auswertung der Ergebnisse zeigte, dass zum Zeitpunkt der Befragung in 18 von 26 Kantonen der Schweiz seit durchschnittlich 12 Jahren psychotherapeutische Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen bestanden. Mehr als zwei Drittel der Teilnehmenden gaben an, auch ausserkantonale Klienten zu betreuen. Gründe dafür waren unter anderem bestehende interkantonale Verträge oder fehlende Angebote im Heimatkanton der Klienten. Somit scheinen zumeist alle Einwohner aus allen Kantonen Zugang zu Babysprechstunden zu haben, wobei lange Anfahrtswege für viele Betroffene eine Hürde darstellen können. Am meisten psychotherapeutische Angebote konnten im Kanton Zürich ausfindig gemacht werden. Dies erstaunt nicht, ist dies auch der bevölkerungsreichste Kanton der Schweiz (bfs, 2011). Mit 1 bis 3 Angeboten pro Kanton war die Anzahl der in den anderen Kantonen ermittelten Angebote überraschend ausgeglichen. Dies könnte darauf hinweisen,

dass trotz intensiver Recherche nicht alle bestehenden Angebote erfasst wurden. Mehr als ein Drittel der Angebote bestanden unter dem Namen „Babysprechstunde“ (bzw. „Consultation bébé-parents“). Je annähernd ein Drittel der Angebote bestanden unter einem anderen Namen oder waren in einem anderen Angebot integriert. Die psychotherapeutischen Angebote bestanden zum Zeitpunkt der Befragung am häufigsten in ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutionen sowie in Privatpraxen. Auch einige somatische Spitäler (meist Kinderspitäler) boten ambulante psychotherapeutische Begleitung für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen an. Deutlich weniger Angebote bestanden im stationären Rahmen von somatischen oder psychiatrischen Institutionen. Dieses Ergebnis entspricht den im theoretischen Teil beschriebenen therapeutischen Ansätzen, die im Regelfall im ambulanten oder häuslichen Rahmen angewandt werden. Gleichzeitig zeigt dies auch auf, dass kaum psychotherapeutische Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen bestehen, welche in Krisensituationen oder bei anhaltender Belastung Bedarf an einer stationären Begleitung hätten.

Beinahe die Hälfte aller Teilnehmenden verfügte über einen Abschluss in Psychologie (mehrheitlich mit zusätzlicher therapeutischer Ausbildung), etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden verfügte über einen Ärztetitel (meist mit psychiatrischem Fachtitel). Die Klienten wurden ihnen am häufigsten von Pädiatern und Pädiaterinnen zugewiesen. Dies ist erfreulich, bringt eine Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen diverse Vorteile für die Betroffenen. So kann zum Beispiel die Verantwortung für die Nachsorge unter den Fachpersonen gezielt abgesprochen werden. Ferner kamen bei der Hälfte der Teilnehmenden Selbstzuweisungen sowie Zuweisungen durch Mütter- und Väterberatungsstellen häufig vor. Deutlich seltener wurden Klienten von Hausärzten und Hausärztinnen überwiesen. Dies könnte daran liegen, dass diese eher weniger häufig Kleinkinder und ihre Bezugspersonen betreuen als Pädiater und Pädiaterinnen. Ferner könnte es auch darauf hinweisen, dass die Bekanntheit von Babysprechstunden bei Hausärzten und Hausärztinnen eher gering sein könnte, was mit der vorliegenden Arbeit jedoch nicht verifiziert werden kann.

Die Teilnehmenden arbeiteten durchschnittlich in einem Team von 5 Personen und behandelten 63 Fälle bzw. Familien pro Jahr. Ein Team kann sich aus verschiedenen Berufsgruppen wie Ärzteschaft, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Erziehung, Fachärzte und Fachärztinnen (Psychiatrie, Neurologie, Pneumologie, Intensivmedizin, Entwicklungspädiatrie), Logopädie, Sozialarbeit, Pflege, Psychologie sowie Psychomotorik zusammensetzen. Dies bedeutet, dass sich die psychotherapeutischen Angebote für Kleinkinder und ihre Bezugspersonen abhängig von der Teamkonstellation sehr unterscheiden können und eine enorme Vielfalt besteht. Diese Vielzahl von möglichen involvierten Berufsgruppen wurde bereits im theoretischen Teil erwähnt. Es zeigt auf, dass Störungen, welche Kleinkinder und ihre Bezugspersonen betreffen, Auswirkungen und Einschränkungen in zahlreiche Lebensbereiche der Betroffenen mit sich ziehen. Dementsprechend müssen bei Bedarf auch verschiedene Berufsgruppen in eine Beratung oder Therapie einbezogen werden. Dies bedeutet für einen Sechstel der Teilnehmenden,

welche alleine arbeiten, dass sie diese Vielfalt nur durch Zusammenarbeit mit anderen Institutionen oder Personen erlangen können.

Die Interventionen dauerten bei der Hälfte aller Teilnehmenden über einen Zeitraum von 6-10 Sitzungen und bei einem Drittel 1-5 Sitzungen. Wenige Teilnehmende betreuten ihre Klienten über einen längeren Zeitraum als 10 Sitzungen. Dieses Resultat ist nicht direkt vergleichbar mit Zahlen aus der Literatur. Dort wird die durchschnittliche Sitzungsdauer einzelner Institutionen genannt, während hier ein Mittelwert mehrerer Institutionen vorliegt. Es zeigen sich in der vorliegenden Arbeit jedoch andere Häufigkeiten als z.B. in der Münchner oder in der Basler Sprechstunde. Dort werden lediglich ein Fünftel aller Fälle über einen längeren Zeitraum als 5 Sitzungen begleitet. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit decken sich jedoch mit Befunden aus der Babysprechstunde Osnabrück, in der die Therapiedauer selten über 10 Sitzungen liegt.

Das häufigste Setting in einer Babysprechstunde war wie erwartet und in der Literatur genannt (z.B. Cramer & Palacio-Espasa, 2009) Mutter und Kind zusammen mit dem Therapeut oder der Therapeutin. Dies überrascht wenig angesichts der engen Beziehung der Mutter zu ihrem Kinde in den ersten Lebensmonaten sowie den vielen therapeutischen Ansätzen, welche diese Dyade fokussieren. Das zweithäufigste Setting einer Babysprechstunde war Mutter-Vater-Kind-Therapeut oder Therapeutin. Aufgrund der vorliegenden Daten können keine Aussagen über den Erfolg einer Behandlung gemacht werden. Angesichts der bearbeiteten Theorie scheint es jedoch sinnvoll, möglichst alle an Erziehung und Interaktion beteiligten Personen in eine Therapie oder Beratung einzubeziehen.

Am häufigsten wurden in der Praxis Regulationsstörungen, Schlafverhaltensstörungen und Störungen auf Achse II behandelt. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus der Literatur und überrascht daher nicht. Interessant sind die Auswertungen bezüglich den handlungsanweisenden therapeutischen Ansätzen. Es zeigte sich, dass 91% der Teilnehmenden psychodynamisch arbeiteten, wobei annähernd ein Viertel davon rein psychodynamisch arbeitete. Demgegenüber standen lediglich 2 Anbietende, welche rein verhaltenstherapeutisch arbeiteten und ein Drittel, welche verhaltenstherapeutische Elemente mit anderen Ansätzen kombinierten. Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden integrierten systemische Elemente in ihrer Beratung oder Therapie, rein systemische Therapie wurde von niemandem angeboten. In der Literatur sind zahlreiche psychodynamisch fundierte Konzepte anzutreffen, welche spezifisch auf Kleinkinder und ihre Bezugspersonen fokussieren. Auch die Wegbereiter und Wegbereiterinnen dieser spezifischen Therapieform waren psychodynamisch orientiert. Der hohe Prozentsatz psychodynamischer Arbeitsweisen der Teilnehmenden kann in diesem Sinne als Folge dessen betrachtet werden. Weiter gab ein Viertel der Teilnehmenden explizit an, diagnostisch oder therapeutisch mit Videos zu arbeiten. Ebenfalls ein Viertel nannte weitere therapeutische Ansätze die sie in ihrer Arbeit integrierten, welche nicht den bereits genannten zuzuordnen waren.

Die Frage, ob die Teilnehmenden systematisch somatische Ursachen vor einer psychotherapeutischen Intervention ausschliessen, lieferte keine eindeutigen Ergebnisse. Einige schienen effektiv systematisch vorzugehen, andere griffen im Verlauf der Therapie oder bei Bedarf auf pädiatrische Abklärungen zurück oder kontaktierten die zuständige Pädikerin oder Pädiker für Rückfragen. Dieser Befund hat zwei Seiten: einerseits können dadurch Beratung und Therapie niederschwelliger und auf das vordergründig scheinende Symptom fokussiert durchgeführt werden. Andererseits birgt dies das Risiko, eine allfällige somatische Erkrankung als Ursache für die Symptome nicht oder erst verspätet zu entdecken.

Etwas mehr als die Hälfte der Teilnehmenden verfügte über ein qualitätssicherndes Instrument. Dabei wurde am häufigsten die Supervision genannt. Angesichts der Diskussion von Öffentlichkeit und Kostenträgern über die Effektivität von psychotherapeutischen Behandlungen wurde hier ein höherer Wert erwartet. Es ist jedoch gut möglich, dass Qualitätssicherung in vielen noch nicht lange bestehenden Angeboten noch nicht ausreichend ausgebaut werden konnte.

Die Ergebnisse zeigten, dass aus Sicht der Teilnehmenden ein enorm hoher Bedarf an ergänzenden und unterstützenden Angeboten für die betroffenen Klienten besteht. Alle Teilnehmenden, welche die Frage beantworteten, sprachen sich für ergänzende Angebote aus. Den grössten Bedarf sahen sie bei Familienhilfe (83%), gefolgt von stationärer Mutter-Kind-Therapie (74%) sowie Mütter- und Väterberatung (54%). Häufig erwähnt wurde der Bedarf an Angeboten unterschiedlicher Form, in denen Mutter und Kind gemeinsam betreut werden: stationäre sowie tagesklinische Projekte mit interdisziplinärer Kompetenz, Ferienangebote, begleitetes Mutter-Kind-Erholungshaus/Ferienhaus. Mehrfach genannt wurde der Bedarf an spezifisch auf das Gebiet (Kinder im Alter von 0-3 Jahren) ausgebildeten Fachleuten, welche mit entwicklungspsychologischem und interaktionellem Hintergrund aufsuchende Arbeit leisten (Hausbesuche, aufsuchende Therapien). Weiter bestand Bedarf an sozialpädagogischer Familienbegleitung und besseren Möglichkeiten für Säuglingsplatzierungen (Hort, Kinderkrippen, Kinderheime). Diese Ergebnisse zeigten aus Sicht der Fachleute einen deutlichen Handlungsbedarf und Ausbau an ergänzenden Angebote für die Betroffenen auf. Es bestand zum Zeitpunkt der Befragung bereits Zusammenarbeit auf kantonaler oder kommunaler Ebene wie einzelne Teilnehmende bestätigten. Es wäre jedoch sehr wünschenswert, diese landesweit auszuweiten. Nationale wie auch kantonale oder kommunale Behörden und Politik sind gefragt, um diese Bedürfnisse abzudecken und um das Wohlergehen der Familien in der Schweiz sicherzustellen. Alle Teilnehmenden (100%) gaben an, mit anderen Diensten wie Familienhilfe, Mütter- und Väterberatung oder anderen zusammen zu arbeiten. Die häufigste genannte Form der Zusammenarbeit war fachlicher oder fallbezogener Austausch, gegenseitige Zuweisungen fanden ebenfalls häufig statt. Diese Zahl ist sehr erfreulich und zeigt auf, wie relevant eine enge Zusammenarbeit für die Betroffenen und Fachleute ist. Gleichwohl hätten sich 75% der Teilnehmenden eine stärkere Vernetzung mit andern somatischen, psychosozialen oder psychologisch-psychiatrischen Institutionen gewünscht. Lediglich 14% fühlten sich ausreichend

vernetzt, 11% beantworteten die Frage nicht. Die Teilnehmenden sahen unter anderem Bedarf an zusätzlicher Vernetzung für den Austausch mit Abklärung von Zuständigkeit sowie für Intervention bzw. Supervision, den Aufbau von Mutter-Kind-Plätzen und gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit.

Hinsichtlich der angebotenen Weiterbildungen bestand bei 92% der Teilnehmenden Zufriedenheit. Es stellte sich jedoch heraus, dass in der deutschsprachigen Schweiz zu wenig Weiterbildungsangebote für fachlich junge Mitarbeitende vorhanden sind. Schliesslich dachten zwei Drittel aller Teilnehmenden, dass die Nachfrage an Babysprechstunden grösser ist als das Angebot. Je 17% dachten, dass die Nachfrage nicht grösser ist als das Angebot oder beantworteten die Frage nicht. Mehrere Teilnehmende führten eine mangelnde Nachfrage darauf zurück, dass Babysprechstunden vor allem in ländlichen Teilen der Schweiz kaum bekannt sind und „die Zusammenarbeit aller im Frühbereich tätigen nicht optimal ist“ (Teilnehmende Person Nr. 27). Diese Ergebnisse stimmen überein mit dem hohen Bedarf der Teilnehmenden an Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Institutionen und Diensten. Die Öffentlichkeitsarbeit bleibt eine zentrale Thematik.

6.4 Fazit und Implikationen für die Praxis

Die vorliegende Untersuchung zeigte auf, dass zahlreiche psychotherapeutische Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen in der Schweiz bestehen. Jedes Angebot scheint sich hinsichtlich der Vorgehensweise und therapeutischen Ansätze von den anderen zu unterscheiden. Dementsprechend bestehen die Angebote auch unter unterschiedlichen Namen. Für die potentiellen Klienten und Zuweisenden könnte es daher hilfreich sein die Angebote ausfindig zu machen, wenn diese unter einem einheitlicheren Namen bestehen würden.

Die Ergebnisse verdeutlichten den hohen Bedarf der Teilnehmenden an Vernetzung mit anderen Institutionen. Alle Teilnehmenden arbeiteten bereits mit anderen Privatpersonen oder Institutionen zusammen, 75% wünschten sich jedoch eine stärkere Vernetzung.

Ein weiterer Schwerpunkt scheint der Bedarf an Unterstützung für die betroffenen Familien zu sein. Um den Forderungen nach betreuten Plätzen für Mutter-Kind oder Vater-Kind nachzukommen, müsste vermehrt Lobbying betrieben werden, um politische Entscheidungsträger für die Problematik zu sensibilisieren. Eine nationale berufspolitische Vereinigung, welche auch Öffentlichkeitsarbeit leisten würde, scheint gefragt. Dies wird möglicherweise schon jetzt durch die GAIMH und ihre Regionalgruppen gemacht, wird aber doch immer noch als ungenügend eingestuft. Deutschsprachige Teilnehmende, welche Bedarf an Vernetzung haben, könnten sich den Regionalgruppen der GAIMH anschliessen und sich aktiv beteiligen. Des

Weiteren sollte die Zusammenarbeit mit Mütter- und Väterberatungsstellen und anderen im Frühbereich tätigen Fachleuten regional geklärt werden.

Direkte Implikationen für die in diesem Bereich tätigen Fachleute könnten sein, dass somatische Ursachen systematisch ausgeschlossen werden sollten. Ferner scheint es aufgrund der Ergebnisse und aktueller Diskussionen nötig, Qualitätssicherung in Form von Intervention oder Supervision auszubauen.

Zudem sollten im deutschsprachigen Raum der Schweiz an Universitäten oder Fachhochschulen spezifische Curricula geschaffen werden um die Weiterbildung junger Therapeuten und Therapeutinnen zu sichern.

6.5 Methodenkritik und weiterführende Überlegungen

Das Studiendesign sowie der Fragebogen erwiesen sich grösstenteils als geeignet, die Fragestellungen zu beantworten. Dadurch konnte sowohl eine Übersicht über die bestehenden Angebote, als auch detaillierte Informationen über die Bedürfnisse der Fachleute erhoben werden. Durch die hohe Rücklaufquote können die Ergebnisse als repräsentativ betrachtet und auch generalisiert werden. Ob der Anspruch, alle psychotherapeutischen Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen ausfindig zu machen erfüllt wurde, kann nicht abschliessend beurteilt werden. Die Teilnehmenden wurden jeweils angefragt, weitere Anbietende aus dem Kanton zu nennen, welche sie kennen. Aufgrund des hohen Bedarfs an zusätzlicher Vernetzung kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sich nicht alle Fachpersonen des jeweiligen Kantons kennen.

Die hohe Anzahl von Angeboten aus dem Kanton Zürich könnte einerseits darauf zurückzuführen sein, dass diese stärker vernetzt sind, was zu einer höheren Befragungsrate führte. Andererseits könnte dies auch der tatsächlichen Verteilung entsprechen. Da sich die Angebote aus dem Kanton Zürich in verschiedenen Bereichen stark unterscheiden, kann davon ausgegangen werden, dass die hohe Anzahl Teilnehmender aus dem Kanton Zürich das Gesamtbild der Untersuchung nicht verfälscht.

Unter den Teilnehmenden befinden sich auch einige, die weniger als 10 Fälle oder Familien pro Jahr begleiteten. Trotzdem wurden sie in die Studie aufgenommen, da sie die genannten Einschlusskriterien (s. Kapitel 4.3.1) erfüllten. Es erschien sinnvoll, möglichst alle in diesem Fachbereich tätigen mit einzubeziehen, um ein umfassendes Bild über die Angebote und Bedürfnisse zu generieren.

Es stellte sich bei der Auswertung des Fragebogens heraus, dass nicht alle Teilnehmenden mit der ZTT-DC: 0-3 arbeiten bzw. einige diese nicht kennen. So konnten nicht alle Antworten der Frage 11 ausgewertet werden, da einige Teilnehmenden ihre Antworten auf die ICD-10

bezogen. Ferner erwies sich die Unterfrage zur Frage 15 über die Qualitätssicherung als ungeeignet. Einige Teilnehmende stellten Rückfragen, welche zur Klärung dienten. Bei der Auswertung und Auszählung von Antworten auf offene Fragen stellten sich einige Schwierigkeiten. So kann zum Beispiel nicht gesagt werden, dass nur diejenigen Teilnehmenden mit Videos arbeiten, welche dies bei der offenen Frage 12 anführten, da nicht explizit nach Videos gefragt wurde. Ferner stellte sich heraus, dass einige Teilnehmende in mehreren Institutionen arbeiten. Fünfmal kam es vor, dass Teilnehmende aus einer Institution auch in einer eigenen Praxis tätig sind. So musste nachträglich die Unterscheidung zwischen „Primären Anbietenden“ und „Lokalitäten, in denen Babysprechstunden angeboten werden“ eingeführt werden. Insgesamt wurden somit Angebote von 54 Lokalitäten erfasst.

Regionale Unterschiede konnten durch ausgewählte Antworten auf offene Fragen illustriert werden, die Lesenden können diese jedoch auf Grund der Anonymisierung nicht zuordnen. Insofern konnten regionale Unterschiede nur beschränkt aufgezeigt werden. Aus demselben Grund kann die vorliegende Arbeit Fachpersonen und Interessierten nur begrenzt als Hilfe dienen, geeignete Institutionen für eine Beratung oder Therapie zu finden.

Die Untersuchung befasste sich weder im theoretischen noch im empirischen Teil mit dem Thema Effektivität psychotherapeutischer Interventionen. Da psychotherapeutische Angebote von verschiedenen Seiten hinterfragt werden, wäre es jedoch wichtig, Effektivität nachzuweisen um darauf fundierte Forderungen stellen zu können.

Mögliche weiterführende Studien könnten auf der Ebene der Klienten in einem ersten Schritt eine qualitative Befragung junger Eltern sein. Eine darauf basierende quantitative Erhebung könnte anschliessend Ergebnisse über Einstellungen und Kenntnisse von Babysprechstunden liefern. Öffentlichkeitsarbeit würde dadurch gezielt betrieben werden können. Falls das Bedürfnis der Fachpersonen besteht, könnte eine qualitative Befragung der psychotherapeutisch tätigen Fachpersonen detaillierte Informationen der Bedürfnisse hinsichtlich des Ausbaus einer (berufspolitischen) Organisation sowie der Vernetzung liefern.

7 Literatur

- Borke, J. (2008). Die Babysprechstunde Osnabrück. Geschichte, Theorie und Praxis einer systemisch- entwicklungspsychologischen Beratungseinrichtung. In J. Borke & A. Eickhorst (Hrsg.), *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit* (S. 87-108). Wien: Facultas.
- Borke, J. & Eickhorst, A. (Hrsg.). (2008). *Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit*. Wien: Facultas.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Reinhardt. (Original erschienen 1988: A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory)
- Brazelton, T. B., Cramer B. G. (1991). *Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen den Baby und seinen Eltern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2009). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie* (9. überarb. & erw. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brockhaus (Hrsg.). (2009). *Brockhaus Psychologie Fühlen Denken und Verhalten verstehen* (2. überarb. Aufl.). Brockhaus: Mannheim.
- Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting family scripts. Improvisation and system change*. New York: Guilford.
- Caspar, F. (2009). In H. Häcker & K.-H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (15., überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Cohen, N. J., Muir, E. & Lojasek, M. (2003). „Watch, Wait and Wonder“ Ein kindzentriertes Psychotherapieprogramm zur Behandlung gestörter Mutter-Kind-Beziehungen. In M. Günter und K. von Klitzing (Hrsg.), *Kinderanalyse*, 11 (1), 58-79.
- Cramer, B. G. & Palacio-Espasa, F. (2009). *Psychotherapie mit Müttern und ihren Babys. Kurzzeitbehandlungen in Theorie und Praxis*. Giessen: Psychosozial.
- Dornes, M. (2004). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen* (11. Aufl.). Frankfurt: Fischer.

- Dornes, M. (2000). *Die emotionale Welt des Kindes*. Frankfurt: Fischer.
- Fivaz-Depeursinge, E. & Corboz-Warnery, A. (2001). *Das primäre Dreieck. Vater, Mutter und Kind aus entwicklungstheoretisch-systemischer Sicht*. Heidelberg: Carl Auer.
- Fraiberg, S. (1986). *Die magischen Jahre in der Persönlichkeitsentwicklung des Vorschulkindes. Psychoanalytische Erziehungsberatung*. Hamburg: Hoffmann und Campe.
- Hänggi, Y., Schweinberger, K. & Perrez, M. (2011). *Feinfühligkeitstraining für Eltern. Kursmanual zum Freiburger Trainingsprogramm „Wie sagt mein Kind, was es braucht?“*. Bern: Huber.
- Klitzing, K. v. (Hrsg.). (1998). *Psychotherapie der frühen Kindheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Klitzing, K. v. (2009). *Reaktive Bindungsstörungen*. Heidelberg: Springer.
- Lichtenberg, J. D., Lachmann, F. M. & Fosshage, J. L. (2000). *Das Selbst und die motivationalen Systeme. Zu einer Theorie psychoanalytischer Technik*. Frankfurt: Brandes & Aspel.
- Mahler, M., Pine, F., Bergmann, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- McDonough, S. (2000). Interaction guidance: an approach for difficult-to-engage families. In C. H. Zeanah, (Hrsg.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., p. 485–493). New York: Guilford Press.
- Michel, C. & Novak, F. (2004). *Kleines Psychologisches Wörterbuch* (22. Aufl.). Freiburg: Herder.
- Mietzel, G. (2002). *Wege in die Entwicklungspsychologie. Kindheit und Jugend* (4. vollst. überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hrsg.). (1999). *Zero to three. Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern*. Wien: Springer.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1979). The infant's fundamental adaptive response system in social interaction. In E. B. Thoman (Ed.), *Origins of the infant's social responsiveness* (p. 175-208). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: a dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In J.D. Osofsky (Ed.), *Handbook of infant development* (2nd ed., p. 669-720). New York: Wiley.
- Papoušek, M. (1996). Die intuitive elterliche Kompetenz in der vorsprachlichen Kommunikation als Ansatz zur Diagnostik von präverbalen Kommunikations- und Beziehungsstörungen. *Kindheit und Entwicklung*, 5, 140-146.
- Papoušek, M. (2001). Intuitive elterliche Kompetenzen – Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und –Psychotherapie. *Frühe Kindheit*, 1, 4-10.
- 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* (1. Nachdruck, S. 77-110). Bern: Hans Huber.
- Papoušek, M. & Hofacker, N. v. (2004). Klammern, Trotzen, Toben – Störungen der emotionalen Verhaltensregulation des späten Säuglingsalters und Kleinkindalters. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (1. Nachdruck, S. 201-232). Bern: Hans Huber.
- Papoušek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (Hrsg.). (2004), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (1. Nachdruck). Bern: Hans Huber.
- Romer, G. (2011). Aktuelle Entwicklungen in der Eltern-Baby-Psychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 6, 413-416.
- Spitz, R. (1951). Psychogenic diseases in infancy: an attempt at their etiologic classification. *Psychoanalytical Study of the Child*, 6, 255-275.
- Stern, D. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation. Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozesse in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt: Brandes & Aspel.

- Trautmann-Voigt, S. & Moll, M. (2011). *Bindung in Bewegung. Konzept und Leitlinien für eine psychodynamisch fundierte Eltern-Säuglings-Kleinkind-Psychotherapie*. Giessen: Psychosozial.
- Winnicott, D. W. (2002). *Vom Spiel zur Kreativität* (10. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1971: *Playing and Reality*)
- Wolke, D. (1999). Interventionen bei Regulationsstörungen. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper und G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch* (S. 350-380). Weinheim: Beltz.
- 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* (1. Nachdruck, S. 281-310). Bern: Hans Huber.
- Wyl, A. v., Watson, M., Glanzmann, R. & Klitzing, K. v. (2008). Basler interdisziplinäre Sprechstunde für Eltern von Säuglingen und Kleinkindern: Konzept und empirische Ergebnisse. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 5, 216-236.
- Zeanah, C. H. (Hrsg.). (2009). *Handbook of Infant Mental Health* (3. Aufl.). New York: Guilford Press.
- Ziegenhain, U., Fries, M., Bütow, B. & Derksen, B. (2004). *Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern. Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.

Internetquelle

- Bundesamt für Statistik (2011). *Bevölkerungsstand und -struktur – Indikatoren. Ständige Wohnbevölkerung nach Kanton*. [On-line]. Available: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/raeumliche_verteilung/kantone__gemeinden.html (23.4.2012)

8 Anhang

Anhang A	Fragebogen Deutsch
Anhang B	Fragebogen Französisch
Anhang C	Begleitbrief Deutsch
Anhang D	Begleitbrief Französisch

Fragebogen „Babysprechstunde“

In welchem Kanton und Ort liegt Ihre Institution?

.....

Kontaktperson (fakultativ, für allfällige Rückfragen):

.....

Akademischer Titel bzw. therapeutische Ausbildung FSP/SBAP:

.....

Angebot

1. Unter welchem Namen besteht Ihr Angebot (im Folgenden „Babysprechstunde“ genannt)? (Zutreffendes Bitte ankreuzen)

Babysprechstunde

Schlafsprechstunde

andere:

integriert in anderem Angebot:

2. Seit wann besteht Ihr Angebot der Babysprechstunde (Monat, Jahr)?

.....

3. Wo wird Ihre Babysprechstunde angeboten? (Zutreffendes ankreuzen)

Private Praxis

KJPD

Somatisches Spital

ambulant

stationär

Kinder- und Jugendpsychiatrie

ambulant

stationär

Erwachsenenpsychiatrie

ambulant

stationär

andere (Name):

4. Aus wie vielen Personen besteht Ihr Team und in welchem Fachbereich sind diese tätig (PsychologInnen, PsychiaterInnen, SozialarbeiterInnen, Andere)?

.....
.....

5. Wie viele Beratungen (Familien oder Fälle pro Jahr) führen Sie durch?

.....

6. Wie oft werden Ihre Klienten von folgenden Personen zugewiesen?

	häufig	selten	nie
Kinderarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstzuweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mütter- und Väterberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Über wie viele Sitzungen hinweg dauert eine durchschnittliche Beratung oder Therapie?

1-5 Sitzungen 5-10 Sitzungen >10 Sitzungen

8. Betreuen Sie auch ausserkantonale Patienten?

Ja Nein

Wenn ja, aus welchem Grund?

.....
.....

9. Wodurch wird Ihre Beratung oder Therapie finanziert?

	häufig	selten	nie
Selbstzahler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. In welchem Setting arbeiten Sie? (Bitte nummerieren Sie die Reihenfolge, nach Häufigkeit 1: am häufigsten - 7: am seltensten)

..... Mutter alleine

..... Vater alleine

..... Vater und Kind

..... Mutter und Kind

..... Mutter und Vater

..... Mutter, Vater und Kind

..... Kind alleine

11. Wie häufig behandeln Sie folgende Störungen (Klassifiziert nach ZERO TO THREE)?

	häufig	selten	nie
1. Posttraumatische Stresstörungen-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Affektstörungen -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Anpassungsstörungen-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Regulationsstörungen-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schlafverhaltensstörung-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Essverhaltensstörung-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Störungen der Bezogenheit und Kommunikation ----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Multisystemische Entwicklungsstörung-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andere -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Achse II (Eltern-Kind-Beziehung als Hauptdiagnose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Mit welchen therapeutischen Ansätzen (Verhaltenstherapeutische/ Psychodynamische/Systemische/andere Ansätze) arbeiten Sie bei welchen Störungsbildern?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

..... ->

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. Schliessen Sie vor einer psychotherapeutischen Intervention systematisch somatische Ursachen aus?

Ja Nein

Wenn ja, wie ist Ihr Vorgehen?

.....

.....

.....

14. Arbeiten Sie bei Bedarf zusammen mit einem/r DolmetscherIn?

Ja Nein

15. Haben Sie ein qualitätssicherndes Instrument?

Ja Nein

Wenn ja, welche(s)?

Fragebogen, nach (Zeit in Wochen)

Persönlicher Kontakt

Termin, nach (Zeit in Wochen)

Telefongespräch, nach (Zeit in Wochen)

Andere:.....

Externe Kontaktaufnahmen

16. Denken Sie, dass es zusätzliche, ergänzende Behandlungen bzw. Unterstützungsangebote für diese Familien geben sollte?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Familienhilfe (Entlastung in Haushalt und Betreuung)

Mütter- und Väterberatung

stationäre Mutter-Kind-Therapie

Weitere:

Weitere:

17. Arbeiten Sie mit oben genannten Diensten/Institutionen zusammen?

Ja Nein

Wenn ja, mit wem und in welcher Form?

.....

.....

.....

.....

Anliegen

18. Würden Sie eine stärkere Vernetzung mit anderen (somatischen, psychosozialen oder psychologisch-psychiatrischen) Institutionen schätzen?

Ja Nein

Wenn ja, in welcher Form?

.....

.....

.....

19. Sind Sie zufrieden mit dem Ihnen zur Verfügung stehenden Angebot an Weiterbildungen?

Ja Nein

Nutzen Sie dieses Angebot?

Ja Nein

20. Welche Weiterbildungen, die es nicht gibt, würden Sie als BeraterIn/TherapeutIn für wichtig erachten?

.....
.....
.....

21. Denken Sie, dass es eine grössere Nachfrage für Babysprechstunden in der Schweiz gibt, als derzeit angeboten wird?

Ja Nein

Bemerkung

.....
.....
.....

22. Ist Ihr Angebot über eine Homepage abrufbar (fakultativ)?

.....

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Möchten Sie eine pdf-Version meiner Bachelorarbeit mit den Resultaten per E-mail erhalten? Bitte notieren Sie in diesem Fall die E-mailadresse:

.....

Questionnaire «Consultations bébé-parents»

Dans quel canton et quelle ville se trouve votre institution?

.....

Personne à contacter (facultatif, pour toute question éventuelle):

.....

Diplôme universitaire ou formation thérapeutique FSP/SBAP:

.....

Offre

1. Quelle est la désignation de votre offre (appelée ci-après «Consultation bébé-parents»)? (Veuillez cocher la case appropriée)

Consultation bébé-parents

Troubles du sommeil

autre:

intégrée dans une autre offre:

2. Depuis quand (mois, année) votre offre de consultation bébé-parents existe-t-elle?

.....

3. Où votre consultation bébé-parents est-elle proposée? (Veuillez cocher la case appropriée)

Cabinet privé

Centre pédopsychiatrie

Hôpital de soins somatiques

traitement ambulatoire

traitement hospitalier

Pédopsychiatrie

traitement ambulatoire

traitement hospitalier

Psychiatrie adulte

traitement ambulatoire

traitement hospitalier

autre (nom):

4. Combien de consultations (familles ou cas par an) réalisez-vous?

.....

5. Combien de personnes travaillent dans votre équipe et dans quelle domaine travaillent-ils (psychologues, psychiatres, assistantes sociales, autres)?

.....

.....

6. À quelle fréquence vos clients sont-ils vous assignés des personnes suivantes?

	souvent	rarement	jamais
Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médecin de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automédication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consultation mères et pères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Une thérapie ou consultation comprend combien de séances en moyenne?

1-5 séances 5-10 séances > 10 séances

8. Vous occupez-vous également de patients en dehors du canton?

Oui Non

Si oui, pour quelle raison?

.....

.....

9. Par qui vos consultations ou séances de thérapie sont-elles prises en charge?

	souvent	rarement	jamais
Privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance complémentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
.....
.....
.....
.....

13. Avant une intervention psychothérapeutique excluez-vous systématiquement les causes somatiques?

Oui Non

Si oui, quelle est votre approche?

.....
.....
.....

14. Travaillez-vous, si nécessaire, avec un/une interprète?

Oui Non

15. Disposez-vous d'un instrument d'assurance qualité?

Oui Non

Si oui, lequel/lesquels?

Questionnaire, après (durée en semaines)

Contact personnel

Rendez-vous, après (durée en semaines)

Conversation téléphonique, après (durée en semaines)

Autre :

Contacts externes

16. Pensez-vous qu'il devrait y avoir des traitements et des services de soutien supplémentaires et complémentaires pour ces familles?

Oui Non

Si oui, lesquels?

- Aide aux familles (aide à domicile et soins)
- Consultations mères et pères
- Thérapie mère-enfant en milieu hospitalier
- Autre :
- Autre :

17. Travaillez-vous avec des services/institutions mentionnés ci-dessus?

Oui Non

Si oui, avec qui et sous quelle forme?

.....

.....

.....

.....

Demande

18. Apprécieriez-vous de renforcer votre réseau avec d'autres institutions (somatiques, psychologiques, psychiatriques ou psycho-sociales)?

Oui Non

Si oui, sous quelle forme?

.....

.....

.....

19. Êtes-vous satisfait(e) de l'offre disponible en matière de formation continue?

Oui Non

Profitez-vous de cette offre?

Oui Non

20. Quelles autres formations continues, qui n'existent pas, jugeriez-vous importantes en tant que conseiller(ère)/thérapeute?

.....
.....
.....

21. Pensez-vous que la demande de consultations bébé-parents en Suisse est supérieure à l'offre disponible?

Oui Non

Remarque

.....
.....
.....

22. Votre offre est-elle disponible sur une page d'accueil (facultatif)?

.....

Merci d'avoir répondu au questionnaire!

Souhaitez-vous recevoir une version PDF de ma thèse final avec les résultats par e-mail ?
Dans ce cas, veuillez indiquer votre adresse e-mail:

.....



Jasmin Katz
Buchentalstrasse 15a
9000 St.Gallen
katzjas@students.zhaw.ch
077/462 07 59

Adresse EmpfängerIn

Referentin
Prof. Dr. phil. Agnes von Wyl

6.12.11

Fragebogen: Babysprechstunden in der Schweiz

Sehr geehrte Frau Schmid

Herzlichen Dank für Ihre Zusage zur Teilnahme an der Umfrage über Babysprechstunden in der Schweiz. Beiliegend finden Sie den Fragebogen.

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit mit dem Titel „Babysprechstunden in der Schweiz – Psychotherapeutische Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen“ befasse ich mich mit folgenden Fragestellungen: „Welche psychotherapeutischen Angebote für Kleinkinder im Alter von 0-3 Jahren und ihre Bezugspersonen bestehen in der Schweiz? Wie arbeiten die Institutionen und Privatpersonen und welches sind ihre Bedürfnisse?“ Ziel der Arbeit ist, eine Übersicht über verschiedene Institutionen und Praxen (ambulante, stationäre, private sowie auch staatliche), welche eine Babysprechstunde anbieten, zu generieren. Die Arbeit soll den in diesem Bereich tätigen PsychologInnen und PsychiatrerInnen eine verstärkte Vernetzung und einen Überblick über bestehende Angebote ermöglichen. Ferner soll die Arbeit verschiedenen Fachpersonen welche Kleinkinder und ihre Bezugspersonen betreuen als Hilfe dienen, die geeignete Institution für eine Therapie oder Beratung zu finden. Die Arbeit generiert eine Bedarfsanalyse der Teilnehmenden über Weiterbildungsangebote und über die Zusammenarbeit mit externen Stellen, wie zum Beispiel Familienhilfe oder stationärer Mutter-Kind-Therapien.

Die Arbeit wird ab ca. August in der Bibliothek der ZHAW „Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften“ als pdf einsehbar sein. Gerne sende ich Ihnen auch eine pdf-Version per E-mail. Falls Sie dies wünschen, vermerken Sie dies bitte am Ende des Fragebogens. Für die Rücksendung bzw. Beantwortung des Fragebogens bis am 11.1.2012 bin ich Ihnen sehr dankbar. Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse

Jasmin Katz



Jasmin Katz
Buchentalstrasse 15a
9000 St.Gallen
katzjas@students.zhaw.ch
077/462 07 59
6.12.11

Adresse du destinataire

Professeur
Prof. Dr. phil. Agnes von Wyl

Questionnaire: Consultations bébé-parents en Suisse

Madame Schmid,

Je vous remercie chaleureusement d'avoir accepté de participer à l'enquête sur les consultations bébé-parents en Suisse et vous envoie ci-joint le questionnaire.

Dans le cadre de ma thèse final au niveau du bachelor avec le titre „Consultations bébé-parents en suisse – Offres psychothérapeutiques pour les enfants âgés de 0 à 3 ans et leurs parents“, j'aborde les questions suivantes : «Quelle est l'étendue de l'offre psychothérapeutique pour les enfants âgés de 0 à 3 ans et leurs parents en Suisse? Comment travaillent les institutions et les particuliers et quels sont leurs besoins?» Le but de ce travail consiste à obtenir un aperçu des différentes institutions et pratiques (ambulatoires, hospitalières, privées et gouvernementales) qui proposent des consultations bébé-parents. Le travail vise à permettre aux psychologues et psychiatres exerçant dans ce domaine de renforcer leur réseau et avoir une vue d'ensemble de l'offre existante. Par ailleurs, le travail servira de guide aux différents spécialistes au service des tout-petits et de leurs parents, qui recherchent l'institution appropriée pour une thérapie ou des consultations. Une évaluation des besoins des participants sur l'offre de formation continue et la collaboration avec des entités extérieures, telles que l'aide familiale ou les thérapies mère-bébé en milieu hospitalier, sera également prise en compte.

Les résultats de ce travail seront exposés (en version pdf) à partir du mois d'août à la bibliothèque de l'Haute Ecole Spécialisée des Sciences Appliquées de Zurich (ZHAW), au département de psychologie appliquée (P). Si vous le souhaitez, je vous enverrai volontiers une version PDF (en allemand) par courriel. Dans ce cas, veuillez le mentionner à la fin du questionnaire.

Je vous serais très reconnaissante de répondre au questionnaire et de me le renvoyer d'ici le 11.1.2012. Je reste à votre disposition pour toute question que vous pourriez avoir.

Cordialement,

Jasmin Katz

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: