

Geburt einer Familie –
Kommunikation und Beziehung von
Anfang an

Biopsychodynamische
Entwicklung
prä-, peri- und postnatal

Dr. Katharina Kruppa
Basel, Februar 2012

GAIMH

Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit

WORLD ASSOCIATION FOR
INFANT MENTAL HEALTH

Frühe Kindheit – Brücken bauen
Wissenschaft und Praxis im
Dialog



17. GAIMH
Jahrestagung





Brücke aus der Praxis: Baby Care Ambulanz: Ambulanz für Ess-, Schrei-, Still- und Schlafproblematik in den ersten Lebensjahren

- Frühgeburten- und Intensivstation:
Frühgeburten ab der 24.SSW, kranke Neugeborene, NAS
Babys (Drogenentzugsbabys), soziale Problematik
- Interne Stationen (akut kranke Säuglinge und
Kleinkinder)
- 1 Neurorehab-Station (Schwerpunkt neurologisch und
chronisch kranke Kinder)
- Akute Allgemeinambulanz

Konkrete Umsetzung – 1. NAS Projekt

Neonatales Abstinenz Syndrom:

- Neugeborene mit einem Entzugssyndrom
- Drogenabhängige Mütter, häufiger Mütter
in einem Drogenersatzprogramm(ca 80-
100 Neugeborene im Jahr in Wien, ca 25-
30 davon im Preyer Kinderspital betreut)

Neonatales Abstinenz-Syndrom – eine normative Krise für alle Beteiligten?

Mütterliche/Elterliche Faktoren:

- Suchtproblematik
- Schuldgefühle
- oft selbst wenig tragfähige Bindungsrepräsentationen
- Verleugnung
- Misstrauen den betreuenden Einrichtungen gegenüber
- Unsicherheit der neuen Situation gegenüber
- viel Druck (kann ich mein Kind behalten)
- oft psychiatrische Begleiterkrankungen.....

Neonatales Abstinenz-Syndrom – eine normative Krise für alle Beteiligten?

2. Kindliche Faktoren:

Trennung Mutter Kind (keine primäre Bindungserfahrung)

Körperliche und psychische Entzugssymptome (Haltlosigkeit, Unruhe, Zittern, Saugbedürfnis)

Weitere Unsicherheiten bezüglich der Weiterbetreuung (Kinder reagieren prompt auf Sicherheiten)

3. Faktoren von Seiten des Stationsteams

Abwehrhaltung gegenüber den Müttern/Eltern (Schuldzuweisungen)

Hohe Belastung durch extrem aufwändige Babys

Projektentwicklung: Halt, Struktur und Sicherheit

- Für Mütter (Eltern): Aufklärung, klare Info von Anfang an
- Für Personal: Klare Strukturen für Alltag und Notfälle
- Für Helfersysteme: intensive Vernetzung → Klarheit der Betreuungssituation
- Für Babys:???

Durchführung

- Möglichkeit eines informativen Vorgesprächs der schwangeren, substituierten Mutter auf der Station
- Einführung eines speziellen Vereinbarungsgesprächs (strukturiertes Aufnahmegespräch) mit der Mutter innerhalb der ersten Woche nach der Aufnahme
- Ausfüllen des Vereinbarungsbogens gemeinsam mit der Mutter
- Einmal pro Woche ein Gespräch mit unserer Psychologin
- Verpflichtende Mitaufnahme der Mutter in einem Mutter-Kind-Zimmer mindestens 3 Tage (aber auch länger) vor der Entlassung
- Maximal 3 NAS Babys gleichzeitig auf der Station
- Für jedes Kind wird eine Helferkonferenz durchgeführt
- Enge Vernetzung mit der Nachsorgeeinrichtung

NAS (Neonatales Abstinenz Syndrom)

- ✓ Veränderung der Zusammenarbeit mit den Eltern und der Haltung gegenüber den Eltern
- ✓ klare Strukturen für das Team
- ✓ Engere Vernetzung und Zusammenarbeit der Helfersysteme
- ✓ keine Veränderung der direkten Arbeit am Kind

NAS

Folge:

- ✓ höhere Zufriedenheit bei den Eltern
- ✓ höhere Zufriedenheit beim Personal
- ✓ teilweise Vermeidung von Krisenpflegeeltern
- ✓ **Entzugsdauer verringert** (durch Veränderung der Haltung von Seiten des Personals direkte und indirekte Auswirkungen auf das Kind)

Biopsychodynamische Entwicklung pre-, peri- und postnatal →

- Zusammenhang zwischen psychischen und somatischen Faktoren sind einer dauernden Veränderung unterworfen und in direktem Austausch mit der Umwelt zu verstehen
- Umwelt des Kindes – die Mutter (biologisch und interaktiv)
- Umwelt der Mutter:...

Geburt einer Familie – „there is no such thing as a baby“ „Brückenerfahrung“

- Paar → Eltern
- Frau → Mutter
- Mann → Vater
- Dyade → Triade
- ...
-

Kommunikation von Anfang an - wann ist Anfang?

- Epigenetig
- HPA Achse: Die Stressregulation des Säuglings und die Einstellung der HPA-Achse werden durch das Stresserleben und die Cortisonspiegel der Mutter während der Schwangerschaft „geprägt“.
- Sprache in der SS gelernt (Ki lautieren in Muttersprache)

Am Tierexperiment bestätigt

- Frühkindliche Traumatisierung verändert Verhalten, auch tierexperimentell
 - Postpartale Trennung bei Mäusen → Veränderung im Hypothalamus, ängstlich und weniger stressresistent
 - Mutter-Kind Trennung bei Weißbüschelaffen (28 Tage) → ängstliche, aggressiv, eingeschränktes Verhaltensrepertoire, Blutdruck erhöht
- Epigenetisch vererbt, aber korrigierbar!
 - Tierexperimentell: Streicheln mit Pinseln hebt die Verhaltensänderung auf
 - Studie (Koch, 2009): BDNF (Nervenwachstumsfaktor) steigt bei antidepressiver Gesprächstherapie langfristig

Wie entwickelt sich die Elternidentität? Brücke

- 1) Verunsicherungsphase (bis 12. SSW)
- 2) Anpassungsphase (12.-20. SSW)
- 3) Konkretisierung der zukünftigen Elternschaft (21.-31.SSW) – phantasiertes Kind
- 4) Antizipation und Vorbereitung auf Geburt (>32.)
langsamer Raum für reales Kind
- 5) Geburtsphase
- 6) Erschöpfungsphase (bis 2.LM)
- 7) Herausforderung und Umstellung (bis 6.LM)
- 8) Gewöhnung und Normalisierung

Geburt als Ressource:

- **„Natürliche Geburt“:**
 - Mutter wird gestärkt durch das Erleben ihrer Kraft und Stärke
 - Kind wird gestärkt durch das Erleben von Kontakt und Begleitung während der Geburt (außerdem weniger Risikofaktoren postpartal: KISS, Allergie, NEK...) dzt. 30% Sektorate!
- **Bonding** als Basis für gelungene Kommunikation: hormonelle Unterstützung von Mutter und Kind (Oxytocin, Prolactin, Endorphine)
- **„Primäres Vatererlebnis“**
- Eltern- Kind Zimmer....
- Bindungsfördernde Begleitung

Konkrete Umsetzung – 2. Frühgeburtlichkeit

Fallbeispiel Stella

- 32. SSW 1200g
- 2 Wochen
Intensivstation, 2
Wochen
Frühgeburtenstation
- Zu Beginn sehr
zurückhaltende Mutter
Kind Beziehung
- Mutter lehnt
psychologische Betreuung
ab

Beginn des Beziehungsaufbaus

- Vater wird aktiv
eingebunden

- Mutter beginnt zu stillen
→ Stillberaterin
unterstützt aktiv den
Bindungsprozess (Kontakt
vor Nahrung)

Erste Nachkontrolle

- Sehr unruhiges Baby
- Verzweifelte Mutter
- Aber: Intensive Bindung

Weitere Begleitung:
Zunehmende Entspannung
von Stella, Familie holt
sich Unterstützung,

Die zu früh geborene Familie
kommt in einen neuen
Geburtsprozess

Elternidentität zum Zeitpunkt der Frühgeburt

Geburt fällt in Phase der:

– **Konkretisierung der zukünftigen Elternschaft (21.-31.SSW)**

- Entwicklung des Kindkonzepts als eigenständige Person, beginnende

Trennung von eigenem Selbst und Kind

- Selbstkonzept als Mutter entspricht eher Idealvorstellungen
- Beendigung von Aktivitäten (Job, Ausbildung, Reisen) und Vorbereitung auf Leben mit Kind (Wohnungswechsel etc.)

oder

Elternidentität zum Zeitpunkt der Frühgeburt

Antizipation und Vorbereitung auf Geburt (>32.)

- Fokussierung auf Geburt
- Beginnender Prozess der Trennung des Kindes vom eigenen Körper
- Konkrete Phantasien über Kind, konkrete Vorstellungen vom Kind als Neugeborenes
- Vorbereitung auf das Baby (Kleidung, Einrichtung) und die
- Versorgung des Kindes (Ernährung etc.)

Geburtserlebnis

- Angst um das Kind
- Persönlicher Misserfolg (ich bin nicht gut genug, um ein Kind auszutragen)
- Meist operative Geburt (hormonelle Veränderungen)
- Kaum Bondingmöglichkeit → Mutterinstinkte („Verlieben“) nicht möglich

Konfrontation mit dem frühgeborenen Kind

- Negative Gefühle statt Freude über die Geburt des Kindes
- Schock/ Enttäuschung über den Anblick des Kindes (fragil, klein, entspricht nicht dem phantasierten Kind)
- Berührungängste, Hilflosigkeit und Insuffizienzgefühl
- Trennung vom Kind / Beziehungsaufbau auf Intensivstation (Fremdheit)
- Angst und Sorge um das Kind => Konfrontation mit unsicheren Krankheitsverlauf und langfristigen Folgen (Tod, Behinderung...)

Intensivmedizinische Behandlung

- Geräte und Technik (Bedrohlichkeit)
- Medizinische Prozeduren am Kind (Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit, Schuld- und Versagensgefühle)
- Delegation der Verantwortung für das Kind und der Entscheidungen an ein fremdes Betreuungsteam
- Vielzahl wechselnder Betreuungspersonen
- Anpassung an Stationsregeln und Abläufe
- Miterleben anderer Krankheitsverläufe / Tod anderer Kinder

Psychische Folgestörungen

Trauma (Jotzo, 2002):

- 1 Monat n. Geburt 60% Mütter 9.1% Väter
- 1 Jahr n. Geburt 22.9% Mütter
- 4 Jahre n Geburt 16.7% Mütter

Depression und elterlicher Stress (Singer et al., 1999)

- 1 Mo korr.: 9% der Mütter von FG **schwere Symptome v. Depression** (1% d Km von Reifgeborenen), 13% **hoher Stress** (1% Term)
- 8-12 Mo: 20% der Km von High-Risk-FG **Angst** (4% LR, 6% term)
- 24 Mo: 24% der Km von High-Risk-FG leichte bis mittlere **Depression** (0% LR, 10% term)

Interaktive Folgestörungen bei Eltern v.FG

- **Interaktionsstörungen:** Mütter zeigen weniger intuitive Verhaltensweisen (Sarimski & Papousek, 2000)
- **Weniger Spiel** (Sarimski & Papousek, 200)
- **Weniger Responsivität** (Barry et al., 1985, Sarimski, 2000), v.a. bei hoch belastenden, depressiven Müttern (Wilfong, 1991)
- **Kompensatorischer Erziehungsstil** (Overprotection) (Holdich-Davis, 1995)

Möglichkeiten der Prävention

- Primär Begleitung in der Schwangerschaft, die über die Geburt hinweg Ansprechperson ist
- Bonding soweit möglich (jederzeit!!!)
- Vater als „Überbringer“ (Kolostrum, Bilder...)
- Jeden Körperkontakt fördern
- Eltern abholen wo sie sind (Angst, Unsicherheit, Ablehnung...) → Kompetenz der Eltern stärken,
- Viel Information, wenig „Tipps“
- Zugang über Stillen und Handling, weniger über „Psychologische Betreuung“

Perspektive des Babys (Neurologie)

Für die fetale Gehirnentwicklung benötigt das Kind die unterstützende Umgebung des Uterus durch:

- Beständige sensorische und kinästhetische Stimuli
- Tagesrhythmen der Mutter, die zur intrauterinen Unterscheidung von Bewusstseinszuständen führen
- regulatorische Inputs wie Fruchtwasser, hormonelle Inputs der Mutter
- Konstanter Kontakt

Wenn erforderliche sensorische Inputs des Mutterleibes fehlen, kommt es zu Fehlfunktionen und Störungen der Gehirnentwicklung.

Stressreaktionen der Frühchen - dysregulierte Verhaltensweisen

verlängerte, diffuse Schlafzustände (cave!!
Rückfall in neurologisch sichere Reaktionen, völlige Reduktion der Entwicklung!!!)

motorische und physiologische Stresssignale: (z.B. Abwehrbewegungen, veränderte Hautfarbe, Apnoen, Bradykardien, Grimassieren, Schmatzen, Pressen...)

Prävention für Frühchen

- **Entwicklungsfördernde Pflege (NIDCAP)**
 - Vermeidung von Stress, Schmerz, Überstimulation, Deprivation
 - Unterstützung der Fähigkeit zur Selbstregulation, Stärke und Initiative
- **Bindungsfördernde Pflege**
 - Körperkontakt zu Eltern
 - Känguruhing
 - Unterstützung der Eltern
 - Unterstützung jeder Kommunikation

Konkrete Umsetzung – 3. Bindungsfördernde Pflege – nicht nur für Frühchen

- Realitäten im Kinderzimmer: abhängig vom Personal, „Whose Baby Syndrom“, Wertehaltung – evidence based...(Bsp. Nahrung)

Prävention? Vorbildfunktion – in jeder Rolle!

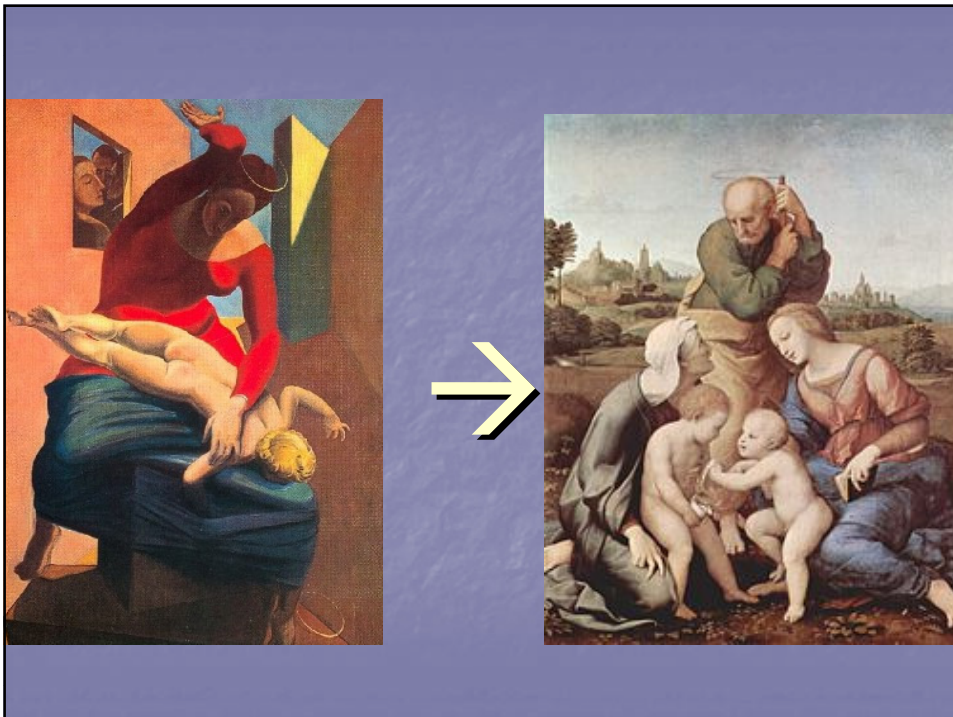
- Direkt durch den Umgang mit dem Kind
- Indirekt: Wie wir uns den Müttern nähern, so „spiegeln“ sie uns
- Systemisch: Umgang mit dem Personal...

Eine Familie wird geboren – Kommunikation und Beziehung von Anfang an? – Mit wem?

- Schwangerschaft: Verunsicherung, Stress vermeiden
- Bezugspersonen „phasenübergreifend“ (Wer sind „Hebammen“ der Familie?)
- Gruppenangebote, niederschwellig
- Gezielte Unterstützung bei Risikogruppen
- Frühe Hilfen

Was braucht's?

- Gesellschaftliches Bewusstsein wann Beziehung beginnt – sensible Phasen
- Gezielte Fortbildung bei allen betroffenen Berufsgruppen
- Interdisziplinäre Teams mit geteilter Entscheidungsfindung
- Flächendeckendes Angebot von Begleitung – von Anfang an!





Danke für
Ihre
Aufmerk-
samkeit