

# **Gesellschaft für die seelische Gesundheit in der frühen Kindheit**

## **GAIMH**

### **Symposium**

#### **Salutogenese im Frühbereich: Erfahrungen – Konzepte – Konsequenzen**

Referate gehalten anlässlich der 5. Jahrestagung der GAIMH  
24. – 26- Februar 2000

1. Salutogenese im Frühbereich?  
Kathrin Keller-Schuhmacher, Ettingen
2. Gesundheitsförderliches Handeln im Frühbereich  
Margrit Hungerbühler-Räber, Binningen
3. Salutogenese und gesundheitsförderliches Handeln im Frühbereich in der Umsetzung? Erfahrungen aus einem Projekt mit der Gruppenarbeit mit Müttern/Vätern und ihren Kindern im Frühbereich im Kanton Basel-Landschaft, Binningen

# Einführung

## Salutogenese im Frühbereich – Erfahrungen, Konzepte, Konsequenzen

Phänomene und reflektierte Erfahrungen standen und stehen am Anfang. Als wir vor über zwanzig Jahren angefangen haben, uns ganz praktisch mit der Entwicklung und der Arbeit im Frühbereich zu beschäftigen, gab es das theoretische Modell der Salutogenese noch nicht. In der Zwischenzeit haben sich sowohl in Wissenschaft und Forschung, als auch erkenntnis- und wissenschaftstheoretisch Entwicklungen vollzogen, die uns den Versuch ermöglichen, das, was im Frühbereich seit Jahrzehnten umgesetzt wird - das Handeln zur Unterstützung der Entwicklung von Gesundheit - theoretisch einzubetten. Das Modell der Salutogenese, insbesondere auch das Denken aus der Optik der Entwicklung von Gesundheit anstatt von Krankheit, liefert uns dafür eine Grundlage.

Ich werde zunächst eine theoretische Einführung in das Konzept der Salutogenese geben. Anschliessend wird Ihnen Frau Hungerbühler ihre Gedanken zu gesundheitsförderlichem Handeln im Frühbereich darlegen. Das, was am Anfang stand – die praktische Erfahrung aus einem langjährigen Projekt der Gruppenarbeit mit Müttern und ihren Kleinkindern und Säuglingen – bildet den Schluss der Präsentation. Frau Griesser wird Ihnen an konkreten Beispielen aus der Praxis aufzeigen, wie im Frühbereich innerhalb eines möglichen Settings gesundheitsförderliches Handeln aussehen kann.

Anschliessend ist die Diskussion offen für alle. Mauri Fries hat sich angeboten, diese Diskussion zu moderieren und dabei ihre eigenen Fragen und Thesen zur Salutogenese im Frühbereich einfließen zu lassen.

Kathrin Keller-Schuhmacher

**GAIMH – Jahrestagung 24. – 26- Februar 2000, Zürich**

**Symposium: Salutogenese im Frühbereich –  
Erfahrungen, Konzepte, Konsequenzen**

**1. Salutogenese im Frühbereich?  
Kathrin Keller-Schuhmacher**

## Salutogenese im Frühbereich?

Als ich angefangen habe, mir Gedanken zu machen zu einem Impulsreferat über Salutogenese im Frühbereich, sind mir mehr Fragen als Antworten eingefallen. So habe ich hinter Salutogenese im Frühbereich ein Fragezeichen gesetzt. Bei der offiziellen Ausschreibung ist dieses Fragezeichen verloren gegangen. Bei mir ist es stehengeblieben und so möchte ich mich im folgenden mit fünf Fragen beschäftigen.

1. In welchem Kontext und vor welchem Hintergrund hat Antonovsky angefangen, sich der Frage nach der Salutogenese zu widmen?
2. Welche Vorstellungen über Entwicklung und Gesundheit liegen dem Modell der Salutogenese zugrunde?
3. Sind Prävention und Gesundheitsförderung salutogenetisch orientierte Strategien?
4. Der Sense of Coherence – auf deutsch meist mit Kohärenzgefühl übersetzt – was ist das?
5. Salutogenese und Frühbereich – wie kommen sie zusammen?

Lassen Sie mich zur Beantwortung der ersten Frage mit einem kurzen Abschnitt aus dem Vorwort zum 1986 erschienenen Buch "Unraveling the mystery of health" beginnen. Ich zitiere aus der deutschen Übersetzung "Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit" von Alexa Franke, erschienen 1997. Antonovsky schreibt:

"Im Jahre 1970 geschah etwas, was zu einer absoluten Kehrtwendung in meiner Arbeit als Medizinsoziologie führte. Ich war mitten in der Datenanalyse einer Untersuchung über die Adaption von Frauen verschiedener ethnischer Gruppen in Israel an das Klimakterium. Eine dieser Gruppen bestand aus Frauen, die zwischen 1914 und 1923 in Mitteleuropa geboren worden waren und die somit 1939 zwischen 16 und 25 Jahre alt gewesen waren. Aus einem Grund, an den ich mich niemals so recht erinnern konnte, hatten wir eine simple ja/nein Frage zum Aufenthalt in einem Konzentrationslager gestellt. Stellen sie sich eine Tabelle vor, in der die Werte zur emotionalen Gesundheit einer Gruppe von Überlebenden des Konzentrationslagers mit denen einer Kontrollgruppe verglichen werden. Die plausible Stressor-Hypothese wird jenseits des 0.001 Niveaus bestätigt. Bei Betrachtung der Prozentsätze nicht-behinderter Frauen sehen wir, dass 51 Prozent der Frauen der Kontrollgruppe gegenüber 29 % der Überlebenden über eine insgesamt recht gute emotionale Gesundheit verfügten. Konzentrieren Sie sich nicht auf die Tatsache, dass 51 eine weit aus grössere Zahl ist als 29, sondern bedenken sie, was es bedeutet, dass 29% einer Gruppe von Überlebenden des Konzentrationslagers eine gute psychische Gesundheit zuerkannt wurde. (Die Daten zur physischen Gesundheit erzählen dieselbe Geschichte). Den absolut unvorstellbaren Horror des Lagers durchgestanden zu haben, anschliessend jahrelang eine deplazierte Person gewesen zu sein und sich dann ein neues Leben in einem Land neu aufgebaut zu haben, das drei Kriege erlebte und dennoch in einem angemessenen Gesundheitszustand zu sein!

Dies war für mich die dramatische Erfahrung, die mich bewusst auf den Weg brachte, das zu formulieren, was ich später als das salutogenetische Modell bezeichnet habe und das 1979 in Health, Stress and Coping veröffentlicht wurde."

### **Welche Vorstellungen über Entwicklung und Gesundheit liegen dem Modell der Salutogenese zugrunde?**

Die **salutogenetische Orientierung** beruht auf der Vorstellung von Entwicklung als einem systemisch interaktiven Prozess. Sie geht davon aus, dass lebende Organismen sich im Austausch mit ihrer Umgebung ständig im Ungleichgewicht, in Unordnung, in Entwicklung und Bewegung befinden.

Antonovsky verwendet dazu die Metapher des Flusses: Alle sind im Fluss des Lebens und kommen mit ihm ans Ende. Niemand kann trockenen Fusses am Ufer stehen bleiben. Der Tod wird nicht als letztes Versagen vor Reparaturmöglichkeiten betrachtet sondern als Bestandteil des Lebens. Die salutogenetische Orientierung fragt danach, wie wir schwimmen lernen und was uns

## **Salutogenese**

Beschreibt Kräfte, die dem Individuum helfen, Gesundheit zu entwickeln. Fördern die Fähigkeit des Individuums mit den Belastungen des Lebens erfolgreich, d.h. kreativ umzugehen. Dadurch entwickelt sich der

### **Sense of coherence (Kohärenzgefühl)**

Globale Orientierung, die das Ausmass eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darauf ausdrückt, dass

- ▶ die Ereignisse, die sich im Verlauf des Lebens aus dem Zusammenwirken von Faktoren aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind
  
- ▶ die Ressourcen verfügbar sind, um den aus den Ereignissen stammenden Anforderungen zu begegnen
  
- ▶ diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen

hilft dabei, dass wir nicht untergehen – auch wenn wir an Strudeln, Stromschnellen, Wasserfällen vorbeikommen. Im Gegensatz dazu beschäftigt sich in der Metapher von Antonovsky ausgedrückt die pathogenetische Orientierung damit, wie Ertrinkende aus dem Fluss gerettet werden können ohne sich darum zu kümmern, wie die bisherige Geschichte im Fluss ihres Lebens aussieht. Antonovsky betrachtet **Gesundheit als einen Prozess** und nicht als vorgefundenes Produkt. Jeder gegebene gesundheitliche Zustand widerspiegelt das mehr oder weniger labile und belastbare Gleichgewicht physischer, sozialer und personaler Kräfte, d.h. Gesundheit ist ein labiler Zustand, der aktiv erhalten und ständig neu produziert wird. Gesundheit als Normvorstellung gibt es nicht. Was als Gesundheit verstanden wird, ist das Ergebnis eines lebenslangen Prozesses der Auseinandersetzung zwischen salutogenen und pathogenen Kräften. Im salutogenetischen Ansatz werden Krankheit und Gesundheit nicht als Dichotomie verstanden. Er sieht vielmehr vor, die Position eines Menschen auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum zu betrachten. Sowohl pathogene als auch salutogene Kräfte finden sich zu jedem Zeitpunkt bei jedem Menschen, sodass dieser sich innerhalb des Kontinuums einmal mehr auf die eine, einmal mehr auf die andere Seite hin bewegt.

### **Damit komme ich zur Frage, ob Prävention und Gesundheitsförderung vom zugrunde liegenden Denken her, salutogenetisch orientierte Strategien sind.**

Die Antwort lautet nein, wenn die Vorstellung von Prävention von einer krankheitsorientierten Denkrichtung ausgeht und auf der Annahme einer Dichotomie zwischen gesunden und kranken Menschen beruhen. Dann konzentrieren sich die einen darauf, Menschen vor Krankheit zu bewahren und sie gesund zu erhalten. Die anderen richten ihre Anstrengungen darauf, Kranke zu behandeln, Chronifizierung und Tod vorzubeugen und die Gesundheit wieder herzustellen. Die Antwort lautet auch nein, wenn alle noch so gut gemeinten Programme zur Gesundheitsförderung implizit vermitteln, dass sie schon vorher wissen, was für andere Menschen gut und richtig ist.

Antonovsky hat sich dagegen gewehrt, eine Norm festzulegen, wo innerhalb des Kontinuums die Grenze zwischen gesund und krank zu ziehen sei. Er interessierte sich für die **Kräfte**, die dem Individuum helfen, **Gesundheit zu entwickeln**. Diese Kräfte fördern die Fähigkeit des Individuums, mit den Belastungen des Lebens erfolgreich, eben kreativ umzugehen. Als vorläufige Antwort auf die salutogenetische Frage formulierte Antonovsky das Konzept der **generalisierten Widerstandsressourcen**. Das sind alle Phänomene, die zur Bekämpfung von Stressoren wirksam sind und die wir alle kennen, wie z.B. Ich-Stärke, Geld, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung u.s.w. Das Gemeinsame aller generalisierten Widerstandsressourcen sei – so Antonovsky – dass sie es leichter machen, den zahllosen Stressoren, von denen wir fortwährend bombardiert werden, einen Sinn zu geben. Dadurch, dass die Stressoren uns fortlaufend mit solchen sinnhaften Erfahrungen versorgen, schaffen sie mit der Zeit einen starken **Sense of Coherence** – auf deutsch meist mit Kohärenzgefühl übersetzt. Dieses bestimmt sowohl, welche Position man auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum erhält, als auch dafür, in welche Richtung man sich auf dem Kontinuum bewegt..

### **Der Sense of Coherence – was ist das? (Folie 1)**

Antonovsky hat das Kohärenzgefühl wie folgt definiert:

Es stellt eine Grundorientierung dar, die das Ausmass eines umfassenden, dauerhaften und gleichzeitig dynamischen Gefühls des Vertrauens darauf ausdrückt. Dass

1. die Ereignisse, die sich im Verlauf des Lebens aus dem Zusammenwirken von Faktoren aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind
2. die Ressourcen verfügbar sind, um den aus den Ereignissen stammenden Anforderungen gerecht zu werden
3. diese Anforderungen Herausforderungen darstellen, die Anstrengung, Interventionen und Engagement lohnen.

## Komponenten des Sense of Coherence

### Komponente

### Formale Beschreibung

*comprehensibility*  
**Verstehbarkeit**

Ausmass, in welchem man interne und externe Stimuli als kognitiv sinnhaft wahrnimmt, als geordnete, konsistente, strukturierte und klare Informationen und nicht als chaotisch, ungeordnet, zufällig, willkürlich, unerklärlich.

*Manageability*  
**Handhabbarkeit**

Ausmass, in dem man wahrnimmt, dass man geeignete Ressourcen zur Verfügung hat, um den Anforderungen zu begegnen, die von den Stimuli, mit denen man konfrontiert wird, zu begegnen. "Zur Verfügung" stehen Ressourcen, die man internalisiert hat oder solche, die von jemandem, auf den man zählen kann, dem man vertraut, geliefert werden.

*Meaningfulness*  
**Bedeutsamkeit**

Ausmass, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass sie eher willkommene Herausforderungen sind als Lasten, die man gerne los wäre.

Der SOC besteht demnach aus drei Komponenten: der Comprehensibility, der Manageability und der Meaningfulness.

## Folie 2

Comprehensibility, mit **Verstehbarkeit** übersetzt, ist die kognitive Komponente. Sie verhilft dem Individuum anzunehmen, dass Informationen geordnet, in sich schlüssig, strukturiert und klar, also nicht chaotisch, ungeordnet, zufällig, willkürlich oder unerklärlich sind.

Bei der Manageability, der **Handhabbarkeit** geht es um die eigene Stellung in der Welt der handelnden Menschen. Diese Dimension steckt das Spektrum ab zwischen der Position des Pechvogels und der Position, das Leben mit seinen Abläufen in einer positiven Weise als Herausforderung zu sehen. In der aktuellen Situation über Handlungsmöglichkeiten zu verfügen, wie mit der Herausforderung produktiv umgegangen werden kann.

Dies besagt, dass Hilfsquellen zur Verfügung stehen, die verinnerlicht sind oder von wichtigen Anderen geliefert werden. Solche Quellen können sein Mutter, Vater, Partnerin/Partner, Freunde/Freundinnen, Kollegen/Kolleginnen, Ärztin/Arzt, aber auch eine Tradition, Gott, eine Weltanschauung, in die man sich stellt, auf die man baut und der man vertraut. Diese Dimension schützt gegen das Gefühl, hilfloses Opfer zu sein. Manageability wird auch im Sinne von "Gegenseitigkeit" übersetzt, weil sie betont, dass die Hilfe anderer genau so wichtig ist, wie die eigene Kraft.

Die **Bedeutsamkeit**, meaningfulness ist die dritte Komponente des Sense of coherence. Damit ist das Ausmass gemeint, in dem man das Leben als emotional sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert, dass sie eher eine willkommene Herausforderung sind als Lasten, die man gerne los wäre.

Antonovsky schreibt dazu (Zitat, S. 59) "Als ich Bedeutsamkeit definierte, schrieb ich über Bereiche des Lebens die einen emotional berühren, die einem etwas bedeuten und in denen das, was geschieht als Herausforderung betrachtet wird." (Zitatende)

Die Bedeutsamkeit ist die motivationale Komponente des Sense of coherence, sie spornt zum Handeln an.

Neben der Erfahrung bei der Datenauswertung der Untersuchung über die Adaption von Frauen an das Klimakterium, gibt Antonovsky weitere Wurzeln für die Entwicklung seines Denkens und Forschens zur Salutogenese an. Eine davon liegt in der Zusammenarbeit mit seiner Frau, einer anthropologisch ausgebildeten Entwicklungspsychologin. Diese Verbindung zur Kulturanthropologie sorgte dafür, eine Verengung auf das westlich individualistische Menschenbild zu vermeiden. Was ist damit gemeint:

## **Verwandte Konstrukte**

*Gelernter Einfallsreichtum* (Rosenbaum 1988)

*Kontrollüberzeugung* (Rotter 1966)

*Selbstwirksamkeit* (Bandura, 1977, 1982)

*Stamina* (Thomas, 1981, Colerick, 1995)

*Stressimmunisierung* (Meichenbaum und Cameron, 1983)

*Widerstandsfähigkeit "Hardiness"* (Kobasa, 1979, 1982)

*"Reife Abwehrmechanismen"* (Vaillant, 1979)

Sicher kennen Sie andere gesundheitspsychologische Konzepte<sup>1</sup> wie z.B. (vgl. Folie 3)

Alle weisen sie Gemeinsamkeiten auf mit dem Konzept des Kohärenzgefühles.

- a. So fragen sie alle wie Menschen mit Stress umgehen, ohne krank zu werden, sie identifizieren Variablen, die eher Gesundheit fördern als Menschen krank zu machen,
- b. alle bilden sie keine spezifischen Copingstile ab, sondern beanspruchen zugrunde liegende bzw. übergreifende Faktoren zu beschreiben, die mehr sind, als einzelne spezifische Reaktionsweisen zur angemessenen Situationsbewältigung.
- c. es handelt sich bei allen um interaktionelle Ansätze in der Tradition von Lazarus Modell: Sie gehen davon aus, dass die Interaktion zwischen Charakteristika der Person, der sozialen und kulturellen Umgebung und der Stresssituation die gesundheitlichen Auswirkungen von Stress moderiert.

Gemeinsam ist ihnen eine starke Betonung der Kontrolle, die der Einzelne über sich und die Anforderungen der Umwelt haben soll – ein Menschenbild, das sich auf die Formel bringen lässt "Alles im Griff". Und darin liegt der Unterschied zum Kohärenzgefühl:

Im Unterschied zu diesen Konzepten mit ihrer auf das Individuum zugeschnittene Sicht wird mit dem Kohärenzgefühl das Vertrauen hervorgehoben, sich dem "gefährlichen Fluss des Lebens" überlassen zu können und Auswege zu finden oder Krisen zu meistern, wobei die Hilfe anderer genau so wichtig ist, wie die eigene Kraft, was in der Manageability-Komponente enthalten ist.

Dem Konzept der Salutogenese liegen Überlegungen zugrunde, die auf einen mehrfachen **Paradigmen-Wechsel** hinweisen.

Den einen habe ich bereits angesprochen, nämlich dass Gesundheit als Prozess und nicht als vorgefundenes Produkt betrachtet wird.

Ein weiterer bezieht sich auf die Beziehung zwischen Menschen, welche sich als rat- oder hilfeschuchende und als unterstützende oder begleitende Personen begegnen: Diese Beziehung beruht auf den Grundlagen von Autonomie, wechselseitigem Respekt und gegenseitiger Verbundenheit, weil salutogenetisches Denken davon ausgeht, dass keiner weiss, was für den anderen gut und richtig ist. Nur aus den Erfahrungen, dem sozialen Umfeld und der Biographie der Unterstützung oder Hilfe suchenden Person lässt sich entwickeln, wie der nächste Schritt in Richtung auf den positiven Pol des Krankheits-Gesundheitskontinuums aussehen könnte. Das Konstrukt des "Sense of Coherence" mit seinen drei Dimensionen kann dabei zum Orientierungsfaden für die Begegnung zwischen den beiden Partnern werden. Ich zitiere aus Brucks: Salutogenese – der nächstmögliche Schritt in der Entwicklung des Medizinischen Denkens?(S. 33) "Dem entspricht eine Erkenntnishaltung, die sich auf den Einzelfall und seine Entwicklungsdynamik richtet. Die Dynamik kann sichtbar werden, wenn man eine Atmosphäre ‚freischwebender Aufmerksamkeit‘ zulässt, wie Freud es nennt, oder eine Haltung der ‚liebvollen Pflege‘ wie es H. Joas bezeichnet – nicht nur bezogen auf Menschen, sondern auch auf wissenschaftliche Ideen." (Zitatende).

Das Konzept der Salutogenese ist aufgrund von Untersuchungen an Erwachsenen entwickelt worden. Antonovsky geht zwar davon aus, dass sich das Kohärenzgefühl in der Kindheit entwickelt, macht jedoch keine weiteren Aussagen dazu. Im folgenden soll uns deshalb noch die Frage beschäftigen:

---

<sup>1</sup> Ausgewählte Literaturangaben am Schluss des Referates

## Frühbereich entwicklungspsychologisch

Entwicklung vom Zeitpunkt der Zeugung an bis zur Gruppenreife (entspricht in der deutschen Schweiz Kindergartenreife)

### Gruppenreife

Nach unserem Verständnis ist ein Kind dann gruppenreif, wenn es sich ohne seine engsten Bezugspersonen in einer grösseren Gruppe Gleichaltriger, die es jeden Tag besucht, wohl fühlt. Ausserdem soll sich das Kind angesprochen und zum Handeln aufgefordert fühlen, wenn die Gruppenleiterin die ganze Gruppe und nicht das einzelne Kind anspricht.

## Frühbereich soziologisch

Schwangere Mütter, werdende Väter, Embryos, Föten, Säuglinge, Kleinkinder und deren Mütter, Väter

## Frühbereich sozialpolitisch

Das Tätigkeitsfeld von Personen und Institutionen, welche die gesunde Entfaltung von Kindern, Müttern, Vätern im System Familie unterstützen, bevor diese – nach der Anmeldung bei der Geburt – mit dem Kindergarten- oder Schuleintritt wieder offiziell vom Staat registriert werden.

## Salutogenese und Frühbereich wie kommen sie zusammen?

Zunächst ein paar begrifflichen Klärungen

### Der Frühbereich – wovon reden wir?

Wir betrachten den Frühbereich aus drei verschiedenen Optiken, der entwicklungspsychologischen, der soziologischen und der sozialpolitischen. (vgl. Folie 4)

Vielleicht ist es Ihnen aufgefallen, dass wir den Begriff der Eltern nicht verwenden und differenziert von Müttern/Vätern sprechen. Weshalb?

Der Begriff "Eltern" kann ein Verständnis von "Familie" implizieren, die es so, wie sie sich viele immer noch vorstellen gar nicht (mehr) gibt – nämlich den bürgerlichen Familienbegriff, der von einer heilen Welt ausgeht, wo leibliche Mutter, leiblicher Vater und zwei bis drei Kinder zusammen unter einem Dach leben. Bei der Vielfalt der heute existierenden Familienformen scheint uns eine differenziertere Ausdrucksweise nötig. Ausserdem möchten wir, indem wir nicht von Eltern, sondern von Mutter und Vater sprechen zum Ausdruck bringen, dass diese beiden Menschen getrennte Wesen sind und in der Entwicklung des Kindes ihre je spezifische Bedeutung haben.

Bei der Auseinandersetzung mit dem Salutogenese-Konzept und mit Literatur zur Praxis und zu anderen gesundheitspsychologischen Konstrukten fallen verschiedene Bezüge zu Konzepten aus der Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit auf (vgl. Folie 5, S. 12)

So erinnert die Definition des Kohärenzgefühles, als Gefühl des Vertrauens darauf, dass man sich dem Fluss des Lebens überlassen kann, an die Stufen der psychosozialen Entwicklung, wie sie von Erik H. Erikson beschrieben worden sind. Auf der geglückten Seite der Bearbeitung der sich stellenden psychosozialen Konflikte in den ersten Lebensjahren stehen Vertrauen, Autonomie und Initiative, welche sich unschwer mit den drei Komponenten des Kohärenzsinnens in Verbindung bringen lassen.

Antonovsky stellt in seinem Buch weitere Auffassungen zur Gesundheit vor und zitiert Untersuchungen, welche eine salutogenetische Ausrichtung aufweisen und einen Bezug zum Frühbereich haben, so z.B. das "Permanenzgefühl" von Boyce, einem Pädiater, der sich im Zusammenhang mit Asthmaerkrankungen bei Kindern für die Bedingungen interessiert hat, die es Kindern erleichtert, gesund zu bleiben. Auch die Längsschnittuntersuchungen von Werner zu den Stressresistenten Kindern "Vulnerable but Invincible" gehören in diese Kategorie.

Ob und welcher Zusammenhang besteht zwischen Bindungstheorie – Aufbau einer sicheren Bindung und der Komponente der Manageability - wo ja auch die Gegenseitigkeit im Vordergrund steht, kann uns vielleicht die weitere Forschung aufklären. Es drängt sich auch ein Vergleich mit Stern auf über die Entwicklung der basalen Selbstgefühle, wie z.B. dass der eigene Körper eine Struktur besitzt, dass man Urheber der eigenen Aktivitäten ist, dass man eigene Affekte besitzt, dass es in der eigenen Person Kontinuität und Kohärenz gibt, dass man eine eigene Subjektivität besitzt im Gegensatz zu anderen Menschen, dass mit der Sprache besondere Möglichkeiten des Denkens und Erlebens sowie der Beziehungen gegeben sind.

Es ist Aufgabe der Forschung empirisch nachzuweisen, ob und welche Zusammenhänge zwischen dem Kohärenzgefühl, bzw. seiner Komponenten und den Konzepten aus der Entwicklungspsychologie der frühen Kindheit bestehen und so den Frühbereich wissenschaftlich mit der salutogenetischen Optik zu verbinden.

Salutogenese und Frühbereich können jedoch auch in der Praxis, beim Umgang mit dem Säugling, dem Kleinkind, der Mutter, dem Vater verbunden werden. Was kann das konkret heissen?

Darüber wird Ihnen in der Folge Frau Hungerbühler berichten.

## Ein paar “Brücken” zwischen Salutogenese und Frühbereich

Bowlby, J. (1971)  
Ainsworth, M.D.S (1978)  
Grossmann, K. et al. 1989  
(und weitere)

} (1969 bis heute): “Bindung”

Boyce et al. (1985) “Permanenzgefühl”

Erikson, E. H. (1980) “Theorie der psychosozialen Entwicklung”

Freud, S. (1917) “Psychoanalytische Entwicklungstheorie”  
(und Weiterentwicklungen durch Andere,  
z. B. Dornes, M. (1993) “Der kompetente Säugling”  
z. B. Schohn, L. (1995) “Die Entwicklung des  
Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind”)

Kohut (1974) “Widerspiegelung/Idealisierung und Partnerschaft,  
bedingungslose Liebe, seelisch-körperliche Wärme”

Mahler, M.S. (1980) “Separation und Individuation”

Reiss, D. (1981) “Die familiäre Konstruktion von Wirklichkeit:  
Konfiguration, Geschlossenheit, Koordination”

Stern, D. N. (1992) “Basale Selbstgefühle”

Werner, E. E. & Smidi, R.S. (1982) “Vulnerable but Invincible”

Winnicott, D.W. (1973) “Good Enough Mother”

## Salutogenese – ausgewählte Literatur

- ▶ Antonovsky Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Ausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- ▶ Brandstädter, J. (1985). *Entwicklungsberatung unter dem Aspekt der Lebensspanne*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe
- ▶ Cederblood, M. Dahlin, L. Hagnell. O. & Hansson, K. (1994). Salutogenetic childhood factors reported by middle-aged individuals. *European Arch Psychiatry Clinical Neuroscience* 244 (1), 1 – 11.
- ▶ Coleman, D. (1996). *Emotionale Intelligenz*. München, Wien: Carl Hanser
- ▶ Danish, S.J. & D'Augelli, A.R. (1990). Kompetenzerhöhung als Ziel der Intervention in Entwicklungsverläufe über die Lebensspanne. In: Filipp, S.-H. (Hrsg.) *Kritische Lebensereignisse*. 2. Auflage. München: Psychologie Verlags Union.
- ▶ Joas, H. (1992) *Die Kreativität des Handelns*. Suhrkamp: Frankfurt/M.
- ▶ Kelly, J.G. (1989). Die ökologischen Grundlagen präventiver Konzepte am Beispiel präventiver Beratungsarbeit. In: Wolfgang Stark (Hrsg.) *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis*. Freiburg i. Br.: Lambertus
- ▶ Schüffel, W. , Brucks, U., Johnen, R. Köllner, V. Lamprecht, F., & Schnyder, U. (1998). *Handbuch der Salutogenese. Konzept und Praxis*. Wiesbaden: Ullstein Medical Verlagsgesellschaft
- ▶ Stark, W. (1989). Prävention als Gestaltung von Lebensräumen. Zur Veränderung und notwendigen Reformulierung eines Konzeptes. In: Wolfgang Stark (Hrsg.). *Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte für die psychosoziale Praxis*. Freiburg i. Br.: Lambertus
- ▶ Zohar, D. & Marshall, I. (2000). *Spirituelle Intelligenz*. Die notwendige Frage nach dem Sinn – Wie das menschliche Gehirn Kreativität entstehen lässt, Visionen und Werte entwickelt und dem einzelnen Leben Sinn verleiht. Bern, München, Wien: Scherz

## **Verwandte Konstrukte: ausgewählte Literatur (zitiert in Antonovsky, 1997)**

### **Gelernter Einfallsreichtum**

- Rosenbaum, M. (1983). Learned Resourcefulness as a Behavioral Repertoire for the Self-Regulation of Internal Events: Issues and Speculations. In: M. Rosenbaum, C.M. Franks & Y. Jaffe (Eds.). *Perspectives on Behavior Therapy in the Eighties*. New York: Springer
- Rosenbaum, M. (1988). Learned resourcefulness, Stress and Self-Regulations. In: S. Fisher, J. Reason (Eds.). *Handbook of Lifestress, Cognition and Health*. Chichester: Wiley, 483 – 496

### **Kontrollüberzeugung**

- Rotter, J.B. (1966). Generalized Expectancies for Internal versus External Locus of Control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1. Whole No. 609)

### **Selbstwirksamkeit**

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psycholog. Review*, 84, 191-215
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy Mechanisms in Human Agency. *American Psychologist*, 37, 122-147

### **Stamina**

- Thomas, C.B. (1982). Stamina: The Thread of Life. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 38, 74 – 80, Reprinted from *Journal of Chronic Disease*, 1981, 41 – 44
- Colerick, E.J. (1985). Stamina in Later Life. *Social Science and Medicine*, 21, 997 – 1006

### **Stressimmunisierung**

- Meichenbaum E. & Cameron, R. (1983) Stress-Inoculation Training: Toward a General Paradigm for Training Coping Skills. In: D. Meichenbaum & M. Jarenko (Eds.). *Stress Prevention and Management*. New York: Plenum

### **Widerstandsfähigkeit (“Hardiness”)**

- Kobasa, S.C. (1979). Stressful Life Events, Personality and Health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1 – 11
- Kobasa, S.C. (1982) The Hardy Personality: Toward a Social Psychology of Stress and Health. In: G.S. Sanders & J. Suls (Eds.). *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: Earlbaum.

### **“Reife Abwehrmechanismen”**

- Vaillant, G. E. (1979). Health Consequences of Adaption to Life. *American Journal of Medicine*, 67, 732 - 734

## **Ein paar "Brücken" zwischen Salutogenese und Frühbereich: ausgewählte Literatur**

### **Bindung**

- Bowlby, J. (1969) *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler
- Ainsworth, M. D.S. (1978) Attachment as related to mother-infant interaction. In: J. Rosenblatt/ R. Hinde/ C. Beer/ M. Busnell (Eds.) *Advances in the Study of Behavior*. Vol. 9. New York u.a.: Academic Press, pp. 1 – 51
- Grossmann, K. E. , Becker-Stoll, Grossmann, K., Kindler, H. Schieche, M. Spangler, G. Wensauer, M. & Zimmermann, P. (1997) Die Bindungstheorie: Modell, entwicklungspsychologische Forschung und Ergebnisse. In H. Keller (Hrsg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*. Bern: Huber

### **Permanenzgefühl**

- Boyce, W.T. 1985 Social Support, Family Relations and Children. In: S. Cohen & S.L. Syme (Eds.), *Social Support and Health*. Orlando: Academic Press

### **Theorie der psychosozialen Entwicklung**

- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the Life Cycle*. Norton: New York

### **Psychoanalytische Entwicklungstheorie**

- Freud, S. und Weiterentwicklungen durch Andere,  
z. B. Dornes, M. (1993) "*Der kompetente Säugling*". Fischer: Frankfurt  
z. B. Schohn, L. (1995) "*Die Entwicklung des Beziehungsdreiecks Vater-Mutter-Kind*"  
Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

### **Widerspiegelung/Idealisierung und Partnerschaft, bedingungslose Liebe, seelisch-körperliche Wärme**

- Kohut (1974). *Narzissmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzisstischer Persönlichkeitsstörungen*. Suhrkamp: Frankfurt

### **Separation und Individuation**

- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, A. (1980). *Die psychische Geburt des Menschen*. Fischer: Frankfurt

### **Die familiäre Konstruktion von Wirklichkeit: Konfiguration, Geschlossenheit, Koordination**

- Reiss, D. (1981). *The Family's Construction of Reality*. Cambridge: Harvard University Press.

### **Basale Selbstgefühle**

- Stern, D. N. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Klett-Cotta: Stuttgart

### **Vulnerable but Invincible**

- Werner, E. E. & Smidi, R.S. (1982). *Vulnerable but Invincible: A Study of Resilient Children*. New York: McGraw Hill

### **Good Enough Mother**

- Winnicott, D.W. (1973). *Vom Spiel zur Kreativität*. Klett: Stuttgart

**GAIMH - Jahrestagung 24. - 26. Februar 2000; Zürich**

**Symposium: Salutogenese im Frühbereich –  
Erfahrungen, Konzepte, Konsequenzen**

**2. Gesundheitsförderliches Handeln im Frühbereich**

**Margrit Hungerbühler - Räber**

## Gesundheitsförderliches Handeln im Frühbereich

Mitte letzten Jahres (1999) wurde im Kanton Basel-Landschaft eine kantonale Projekt- und Koordinationsstelle Gesundheitsförderung im Frühbereich neu geschaffen. Damit hat ein bereits vor Jahrzehnten begonnener Prozess einen Rahmen gefunden, der für den Frühbereich nicht nur einen offiziellen und nachhaltigen Einsatz im ganzen Kanton sicherstellt, sondern auch gewährleistet, dass die informierenden, begleitenden und unterstützenden Entwicklungsinterventionen im Frühbereich sich auf die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den relevanten Disziplinen abstützen.  
(Hungerbühler, 1994; Keller-Schuhmacher, 1994; Hungerbühler & Keller 1998)

Der Frühbereich in unserem Kanton wird auch noch heute von der Mehrheit der Gesellschaft als eine allein von der Familie zu bewältigende Zeit betrachtet. Zwischen Geburtsanmeldung und Kindergarten- bzw. Schuleintritt besteht ein Niemandland, insbesondere für die Politik.

### Was sind hier die Probleme, die Fragestellungen, was wäre zu tun?

Bis vor kurzem wurden Präventionsmassnahmen noch ausschliesslich ab dem Jugendalter durchgeführt. Form und Inhalt einer möglichen Prävention im Frühbereich hat gegenüber medizinischen Gesundheitsmassnahmen kaum eine erkennbare Gestalt gefunden. Im Unterschied dazu hat der Frühbereich als Tätigkeitsfeld für Therapeuten an Bedeutung zugenommen. Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten sollen möglichst früh erkannt, geordnet und therapiert werden. Gut so, wann immer etwas bereits unabänderlich schief gelaufen ist.

### Aber muss es denn immer erst so weit kommen?

Wie wir gehört haben, verstehen wir den Frühbereich als eine eigenständige Lebensphase, mit Merkmalen und Besonderheiten, wie sie in den nachfolgenden Entwicklungszeiten nie mehr vorzufinden sind. Wenn wir die Metapher des Flusses von Antonovsky aufgreifen, befindet sich der Frühbereich an der Quelle des Flusses, dort, wo an der Zunge des Gletschers x-Bächlein von überall her hervorschiessen, um sich irgendwo zusammenzufinden und am Talgrund vereint als Fluss fort zu fliessen.

In all den Jahren meiner beruflichen Tätigkeit habe ich mir immer wieder die Frage gestellt, woran es liegen könnte, dass die Quelle des Flusses, die Frühbereich-Lebenswelt in ihrer Bedeutung für die gesamte Entwicklung unserer Gesellschaft so zögerlich wahrgenommen wird? Es uns nicht gelingt, wirksam zu kommunizieren, dass

- das Zusammenfinden von Mann und Frau zu einem Paar,
- der Beginn neuen Lebens,
- das Einbeziehen des Kindes in die bisherige Gemeinschaft zu zweit,
- die Pflege und Betreuung eines Säuglings und Kleinkindes,
- die Gestaltung eines gemeinsamen Alltages
- **die Bewältigung dieser Aufgaben unter den Gegebenheiten unserer Zeit eine Herausforderung bedeutet und äusserst anspruchsvoll ist,**
- **die Lebensumstände von vielen Müttern/Vätern mit kleinen Kindern oft Entwicklungsbedingungen aufweisen, die ohne zusätzliche Interventionen kaum eine Chance zu einer gesunden Entwicklung des Mutter-Vater-Kind-Systems aufweisen.**

Was könnte für die Ausblendung dieser Realitäten verantwortlich sein?

Wir alle haben diese Welt auch einmal durchlebt, vielleicht auch durchlitten. Aber dann ist sie uns wie abhanden gekommen. Sinneserfahrungen, Körperempfindungen, Emotionen - es sind Erlebnisformen, denen unsere Leistungsgesellschaft mindestens zwiespältig gegenübersteht.

Oder könnte es gar damit zu tun haben, dass

- wir uns nicht gerne an eine Zeit erinnern wollen, in der wir selber noch wenig Kontrolle ausüben konnten?
- wir dunkel ahnen, dass es Dinge gibt, an die wir nicht erinnert werden möchten?
- Gesundheitsförderung damals nicht Sache unseres Umfeldes war?

Wäre dann die öffentliche Einschätzung des Frühbereichs als einer noch nicht so wichtig zu nehmender Entwicklungszeit, als eine für politisches Engagement zu vernachlässigende Periode, mit unserer eigenen Entwicklungsgeschichte in Verbindung zu bringen?

Wie dem auch sei. Nichts sollte uns - als im Frühbereich Engagierte - daran hindern, zu allererst **gesundheitsförderliches Handeln im Frühbereich als politisches Handeln zu verstehen.**

Was kann das heissen?

Politisches Handeln hat damit zu beginnen, dass wir der Öffentlichkeit gegenüber diesen Lebensabschnitt in seinen Besonderheiten aufzeigen, deutlich machen, dass hier die Gestalt der Gesellschaft ihren Anfang nimmt, es in aller unserer Interesse sein muss, dass für diese ersten Lebensjahre möglichst optimale Entwicklungsbedingungen angeboten werden. Ich denke hier an die Gestaltung der Umwelt, an Städteplanung, an den Einbezug der Interessen des Frühbereich bei politischen Entscheidungen.

Was nützen die aufregenden Einsichten in die Kompetenzen eines Säuglings, in seine Möglichkeiten, Beziehungen bereits von der ersten Stunde an aktiv mitzubeeinflussen, was nützen die Kenntnisse über die bereits im Säuglingsalter zu erkennenden verschiedenen Temperamente, wenn es uns nicht gelingt, die davon direkt betroffenen Mütter/Väter rechtzeitig darüber zu informieren und ihnen zu vermitteln, wie die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie der letzten zwei Jahrzehnte unsere Vorstellungen über das Entwicklungsgeschehen und entsprechendes Handeln beeinflussen und verändern, wenn es uns nicht gelingt, den Transfer des Wissens in den Alltag für möglichst viele der Betroffenen zu gewährleisten.

Politisches Handeln bedeutet, daran zu arbeiten, dass

- 1. Frauen und Männer ab Beginn des Mutter/Vater-Werdens selbstverständlich offiziell und möglichst ohne grossen Aufwand von einem Recht auf Information, Begleitung, Unterstützung und Entlastung Gebrauch machen können,**
- 2. Mütter/Väter und ihre Familienarbeit Wertschätzung und Anerkennung durch alle Kreise der Gesellschaft erfahren,**
- 3. bei der Gestaltung unserer Welt die Lebenswelt des Frühbereiches mit ihren Besonderheiten mitberücksichtigt wird.**

Zu Beginn der 90er Jahre haben wir im Rahmen einer Recherchierarbeit zum Frühbereich im Kanton Basel-Landschaft festgestellt, dass es z.T. seit Jahrzehnten niederschwellig konzipierte Angebote gibt, die sich innerhalb unterschiedlicher Settings, mit verschiedenen Mitteln ausschliesslich um das Wohlergehen von Müttern/Vätern und ihren Kleinkindern bemühen (vgl. Liste der Angebote am Schluss des Referates). Den Angeboten zugrunde liegt die Überzeugung, dass die Geburt eines Kindes für Frau und Mann eine große Herausforderung bedeutet, dass es sich im Frühbereich um eine gleichgewichtslabile Zeit mit vielen positiven Aspekten, aber auch vielen Gefährdungen handelt, dass Entwicklungsprozesse in dieser Zeit deshalb oft unterschiedlicher Formen von Beistand und Unterstützung bedürfen.

Wir haben festgestellt, dass viele dieser Angebote

1. ein isoliertes, von der Allgemeinheit nicht zur Kenntnis genommenes Dasein fristen
2. finanziell und ideell keine grosse Unterstützung empfangen
3. therapeutisch tätige Fachleute über diese Angebote wenig Bescheid wissen, geschweige sie als eine mögliche Alternative zu ihren eigenen Interventionen betrachten können.

Aus den Kontakten und Gesprächen mit den Verantwortlichen dieser Angebote erwies sich zweifelsfrei, dass sie alle gesundheitsförderlich handeln, dass dieses allerdings wenig bedacht und hinterfragt wird.

Für eine Akzeptanz durch offizielle Instanzen ist aber entscheidend, dass formuliert und dargestellt werden kann, was dieses Handeln in einem Angebot beinhaltet, wie es sich unterscheidet von medizinischem und streng therapeutischem Handeln.

Diesem Anspruch kommt der jetzt überall feststellbare Trend zur Qualitätsförderung, Qualitätssicherung, auch in sozialen Berufsfeldern, voll entgegen.

Wer kann, in welchem Angebot, bei wem und welchen Problemen, mit welchem Instrumentarium gesundheitsförderliches Handeln anbieten?

In diesem Zusammenhang haben wir das **Modell der Entwicklungsinterventionen** entwickelt. Eine Intervention in einer bestimmten Entwicklungssequenz kann in einer Information, einer Handlungsanregung, einem Input zu etwas bestehen. Der oder die Angesprochene kann die Anregung aufnehmen oder nicht. Jede Intervention erfolgt als Ergebnis eines Prozesses. Sie erfolgt in einer bestimmten Situation und in einer partnerschaftlichen Begegnung. Sie unterscheidet sich durch unterschiedliche Qualitäten, je nachdem, was sie in einer Situation auslöst:

**optimierend**

**präventiv** und optimierend

**korrektiv** und präventiv und optimierend

Beispiele:

Ein Einzelkind erlebt in der Spielgruppe Gelegenheit zu Auseinandersetzungen mit anderen Kindern. Alle in diesem Zusammenhang erfolgten Interventionen optimieren seine Entwicklungsbedingungen generell.

Einer Mutter wird im Zusammensein mit andern Mu/Ki-Dyaden, auf dem Spielplatz, im Mutter-Kind-Turnen, einsichtig, dass sie ihrem Kind mehr Freiraum zugestehen muss, dass sie sich nicht in alles und jedes einmischen sollte – Ergebnis einer präventiven Intervention zugunsten eines 3-jährigen Kindes, das sich selber kaum mehr eine eigene Aktivität zutraut. Wird der Prozess der mütterlichen Rücknahme und der Prozess der Erstarkung der Eigenaktivität des Kindes in geschütztem Rahmen von jemandem unterstützt, handelt es sich dabei um optimierende Interventionen.

Ein Säugling verweigert die Brust, Mutter wie Kind haben sich bereits auf eine dem Stillen feindliche Schiene (der Saugverwirrung) begeben. Durch eine korrektive Intervention werden Mutter und Säugling wieder an den Start ihres gemeinsamen Unterfangens zurückgeholt. Die Stillbegegnung wird unter günstigeren Bedingungen nochmals gestartet. Optimierende und präventive Interventionen werden den neuen Prozess begleiten.

Nach den Ausführungen von Kathrin Keller-Schuhmacher über Salutogenese wäre zu diskutieren, ob mit dem **Begriff der Salutogenese** der in diesem Referat angesprochenen Arbeit im Frühbereich nicht näher zu kommen wäre als mit dem Begriff der Gesundheitsförderung.

Gesundheitsförderung ist bereits mit unterschiedlichsten Inhalten besetzt. Vor allem wurzelt der Begriff in hierarchisch, individuumzentriert und pathogenetisch geprägten Denkschemata. In unserer Arbeit wenden wir ihn bei einem Arbeitskonzept an, das seine Wurzeln im Grunde genommen nicht in der Medizin hat, sondern viel mehr Antonovskys Gedankengängen nahe steht. Das im folgenden noch darzustellende Konzept der Mutter-Säuglings-Kind-Gruppen und der Einblick in das Geschehen des Angebotes wird die Verwandtschaft deutlich machen. Pikanterweise haben sich Salutogenese und das Konzept der Mutter-Säuglings-Kind-Gruppen zeitlich parallel entwickelt.

In den 70er Jahren entstand in einer Gemeinde des Kantons BL durch Beschluss der politischen Behörde eine **Erziehungsberatungsstelle für das Vorschulalter** als Erweiterung der bereits bestehenden Mütterberatung. Für die damalige Zeit eine Pioniertat.

Die Erfahrungen zeigten aber sehr schnell, dass eine solche Beratungsstelle hauptsächlich dann gefragt ist, wenn es bei den Kindern um den Ernst des Lebens geht, sprich, wenn der Kindergarteneintritt nicht klar ist, wenn im Kindergarten selbst Probleme entstehen, wenn der Schuleintritt nicht klappen will.

Für Mütter/Väter mit Kindern in einer früheren Lebensphase stellt eine Beratungsstelle mit einer Anmeldung in einem Sekretariat, einer Befragung am Telefon und schliesslich eines Termines erst Wochen später, eine oft unüberwindbare Hürde dar.

Alles, was mit Psychologie oder Psychiatrie zu tun hat, kann abschrecken.

Die Vorstellung im Kopf, dass man mit einem Kleinkind doch noch allein zurecht kommen müsste, kann eine Rolle spielen.

Oft haben Mütter/Väter schon mehrmals die Erfahrung gemacht, dass sich scheinbar übergroße Probleme nach kurzer Zeit unerwartet wie von selbst gelöst haben. Eine stille Hoffnung, die selbst grossen Leidensdruck reduziert.

Der Schritt zu einer Beratungsstelle klappt selten, wenn lediglich an eine Stelle verwiesen wird.

Ausgehend von den dargestellten Erfahrungen und den Bedürfnissen der Mütter/Väter erscheint es fragwürdig, im Frühbereich einfache Strukturen von Angeboten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene zu kopieren. Es gilt den Besonderheiten von Müttern/Vätern und Kindern dieser Lebensphase Rechnung zu tragen. Und da bedarf es zu allererst niederschwelliger Angebote mit Entwicklungsinterventionen im Hier und Jetzt und möglichst im Rahmen eines bereits aufgebauten Vertrauensverhältnisses.

**Niederschwellige Angebote** erfreuen sich bei den Eltern grosser Beliebtheit und wir haben im Kanton, wie oben bereits erwähnt, eine respektable Zahl von ihnen.

Deshalb wollen wir in erster Linie diesen Fachpersonen aus bereits bestehenden und bewährten Angeboten die Chance geben, gesundheitsförderliches bzw. salutogenetisches Handeln im Rahmen ihres eigenen Handlungsfeldes vermehrt auszuschöpfen und entsprechende Fortbildung anbieten.

Dabei wird es wichtig sein, dass sie vor allem abschätzen lernen, welchen Anforderungen sie persönlich überhaupt Raum geben können. Eine **Auseinandersetzung mit der eigenen Person**, mit Erinnerungen an die eigene Kindheit, mit den introjizierten Mutter/Vater- Bildern ist unabdingbar. Da Konfrontationen im Frühbereich häufig so unmittelbar direkt und äusserst emotional sind, können unvermittelt Inhalte des eigenen Erfahrungsspeichers freigelegt werden. Wahrnehmungen werden leicht zu einem Produkt der eigenen Entwicklungsgeschichte.

Im Zusammenhang mit den oben dargestellten Erfahrungen an der Erziehungsberatungsstelle für Vorschulkinder und Erkenntnissen an der Vermittlungsstelle für Tagesmütter haben wir Ende der 70er Jahre ein **Gruppenangebot für Mütter/Väter mit ihren Kindern und später auch mit Säuglingen** gestartet. Das Konzept mit gesundheitsförderlichem/salutogenetischem Handeln beruht auf einem Menschenbild, das von der Selbstbestimmung des Menschen, auch des Kindes, ausgeht d.h. Aktivitäten und Dialoge finden unter **gleichwertigen Partnern und Partnerinnen** statt. Unterstützung, Bestärkung, Förderung, Entlastung geschieht wechselseitig. Sowohl das Geschehen in der Gruppe wie bei jedem einzelnen wird als **Entwicklungsprozess** verstanden und wird von gegenseitigem Vertrauen getragen. Alles, was sich in Interaktion zwischen Mutter/Vater-Kind-Bezugsperson abspielt, alle sich spontan anbietenden Umstände, die Vielfalt kindlicher Äusserungsmöglichkeiten, all das kann für die Gruppenleiterin Anlass für Entwicklungsinterventionen sein. Was an äusseren Inhalten angeboten wird, hängt davon ab, was der Gruppenleiterin bei dieser Gruppe unter den momentanen Umständen als entwicklungsfördernd erscheint. Sowohl die Leiterin als auch ein Gruppenmitglied kann jederzeit einem bestimmten Ereignis Raum geben. Durch Zuwendung und Anerkennung unter einander entsteht Geborgenheit und eine Basis, auf der auch Neues, Ungewohntes gewagt und ausprobiert werden kann.

Christel Griesser wird uns jetzt mitnehmen in ihre Gruppenarbeit mit Müttern-Kindern-Säuglingen und uns konkret erleben lassen, was mit gesundheitsförderlichem/ salutogenetischem Handeln gemeint ist. Sie hat diese Form der Gruppenarbeit mitentwickelt und mehr als 20 Jahre Erfahrung damit.

Margrit Hungerbühler-Räber  
Waldeckweg 32  
4102 Binningen

**GAIMH – Jahrestagung 24. - 26. Februar 2000; Zürich**

**Symposium: Salutogenese im Frühbereich-  
Erfahrungen, Konzepte, Konsequenzen**

**3. Salutogenese und gesundheitsförderliches Handeln  
im Frühbereich in der Umsetzung?**

**Erfahrungen aus der Gruppenarbeit mit Müttern und ihren  
Kleinkindern bzw. ihren Säuglingen**

- Mutter-Kleinkind-Gruppen**
- Mutter-Säuglings-Gruppen**

**Christel Griesser-Böhler**

# Mutter-Kleinkind-Gruppen

Ich kann anknüpfen an die Ausführungen von Margrit Hungerbühler und Kathrin Keller-Schuhmacher und werde mich an den historischen Ablauf halten. Wir hatten in unserer Wohngemeinde zunächst Mütter-Kleinkind-Gruppen und erst später Mütter-Säuglings-Gruppen.

## Zum Setting der Mütter-Kleinkind-Gruppe

- Gruppe für Mütter mit Kleinkindern ab 1 ½ Jahren bis Kindergartenentrtritt
- konstante Zusammensetzung
- sieben bis acht Erwachsene mit ihren Kindern
- während mindestens 1 Jahr
- einmal pro Woche
- in grösseren Abständen Gesprächsrunden (ohne Kinder)

## Was geschieht in einer Mütter-Kleinkind-Gruppe? Welche Prozesse können sich wie entwickeln?

Am Beispiel von Susanne 23-jährige Mutter mit Andrea 3 ½ Jahre will ich Ihnen einen Einblick geben.

Ich erhalte einen Anruf von Susanne. Sie erklärt, sie habe versucht Andrea in eine Spielgruppe zu geben. Andrea fühle sich aber dort nicht wohl, wolle nicht alleine bleiben, schreie, sobald die Mutter weg wolle. Jetzt ist Susanne sehr verunsichert: Warum bleibt Andrea nicht in der Gruppe. Was hat sie falsch gemacht? Sie macht sich Sorgen weil Andrea nicht mit andern Kindern alleine spielen will, immer muss sie dabei sein. Jetzt macht sie sich Sorgen, dass Andrea dann auch nicht in den Kindergarten will, was dann?

Dazu kommt, dass Andrea zweimal nachts, als nur die Babysitterin da war, wach wurde und schrie; die Babysitterin konnte sie dann nicht mehr beruhigen bis Susanne und ihr Mann nach Hause kamen. Andrea hätte zuvor immer durchgeschlafen, deshalb hätten sie ihr auch nicht gesagt, dass sie weggehen würden, jetzt würde Andrea nur noch an ihr kleben.

## ***Mutter und Kind so annehmen und akzeptieren wie sie sind***

## ***Verständnis entgegenbringen, Seite des Kindes sehen und einbringen, ohne die Mutter zu beschuldigen***

## ***Sorgen und Nöte von Müttern und Kindern ernst nehmen***

Ich versichere Susanne, dass ich verstehe, wie sehr sie das Verhalten von Andrea verunsichert, dass Andrea aber keine Ausnahme ist, da nicht jedes Kind zur gleichen Zeit reif ist, alleine in einer Gruppe von Gleichaltrigen zu bleiben, und dass dies ja auch ein grosser Schritt für ein kleines Kind ist. Andrea brauche jetzt ganz klar die Erfahrung, dass die Mutter nicht weg geht, weder in der Spielgruppe noch abends, ohne dass sie gut darauf vorbereitet ist.

**Vorbereitung für erste Teilnahme in unserer Gruppe. Gruppenstunden sind strukturiert  
Gemeinsame Spiele zur Begrüßung und zum Schluss (Rituale geben Sicherheit für Mutter und Kind)  
Mutter behält während Gruppentreffen Verantwortung für Kind**

**Gemeinsames Erleben von Mutter und Kind**

**Niemand muss bei Angeboten mitmachen**

**Kinder dürfen Spielsachen selbst aussuchen**

Susanne hat nun von unseren Mutter-Kleinkind-Gruppen gehört, und will von mir wissen, wie unsere Gruppen organisiert sind. Susanne will gerne mit Andrea einmal an einer Gruppenstunde teilnehmen, ich bitte sie deshalb, Andrea zu sagen, dass sie miteinander nun in eine Gruppe gehen für Mütter und Kinder, und dass sie dabeibleiben würde.

Da die Gruppe sich schon ein paar mal getroffen hatte, bitte ich Susanne, das erste Mal etwas früher zu kommen, um mich zu treffen bevor die anderen kommen und damit sie und Andrea sich den Raum ansehen können.

Ich begrüße die beiden und lade sie ein bei den Angeboten mitzumachen, wenn sie Lust dazu haben. Susanne will, aber Andrea schüttelt den Kopf und ich frage sie, vielleicht möchtest Du erst einmal zuschauen mit dem Mami? Sie reagiert nicht. Nach und nach treffen die anderen Mütter mit ihren Kindern ein. Zur Eröffnung der Gruppenstunde begrüße ich alle, sage dass heute Andrea und Susanne dabei sein werden und, wie üblich lade ich alle ein zum Anfangsritual in den Kreis zu kommen.

Susanne und Andrea sitzen abseits und schauen uns zu. Susanne probiert, Andrea noch zu überreden mitzumachen, aber ohne Erfolg. Es geht Susanne aber sichtlich besser, als noch eine andere Mutter, Marina sich neben sie setzt und mit ihrem Sohn auch nur zuschaut. Im Laufe des Morgens nimmt jede einzelne Mutter einmal den Kontakt mit Susanne auf. Einzelne Kinder kommen zu Andrea, die aber nur den Kopf ans Mami drückt.

**Gemeinsames Erleben von Mutter und Kind**

**Angebote, Impulse für gemeinsames Tun und Erleben in der Gruppe.  
Neue Erfahrungsmöglichkeiten für Mütter und Kinder**

Beim Kneten mit Lehm schaut Andrea zu und lässt sich nicht von Susanne überreden, ihn überhaupt anzufassen.

Beim Znüni kommen Susanne und Marina, die beim Eingangsspiel ebenfalls nicht mitmachte, in ein erstes Gespräch. Dabei entdecken sie, dass sie im gleichen Quartier wohnen.

Nach dem Znüni wird Andrea erstmals etwas interessierter beim gemeinsamen Betrachten des Bilderbuches, von Hugo dem Babylöwen, der nichts ohne seine Mami machen will. Andrea sitzt ganz entspannt bei Mami auf dem Schoss und schaut interessiert zu.

Beim Abschiedsspiel schauen Susanne und Andrea wieder zu; ebenso Marina und ihr Sohn.

Susanne erlebt, dass sie als Mutter nicht alleine ist. Andrea erlebt, dass die Mami bei ihr bleibt, und beim Schlusspiel nicht wieder auffordert mitzumachen. Susanne und Marina, die beiden Mütter verabschieden sich und machen sich gemeinsam auf den Heimweg mit ihren Kindern.

### **Gespräch ausserhalb der Gruppenstunden**

Am Abend ruft mich Susanne nochmals an. Sie sagt sie habe sich sehr wohl gefühlt und möchte wiederkommen. Sie wirft dann noch die Frage auf, ob sie vorerst aufs Ausgehen ganz verzichten solle? Wir überlegen zusammen, dass es gut wäre, Andrea die Sicherheit zu geben, dass sie, Susanne nicht weggehe, ohne Andrea gut vorzubereiten. Und die Babysitterin ein paar mal tagsüber kommen zu lassen, so dass Andrea die Babysitterin beim Spielen besser kennenlernen kann, im Beisein der Mutter. Susanne setzt dies in der folgenden Zeit mit Erfolg um.

### **Die nächsten Gruppenstunden**

Andrea macht bei den nächsten Treffen weder bei den Eingangsspielen noch bei den andern Angeboten mit, bleibt sehr nahe bei der Mutter, die sie immer wieder auffordert mitzumachen. Sie beobachtet aber das Geschehen hellwach und neugierig aus sicherer Warte, oft auf dem Schoss der Mutter. Ich ermutige Susanne, auf die Bedürfnisse von Andrea einzugehen und sie nicht zu drängen. Sie selbst solle aber bei den Angeboten, die sie selbst interessieren mitmachen und Andrea sagen, dass sie selbst Freude daran habe und mitmachen möchte.

***Vom Zuschauen zum Mitmachen, erste Schritte: Nicht das Konzept bestimmt, wann und welche erste Schritte das Kind ohne die Mutter macht***

Die ersten kleinen Schritte weg von der Mutter passieren jeweils beim Anschauen des Bilderbuches, einem Ritual nach der Znüni-Runde. Andrea ist jeweils so neugierig darauf, dass sie manchmal vergisst zu kontrollieren, ob die Mutter wirklich gerade greifbar ist.

Die Mutter erzählt schon bald, dass Andrea alle Lieder und Spiele Zuhause mit ihr spielen und singen wolle und schon ganz gut kann. Auch in der Gruppe beginnt nun Andrea zusammen mit der Mutter mehr und mehr am Gruppengeschehen teilzunehmen. Die Mutter geniesst es, dass sie beide vom Zuschauen zum Mitmachen kommen. Andrea offensichtlich auch.

Total erstaunt und überrascht ist Susanne, als Andrea nach ein paar Wochen, beim Schiffli fahren, einem Spiel, bei dem die Kinder zwischen den Beinen der Mütter am Boden sitzen, im sicheren Schiffli durch Wind und Sturm schaukeln, in mein Schiff wechselt. Sie hat dies bei den andern Kindern beobachtet und will es nun ebenfalls ausprobieren. Ganz stolz und mit glänzenden Augen geht sie dann zu ihrer Mutter zurück, die sie liebevoll an sich drückt.

***Die Kinder werden als gleichwertige Partner angesprochen, ernst genommen***

***Ihre Anliegen und Wünsche werden gehört und miteinbezogen***

Andrea macht einen kleinen Schritt nach dem andern. Sie beobachtet zuerst genau und wenn sie so weit ist, macht sie bei den gemeinsamen Spielen mit. Die Mutter erzählt, dass Andrea nun auch auf dem Spielplatz mutig genug ist, alleine auf die Rutschbahn zu gehen, wenn die Mutter sie unten sicher auffängt.

**Mutter und Kind erleben Bestätigung und Unterstützung durch die Gruppenleiterin; diese**

- **begleitet, unterstützt und hinterfragt, durch wohlbedachte und verständnisvolle Interventionen und Hilfestellungen**
- **muss gut zuhören können**
- **sucht Lösungsfindungen, die für diese Mutter, dieses Kind in dieser Situation angebracht sind und die Weiterentwicklung ermöglichen.**

**Im geschützten Rahmen ihr eigenes Erziehverhalten und das anderer Mütter erfahren und erleben**

Andrea wird nun von Woche zu Woche mutiger, wird von andern in kurze Spiele miteinbezogen, oder holt sich selbst jemand zum Spielen. Die Mutter unterstützt jetzt die Anzeichen für kleine Unabhängigkeiten, drängt Andrea immer weniger zum Mitmachen.

Ich kann Susanne immer wieder auf kleine Fortschritte von Andrea aufmerksam machen und ihr sagen, wie sie auf die Bedürfnisse von Andrea eingehe. Sie sagt einmal, ja es ist komisch, dabei wird Andrea immer unabhängiger!

An den Gesprächsabenden aber auch in den Gruppenstunden erlebt Susanne dass auch andere Mütter Probleme und Schwierigkeiten haben. Sie kann freier über ihre Ängste sprechen und erlebt, dass es möglich ist, gemeinsam nach Lösungen zu suchen.

Im Kontakt mit den andern Müttern erfährt sie, wie diese Andrea sehen, nämlich als waches, interessiertes und lebendiges Kind, das sich sehr erfreulich entwickelt. Diese Feedbacks stärken sie enorm.

**Besuch vom Nikolaus: Durchbruch für Andrea**

An einem Gesprächsabend mit der Elterngruppe überlegen wir, ob der Nikolaus in die Gruppe kommen soll; Susanne ist ganz dagegen, begründet auch, dass sie bei Andrea nicht neue Ängste auslösen möchte, da es doch jetzt so gut gehe. Die Gruppe wägt die Vor- und Nachteile gegeneinander ab und entscheidet schliesslich dass der Nikolaus kommen soll, sowie was er bei seinem Auftritt tun darf und was nicht. Susanne sagt, sie werde erst im letzten Moment entscheiden, ob sie an diesem Tag in die Gruppe kommt.

Bei den nächsten Gruppentreffen bereiten wir mit Liedern und Versen den Besuch des Nikolaus vor, erzählen die Geschichte vom störrischen Eseli, das den Mantel vom Nikolaus anzieht um Nikolaus zu spielen, um selbst zu den Kindern zu gehen.

### **Die Beziehung zwischen Mutter und ihrem Kind wird gefördert und gestärkt**

Susanne erzählt, sie habe mit Andrea über den Besuch des Nikolaus gesprochen, und zu ihrem Erstaunen wolle Andrea dabei sein. Susanne hat inzwischen gelernt, Andrea in ihre Überlegungen und Entscheidungen miteinzubeziehen und zu akzeptieren, dass Andrea manchmal etwas anderes will. Sie kommen dann auch zum Treffen; Susanne setzt sich aber in die hinterste Ecke des Raumes und sagt Andrea, dass sie zu ihr kommen könne, wenn der Nikolaus kommt. Als es dann soweit ist, rennt Andrea beim Klingeln der Glocke mit den andern neugierig zur Tür. Wir begrüßen den Nikolaus mit einem Trommelkonzert auf Schachteln und Büchsen und singen und tanzen ihm das Lied vom Eselein. Einige Kinder in sicherer Distanz, andere stellen sich offen neugierig vor den ihn. Er freut sich, singt mit uns und verteilt kleine Geschenke, die jedes Kind bei ihm holen kann, manche an der Hand der Mutter. Andrea holt sich ihr Geschenk selbst ab. Nach einem weiteren Lied mit Trommelkonzert bringen wir den Nikolaus an die Tür, dabei vergisst er Sack und Glocke mitzunehmen. Während die einen rumtoben oder austauschen, wie es war, holt sich Andrea aus dem Kleiderkorb einen alten Mantel und eine Mütze, stopft ein paar Stofftiere in den Sack und verschwindet mit Glocke und Sack zur Türe hinaus, wo es gleich darauf klopft und klingelt. Andrea kommt mit verstellter Stimme herein und sagt: ich bin der Nikolaus! Mit grossem Gejohle wollten nun alle Nikolaus spielen, Andrea mittendrin. Viele Male stehen die Kinder vor der Tür, bis alle mal dran waren die Lust haben.

### **Andrea's Entwicklung**

Für Andrea ist es ein Durchbruch, sie hat sich in ein paar Monaten zu einer kleinen Persönlichkeit entwickelt, die ihre Bedürfnisse einbringen kann, und sich im Spiel mit andern das holt, was sie für ihre weitere Entwicklung braucht. Für ihre Mutter ist es ein Phänomen, sie kann kaum glauben was sie erlebt.

Susanne und viele der Mütter, die in unsere Gruppen kamen, sagten uns, eigentlich hätte ich so eine Gruppe schon direkt nach der Geburt meines Kindes gebraucht, damals habe ich mich oft so einsam und überfordert gefühlt.

Dieser Wunsch der Mütter deckte sich mit unseren Erfahrungen und Erkenntnissen, dass wir Gruppen im Frühbereich schon bald nach der Geburt anbieten müssen, um in dieser neuen Lebenssituation eine familienunterstützende Hilfe für Mütter anbieten zu können. So entwickelten wir Mütter-Säuglings-Gruppen als zusätzliches Angebot.

## Mutter-Säuglings-Gruppen

### Setting

- Die Treffen sind 1 Mal wöchentlich für 1 ½ Stunden während 8 aufeinanderfolgenden Wochen
- Es sind feste Gruppen von 7 - 8 Mutter-Säuglings-Paaren, die Säuglinge sind beim Beginn zwischen 2 1/2 und 4 Monate alt.
- Wir sitzen im Kreis, die Säuglinge sind auf dem Schoß der Mütter oder sie liegen auf den Matratzen.
- Während den Gruppenstunden probiere ich 'auf meinen Händen zu sitzen' !

### Ablauf der Treffen

- Beim Ersten Treffen
- stehen das Vorstellen von Müttern und Säuglingen und das Kennenlernen im Kreis im Vordergrund
- Babys werden in der 'Ich-Form' von ihren Müttern vorgestellt (dabei erfahren wir z. B. wie die Babys gerne gehalten und getragen werden, wo sie am liebsten sind und was für sie gerade 'aktuell' ist)
- Erwartungen und Wünsche an die Gruppentreffen werden eingebracht
- Besprechung von Gruppenregeln
- Angebote für Mütter, spielen mit dem Säugling
- direkte Kontakte von Mutter zu Mutter, Babys sind auf dem Arm dabei, direkte Kontakte von Baby zu Baby
- Befindlichkeitsrunde jeweils am Anfang und Ende

### Gruppenregeln

- persönliche Bedürfnisse der Mütter und Säuglinge haben Vorrang (stillen, wickeln, rumtragen des Säuglings etc.)
- wir hören einander zu, wenn jemand spricht (die Säuglinge dürfen unterbrechen)
- jede Mutter entscheidet selbst, was sie an Persönlichem einbringt
- wenn vertrauliche Erfahrungen eingebracht werden, wollen wir diese vertraulich behandeln
- es ist auch in Ordnung, nichts zu sagen

## Die weiteren Treffen

- Wenn die Babys wach und ansprechbar sind, beginnen wir mit einer Runde 'spielen' mit dem Säugling: z.B.
- Jede Mutter hält oder bewegt einen Ballon so, dass das Baby ihn gut sehen mit den Augen verfolgen oder auch danach greifen kann.
- Ich fordere die Mutter auf, das Baby dabei anzuschauen, zu sehen, ob es interessiert ist, die Reaktionen des Babys als Gradmesser zu nehmen, ob dies der richtige Moment ist, um gemeinsam etwas neues zu entdecken, dabei mit ihm zu reden und bei seinen Aktivitäten zu unterstützen.
- Jede Mutter erlebt dass ihr Baby eine ganz eigene Art hat zu reagieren, wenn es wach, interessiert, müde oder abgelenkt ist.
- Das Erleben, wahrnehmen, bewusstmachen und ansprechen, was in den Interaktionen zwischen Mutter und Baby sichtbar wird, geschieht in der ganzen Gruppe. Die andern sehen und hören zu, nehmen teil und verändern manchmal ihr Verhalten.
- Das Spiel findet dann ein Ende, wenn das Baby zeigt, dass es genug hat. Die diesbezüglichen Signale der Babys sind recht unterschiedlich. Ein Baby schläft ein, einige drehen den Kopf zur Seite, andere werden quengelig, eines brüllt und muss dann beruhigt werden; manchmal spreche ich die Signale an, wenn sie von den Müttern nicht wahrgenommen werden.

Nach einer solchen intensiven Babyrunde sagt Carla in der Gruppe, ihr sei aufgefallen, dass sich die andern Babys viel mehr und freier bewegen, als ihre Eva. Sie hat bereits mit dem Kinderarzt darüber gesprochen, dieser untersuchte Eva und meinte, es wäre alles in Ordnung. Sie möchte ihre Beobachtung gerne in der Gruppe besprechen.

Ich erkundige mich, wo Eva ist, wenn sie wach ist. Eva ist hauptsächlich im Babysitter, oder im Stubenwagen, wobei Carla bemerkt hat, dass Eva seit einiger Zeit nicht mehr so gerne dort ist. Sie ist unruhiger als zuvor, möchte raus, jammert, aber nach einiger Zeit wird sie dann ganz ruhig, fast apathisch. Da Carla in ihrem Büro in der eigenen Wohnung schon wieder arbeitet, hat sie alles gut organisiert, so ist Eva am besten im Babysitter aufgehoben und Carla kann sie kurzfristig überall gut mitnehmen z. Bsp. ins Büro, die Waschküche und ins Auto.

Auf meine Frage, ob es auch einen Ort gäbe, wo sich Eva freier bewegen könne, meint sie, dies wäre recht schwierig.

Wir beziehen die andern Mütter mit ein mit der Frage 'Wie und wo sind Eure Babys wenn sie wach sind?'

Einige der Babys sind in den wachen Stunden zeitweise am Boden auf einer grossen Decke oder im geschützten Rahmen eines Laufgitters, in Sichtweite der Mütter untergebracht. Der Babysitter kommt nur noch zum Einsatz beim Gang in die Waschküche oder zum Einkauf.

Einige der Mütter erzählen, wie viel sich die Babys bewegen, oft unterbrochen durch ungeduldige Gebärden oder durch unzufriedenes Quengeln, wenn etwas einfach noch nicht geht. Für viele Mütter ist dies sehr anstrengend und sie sagen, dass sie manchmal kaum fünf Minuten an einer Arbeit bleiben können. Aber auch, dass sie sehen, was die Kinder leisten und wie stolz die Babys sind, wenn ihnen nach langem Probieren endlich etwas gelingt. Eine Mutter sagt, dass sie auch manchmal an den Rand ihrer Geduld komme und es dann einfacher ist, das Baby rumzutragen oder mit dem Wagen rauszugehen. Das würde dann auch ihr gut tun.

Carla hat zugehört, ist ziemlich nachdenklich geworden und findet 'wahrscheinlich habe ich Eva bis jetzt zu wenig Freiraum ermöglicht, in dem sie sich selbständig bewegen kann. 'Ich denke, dass ich Eva mehr Bewegungsmöglichkeiten verschaffen muss, und ich werde mir wohl auch mehr Zeit nehmen müssen'.

Auf meine Frage nach ihrem Befinden sagt sie 'Eigentlich nicht so gut, bin aber froh, das Thema angesprochen zu haben. Es hat mich beunruhigt, aber jetzt ist klar für mich, dass ich etwas ändern muss'.

Eine Woche später kommt Carla und erzählt, sie habe jetzt im Wohnzimmer und in ihrem Büro, wo sie sich am meisten aufhält, mit einem Laufgitter und einer Decke am Boden für Eva sicheren Platz geschaffen, wo sie sich mehr bewegen kann. Am Anfang wusste Eva noch nicht so viel anzufangen mit der 'neuen Freiheit', aber jetzt ist schon erkennbar, dass sie sich mehr bewegt als vor einer Woche.

### **Ein anderes Beispiel**

Während der Zeit, da die Mutter-Säuglings-Gruppen stattfinden, bekommen fast immer einige der Babys ihre ersten Zähnnchen, dies ebenfalls ein wichtiges Thema. Rita sagt in diesem Zusammenhang zu mir: 'Ich habe beschlossen meinem Baby das Zähnekriegen zu erleichtern, ich gebe ihm jeden Abend ein Schmerzäpfchen'. Erstaunt frage ich, ob es denn Fieber hat und ob sie dies mit dem Kinderarzt oder der Mütterberatung besprochen hat. Rita sagt ,nein, ich wollte es ihm einfach erleichtern, und seit ich ihm ein Zäpfchen gebe, schläft er ganz ruhig, vorher war er immer so unruhig und schrie immer wieder mal in der Nacht.' Auf meine Frage, ob sie schon andere Mittel gegen die Unpässlichkeiten beim Zahnen ausprobiert hat, verneint sie.

'Ich sehe dass Du Deinem Baby wirklich helfen willst, die Zähne schmerzfrei zu bekommen. Aber Zähne zu bekommen, ist ein ganz wichtiger Entwicklungsschritt für ein Kind, und dieser passiert erst dann, wenn das Kind entwicklungsmässig ist, dass es nicht alles vorgekaut bekommen muss, sondern

lernen kann, Dinge selbst zu beissen und zu soweit zerkleinern. Dieser Schritt beinhaltet auch gewisse Unpässlichkeiten wenn die Zähne durchbrechen'.

Vielleicht können wir von den andern mal hören, was sie machen, wenn ihre Babys zeigen, dass die Zähne am Durchbrechen sind?' Rita ist sehr interessiert.

Einige geben ihren Babys harte Dinge zum Draufbeissen z.B. eine harte Brotkante, oder harte Biskuits aus dem Reformhaus, Veilchenwurzel oder eine Karotte, andere benutzen Beissringe aus dem Kühlschrank.

Ich ergänze, dass durch den Gegendruck des Rumbeissens auf geeigneten Dingen der Schmerz etwas gelindert wird und das Baby dabei erlebt, dass **es selbst etwas dazu tun kann, dass der Druck nachlässt**, und dass dies eine ganz wichtige Erfahrung ist.

Rita meint: 'so habe ich mir das nie überlegt, sondern bin davon ausgegangen, dass ich, wenn ich Zahnschmerzen habe, eine Tablette nehme oder zum Zahnarzt gehe.

**Neben diesen ausführlicheren Beispielen will ich mit zwei spontanen Aussagen von Müttern, die während der Zvieri-Runde am Tisch geäussert werden, schliessen:**

- Miriam sagt: ‚Jetzt verstehe ich Gaby - 4 ½ Monate - langsam besser, es war eine schwierige Zeit für uns, das gegenseitige Kennenlernen. Gaby weinte so häufig, ich war ständig am Rand meiner Kräfte, dabei wollte ich, dass sie sich meinen Zeiten anpasste, bis ich merkte, dass dies nicht ging. Es war wie ein Kampf zwischen uns, jetzt da ich ihre Bedürfnisse zuerst befriedige, geht es uns beiden besser. Ich bin froh hier in der Gruppe über die Probleme im Alltag sprechen zu können, und zu erleben, dass ich damit nicht alleine bin.‘
- Doris: ‚Ich habe mich einerseits überfordert, aber auch gelangweilt gefühlt mit Andreas - 3 ½ Monate. Ich habe ein schlechtes Gewissen, dies zu sagen, aber ich wusste auch nicht, was ich den ganzen Tag mit ihm tun sollte. Wenn er wach war, wollte er, dass ich mich um ihn kümmere, trotzdem war er nicht zufrieden. Abends war ich erschöpft, hatte aber nicht wirklich etwas geleistet, dies frustrierte mich. Die gemeinsame Zeit hier, die kleinen Spiele und Lieder mit den Babys und das Erleben mit den andern Müttern, haben mir neue Möglichkeiten gezeigt. Ausserdem gehe ich jetzt wieder arbeiten, habe auch wieder andere Kontakte, jetzt kann ich mit Andreas mehr anfangen und geniesse dann das Zusammensein mit ihm.

Damit bin ich am Ende meiner Ausführungen über ein paar wenige Erfahrungen aus der Gruppenarbeit mit Müttern und ihren Säuglingen und Kleinkindern angekommen.

PS: Alle Namen der Teilnehmerinnen sind geändert

Christel Griesser-Böhler

Bündtenweg 52

CH 4102 Binningen