

Selma Fraiberg (Hg.)

Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren

Studien aus einer psychoanalytischen Klinik
für Babys und ihre Eltern



Psychosozial-Verlag

Selma Fraiberg (Hg.)
Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren

Das Anliegen der Buchreihe BIBLIOTHEK DER PSYCHOANALYSE besteht darin, ein Forum der Auseinandersetzung zu schaffen, das der Psychoanalyse als Grundlagenwissenschaft, als Human- und Kulturwissenschaft sowie als klinische Theorie und Praxis neue Impulse verleiht. Die verschiedenen Strömungen innerhalb der Psychoanalyse sollen zu Wort kommen, und der kritische Dialog mit den Nachbarwissenschaften soll intensiviert werden. Bislang haben sich folgende Themenschwerpunkte herauskristallisiert: Die Wiederentdeckung lange vergriffener Klassiker der Psychoanalyse – wie beispielsweise der Werke von Otto Fenichel, Karl Abraham, Siegfried Bernfeld, W. R. D. Fairbairn, Sándor Ferenczi und Otto Rank – soll die gemeinsamen Wurzeln der von Zersplitterung bedrohten psychoanalytischen Bewegung stärken. Einen weiteren Baustein psychoanalytischer Identität bildet die Beschäftigung mit dem Werk und der Person Sigmund Freuds und den Diskussionen und Konflikten in der Frühgeschichte der psychoanalytischen Bewegung.

Im Zuge ihrer Etablierung als medizinisch-psychologisches Heilverfahren hat die Psychoanalyse ihre geisteswissenschaftlichen, kulturalistischen und politischen Bezüge vernachlässigt. Indem der Dialog mit den Nachbarwissenschaften wiederaufgenommen wird, soll das kultur- und gesellschaftskritische Erbe der Psychoanalyse wiederbelebt und weiterentwickelt werden.

Die Psychoanalyse steht in Konkurrenz zu benachbarten Psychotherapieverfahren und der biologisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie. Als das ambitionierteste unter den psychotherapeutischen Verfahren sollte sich die Psychoanalyse der Überprüfung ihrer Verfahrensweisen und ihrer Therapie-Erfolge durch die empirischen Wissenschaften stellen, aber auch eigene Kriterien und Verfahren zur Erfolgskontrolle entwickeln. In diesen Zusammenhang gehört auch die Wiederaufnahme der Diskussion über den besonderen wissenschaftstheoretischen Status der Psychoanalyse.

Hundert Jahre nach ihrer Schöpfung durch Sigmund Freud sieht sich die Psychoanalyse vor neue Herausforderungen gestellt, die sie nur bewältigen kann, wenn sie sich auf ihr kritisches Potenzial besinnt.

Selma Fraiberg (Hg.)

Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren

**Studien aus einer psychoanalytischen Klinik
für Babys und ihre Eltern**

Aus dem Amerikanischen von Elisabeth Vorspohl

Deutsche Ausgabe herausgegeben und mit einem Vorwort
von Marie-Jeanne Augustin-Forster

Mit Beiträgen von Edna Adelson, Carolyn R. Aradine,
John W. Bennett, Jr., Vicki Bennett, Peter Blos, Jr.,
Selma Fraiberg, Alicia F. Lieberman, Jeree Pawl,
Vivian Shapiro, Deborah Spitz Cherniss,
Betty Tableman und Howard Uman

Psychosozial-Verlag

Titel der Originalausgabe:
Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life
by Selma Horwitz Fraiberg

This edition published by arrangement with Basic Books, an imprint of Perseus Books
LLC, a subsidiary of Hachette Book Group, Inc., New York, New York, USA.
All rights reserved.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

2. Auflage 2022 der deutschen Erstveröffentlichung
© 2011 Psychosozial-Verlag, Gießen
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: August Macke, *Elisabeth und Walterchen*, 1912

Satz: Hanspeter Ludwig, Wetzlar
ISBN 978-3-8379-3159-4 (Print)
ISBN 978-3-8379-7840-7 (E-Book-PDF)

INHALT

VORWORT	7
<i>Marie-Jeanne Augustin-Forster</i>	
I. EINLEITUNG	13
<i>Selma Fraiberg</i>	
II. KLINISCHE BEGUTACHTUNG DES SÄUGLINGS UND SEINER FAMILIE	41
<i>Selma Fraiberg</i>	
III. BEHANDLUNGSMODALITÄTEN	77
<i>Selma Fraiberg, Vivian Shapiro und Deborah Spitz Cherniss</i>	
IV. KURZE KRISENINTERVENTION: ZWEI BEHANDLUNGSFÄLLE	117
<i>Selma Fraiberg, Vivian Shapiro, Vicki Bennett und Jeree Pawl</i>	
V. NINA: ENTWICKLUNGSBERATUNG UND STÜTZENDE BEHANDLUNG FÜR EIN KLEINKIND MIT GEDEIHNSTÖRUNG UND SEINE ADOLESCENTE MUTTER	149
<i>Deborah Spitz Cherniss, Jeree Pawl und Selma Fraiberg</i>	
VI. ROBBIE: TRAUMATISIERUNG IN DER NEONATALPHASE	197
<i>Carolyn R. Aradine, Vivian Shapiro und Howard Uman</i>	
VII. GESPENSTER IM KINDERZIMMER: PROBLEME GESTÖRTER MUTTER-SÄUGLING-BEZIEHUNGEN AUS PSYCHOANALYTISCHER SICHT	227
<i>Selma Fraiberg, Edna Adelson und Vivian Shapiro</i>	

VIII.	BILLY: BABY-MUTTER-PSYCHOTHERAPIE ZUM WOHE EINES KINDES IN KRITISCHEM ERNÄHRUNGSZUSTAND	273
	<i>Vivian Shapiro, Selma Fraiberg und Edna Adelson</i>	
IX.	EINE VERSTOSSENE MUTTER, EIN VERSTOSSENES BABY	307
	<i>Edna Adelson und Selma Fraiberg</i>	
X.	ABBY: DEM BABY EINEN WEG BAHNEN	337
	<i>Alicia F. Lieberman und Peter Blos, Jr.</i>	
XI.	MARTHA: FOKUSSIERTE KLINISCHE ARBEIT MIT DEM BAYLEY-ENTWICKLUNGSTEST IN DER BERATUNG	363
	<i>Jeree Pawl und John W. Bennett, Jr.</i>	
XII.	AM ANFANG BEGINNEN: PSYCHIATRISCHE EINRICHTUNGEN LERNEN DIE ARBEIT MIT SÄUGLINGEN UND IHREN ELTERN KENNEN	375
	<i>Vivian Shapiro, Edna Adelson und Betty Tableman</i>	

VORWORT

MARIE-JEANNE AUGUSTIN-FORSTER

Selma Fraibergs Buch mit dem Originaltitel *Clinical Studies in Infant Mental Health: The First Year of Life* ist seit Jahren vergriffen. Es wurde zwar ins Französische, bis heute aber nicht ins Deutsche übersetzt. Dabei werden Selma Fraiberg und ihr Team seit Jahren in der Fachliteratur zitiert: Eine Übersetzung ist längst überfällig.

Das Buch zeigt die exzellente Pionierarbeit von Selma Fraiberg und ihrer Equipe im Bereich der frühen Mutter-Kind-Beziehung. Aus verschiedenen Gründen ist es mehr als bemerkenswert: Es liefert ausgezeichnete und detaillierte Fallbeschreibungen mit einer Analyse der pathogenen Faktoren und eine sorgfältige Beschreibung des therapeutischen Verlaufs. So ist es möglich, viel Interessantes über den Therapieverlauf zu erfahren, vor allem aber finden sich auch Antworten auf ganz konkrete Fragen der therapeutischen Technik in diesem Mutter-Kind-Bereich.

Fraiberg war Sozialarbeiterin, in erster Linie aber Kinderpsychoanalytikerin, und berief sich stets auf eine klinisch-psychoanalytische Theoriebildung. Sie wurde berühmt durch das Buch *Die magischen Jahre*, für jeden Psychoanalytiker eine fachliterarische Kostbarkeit zur psychoanalytischen Entwicklungspsychologie der ersten fünf Lebensjahre. Fraiberg gilt als Pionierin der Mutter-Baby-Therapien, der psychoanalytischen Psychotherapie mit dem Mutter-Baby-Paar, damals wegen der Hausbesuche von ihr als »therapy in the kitchen« bezeichnet. Sie hat ebenfalls Pionierarbeit geleistet, als sie eines der ersten Universitätszentren für Kleinkindpsychiatrie aufbaute, in dem verschiedene Formen psychotherapeutischer Interventionen im frühen Lebensalter systematisch eingesetzt und unterrichtet

wurden. Sie hat als erste die schnellen therapeutischen Veränderungen in den Mutter-Kind-Therapien entdeckt und die entscheidende Rolle der Präsenz des Kleinkindes als Katalysator unterstrichen, der die Mutter offener und empfänglicher für Deutungen macht.

Wir alle kennen die von Fraiberg stammende Metapher der »Gespenster im Kinderzimmer« respektive der »ghosts in the nursery«. Darunter versteht sie die unheimliche Präsenz innerer elterlicher Objekte, die um das Kleinkind herumkreisen. Die Eltern übertragen Teile ihrer Vergangenheit auf ihr Kind. Unbewusste Konflikte werden interaktiv mit dem Baby in Szene gesetzt. Gleichzeitig hat Fraiberg damit die entscheidende Rolle der projektiven Identifizierung und die generationenübergreifende Dimension der frühen pathologischen Beziehungsmuster illustriert. Sie ging dabei bis zur Formulierung, das Kind sei für seine Eltern ein Übertragungsobjekt. Der Einfluss der intergenerationellen Weitergabe der mütterlichen Projektionen wurde innerhalb der Psychoanalyse u. a. auch von Serge Lebovici in Frankreich immer wieder betont. Mitunter wird das Kind aber nicht nur Träger von unbewusst verdrängten Fantasieanteilen der Mutter, sondern auch von abgespaltenen, archaischen und chaotischen Selbstanteilen, etwa bei Müttern, die selbst früher schwer traumatisiert wurden. Oft sind diese Mütter nicht in der Lage, eine emotionale Beziehung zu ihrem Baby aufzubauen; es drohen Vernachlässigung und Entbehrung.

In diesem Zusammenhang möchte ich auf eine wichtige Arbeit von Selma Fraiberg (2003) hinweisen. Die von ihr beobachteten frühesten, aufgrund von Gefahr und Entbehrung entstandenen »biologischen« Abwehrreaktionen – noch keine psychische Abwehr im eigentlichen Sinne –, die Fraiberg als »Vermeidung«, »Erstarren« und »Kampf« bezeichnet, werden dort eingehend beschrieben.

Das vorliegende Buch bietet wunderbare Illustrationen der therapeutischen Arbeit mit jungen Müttern und ihren Babys – meist sind es Beispiele extremer Situationen und schwerer Fälle von Traumatisierungen des Babys sowie der Mutter in ihrer eigenen Kindheit. In gewisser Weise hat Fraiberg in diesen »therapies in the kitchen« erfolgreich experimentiert. Ihre klinischen Illustrationen und Forschungen wurden – wie Bertrand Cramer (vgl. Cramer/Palacio-Espasa 2009), der bekannte Säuglingsanalytiker und Babyforscher an der Universität Genf, betont – in der Tat

zur Grundlage für Cramers eigene Forschungen. Darüber hinaus hat Selma Fraiberg auf internationaler Ebene wegweisende Arbeit auch für vielfältige andere Forschungsprojekte geleistet.

Fraiberg hat die Formen therapeutischer Interventionen mit Mutter und Kind in drei Kategorien eingeteilt. Die Übergänge der einzelnen Techniken können aber durchaus auch fließend sein, mitunter können sie auch nacheinander beim selben Mütter-Baby-Paar eingesetzt werden. Alle Interventionen aber basieren auf einer eminent psychoanalytischen Grundhaltung – Fraiberg war Sozialarbeiterin und Psychoanalytikerin – und bedürfen einer entsprechenden Ausbildung.

- 1) Die *Kurzinterventionen bei Krisen* werden angewandt, wenn es sich um eine Reaktion auf eine besondere äußere Situation handelt und die Eltern als fähig eingeschätzt werden, von einer kurzen Intervention zu profitieren; dies geschieht häufig in einer Notsituation. Ein Beispiel hierfür ist eine Mutter, die vor dem Hintergrund einer Hysterektomie depressiv wurde und Panikreaktionen zeigte; sie hatte im Vorjahr ihre beiden Eltern verloren. Das Kind (vier Monate) wurde überfüttert und musste erbrechen. Die Technik ähnelt der Auflösung eines Knotens, das Deutlichmachen der »Vertagung« der Problematik einer Trauer aus der Vergangenheit auf die gegenwärtige Beziehung zum Kind und die Möglichkeit, die Affekte zur Sprache zu bringen.
- 2) Die *entwicklungsbezogenen stützenden und anleitenden Therapien* sind in ganz anderen Situationen angemessen: Entweder leidet das Kind an einer chronischen Krankheit oder an Geburtskomplikationen, und es geht darum, den Eltern zu helfen, sich an das Kind zu binden und mit den spezifischen Schwierigkeiten besser umzugehen; oder aber die Eltern lassen erkennen, dass sie nicht über die psychische Struktur verfügen, die für eine Arbeit in Richtung tiefer gehender Bewusstmachung notwendig ist. Es geht darum, die elterlichen Kompetenzen zu stützen, den Eltern eine emotionale Unterstützung anzubieten und ihnen gleichzeitig Informationen zu den Bedürfnissen des Kleinkindes zu geben. Man muss hier die große Anzahl von sehr benachteiligten und in ihrer Fähigkeit zur Einsicht eingeschränkten Familien unterstreichen, für die eine Anleitung den einzig möglichen Zugang darstellt.

- 3) Die *Eltern-Kind-Intensivtherapien* werden angewendet, wenn es um einen schweren innerpsychischen Konflikt bei einem Elternteil und zwischen diesem und dem Kleinkind geht. Das Kleinkind repräsentiert wichtige Objekte aus der Vergangenheit oder aber verdrängte oder abgespaltene innere Objekte der Mutter. Hier geht es darum, einen klassischen psychotherapeutischen Prozess psychoanalytischer Orientierung einzuleiten – mit Deutung der zentralen Konflikte und ihrer Wiederholung in der gegenwärtigen Beziehung zum Kleinkind. Da es sich aber in manchen Fällen um recht gestörte Mütter handelt (vor allem Jugendliche mit einer Verlassensproblematik), ist es vielfach notwendig, zunächst mit Hausbesuchen und einer eher stützenden Haltung zu beginnen, um dann allmählich zu einer analytischen Therapie überzugehen.

Fraiberg betont, dass diese Behandlung und der Einsatz von Deutungen auch bei stark gestörten Patienten möglich sind, bei denen man in einer Einzeltherapie zögern würde, deutend an die Probleme heranzugehen. In diesem Zusammenhang unterstreicht sie das außergewöhnliche therapeutische Potenzial der besonderen Situation des Postpartums, insbesondere, wenn in Gegenwart des Kindes gearbeitet wird. Die große Wirkung »einfacher« Deutungen wird in diesem Buch eindrücklich gezeigt.

Fraiberg hat gut dokumentierte Verlaufsstudien zu sehr schweren Fällen vorgelegt, insbesondere auch zu Entwicklungsrückständen bei Wachstum und Gewichtszunahme, und hat die Wirkung der Therapie anhand von Wachstumskurven belegt. Sie hat auch die Bedeutung von videogestützter Interaktionsbeobachtung aufgezeigt, die zum Beispiel pathogene Techniken des Fütterns, die zum Erbrechen führen, sichtbar machen kann. Einzigartig ist auch, zu sehen, wie es den Therapeuten gelingt, in extremen Situationen eine gute Bindung zur Mutter aufzubauen und ein therapeutisches Bündnis herzustellen.

Da ich das vorliegende Buch von Selma Fraiberg für herausragend und einmalig für die Ausbildung nachkommender Therapeutengenerationen halte, habe ich mich entschlossen, die Übersetzung zu organisieren und sie selbst zu finanzieren. Mein besonderer Dank gilt einerseits der kompetenten Übersetzerin Frau Elisabeth Vorspohl, andererseits aber

auch dem Psychosozial-Verlag, insbesondere Herrn Prof. Hans-Jürgen Wirth, der sich auf meine Anregung hin spontan bereit erklärt hat, Selma Fraibergs Buch zu veröffentlichen.

LITERATUR

- Cramer, Betrand & Palacio-Espasa, Francisco (2009): Psychotherapie mit Müttern und ihren Babys. Kurzzeitbehandlungen in Theorie und Praxis. Hg. von Marie-Jeanne Augustin-Forster. Gießen (Psychosozial-Verlag).
- Fraiberg, Selma (2003): Pathologische Schutz- und Abwehrreaktionen in der frühen Kindheit. Praxis für Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 52, 561–577.

I. EINLEITUNG

SELMA FRAIBERG

In den vergangenen zwei Jahrzehnten hat die klinische und entwicklungspsychologische Erforschung des Säuglingsalters und der frühen Kindheit zahllose Fragen beantwortet, auf die es zuvor keine Antwort zu geben schien. Heute verfügen wir über einen gewaltigen Wissensschatz, der durch die Erforschung normaler und auffälliger Säuglinge zusammengetragen wurde – ein Schatz, den wir den Babys und ihren Familien zurückerstatten und schenken sollten.

Wir wissen mittlerweile, dass eine sehr große Anzahl der schwersten und hartnäckigsten emotionalen Störungen von Kindern wie auch Erwachsenen auf Entwicklungsentgleisungen und Konflikte zurückzuführen ist, die schon in den ersten beiden Lebensjahren auftauchten, das heißt in der Embryonalphase der Persönlichkeitsentwicklung. Eine Verarmung der Sinneserfahrungen, Hindernisse, die die Entstehung menschlicher Bindungen erschweren, sowie Konflikte zwischen dem Baby und den Menschen, die es versorgen, sind regelmäßig wiederkehrende Themen in den Biografien zahlreicher Kinder und Erwachsener, die unter schweren Persönlichkeitsstörungen leiden. Wenn wir diese Patienten in Kinderkliniken oder psychiatrischen Einrichtungen kennenlernen, müssen wir unter Umständen den kompletten, kolossalen Apparat an psychotherapeutischen und entwicklungsfördernden Maßnahmen anwerfen und jahrelange professionelle Arbeit investieren, um die Schädigungen, die die Persönlichkeit erlitten hat, rückgängig zu machen oder ihre Verletzungen zu heilen.

Was den entwicklungspsychologischen Aspekt betrifft, so besteht heutzutage zwischen den Repräsentanten der verschiedensten Disziplinen

Einigkeit darüber, dass die Liebes- und die Lernfähigkeit des Menschen in der sensorimotorischen Entwicklungsphase, mithin in den ersten 18 Lebensmonaten, wurzelt. Welch große Bedeutung der emotionalen Vernachlässigung des Säuglings und Kleinkindes und der Zerstörung früher menschlicher Bindungen zukommt, zeigt die Literatur über mütterliche und sensorische Deprivation, die eine ganze Generation von Wissenschaftlern ernüchtert hat. Was den kognitiven Bereich betrifft, so haben wir eine umfangreiche Bibliothek voller Studien angesammelt, die übereinstimmend zeigen, dass das sensorimotorische Lernen die Bausteine für die gesamte spätere kognitive Entwicklung konstituiert. Darüber hinaus wird die allgemeine Vermutung, dass affektive und kognitive Entwicklung in den ersten Lebensjahren untrennbar miteinander verflochten sind, sowohl durch die klinische Erfahrung als auch durch Laborstudien nachdrücklich bestätigt.

Kurz zusammengefasst: Wir wissen, was Babys brauchen, um ihre angeborenen Fähigkeiten optimal entfalten zu können. Wir kennen die Gefahrensignale in der frühen Entwicklung. Wir wissen, was Eltern brauchen, damit sie ihre Aufgaben möglichst umfassend erfüllen können.

Der Wissensschatz, von dem wir sprechen, wird zu einem Großteil in unseren Bibliotheken gehortet. Die Babys selbst haben nicht optimal von ihm profitieren können. Zwischen der Bibliothek und dem bedürftigen Baby klafft ein tiefer Abgrund: Uns fehlt der wissenschaftliche Vermittler, der ihn überbrücken könnte. Wir benötigen Psychiater, Pädiater, Säuglings- und Kinderkrankenschwestern, Psychologen und Sozialarbeiter, die fähig sind, den psychisch gefährdeten Säugling zu identifizieren und die psychiatrischen und kommunalen Ressourcen in klinischen Interventionsprogrammen für Babys und Eltern zusammenzuführen. Wir benötigen in jeder Disziplin Fachleute, die auf die psychische Gesundheit von Babys und Kleinkindern spezialisiert sind, und wir benötigen eine ungemein gründliche, auf die normale und deviante frühe Entwicklung konzentrierte Ausbildung, damit die zuständigen Experten zugunsten der Kinder intensiv miteinander kooperieren können. In den USA gibt es nur eine kleine Anzahl von Spezialisten, die dank ihrer Ausbildung präventiv im Interesse von Säuglingen und Kleinkindern arbeiten können.

In diesem Buch beschreiben wir die Erfahrungen, die wir als sozial-psychiatrisches Team mit der Entwicklung eines Infant-Mental-Health-

Programms innerhalb eines Fachbereichs für Psychiatrie gesammelt haben. Wir hoffen, mit diesem Bericht über die klinischen Probleme, die bei der Identifizierung und Behandlung von gefährdeten Säuglingen auftreten, anderen Kollegen aus dem sozialpsychiatrischen Bereich in einer Zeit nie da gewesener Sorge um Babys und Kleinkinder und einer rasanten Zunahme neuartiger sozialpädagogischer und -psychiatrischer Programme helfen zu können.

Das Programm, das wir hier beschreiben, ist keineswegs als »Modell« zu betrachten. Unser eigenes Verständnis der frühen psychischen Gesundheit integriert eine große Anzahl verschiedener Modelle; diese spiegeln jeweils spezifische Probleme einer bestimmten Säuglingspopulation wider und sind auf das Setting, in dem die Arbeit erfolgt, und das Expertentum der jeweiligen Mitarbeiter abgestimmt. Wir betrachten die seelische Gesundheit von Säuglingen und Kleinkindern auch als ein Gebiet der allgemeinen psychischen Gesundheit, das über die Grenzen einer jeden Klinik oder sozialen Behörde hinausreicht. Wir berücksichtigen die Implikationen für die Sozialpolitik, für das Rechtswesen und für die Sozialhilfeprogramme.

DAS KINDERENTWICKLUNGSPROJEKT: EIN PROGRAMM FÜR BABYS UND KLEINKINDER INNERHALB EINES FACHBEREICHS FÜR PSYCHIATRIE

Das Programm des Child Development Project beherbergt unter einem Dach klinische Dienste für Säuglinge und Kleinkinder von 0 bis 3 Jahren, ein klinisches Forschungsprogramm und ein sozialpsychiatrisches Curriculum für die Ausbildung in der Diagnose und Behandlung von Babys und Kleinkindern mit einer großen Bandbreite von Entwicklungsstörungen.

Unser klinisches Programm hilft jährlich annähernd 140 Familien aus Washtenaw County, Michigan (Gesamtbevölkerung ca. 300.000), die von einem Netzwerk verschiedener Kliniken, Sozialeinrichtungen innerhalb unserer Universitätsklinik und der Gemeinde an uns überwiesen werden. Die Mehrheit der Kinder wird wegen sehr schwerer Störungen – Gedeihstörung, Vernachlässigung und Missbrauch – überwiesen, die

nicht selten eine gravierende Psychopathologie der Mütter oder Väter und dysfunktionale familiäre Verhältnisse widerspiegeln. Die meisten unserer Familien stammen aus Schichten mit niedrigem Einkommen. Unser Dienst ist kostenlos.

Derzeit (August 1977) besteht unser leitendes Personal aus zwei Psychoanalytikerinnen, einem Kinderarzt, einer Säuglingsschwester, drei klinischen Psychologen und zwei Sozialarbeitern. Mit einer einzigen Ausnahme arbeiten alle Kollegen Teilzeit. Das Stundenkontingent der acht Kollegen in Leitungsfunktionen (zu denen auch ich selbst gehöre) entspricht der Arbeitszeit von 4,5 Vollzeitkräften. Von sechs weiteren Kollegen, die ihre Ausbildung als Kinderpsychiater, Kinderärzte, Kinderkrankenschwestern bzw. klinische Psychologen noch nicht abgeschlossen haben, wird eine begrenzte Anzahl von Fällen betreut.

GESCHICHTE DES KINDERENTWICKLUNGSPROJEKTS

Weil die Geschichte unseres Säuglingsforschungsprojekts die Richtung unseres aktuellen sozialpsychiatrischen Programms und unsere Methoden mitgeprägt hat, möchte ich sie im Folgenden kurz beschreiben.

Das Kinderentwicklungsprojekt wurde 1965 als Forschungsabteilung innerhalb des Fachbereichs Psychiatrie der University of Michigan Medical School eingerichtet. Zwischen 1965 und 1972 führten wir Langzeitstudien über die Entwicklung von blind geborenen Kindern durch; dieses Forschungsprojekt wurde vom National Institute of Child Health and Development finanziell unterstützt. Im Laufe unserer Arbeit konnten wir die einzigartigen Anpassungsschwierigkeiten identifizieren, die sich in der sensorimotorischen Phase für ein blindes Baby ergeben und die Entwicklung in zahlreichen Fällen in eine Sackgasse einmünden lassen. Gleichzeitig lernten wir die außerordentlichen Probleme der Eltern blind geborener Babys kennen. Sie mussten nicht allein ihre Trauer und Niedergeschlagenheit überwinden, um ihre Elternfunktionen erfüllen zu können, sondern waren überdies von ihrem Baby, dessen Augen nichts sahen und von dessen weiterem Entwicklungsverlauf noch niemand eine Vorstellung hatte, abgeschnitten.

Als Forschungsteam aus erfahrenen Psychiatern, Psychologen und

Sozialarbeitern reagierten wir sowohl auf den Schmerz dieser Eltern als auch auf die Gefahren, die er für das Baby mit sich brachte; wir hielten es für unerlässlich, den Eltern unser Wissen und Verständnis zur Verfügung zu stellen und mithilfe unserer Forschungsergebnisse die Entwicklung jedes einzelnen Babys sowie die Beziehung zwischen den Eltern und ihrem Kind zu fördern. Wir haben beim Office of Education Bureau of the Handicapped einen Antrag auf ein Förderprogramm für blinde Säuglinge eingereicht und erhielten von 1969 bis 1972 finanzielle Mittel. Unserer Einschätzung nach war dies vermutlich das erste sozialpsychiatrische Säuglingsprojekt seiner Art.

Das Programm hatte überaus wichtige Konsequenzen. Erstens entwickelten wir für dieses spezifische Klientel Interventionsmethoden, die später auf andere Säuglingspopulationen angewandt werden konnten (Fraiberg et al. 1969; Fraiberg 1971). Vor allem aber konnten wir nachweisen, dass unsere Frühintervention der Entwicklung dieser blind geborenen Kinder tatsächlich zugutekam. Als wir das Projekt 1972 abschlossen, konnten wir berichten, dass die blinden Kinder, mit denen wir in den ersten beiden Lebensjahren gearbeitet hatten, in ihrer Bindungsfähigkeit, ihrer Sprachentwicklung und ihren motorischen Fähigkeiten größere Übereinstimmungen mit sehenden Kindern aufwiesen als mit blinden, nicht speziell geförderten Gleichaltrigen (Fraiberg 1977). Dieser Nachweis signifikanter Vorteile überzeugte uns davon, dass die Frühintervention tatsächlich in der günstigsten Phase des Entwicklungszyklus erfolgt.

Die Implikationen für Säuglinge mit anderen Behinderungen und für die betroffenen Eltern waren nicht zu übersehen. Als Kliniker wussten wir, dass emotional vernachlässigte Babys selbst dann, wenn sie biologisch gesund sind, eine sehr große Risikogruppe innerhalb der Bevölkerung bilden. Und wir wussten ebenfalls, dass die emotionslose spätere kinderpsychiatrische Intervention dem Kind kaum je die menschlichen Qualitäten vermitteln kann, die jedes Baby normalerweise in den ersten beiden Lebensjahren kennenlernt.

Deshalb beantragten wir bei der Grant Foundation of New York Förderungsmittel für ein Programm, das diesen Überlegungen Rechnung trug. 1972 erhielten wir von der Grant Foundation eine großzügige Unterstützung für unser Projekt »An Infant Mental Health Program«. Im Oktober 1972 nahm eine kleine Gruppe erfahrener Fachleute die Arbeit

auf. Edna Adelson, Evelyn Atreya und ich repräsentierten die »alten« Mitarbeiter, und Vivian Shapiro, eine erfahrene Kindertherapeutin, schloss sich uns gleich zu Beginn an.

In den ersten beiden Jahren erarbeiteten wir diagnostische und therapeutische Methoden für eine neue Population von Säuglingen und ihren Familien. Wir waren davon ausgegangen, es mit einer breiten Vielfalt leichter bis schwerer frühkindlicher Entwicklungsstörungen zu tun zu bekommen und viele Familien zu unseren Klienten zu zählen, denen »alltägliche« Probleme wie leichte Ess- oder Schlafstörungen der Babys zusetzten. Wir rechneten außerdem damit, dass eine kleine Anzahl der Fälle zu den »schweren« Störungen zählen würde.

Unsere Vorstellungen erwiesen sich als falsch. Wir bekamen das Baby mit der »leichten Essstörung« nie zu Gesicht. Von Anfang an wurden uns Babys mit »schweren« Störungen überwiesen; mittlerweile machen die Hochrisikokinder und ihre Familien den Löwenanteil der Fälle aus. Unser Programm wurde nach Maßgabe der Bedürfnisse in der Gemeinde ausgearbeitet und natürlich auch im Hinblick darauf, dass wir als Klinik einer psychiatrischen Abteilung angehören. Nach unseren Überweisungen zu urteilen, suchte man uns als Fachklinik für die Diagnose und Behandlung schwerer frühkindlicher Störungen auf.

Als wir dieses neue Projekt starteten, standen uns keinerlei Modelle für die Programmentwicklung oder die Evaluations- und Behandlungsmethoden zur Verfügung. Wir konnten uns lediglich auf die Erfahrungen stützen, die wir in dem Projekt für die blind geborenen Babys gesammelt hatten. Vieles davon erwies sich als ungemein wertvoll, sobald wir das neue Programm für ein breites Spektrum früher Störungen zu entwerfen begannen (darüber später mehr). Doch der Schweregrad der kindlichen und der familiären Pathologie, mit dem uns unsere neue Population konfrontierte, machte die Entwicklung neuer Methoden erforderlich.

Die Familien, die an unserem Programm für die blind geborenen Kinder teilgenommen hatten, repräsentierten das gesamte Spektrum einer normalen Population; der Anteil gravierender Psychopathologien der Eltern war vermutlich nicht höher als in der Allgemeinbevölkerung. Methoden zur Beratung von Familien, die wegen der Geburt eines blinden Kindes in eine Krise geraten, können einen gewissen Grad an Funktions- und Anpassungsfähigkeit seitens der meisten Eltern vor-

aussetzen; zu vermuten ist auch, dass der Säugling selbst zwar aufgrund seiner Blindheit gefährdet ist, aber weder vernachlässigt noch misshandelt oder missbraucht wird oder im Zentrum der Psychopathologie seiner Betreuungspersonen steht. Die Eltern der blind geborenen Kinder waren unsere Verbündeten, und so konzentrierten sich unsere Methoden in erster Linie auf die »Entwicklungsberatung« zugunsten des Babys. Unser Patient war das Baby, nicht seine Bezugsperson. In den wenigen Fällen, in denen unsere Arbeit durch eine Psychopathologie der Mutter oder der Eltern behindert wurde, organisierten wir für die Erwachsenen psychiatrische Hilfe.

In unserem neuen Programm konnten wir die Entwicklungsberatung zwar als zentrales Element ansehen, doch es war auch klar, dass wir neue Methoden benötigten, um die durch ihre psychischen Konflikte beeinträchtigten Eltern zu erreichen. Nun waren das Baby *und* seine Eltern unsere Patienten.

Wenn wir auf die Entwicklung unseres Infant-Mental-Health-Programms und seine Anfänge in dem Forschungs- und klinischen Programm für blind geborene Babys zurückblicken, finden wir gleichwohl zahlreiche Elemente in dem neuen Programm wieder. Ebenso wie im ursprünglichen Projekt sind die Hausbesuche, bei denen das Kind im Mittelpunkt unserer Arbeit mit den Eltern steht und überaus präsent ist, auch im neuen Programm ein wesentliches Element. Der Hausbesuch ermöglicht eine weit größere Bandbreite an Beobachtungen als jede Intervention, die in einem Beratungszentrum durchgeführt wird. Und weil Babys und Kleinkinder (und sehr häufig auch ihre Eltern) in einer fremden Situation zumeist befangen reagieren, können wir die Fähigkeiten der Kinder und ihrer Bezugspersonen sowie die Qualität ihrer Interaktionen in dem häuslichen, vertrauten Familiensetting wesentlich besser kennenlernen.

Unser Konzept der multidisziplinären Beratungsarbeit war bereits ein fester Bestandteil des früheren Programms. Zu unseren Mitarbeitern zählen, wie schon erwähnt, Vertreter nahezu sämtlicher Berufsgruppen, die an der psychosozialen Betreuung von Säuglingen, Kleinkindern und ihren Eltern beteiligt sind. Es gibt jedoch keine willkürliche Zuschreibung von Funktionen. Als Therapeuten leisten wir alle, ob klinische Psychologin oder Sozialarbeiterin, die gleiche Arbeit und benutzen die

gleichen Methoden. In der Beratung und Supervision, der Programmentwicklung und der Ausbildung profitieren wir von der Sachkenntnis unserer Kollegen.

Wir haben unsere Forschungsgrundlage in das neue Projekt integriert. In den Anfangsphasen haben wir Studien entworfen, um das Behandlungsergebnis messen zu können. Wir haben außerdem klinische Studien über Untergruppen unserer Population geplant. Das bedeutet, dass wir von Beginn an Beobachtungsverfahren und Aufzeichnungsmethoden benutzten, die Objektivität gewährleisteten sowie die klinischen Details und den Prozessverlauf dokumentierten – die Datenbasis für sämtliche geplanten Studien. Eine bestimmte Änderung war jedoch unumgänglich. In unserem Forschungsprojekt mit blind geborenen Kindern hatten wir den Vorteil, unsere Beobachtungen unverzüglich und an Ort und Stelle für unsere Datensammlung erfassen zu können. (Die Eltern waren nicht unsere Patienten; das blinde Baby war unser Forschungsobjekt; unsere Erziehungsberatung war ein Ergebnis dieser Studie. Das Baby, ob als Forschungsteilnehmer oder als Patient, erhob gegen unsere Aufzeichnungen keine Einwände, und auch die Eltern hatten nichts daran auszusetzen.) In dem neuen Programm waren auch die Eltern unsere Patienten, und wir hatten den Eindruck, dass sie sich weniger offen und freimütig äußern und über ihre persönlichen Gefühle sprechen würden, wenn wir mit dem Notizblock vor ihnen saßen. Deshalb beschlossen wir, unsere detaillierten Gedächtnisprotokolle jeweils nach der Sitzung aufzuzeichnen.

Wir hatten gelernt, für die regelmäßige Dokumentation der Entwicklung unserer Arbeit mit den blinden Kindern Videoaufzeichnungen anzufertigen. In unserem neuen Programm entschieden wir uns ebenfalls dafür, die Interaktionen in natürlicher, unaufdringlicher Atmosphäre in Abständen von etwa drei Monaten zu filmen. In unserem früheren Projekt hatten wir die Aufzeichnungen auch benutzt, um es den Eltern zu erleichtern, die Entwicklung ihres Kindes zu beobachten; auf taktvolle Weise zeigten wir ihnen, wie ihnen die Videoaufnahmen bei der Selbstbeobachtung helfen konnten. Auch dieses Element übernahmen wir in das neue Programm.

Und schließlich hielten wir in dem neuen Projekt an bestimmten Grundsätzen der Frühintervention fest, die sich in dem Programm für die blinden Kinder bewährt hatten. Wir wussten bereits, dass nahezu alle

Eltern von Risikobabys eigene innere Ressourcen mobilisieren können, um ihrem Kind »das Beste zu geben«, wenn ihnen eine professionelle Verbündete, der sie vertrauen, in schwierigen Zeiten zur Seite steht und sie stützt. Und wir wollten Verbündete sein, nicht »Lehrer« oder »Vorbilder«. Wir gingen davon aus, dass jedes Baby und seine Familie einzigartig sind und dass deshalb auch die Wege und Beratungsmethoden, die zu einer erfolgreichen Bewältigung der Entwicklungsprobleme führen, dem jeweiligen Baby und seinen Bezugspersonen angepasst sein müssen.

Gestützt auf diese Erfahrungen nahmen wir die neue Arbeit mit einer noch unbekannten Population gefährdeter Säuglinge, Kleinkinder und ihrer Familien in Angriff.

DAS INFANT MENTAL HEALTH PROGRAM

Zwischen Juni und Oktober 1972 widmeten wir uns vier Monate lang der Entwicklung eines Überweisungsnetzwerks innerhalb unserer Klinik und im Washtenaw County. Die Leiter zahlreicher Kliniken und Sozialbehörden luden uns ein, die Ziele unseres neuen Programms vorzustellen, und wir ermunterten sie, sich mit allen Fragen bezüglich der Überweisungsdetails an uns zu wenden. Wir erläuterten die voraussichtliche Bandbreite der Probleme und der Dienste, die wir anzubieten hatten. Ich erinnere mich auch, dass wir bei jedem dieser Kontakte unser Interesse an Babys mit leichteren Entwicklungsstörungen betonten und unsere Bereitschaft bekundeten, »eine kleine Anzahl von Babys mit gravierenden Problemen« in das Projekt aufzunehmen. Am 15. Oktober 1972 nahmen wir unsere Arbeit offiziell auf. Das Telefon klingelte, die erste Überweisung: Sie kam aus einer unserer Universitätskliniken. »Jane, 5½ Monate alt. Mutter mit schwerer Depression. Möchte ihr Baby zur Adoption freigeben. Baby macht vernachlässigten Eindruck ...«

201 EAST CATHERINE

Wir sind überzeugt, dass das äußere Setting für ein Projekt wie das unsere eine wichtige Rolle spielt. Das Gebäude, in dem wir in Ann

Arbor arbeiten, steht unter Denkmalschutz; es diente in den 1870er Jahren als Getreidespeicher und beherbergte zwischen 1935 und 1960 eine Großwäscherei. In den 1960er Jahren war die Bestrahlungsabteilung der Universitätsklinik dort untergebracht. Als die Räumlichkeiten in der Universitätsklinik immer beengter wurden, zogen wir 1970 aus dem medizinischen Zentrum aus und richteten uns in dem damals leer stehenden Gebäude in der Catherine Street ein.

Das Haus befindet sich im ältesten Teil der Stadt und ist etwa eine Meile vom medizinischen Zentrum und eine Meile vom Hauptcampus der University of Michigan entfernt. Die Gegend wird von vielen Menschen als »Slum« betrachtet, von anderen als »Sanierungsgebiet«. In unserer Nachbarschaft leben vorwiegend arme Familien. Junkies und Prostituierte haben Unterschlupf in verfallenden Gebäuden gefunden, es gibt Pornoshops, Massagestudios und billige Absteigen.

Unser direkter Nachbar ist der Farmer's Market, der sich über einen ganzen Block erstreckt. Von April bis November wird er an drei Tagen in der Woche zum allgemeinen Treffpunkt farbenfroh gekleideter Bürger, die aus dem Angebot an Blumen und Erzeugnissen der heimischen Landwirtschaft wählen. Typische Handwerksprodukte, vor allem Töpfe und Makramee-Arbeiten, werden feilgeboten. Am Ende des Blocks zeigt sich die Stadterneuerung in Gestalt eines renovierten alten Gebäudes, in dem nun chinesische Delikatessen, Fisch und Pickles verkauft werden. Auch mehrere Boutiquen wurden eröffnet.

Am Ende der Straße fand auch die Stadtsanierung ein Ende, als habe die Vorstellungskraft der kommunalen Bauplanungskommission für weitere Projekte nicht ausgereicht. Von meinem Fenster im ersten Stock aus überblicke ich ein heruntergekommenes Stadtviertel, das sich zu beiden Seiten der 4. Straße über eine bis zwei Meilen ausbreitet. Unsere Nachbarn haben uns angenommen. Gelegentlich finden sie den Weg zu uns, um sich über den mageren Scheck der Fürsorge zu beklagen (das Sozialzentrum befindet sich auf der gegenüberliegenden Straßenseite) oder über heimliche Verschwörer, die ihnen nach dem Leben trachten (das Kriseninterventionszentrum ist nur einen Block weit entfernt); manch einer stößt Drohungen gegen die Stadtväter aus (das Rathaus ist zwei Blöcke entfernt) oder erzählt seine Lebensgeschichte einem der Mitarbeiter in der Aufnahme, der dann entsprechende Hilfe organisiert.

All dies spielt sich innerhalb eines Gebäudes ab, das durch ein entsprechendes Hinweisschild unmissverständlich gekennzeichnet ist: »The Child Development Project«.

Der alte Getreidespeicher ist für unsere Arbeit hervorragend geeignet. Innen ist er wie ein Wohnhaus ausgestattet, mit weißen Wänden, hellen Teppichen, bequemen Sitzgelegenheiten, Grünpflanzen und Wandbehängen, die die Mitarbeiter mit Blick auf die kleinen Kinder und ihre Eltern ausgewählt haben. Ebenerdig befinden sich ein in freundlichen Farben eingerichtetes Empfangszimmer (kein »Wartezimmer«, denn bei uns muss niemand auf seinen Termin warten), Büroräume für die Mitarbeiter, die deren individuellen Geschmack widerspiegeln, eine große Bibliothek mit einer ausgezeichneten Bücher- und Zeitschriftensammlung sowie ein Konferenzzimmer.

Auf der Souterrainebene, fernab vom Straßenlärm, haben wir zwei Spielzimmer für Säuglinge und Kleinkinder eingerichtet. Sie sind mit robusten Kindermöbeln ausgestattet sowie mit bequemen Sesseln und Sofas für die Eltern und Therapeuten. In den Zeiten zwischen den Sitzungen bleiben die Spielzeugregale leer, denn die Zimmer werden vor dem Termin für jedes Kind individuell »eingrichtet«. Die Therapeutin sucht die geeigneten Utensilien und Spielsachen für das Baby oder Kleinkind aus einem Repertoire aus, das – nach Alter und spezifischem Bedarf sortiert – in einem Spielzeugzimmer aufbewahrt wird. Die Gründe dafür liegen auf der Hand. Enthielte jedes der beiden Spielzimmer Utensilien für alle Altersgruppen und Bedürfnisse, wäre ein kleines Kind völlig überwältigt. Es liefe rastlos von einem Gegenstand zum nächsten, und viele Dinge wären seinem Alter gar nicht angemessen. Darüber hinaus dient unsere Auswahl der Spielsachen als diskrete Richtschnur für die Eltern. Unsere Spielsachen und Bücher sind robust, solide verarbeitet und häufig wunderschön. Wir versuchen außerdem, Spielsachen anzubieten, die sich auch Eltern mit niedrigem Einkommen leisten können. Wenn sie ihre Kinder beim Spielen in unseren Räumen beobachten, machen sie faszinierende Entdeckungen über den pädagogischen Wert der Gegenstände. Und schon bald beobachten wir, dass sie die entsprechenden Dinge auch selbst für ihre Kinder besorgen. Unsere sorgfältig ausgesuchten Bilderbücher für die Kleinen öffnen vielen Eltern die Augen dafür, dass die Liebe zu Büchern ihren Anfang nehmen kann,

wenn ihr Kind auf ihrem Schoß sitzt und sie ihm eine Bildergeschichte vorlesen. Wir verfügen außerdem über eine Leihbibliothek, verleihen auch Spielsachen und haben eine gewisse Kollektion an Spielzeug und Büchern, die wir den Familien, die selbst kein Geld dafür haben, schenken. Wir können den bedürftigen Familien diese Spielsachen auf taktvolle Weise schenken, ohne sie in ihrem Stolz zu kränken: Sie stammen aus einem Fundus, der regelmäßig durch Freunde des Projekts oder Eltern, die sich für unsere (kostenfreie) Unterstützung erkenntlich zeigen möchten, aufgestockt wird. Deshalb können wir den bedürftigen Eltern sagen, dass die Geschenke von den vielen Freunden des Child Development Project stammen.

Im Souterrain befindet sich auch ein Zimmer, das für die psychologischen Tests reserviert ist. Ursprünglich hatten wir geplant, die Tests in einem der Spielzimmer durchzuführen, doch wir stellten schon bald fest, dass unsere Kleinkinder verwirrt oder gar empört reagierten, wenn »ihr« Spielzimmer für den Test »umgebaut« worden war und nun etwas Anderes und Unbekanntes von ihnen erwartet wurde. Selbst wenn sie den Tester in der vorangegangenen Sitzung bereits kennengelernt hatten, war es für sie befremdlich, dass er nun die Initiative übernahm, die der Therapeuten »zustand«. Mit Rücksicht auf die Kinder und um die Testprozedur nicht zu erschweren, beschlossen wir, die Tests in einem speziellen Raum, für den eigene »Regeln« gelten, durchzuführen. Dieser Plan hat zufriedenstellend funktioniert.

Ebenfalls im Souterrain, abgeschirmt gegen Straßenlärm und andere Störungsquellen, befindet sich unsere Audio-Video-Abteilung. Ein großer Raum, in dem die Technik untergebracht ist, dient als Labor. Alle Tonbänder und Filme werden katalogisiert und so aufbewahrt, dass sie leicht zugänglich sind. Ein für jedes Band angelegter Index vermittelt überdies einen raschen Überblick über den Inhalt. Angefertigt werden die Aufzeichnungen von unserem Mitarbeiter für audiovisuelle Medien oder von studentischen Hilfskräften, die entsprechend angelernt wurden. Hinter der Kamera benötigen wir einen psychologisch geschulten Kopf! Die Filmer sitzen in unseren Seminaren und lernen unsere Arbeit und unsere Ziele auf diese Weise direkt kennen; ihre wunderbaren Aufnahmen spiegeln ihr eigenes Verständnis dessen wider, was bei der Beobachtung eines Babys und seiner Eltern wichtig ist. (Als – keineswegs zufälligen –

Bonus erhalten diese studentischen Hilfskräfte durch ihre Tätigkeit eine Einführung in die klinische Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern. Im Laufe der Jahre haben sich tatsächlich viele von ihnen für einen Beruf in ähnlichen Bereichen entschieden.)

Den ersten Stock unseres Gebäude erreicht man über eine breite Treppe. Auf dem ersten Absatz werden die Kinder von einem Wandbild begrüßt, das Winnie-the-Pooh zeigt, wie er mit einem Bündel bunter Luftballons in der Hand die Treppe erklimmt. Im ersten Stock befinden sich die Büros der Mitarbeiterinnen und Doktorandinnen, die Sekretariate, das Hauptarchiv sowie das Büro von Lily Ladin, unserer Verwaltungsassistentin. Sie ist Direktionsassistentin, Geschäftsführerin und Protokollchefin, leitet die Öffentlichkeitsarbeit und ist Lektorin, offizielle Übersetzerin mit insgesamt vier Fremdsprachen sowie Ombudsfrau in einer Person.

Im zweiten Stock befinden sich weitere Mitarbeiterbüros, Büros für die Doktorandinnen und Sekretärinnen, ein Aufenthaltsraum, eine kleine Küche und eine »antike«, bislang unbenutzte Duschkabine.

Die Aufteilung des Gebäudes ist ein Abbild der Koordination unserer Mitarbeiter. Bei uns gibt es keine Abteilung für Sozialarbeit, keine klinisch-psychologische oder medizinische Abteilung, keine Studenten- und keine Sekretärinnengruppe. Vielmehr sind wir alle über das ganze Haus verteilt. So arbeitet zum Beispiel Peter Blos (unser Psychiater) im zweiten Stock, schräg gegenüber von Bill Schafer (unserem klinischen Psychologen). Auf demselben Flur haben einige Doktoranden ihre Büros. Vivian Shapiro (Leitende Sozialarbeiterin) und Carolyn Aradine (Säuglingsschwester) sitzen im Erdgeschoss, zusammen mit Doktorandinnen, deren Büros zu den Außenwänden des Gebäudes hin gelegen sind. Edna Adelson (klinische Psychologin) und John Bennett (Sozialarbeiter) sind meine Nachbarn im ersten Stock. Jeree Pawl (klinischer Psychologe) überblickt vom ersten Stock aus das Geschehen auf der Treppe und ist jederzeit für die Vertreter aller Disziplinen zu sprechen.

Normalerweise herrscht zwischen den Stockwerken ein reges Kommen und Gehen, weil jeder Mitarbeiter alle übrigen Kolleginnen und Kollegen auf seinem jeweiligen Fachgebiet berät. Die weitere Beschreibung unserer Arbeit wird dies illustrieren.

KINDERÄRZTLICHE VERSORGUNG

In den ersten zwei Jahren unserer Arbeit stellten wir fest, dass die Mehrheit der an uns überwiesenen (und in ihrer Entwicklung hochgefährdeten) Babys keinen regelmäßigen Kontakt zu Kinderärzten und zum ärztlichen Versorgungsnetz von Washtenaw County hatten. In einer Gesellschaft mit großzügiger medizinischer Versorgung bekamen die Eltern dieser Babys Ärzte praktisch nur in der Notaufnahme zu Gesicht. Natürlich stand den in Armut lebenden Familien der Gesundheitsdienst für Bedürftige (Medicaid) zur Verfügung, doch sie machten von diesem Recht nur selten, wenn überhaupt je, Gebrauch und nahmen die Kliniken oder niedergelassenen Ärzte für eine kontinuierliche medizinische Betreuung und vor allem für die Versorgung ihrer Kinder kaum in Anspruch.

Als wir die pädiatrische Versorgung an die Familien herantragen wollten, standen wir vor drei Problemen. Erstens benötigten wir ein Netzwerk aus Kinderärzten, die zur Zusammenarbeit bereit waren. Zweitens mussten wir unseren Familien beibringen, die verfügbaren medizinischen Dienste tatsächlich zu nutzen. Drittens mussten wir die Kinderärzte gründlich über unsere eigene Arbeit mit den Familien und Säuglingen informieren.

Sobald Dr. Ruben Meyer als beratender Pädiater in unser Team eingetreten war, entwickelte er ein kinderärztliches Netzwerk, das eine optimale medizinische Versorgung unserer Patienten gewährleistete. Auch etliche niedergelassene Kinderärzte schlossen sich dem Programm an. Dr. Meyer und Carolyn Aradine, unsere Säuglingsschwester, hielten den Kontakt zwischen dem Projekt und dem pädiatrischen Netzwerk sowie den Mütterberatungsstellen aufrecht. Systematische medizinische Aufzeichnungen wurden zu einem festen Bestandteil unseres Programms. 1977 stieg Dr. Stephen Lackman als beratender Kinderarzt und als Mitglied des Gesundheitsforschungsteams bei uns ein.

Die für die jeweiligen Fälle zuständigen Therapeuten hatten die Aufgabe, die Familie über die medizinische Grundversorgung des Säuglings zu informieren. Gleichmaßen wichtig war es, den Eltern die ärztliche Sorge um den Schutz der Gesundheit und die Prävention von Erkrankungen zu erklären. Häufig waren es die Therapeuten selbst, die unsere

Familien mit dieser für sie neuen Welt und mit bislang unbekannten Konzepten vertraut machten, indem sie die Mütter und Babys zur Klinik oder zum Kinderarzt chauffierten, im Wartezimmer bei ihnen blieben und ihnen jede erdenkliche emotionale Unterstützung gewährten. Sie halfen den Eltern, ihre Fragen an die Experten zu formulieren, besprachen mit ihnen, was die Ärzte erklärt hatten, und übersetzten die medizinische Terminologie in eine verständlichere Sprache. Wenn Kinder oder Eltern stationär aufgenommen werden mussten, wurden sie von den Therapeuten auch im Krankenhaus besucht.

Wir haben einen der Gründe, weshalb viele bedürftige Familien von den verfügbaren medizinischen Versorgungsmöglichkeiten keinen Gebrauch machen, durch unsere Arbeit verstehen gelernt. Es ist nicht allein die Unwissenheit, sondern vor allem eine irrationale Angst hochkomplexen Ursprungs, die durch Ärzte und Krankenhäuser geweckt wird. Wenn wir mit den Eltern und Babys in einem Wartezimmer saßen, konnten wir oft beobachten, dass diese erwachsenen Männer und Frauen nahezu Panik empfanden, eine Panik, die mit den Schmerzen und Krankheiten zusammenhing, die sie selbst als Kinder durchlitten hatten. Der Arzt war für unsere Patienten, noch bevor sie ihn zu Gesicht bekamen, ein Symbol der Gefahr. Ihre Angst ließ nach, wenn sie ihn und seine Mitarbeiter persönlich kennenlernten. Dann konnten auch wir uns aus unserer Rolle als Kontaktvermittler und »Händchenhalter« diskret verabschieden.

Die von uns betreuten Eltern wurden auf diese Weise (von wenigen Ausnahmen abgesehen) zu regelmäßigen Nutzern der medizinischen Dienste. Sie brachten ihre Babys zur Vorsorge in die Kinderarztpraxis, verloren ihre Scheu, Fragen zu stellen und um Ratschläge zu bitten, nahmen frühe Krankheitssymptome der Säuglinge wahr und setzten sich umgehend mit ihrem Arzt in Verbindung. Sie hatten gelernt, den Ärzten ihrer Kinder zu vertrauen.

Darüber hinaus waren einige dieser Eltern nicht fähig gewesen, sich selbst medizinisch betreuen zu lassen. Die Unterstützung durch die Therapeuten, deren Interventionen und Informationen linderten ihre Angst und ermöglichten es ihnen, sich um ihre eigene Gesundheit zu kümmern. Sie lernten, dass Ärzte, Krankenschwestern und Krankenhäuser nicht nur ihren Kindern, sondern auch ihnen selbst zu helfen vermochten.

AUFNAHME UND ENTSCHEIDUNGSPROZESS

Alle Mitglieder unseres Fachpersonals arbeiten abwechselnd in der Aufnahme. John Bennett erfüllt die Funktion eines Aufnahmekoordinators und -beraters.

In den Jahren unseres NIMH-Grant-Foundation-Programms verzeichneten wir durchschnittlich 140 Überweisungen und Anfragen pro Jahr. Wir verstehen jede Überweisung eines Babys als Krisensignal, auf das wir unverzüglich reagieren. Eine »Warteliste« gibt es nicht. Kein Baby sollte auf Hilfe warten müssen; keine bedürftige Mutter, kein Rat suchender Vater sollte auf Hilfe warten müssen.

Nicht jedes der jährlich überwiesenen 140 Babys benötigt eine Behandlung durch unsere Klinik. Wir sind aber darauf eingestellt, die schwierigsten Fälle aufzunehmen, solange unsere personellen Kapazitäten es zulassen. In der ersten Aufnahmebesprechung untersuchen wir so gründlich wie möglich die spezifischen Umstände, die die Familie zu ihrem Hilfeersuchen veranlasst haben. Manchmal gelangen wir zu dem Schluss, dass eine andere Klinik oder soziale Einrichtung den Bedürfnissen der Familie besser Rechnung tragen kann als wir selbst; in diesem Fall schlagen wir Alternativen vor. Unsere personelle Ausstattung lässt es auch nicht zu, dass wir alle interessierten Familien annehmen. In der Mehrheit der Fälle führen wir eine umfassende Evaluation des Babys und seiner Familie durch (gewöhnlich fünf Sitzungen, in denen wir auch den Entwicklungsstand des Kindes testen) und beraten anschließend gemeinsam mit der überweisenden Klinik oder sonstigen Einrichtung das weitere Vorgehen. Am Ende der Evaluationsphase beschließen wir entweder, dass die identifizierten Probleme innerhalb des Rahmens der überweisenden Stelle oder einer anderen Einrichtung bearbeitet werden können (in diesem Fall bieten wir regelmäßige Beratungsgespräche an) oder sie die spezialisierten Behandlungsalternativen erfordern, die wir anbieten. Sodann erarbeiten wir im Child Development Project einen Behandlungsplan.

Die folgende Tabelle zeigt, wie sich unsere Fälle in einem typischen Jahr auf die verschiedenen Kategorien verteilen:

Lediglich Evaluation	
oder Kurzzeitbehandlung	32%
Intensivbehandlung	40%
Beratung mit anderen Einrichtungen	
oder Überweisung an andere Stellen	28%

Unsere monatliche Fallbelastung verteilt sich somit auf folgende Kategorien:

- (1) laufende Evaluation;
- (2) Beratung mit anderen Einrichtungen;
- (3) Kurzzeitbehandlung;
- (4) Intensivbehandlung.

Natürlich steht am Anfang eines jeden neuen Falls die Evaluation. Als Behandlung der Wahl kommen Kategorie 2, 3 oder 4 infrage. In den weiteren Kapiteln illustrieren wir anhand klinischer Beispiele die Evaluationsmethoden sowie die Methoden, die in den jeweiligen Behandlungsmodi zum Einsatz gelangen. Ich halte es dennoch für hilfreich, vorab bereits kurz zu beschreiben, wie diese Dienste im Einzelnen aussehen.

EVALUATION

Jeder von uns angenommene Fall wird bei der Aufnahme einem Therapeuten und einem Mitarbeiterteam zugeteilt. Gleich zu Beginn wird der Familie und der überweisenden Einrichtung der Therapeut genannt, der in der Evaluationsphase sowie während der Behandlung für sie zuständig bleibt. (Wir messen dieser Form der Aufnahme große Bedeutung bei. Bedürftige Eltern, Eltern in der Krise, brauchen keine Behörde, sondern einen Menschen, der Hilfe und Zuversicht verkörpert. Die Initialübertragung auf diese Person, diesen Helfer in der Not, ist mitunter für das Ergebnis der gesamten weiteren Arbeit ausschlaggebend.)

Gleichzeitig wird ein Unterstützungsteam zusammengestellt (dem auch einige wenige Mitarbeiter angehören, die für den Patienten unsichtbar bleiben). Dem gesamten Team wird ein Supervisor/Berater zugeteilt. Jeder Mitarbeiter trifft sich ungeachtet seiner mehr oder weniger langjährigen

Erfahrung oder fachlichen Qualifikation einmal wöchentlich oder zweimal im Monat mit einem leitenden Mitarbeiter zur Besprechung. Die Arbeit mit gefährdeten Säuglingen ist emotional extrem anspruchsvoll. Der Entscheidungsprozess ist in gewisser Weise für das Kind lebensspendend oder sogar lebensrettend. Um die emotionale Belastung zu teilen, den höchstmöglichen Grad an Objektivität zu gewährleisten und den Fall so kompetent wie möglich zu beurteilen, haben wir diese Methode der Arbeitsorganisation gewählt.

Die Entwicklungstests werden nicht von dem zuständigen Therapeuten, sondern von einem anderen Teammitglied durchgeführt. Jeder leitende Mitarbeiter unseres Programms ist entsprechend ausgebildet, um mit den *Bayley Scales of Infant Development* zu testen. Das bedeutet, dass der Tester entweder ein Sozialarbeiter oder ein klinischer Psychologe ist. Unsere klinischen Psychologen können die Angehörigen anderer Disziplinen beraten, wenn Probleme bei der Bewertung oder Interpretation der Tests auftauchen, oder sie können weitere Tests durchführen, falls dies notwendig ist. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass wir unsere Mitarbeiter auf diese Weise effektiv und ökonomisch einsetzen können: Wir haben einen Pool qualifizierter Tester und nicht lediglich ein oder zwei Kollegen, die dann mit Sicherheit einen Test nach dem anderen durchzuführen hätten. Zugleich ist gewährleistet, dass jeder Mitarbeiter die Kenntnisse erwirbt, die er auf dem Gebiet der Säuglings- und Kleinkindertests benötigt.

Unser Kinderarzt wird gleich zu Beginn Mitglied des Teams. Auch unsere Säuglingsschwester schließt sich unter Umständen schon zu diesem Zeitpunkt an. Die Patientenunterlagen, die uns die überweisende Einrichtung zur Verfügung stellt, werden gesammelt, gründlich ausgewertet und für unsere eigenen Akten zusammengefasst. Beratungen über medizinische Schwierigkeiten finden im Laufe der Evaluation statt. Außerdem nimmt das Team Kontakt zu Ärzten und medizinischen Diensten auf.

Auf derselben Basis steht auch unser Psychiater zur Verfügung. Er übernimmt die Konsultation bei schwierigen diagnostischen Fragen und ist am Entscheidungsprozess beteiligt.

Jedem Team gehört zudem eine Sozialarbeiterin an, die automatisch beratend oder koordinierend an der Evaluation teilnimmt und überdies den Kontakt zu Sozialeinrichtungen und anderen Behörden hält, die Patienten an uns überweisen.

Ad hoc kann dieses Team um weitere Mitarbeiter vergrößert werden, falls die Evaluation spezielle Fachkenntnisse erfordert.

Die Evaluation an sich beansprucht fünf bis sieben Sitzungen, die zu Hause bei der Familie stattfinden. Lediglich für die Entwicklungstests wird ein Termin in der Klinik vereinbart.

Am Ende der Evaluationsphase werden sämtliche zusammengetragenen Informationen vom Team oder von allen Mitarbeitern besprochen. Auf dieser Grundlage fällt die Entscheidung über die optimalen Behandlungsmöglichkeiten für das Baby und seine Familie. Wir bitten die überweisende Einrichtung bzw. den Arzt, sich an diesem Entscheidungsprozess aktiv zu beteiligen. Die »Behandlung der Wahl« kann somit ganz unterschiedlich aussehen.

KONSULTATION MIT ANDEREN EINRICHTUNGEN

Unter Umständen gelangen wir im Anschluss an die Evaluation zu dem Schluss, dass die überweisende Einrichtung oder eine andere Klinik unserer Gemeinde den Bedürfnissen des Babys und der Familie Sorge tragen kann. Unsere Evaluation hat die zentralen Schwierigkeiten identifiziert, die die Entwicklung des Säuglings beeinträchtigen, und wir sind der Ansicht, dass eine stützende Behandlung und eine Beratung der Eltern in bestimmten Bereichen der Versorgung des Babys durch die Gemeindeschwester oder die Sozialstation erfolgen kann. Wenn die Sozialstation eine regelmäßige oder gelegentliche Beratung mit uns wünscht, richten wir solche Konsultationen ein und führen in regelmäßigen Abständen Entwicklungstests mit dem Kind durch.

KURZZEITBEHANDLUNG

Diese Komponente unseres Leistungsangebots deckt eine ganze Bandbreite an Behandlungsoptionen ab. Von »Kurzzeitbehandlung« sprechen wir, wenn wir weniger als sechs Monate mit der Familie arbeiten. Die Kurzzeitbehandlung umfasst eine »Krisenintervention« (mitunter reichen drei Sitzungen aus, um die Eltern in einer kritischen Situation zu

unterstützen, die aufgrund gesundheitlicher Schwierigkeiten des Babys oder infolge eines Entwicklungsproblems aufgetaucht ist). Sie umfasst zudem eine zeitlich begrenzte »Entwicklungsberatung«, die den Eltern hilft, auf reaktive Störungen eines durch Trennung, Hospitalisierung, chirurgische Eingriffe usw. traumatisierten Babys angemessen einzugehen oder ein verwirrendes, aber nicht pathologisches Entwicklungsproblem des Säuglings zu verstehen und zu handhaben.

INTENSIVBEHANDLUNG

Dieser Behandlungsmodus kommt gewöhnlich bei Babys und Familien mit »sehr schweren« Störungen zum Einsatz oder bei Säuglingen, die wegen physiologischer Auffälligkeiten oder aufgrund von Umweltfaktoren als »Risikokinder« einzustufen sind. Monat für Monat machen diese Babys die Mehrheit unserer Patienten aus. In dieser Gruppe finden wir die Säuglinge mit Gedeihstörungen, vernachlässigte oder misshandelte und missbrauchte Säuglinge, Babys und Kleinkinder, die bereits pathologische Verhaltensweisen entwickelt haben, sowie Babys, die wegen einer extremen Psychopathologie eines Elternteils oder beider Eltern gefährdet sind.

In den folgenden Kapiteln schildern wir klinische Beispiele, die all diese Aspekte unserer Arbeit illustrieren.

DAS AUSBILDUNGSPROGRAMM

Unser Curriculum dient sowohl der kontinuierlichen Weiterbildung aller Mitarbeiter als auch der Ausbildung von Doktoranden und Assistenten.

DIE WEITERBILDUNG DER MITARBEITER

Wenn man, wie wir es getan haben, innerhalb der sozialpsychiatrischen Versorgung ein neues Spezialgebiet erschließt, kann man noch nicht

auf einen Pool von Experten zurückgreifen. Es gab keine »Spezialisten für die psychische Gesundheit im Säuglingsalter«, die wir für unser klinisches Projekt hätten rekrutieren können. Glücklicherweise aber wurden drei der Mitarbeiterinnen, die bereits an unserem Projekt für blind geborene Säuglinge beteiligt gewesen waren, gewissermaßen zu den Stammkräften des neuen Programms. Was wir einbringen konnten, waren unser Fachwissen über Säuglingsforschung und frühe Kinderentwicklung, unsere klinische Erfahrung mit Säuglingen, Kleinkindern und ihren Familien sowie die Lehre.

Bei der Auswahl der Mitarbeiter für das neue Projekt suchten wir nach Männern und Frauen mit den höchsten *klinischen* Qualifikationen in Kinder- und Erwachsenenpsychotherapie. Wir wollten auf den Erfahrungen dieser Kliniker aufbauen und sie um gründliche Kenntnisse über die frühe Entwicklung und um die klinischen Methoden der Arbeit mit Säuglingen und ihren Eltern erweitern.

Jeder neue Mitarbeiter erhält eine einjährige Ausbildung in Form von Seminaren und supervidierteter Fallarbeit. Ihm werden einige wenige Fälle zugewiesen, die es ihm ermöglichen, Erfahrungen zu sammeln; zugleich bleibt viel Zeit für das Studium. In dieser Hinsicht ist die Ausbildung neuer Mitarbeiter praktisch identisch mit derjenigen von Forschungsassistenten und Assistenzärzten. Die frühere Berufserfahrung macht aber einen entscheidenden Unterschied aus: Wenn der neue Mitarbeiter über umfassende psychotherapeutische Erfahrung und solide theoretische Grundlagen verfügt, wird es ihm nicht schwer fallen, sein Wissen auf das neue Gebiet zu übertragen. Wenn man klinische Methoden beherrscht und theoretisch versiert ist, sind neue Anwendungen lediglich eine praktische Variante, aber keine »brandneue Erfahrung«.

Es war bezeichnend, dass all unsere neuen Mitarbeiter das Gefühl hatten, ihre Kenntnisse über die Mutter-Kind-Beobachtung vertiefen und sich gründlich in die Literatur über das Säuglingsalter, die seit etwa zehn Jahren einen gewaltigen Aufschwung genommen hat, einlesen zu müssen. Die Beobachtungen normaler Mutter-Säugling-Beziehungen werden durch »Studienfälle« ermöglicht – Familien mit gesunden Babys, die uns auf freiwilliger Basis die Möglichkeit geben, sie einmal im Monat aufzusuchen. Beobachtungen von Säuglingen mit devianter Entwicklung und von Eltern, die Konflikte mit ihrem Baby haben, können im Rahmen

unseres Projekts natürlich jeden Tag durchgeführt werden. Die neuen Mitarbeiter können sowohl an direkten Beobachtungen teilnehmen als auch Videoaufnahmen studieren. In der Regel gehört dem Team ein Supervisor oder Berater an; die gemeinsame Beobachtung schärft den Blick des neuen Mitarbeiters für subtile Verhaltensdetails.

Unsere Bibliothek ist hervorragend ausgestattet. Mit ihrer Fülle an Literatur über die Kindheit und über Familien und familiäre Beziehungen bietet sie unseren neuen Kollegen die besten Voraussetzungen für das eigenständige Studium sowie für Diskussionen in kleinen Seminaren oder Konferenzen, an denen immer auch ein leitender Mitarbeiter teilnimmt. Unser Video- und Filmarchiv ist eine Ressource, deren sich all unsere Mitarbeiter ebenso selbstverständlich bedienen, wie man ein Buch aus dem Regal nimmt. Die Frage: »Wollen wir uns zusammen ein Video ansehen?«, wird genauso häufig gestellt wie etwa die Frage: »Hast du einen Moment Zeit? Gerade eben ist etwas Wunderbares geschehen, und ich würde es dir gern erzählen.« Unsere Videorekorder und Bildschirme sind laufend in Betrieb. Die Beobachtungen in sich aufzunehmen, sich Tausende von Bildern anzusehen und im eigenen Kopf abzuspeichern ist sowohl für die neuen Kollegen als auch für die »alten Hasen« wichtig, denn es schärft ihren Blick und ihre Urteilsfähigkeit.

Seminare für die neuen und alten Mitarbeiter ergänzen das Programm. An unserem traditionellen Fallseminar, das jeden Dienstagnachmittag stattfindet, nehmen alle Mitarbeiter und Auszubildenden teil. Ein dreimonatiges Seminar über Evaluationstechniken wird zu Beginn eines jeden akademischen Jahres angeboten. In der zweiten Hälfte des akademischen Jahres findet ein Seminar über behandlungstechnische Probleme statt.

Jahr für Jahr laden wir renommierte Experten zu Vorträgen und Diskussionen über ihre Arbeit in der Säuglings- und angewandten Forschung ein. Zweimal jährlich veranstalten wir zweitägige Seminare mit Kollegen aus angrenzenden Disziplinen, in denen sowohl wir selbst als auch unsere Gäste aktuelle Forschungsinteressen vorstellen und Probleme untersuchen und diskutieren.

Die Theorie und Praxis der Entwicklungstests für Säuglinge ist ein fester Curriculumsbestandteil und wird durch Supervision und das Studium von Videoaufnahmen vermittelt.

Dieser Plan hat sich als vernünftig erwiesen. Neue und alte Mitar-

beiter sind sich darin einig, dass die einjährige intensive Ausbildung für erfahrene Kliniker am Ende einen hohen Grad an Kompetenz auf dem neuen Spezialgebiet der psychischen Gesundheit im Säuglingsalter gewährleistet.

Freilich endet die Weiterbildung der Mitarbeiter nicht mit dem Abschluss der Intensivausbildung. An den Seminaren, die die Grundlage der Ausbildung unserer neuen Kollegen und Studenten bilden, nehmen ungeachtet ihrer Erfahrung auch leitende Mitarbeiter teil. Diese Mischung ermöglicht exzellente praktische und theoretische Diskussionen und Debatten und vermittelt sämtlichen Teilnehmern die Botschaft: »Die Ausbildung ist niemals abgeschlossen.«

Auch die Fallvorstellungen und -besprechungen gehören zu unserem Ausbildungsprogramm. Wir betrachten es als eine wertvolle Tradition unseres Projekts, dass sich jeder Mitarbeiter oder Auszubildende, der einen Fall präsentiert, um ein Höchstmaß an Genauigkeit der klinischen Beobachtung und der Schlussfolgerungen bemüht. Durch die Fallvorstellungen sollen die Kollegen das klinische Material kennenlernen. Deshalb sind die zentralen Aspekte lückenlos zu dokumentieren; die Behandlungsmethoden wiederum leiten sich aus diesen Beobachtungen her. In der anschließenden Diskussion sollten im Idealfall keine »Spekulationen«, sondern exakte klinische Hypothesen formuliert werden. Viele Fallberichte, die in unserem Dienstagseminar vorgestellt wurden, erwiesen sich nachträglich als erste Entwürfe zu Vorträgen, die später auf wissenschaftlichen Tagungen gehalten wurden. Einige von ihnen wurden seither auch veröffentlicht. Dieses Buch enthält eine Auswahl; weitere Fallberichte werden in den Folgebänden erscheinen.

GRADUIERTENAUSBILDUNG

In einem typischen Jahr nehmen an unserem Graduierten- und Assistentenprogramm auch Auszubildende teil, die andere Weiterbildungsprogramme absolvieren. Wir bieten ein klinisches Praktikum an, ein Forschungspraktikum und Seminare in unserer Klinik, die von allen Ausbildungsteilnehmern besucht werden.

In einem Spitzenjahr (1976–77) hatten wir in unserem Programm für

die Forschungsassistenten einen Facharzt für Kinderpsychiatrie (der zudem Facharzt für Kinderheilkunde ist), einen Facharzt für Pädiatrie, eine Kinderkrankenschwester, die an ihrer Dissertation schrieb, einen Diplom-Psychologen, einen Diplom-Sozialarbeiter und drei Doktoranden der Entwicklungspsychologie. Eine Forschungsassistentin erwarb ihr Diplom in Sozialarbeit.

Im klinischen Praktikum übernehmen die Ausbildungsteilnehmer mehrere Fälle, die sie unter der Supervision eines leitenden Mitarbeiters betreuen. Jedem Ausbildungsteilnehmer steht ein Supervisor derselben Fachrichtung als Ansprechpartner zur Verfügung. Im Laufe der Ausbildung können je nach Anzahl der zugewiesenen Fälle maximal vier weitere Supervisoren hinzukommen. Den Fallbesprechungen mit dem Supervisor liegen detaillierte Aufzeichnungen über die Patientensitzungen sowie das Studium der Videofilme zugrunde.

Das Ausbildungsprogramm wird auf die spezifischen Bedürfnisse des jeweiligen Studenten oder Doktoranden zugeschnitten. Jeder Student, Assistent oder Praktikant bringt, wenn er zu uns kommt, bereits einen Fundus an Fachkenntnissen auf seinem jeweiligen Gebiet mit. Beispielsweise haben die Pädiatrie- oder Psychiatrieassistenten oder die Studenten der Entwicklungspsychologie in ihren Seminaren zumeist schon solide Kenntnisse über die normale Säuglingsentwicklung erworben. Wir müssen ihnen also keinen weiteren Kurs über die Frühentwicklung anbieten; stattdessen lernen sie bei uns, normale und deviante Entwicklungsverläufe zu vergleichen. Der Student der klinischen Psychologie und der Student der Sozialarbeit haben die Säuglingsentwicklung unter Umständen ebenfalls in Seminaren kennengelernt, bevor sie zu uns kamen; durch Lektüre und Tutorien erweitern wir ihre Vorkenntnisse um einen Wissensfundus, den wir aus einer Fülle an pädiatrischer und entwicklungspsychologischer Literatur zusammentragen. Die Studentin der Entwicklungspsychologie weiß vielleicht schon, wie man Säuglingstests durchführt. In unserem Programm kann sie weitere Erfahrungen sammeln und unter Supervision selbst testen. Einige unserer Doktoranden und Assistenten haben die Säuglingsforschung unter Umständen noch nicht kennengelernt, doch auch sie werden an unserer Ergebnisforschung beteiligt und erlernen unsere Beobachtungs- und Protokollierungsverfahren sowie die Methoden der Datenkomprimierung, die wir in unserem Forschungsdesign

benutzen. Wir ermutigen unsere Studenten oder Assistenten, auch ihre eigenen Forschungsinteressen weiter zu verfolgen und unsere Ressourcen bei Bedarf zu nutzen.

Unsere Seminare werden nicht als »Kurse« durchgeführt. Für Studenten oder Assistenten, die einen Kurs benötigen, um sich Grundwissen anzueignen, gibt es an unserer Universität exzellente Veranstaltungen über klinische Psychologie und Entwicklungspsychologie; der Fachbereich Psychologie war so großzügig, seine eigenen Angebote für uns zu öffnen.

Die Seminare sind Foren. Thema ist jeweils eine Fallstudie. In dieser Untersuchung eines bestimmten Säuglings und seiner Familie tragen wir sämtliche verfügbaren Informationen aus Psychiatrie, Pädiatrie, Entwicklungspsychologie, klinischer Psychologie, Sozialarbeit, Krankenpflege und Anthropologie zusammen, die Licht auf den Fall werfen können. Lediglich ein einziges Seminar, nämlich eine Einführung in die klinische Evaluation, ist »nur für Studenten« bestimmt. In allen übrigen Seminaren arbeiten Dozenten, Mitarbeiter und Studenten zusammen. Die Fälle können von Studenten oder von den leitenden Mitarbeitern vorgestellt werden. Die Seminare sind *nicht* auf »das Erfahrungsniveau der Studenten« abgestimmt, denn dies wäre unserer Ansicht nach gegenüber hochintelligenten Doktoranden unfair. Das »Niveau« der Falldarstellung und -diskussion wird durch die Mitarbeiter vorgegeben. Die Fragen und Beiträge der Studenten sind ein selbstverständlicher Bestandteil der Diskussion (und unsere Studenten sind keineswegs schüchtern).

Wenn leitende Mitarbeiter eigenes klinisches Material vorstellen, haben die Studenten Gelegenheit, die Arbeit ihrer Dozenten unter die Lupe zu nehmen. Sie lernen nicht nur klinische Arbeit auf höchstem Niveau kennen, sondern sehen auch, wie ihre Lehrer mit schwierigen und oft schmerzhaften klinischen Erfahrungen zu kämpfen haben. Sie sehen, dass schwierigste Fälle erfolgreich behandelt werden können, werden aber auch Zeuge des Scheiterns oder suboptimaler Verläufe und der Gewissenskonflikte und Qualen, die dem Kliniker in solchen Situationen zusetzen. Sie spüren, dass wir in einer Atmosphäre arbeiten und unsere Arbeit besprechen, in der sich jeder Mitarbeiter von seinen Kollegen unterstützt und verstanden fühlt und in der wissenschaftliche

Diskussionen und Auseinandersetzungen ohne Kleinlichkeit und Groll geführt werden. Wir möchten, dass unsere Studenten sich lebhaft beteiligen und mitdiskutieren, aber wir befolgen auch eine unausgesprochene Regel: Die Fragen sollen exakt formuliert sein und sich auf das vorgestellte Material beziehen, und die Rückschlüsse müssen folgerichtig sein. Keine Raterei!

Wenn Studenten ihre Arbeit vorstellen, nehmen sie sich ein Beispiel an den Fallpräsentationen unserer Mitarbeiter. Wir erwarten eine übersichtliche, nach Möglichkeit schriftliche Darstellung, die sich auf den Fallbericht und die Videoaufnahmen stützt. Die vorgestellte klinische Arbeit der Studenten wird mit demselben Maßstab gemessen wie die der Projektleiter. Natürlich gehen wir nicht davon aus, dass der Student mit seiner noch begrenzten Erfahrung auf demselben klinischen Niveau arbeiten kann (obwohl dies manchmal tatsächlich gelingt). Aber wir richten die gleichen Fragen an den Studenten, die wir auch unseren erfahrensten Kollegen vorlegen. Wir formulieren alternative Hypothesen, wenn wir den Eindruck haben, dass die Falldynamik seine Sichtweise nicht bestätigt. Und wir machen behandlungstechnische Vorschläge, denen unsere größere Erfahrung zugrunde liegt.

Diese gemeinsame Arbeit von Dozenten und Doktoranden hat ohne Frage dafür gesorgt, dass all unsere Ausbildungsteilnehmer sehr rasch lernen. Unsere eigenen Doktoranden haben ebendiesen Aspekt wiederholt ausgesprochen positiv bewertet.

Am Ende eines jeden Ausbildungsjahres erwarten wir von unseren Absolventen eine »Basiskompetenz« in der klinischen Arbeit mit Säuglingen und ihren Familien. Wir erwarten, dass sie auf dem neuen Spezialgebiet der psychischen Gesundheit im Säuglingsalter relativ selbstständig arbeiten können. Eine kleine Anzahl unserer Studenten hat sich dafür entschieden, die Ausbildung um ein Jahr zu verlängern. Wir gehen davon aus, dass das dadurch erworbene Kompetenzniveau etliche dieser Weiterbildungsteilnehmer dazu qualifizieren wird, als Spezialisten auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit im Säuglingsalter andere Fachleute in klinischen Settings oder an den Universitäten auszubilden. Die Evaluation muss sowohl die besonderen Talente der Studenten als auch das hervorragende Niveau ihrer akademischen Grundausbildung berücksichtigen.