

## **ELTERNRATGEBER FÜR DAS 1. UND 2. LEBENSJAHR**

Oft ist Ihre Frau, die Mutter Ihres Kindes von dessen Krankheit oder/und den Problemen mehr betroffen als Sie. Gerade bei den sogenannten funktionellen Störungen von Säuglingen und Kleinkindern trifft das zu. Dies ist normal und nicht verwunderlich. Mütter verbringen meist viel mehr Stunden mit dem Kind, also auch mehr schwierige Stunden. Die meisten Mütter haben bereits lange vor der Schwangerschaft konkretere Vorstellungen über Kindererziehung, über ihre zukünftige Elternschaft und darüber, was sie für ihr Kind möchten und wünschen. Dieser "Vorsprung" der Mutter ist für den Vater grundsätzlich kaum mehr aufzuholen. Sie sollten deshalb als Vater nicht mit der Mutter Ihres Kindes konkurrieren, wer das "bessere" Elternteil ist. Dies sind zwei gänzlich unterschiedliche Beziehungen und das Kind braucht beide und auch die Unterschiedlichkeit!

Trotzdem ist Interesse, Verständnis und Unterstützung durch den Vater für das Gelingen der Behandlung unerlässlich. Auch wenn Sie ganz unterschiedliche Meinungen und Ansichten haben, sind diese sehr wichtig. Es kann nämlich passieren, daß die Krankheit eine so starke Mutter – Kind Bindung erzeugt, daß der Vater ausgeschlossen wird, oder sich zumindest so fühlt. Dies zu verändern, kann unter Umständen vom Vater sehr viel Geduld und Einfühlungsvermögen erfordern.

Bitte lesen Sie also diese Broschüre auch und diskutieren Sie "Für und Wider" mit Ihrer Frau. Begleiten Sie Ihre Frau und Ihr Kind, falls notwendig, zu den Terminen und Behandlungen. Sie bekommen gerne, falls nötig, eine Bestätigung für ihren Dienstgeber. Keine Schwierigkeit des Kindes ist es wert, den Vater zu kränken, oder sogar zu verlieren!

Sie sind wichtig und willkommen; Vielen Dank!

## FRÜHKINDLICHE Eß- UND FÜTTERUNGSSTÖRUNGEN

ZIT DC: O-3 EßVERHALTENSSTÖRUNGEN, 600.0

Eine Fütterungsstörung besteht, wenn Mutter und/oder Beobachter eine Störung wahrnehmen, unabhängig vom effektiven "food-intake" und/oder vom Gewichtsverlauf des Kindes. Bei längerem Bestehen kann ein Gewichtsstillstand mit nachfolgender Gedeihstörung entstehen. Jede Fütterungsproblematik sollte so früh wie möglich behoben werden! Kein bisher gesundes Kind "verhungert" bei genügendem Nahrungsangebot. Trotzdem kann es bereits unmittelbar nach der Geburt und in den folgenden Wochen und Monaten durch aktiven Widerstand des Kindes zur Verweigerung jeglicher Nahrungsaufnahme kommen. Dies entsteht durch:

- Dysbalance in der "Signalkommunikation" zwischen Mutter und Kind
- eine zu hohe Erwartungshaltung, Druck von außen, z.B. durch Restfamilie
- Ängstlichkeit, Unsicherheit, der Wunsch es besonders gut zu machen
- Überstrukturierte Fütterungssituation, erhöhte Hygienevorstellungen
- Psychosoziale Belastungen, fehlende Atmosphäre für "gemütliches" Essen

Bei längerem Bestehen eines oder mehrerer Faktoren entsteht ein Machtkampf, welcher beide Partner viel Energie kostet.

### TIPS ZUR ENTSPANNUNG DER FÜTTERUNGSSITUATION:

Das wachsende kindliche Bedürfnis nach Autonomie (Selbstbestimmung und Selbständigkeit) ist wichtig und soll gefördert werden. Das elterliche Kontrollbedürfnis darf - auch bei bester Absicht - diese Autonomiestrebungen nicht zu "besiegen" oder zu unterdrücken versuchen. Tricks und Ablenkungs-Manöver sind verboten und führen nur zur Verstärkung und Verfestigung raffinierter Abwehrmechanismen des Kindes mit gegenteiligem Erfolg.

Wir schlagen einen Plan mit stufenweisen Schritten der Veränderung vor:

1. Phase: Beendigung des Kampfes und jeglicher Ablenkmanöver

Regel 1: Kein Angebot ohne kindliches Signal!

Dies gilt unabhängig vom Zeitpunkt der Fütterung oder der zuletzt aufgenommenen Nahrungsmenge. Jede Initiative des Kindes (Mund aufmachen, Schmatzen, Hinschauen, Saugen) ist als positives, kindliches Signal zu werten. Das Fütterungsangebot soll dem Signal des Kindes so prompt wie möglich folgen.

Regel 2: Beim ersten kindlichen Verweigerungssignal sofort aufhören!

Jede kindliche Verhaltensweise, die "aufhören" oder "genug" signalisiert (z.B. Kopf weg drehen, Mund zupreßen, mit dem Essen spielen) ist zu respektieren, und keine weiteren Fütterungsversuche zu folgen.

Jedes Kind hat ein Recht auf sein eigenes Sättigungsgefühl, unabhängig von der eingenommenen Menge oder dem Fütterungszeitpunkt. Nur so ist die für das ganze Leben wichtige Regulation des Hunger- und Sättigungsgefühls erlernbar.

Diese erste Phase soll dem Kind als Umstellungszeit nach der bisherigen schwierigen Zeit problematischer Fütterungserlebnisse zugestanden werden. Das Kind darf bis zu 48 Stunden für diese Phase benötigen, eine mögliche Gewichtsabnahme von 5% bis maximal 10% des ursprünglichen Körpergewichtes ist bei gutem Allgemeinbefinden (mit ärztlicher Kontrolle) zu tolerieren.

Ist die Problematik zwischen Mutter und Kind interaktionell bereits sehr fortgeschritten und/oder das Kind deutlich untergewichtig und/oder dehydriert ist diese Umstellungsphase unbedingt in einem spezialisierten klinischen Setting mit geschultem Personal durchzuführen.

2. Phase: Ermutigung des kindlichen Interesse und Initiative im abstrakt-symbolischen Bereich  
Kinder erlernen Essen nicht nur über den Mund! Optische, geruchsmäßige, taktile (greifbare) und vor allem interaktionelle (beziehungsmäßige) Faktoren wie Spannung oder Angst oder Leistungsdruck können das Eß-Erlebnis negativ beeinflussen, so daß die Nahrung lange vor Erreichen des Mundes abgelehnt wird. Deshalb ist als zusätzliche Lernerfahrung ab dem ca. 6.-8. Lebensmonat jede spielerische Beschäftigung mit Essensthemen zu fördern. Dazu eignen sich Spielküchen, Plastikimitate und Fütterungsspiele mit der Puppe ohne reales Essen und ohne Essensdruck.

Besteht trotz eingehender Aufklärung der Eltern deren Angst vor dem Verhungern des Kindes weiter, ist eine professionelle Beratung, bzw. Psychotherapie indiziert. Bevor die Eltern mit "Erziehung" beim Essen beginnen, soll dem Kind eine Adaptationszeit (3-6 Wochen) an die neue Situation gewährt werden. Ziel ist es, die Erinnerung an die Zeit des schwierigen Essens zu vergessen und zu erfahren, daß Essen etwas Normales geworden ist.

3. Phase: Integration des Kindes an die gewünschte Eßkultur der Familie  
Altersangemessen sollen nun behutsam die elterlichen Vorstellungen punkto Eßkultur, Manieren und Gewohnheiten eingeführt werden. Sobald Kinder frei und stabil selbst sitzen können, ist bei Mahlzeiten der Hochstuhl zu empfehlen. Außerdem sollen die Mahlzeiten gemeinsam eingenommen werden und nicht das Kind vorher "abgefüttert" werden. "Aufessen müssen" ist bei kindlichen Eßstörungen kontraindiziert.

Hier extra Sondenmerkblatt einfügen!!

P.S. Für Kinder mit der Problematik der Langzeitsondierung stehen für das Projekt der Entwöhnung von der Sonde eigene Behandlungsanweisungen unserer Arbeitsgruppe zur Verfügung.

## AUFGEWECKTE, UNRUHIGE, FORDERNDE BABYS & KLEINKINDER

ZTT DT: 0-3 REGULATIONSSTÖRUNG TYP III , 403

EARLY ONSET ADHD, "FRÜHHYPERKINESIE" ODER "SCHREIBABYS"

### CHARAKTERISTIKA IM 1. LEBENSJAHR:

Eltern und Betreuer berichten oft über folgende Schwierigkeiten:

- Das Baby oder Kleinkind scheint über unerschöpfliche Energie zu verfügen
- Schwierigkeiten in der Integration externer und interner Sinnesreize
- Schwierigkeiten mit dem Herstellen eines ruhigen Wachzustandes
- Oft Kurzschläfer, (Gesamtschlafdauer pro 24 Std. liegt unter 12 Std.)
- Keine Durchschläfer, Schwierigkeiten mit der Autoregulation
- Kolik- und Schreibabys, "fussy babies" (Eltern zeigen Erschöpfung)
- Geruchs-, Geräusch-, Berührungs-, und Lage-Überempfindlichkeit
- Häufig heikle Esser ("picky eaters"), selten schwere Fütterungsprobleme
- Sehr anspruchsvolle Kinder, sind nie oder nie lange zufrieden

Neutrale Charakteristika oder angenehme Eigenschaften:

- Motorische Entwicklung oft akzelleriert (frühe Krabblers, frühe Geher)
- Gute Auffassungsgabe; kommunikativ und interaktionsaktiv
- Verminderte Schmerzempfindlichkeit
- Präferenz von Körperstellungen "weg vom Körper", eher keine "Schmuser"
- "Blickvermeider", häufiger Blick in Richtung Außenwelt

Diagnostik:

- Anamnese, Beobachtung, (Interaktionsaufnahme, wenn möglich Videoanalyse), Aktometrie

Therapeutische Empfehlungen:

- Aufklären, Beraten und Ermutigen, supportive Videotherapie
- Positive Eigenschaften des Kindes vor den schwierigen hervorheben
- Sensibilisierung auf die kindliche Signalsprache
- Empfehlung für erschöpfte Eltern: "Immer schlafen, wenn Baby schläft"
- Vermehrt sozialer Kontakt (mind. 3 Bezugspersonen); Kontakt mit Kindern
- Nutzung von sozialen Ressourcen der Eltern (Großeltern, Freunde, etc.)

### CHARAKTERISTIKA IM 2. LEBENSJAHR:

Häufige Schwierigkeiten:

- Unerschöpfliche Energie, Unzufriedenheit, Stimulationshunger,
- Affektlabilität, Impulsivität, motorische Hyperaktivität, starker Willen!
- Häufige Affektkrämpfe, Wutanfälle, Frustrationsintoleranz
- Vermehrtes Kopfschlagen, Jaktationen, Autostimulationen
- Überforderung; Betreuung ist durch eine Person kaum zu bewältigen
- Fehlendes Interesse für "schönes" Spielzeug, Interesse für Verbotenes
- Verminderte Schmerzempfindlichkeit, Lust an heftigen Bewegungen

Neutrale Charakteristika und angenehme Eigenschaften:

- Motorische Entwicklung oft akzelleriert, oft motorisch sehr geschickt
- Dauernd in Bewegung, Spielen keine Sekunde allein
- Enorm neugierig, spontan, charmant, aber extrem anstrengend
- Sprachentwicklung oft etwas verzögert, dadurch manchmal Frustration
- Kinder wirken furchtlos und wagemutig, erhöhtes Unfallrisiko
- Bei sehr bemühten Eltern gehäuft unsicher-ambivalentes Bindungsmuster
- Bei unterinvolvierten Eltern eher vermeidendes Beziehungsmuster

Diagnostik:

- Beobachtung, (Interaktionsaufnahme, wenn möglich Videoanalyse), Anamnese, Aktometrie

Therapeutische Empfehlungen:

- Sensibilitätstraining im korrekten Lesen der kindlichen Signale
- Aufklären, Beraten, Ermutigen, Empfehlung Eltern-Selbsthilfegruppe
- Positive Eigenschaften des Kindes vor den schwierigen hervorheben
- Grenzen setzen durch besonders klare Ja/Nein- Signale
- Frühzeitige Unterbringung in einer betreuten Kindergruppe (3-5 Kinder /Gruppe)
- Erlebnisorientierte Ausflüge, kein Stimulationersatz durch TV / Video
- Stützung der Eltern durch geschulte Frühförderung /Beratung/Therapie
- Begleitung bis ins Kindergartenalter
- Standardisierte ADHD Diagnostik (TOVA etc.) vor Schulbeginn

## EIN- UND DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN IM 1. LEBENSJAHR

Eltern von schlafgestörten Säuglingen und Kleinkindern sind müde. Sie kennen seit Wochen keine „durchgeschlafene“ Nacht und kommen erst meist mit großem Leidensdruck zur Vorstellung. In dieser Situation empfiehlt sich eine Krisenintervention, mit dem Ziel, zu klären, ob eine ambulante oder eine

stationäre Behandlung angebracht ist. Bei drohender Eskalation mit dem Risiko von Kindesbestrafung oder Kindesmißhandlung ist zum Schutze des Kindes eine sofortige Aufnahme zur Entlastung angezeigt.

Beginn mit einer Krisenintervention:

Zur längerfristigen Wiederherstellung der Schlaf- Wach- Rhythmik ist eine erste Erholungsphase ohne jegliche Ratschläge oder Aufträge zu gewähren. Während jeder Schlafperiode (tagsüber und nachts) des Kindes soll sich die Mutter auch hinlegen und ausruhen. Kein Schlafzwang! Lesen oder Musik ist erlaubt, eher kein TV. Keine Haushaltspflichten, kein Aufräumen, kein Kochen!!

Mit dieser ersten Maßnahme kann sich die Mutter langsam aus dem Schlaf- Entzugs- Syndrom erholen und nach einigen Tagen wieder erstmals Gefühle eigener Befindlichkeit und Identität, äußern.

Diagnostik (fakultativ):

1. Erstellen der multiaxialen Diagnose (z.b. ZTTDC: 0-3), um die entwicklungspsychologische, medizinische, interaktionelle und psychosoziale Situation des Kindes festzustellen, evtl. EEG
2. Videoanalyse einer ca. 10-minütigen Interaktionsszene (Spielsituation). Heimvideo der Schlafproblematik
3. Durchführung eines „Adult Attachment Interviews“ (AAI) (M.Main) zur Feststellung des aktuell vorherrschenden Bindungsmodells der Eltern, etwaige Unsicherheit ansprechen.
4. Durchführung des „Working Model of the Child Interviews“ (WMCI) (C. Zeanah) zur Feststellung internalisierter Beziehungsvorstellungen der Eltern zum Kind.
5. Suche nach den "Geistern im Kinderzimmer", einführendes Gespräch

Einstellung eines individuell adaptierten Interventions- und Therapieplan :

- Tag/Nacht Tagebuch oder/und mehrtägige Aktometrie bei Mutter und Kind
- Synchronisation der Schlaf/Wachrhythmik von Mutter und Kind, Verlaufskontrolle in ca. 2 Wochen
- Ein etwaiger Paarkonflikt ist häufig durch die Symptomatik aggraviert, Behutsamkeit ist angesagt!
- Keine invasive Einzel- oder Paartherapie vor Stabilisierung der Schlafstörung!
- Themenzentrierung auf positivere Tätigkeiten außer Schlaf, z.B. Interaktion, Dialogkultur, Spiel

#### EIN-UND DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN IM 2. LEBENSJAHR

Bei der häufigen Einschlafstörung des älteren Kleinkindes, ist das Kind meist noch nicht müde, wenn es ins Bett gelegt wird. Der Zeitpunkt des Schlafengehens wird nicht durch den Biorhythmus des Kindes bestimmt, sondern durch äußere Faktoren, wie Uhrzeit, Fernsehprogramm , Vorstellung und/oder Erschöpfung der Eltern.

Die Einschlafsituation kann vom Kind als unlustvoll erlebt werden, da sie eine Trennung vom Rest der Familie bedeutet. Ein psychisch gesundes Kind wehrt sich in solchen Fällen, quengelt oder setzt seinen ganzen Charme ein. Trotz vorgerückter Stunde zeigt es beeindruckende Kreativität und viel Energie, gegen den Schlaf anzukämpfen.

#### Diagnostik:

1. Erstellen der multiaxialen Diagnose (z.B. ZTTDC: 0-3), evtl. EEG
2. Videoanalyse einer ca. 10-minütigen Interaktionsszene (Spielsituation). Evtl. Heimvideo der Schlafproblematik
3. Fakultativ: Durchführung eines „Adult Attachment Interviews“ (AAI) nach M. Main zur Feststellung des vorherrschenden Bindungsmodells, etwaige Unsicherheit ansprechen.
4. Fakultativ: Durchführung des „Working Model of the Child Interviews“ (WMCI) nach C. Zeanah zur Feststellung vorherrschender Beziehungsvorstellungen der Eltern zum Kind.
5. Suche nach den "Geistern im Kinderzimmer", einführendes Gespräch

#### Intervention:

Schalldruck behindert Schlafen! Das Kind soll nicht ins Bett gebracht oder geschickt werden. Es darf sich im Wohnraum der Familie hinlegen und wird aufgefordert, sich auszuruhen, aber ja nicht einzuschlafen! Hier kann man auf die gesunde Paradoxielust des Kindes vertrauen; spätestens nach fünf Minuten schläft das Kind tief und fest. Nach weiteren 5 – 10 Minuten (nach Beendigung der unruhigen REM Phase, wenn das Kind schlaff und schwer geworden ist) kann das Kind in seiner Tiefschlafphase ins Bett tragen werden.

Wenn Ihr Kind Angst vor dem Schlafengehen hat, ist es wichtig, dieser Angst nachzugehen. Sie hat für Ihr Kind eine wichtige und individuelle Bedeutung. Sie signalisiert möglicherweise eine gespannte und destabilisierte Beziehungssituation des Elternpaares oder verhindert nächtliches "Verschwinden" der Eltern. Möglich sind auch weniger naheliegende Gründe, wie z.B. das bedrohliche Bellen eines Nachbarhundes oder das seltsame Wehen des Vorhanges.

In allen diesen Fällen müssen wir versuchen, uns in die imaginäre Welt des Kindes hineinzusetzen. Jede noch so gut gemeinte Erklärung, wie "Du brauchst keine Angst zu haben." kann maximal in Tonfall und Satzmelodie beruhigend wirken. Sie wird aber niemals den Angstpunkt des Kindes genau treffen. Daher sollte jede Angstäußerung des Kindes in Zusammenhang mit Schlaf Ernst genommen, d.h. inhaltlich nicht in Frage gestellt werden.

In der Literatur gibt es zum Thema Umgang mit Schlafstörungen die unterschiedlichsten Meinungen. Von "lassen Sie Ihr Kind schreien, es wird schon irgendwann aufhören" bis zum sich in Dauer steigern "alleine schlafen lernen sollen" werden Tipps und Vorschläge gegeben.

Wir möchten Ihnen eher Mut zum Experimentieren machen.

Jedes Elternpaar und jeder alleinerziehende Elternteil sollte für sich und sein Kind "seine" gemeinsame Lösung selbst finden. Jede Bewegung und Veränderung in eine eingefahrene und starre Problematik ist förderlich. Es wird fast nie schlimmer. Allein die innere Bereitschaft, sich mit der Problematik auseinanderzusetzen, vermittelt dem Kind oftmals eine neue Atmosphäre, welche positive Veränderungen zulässt.

## ADOLESCENTE MÜTTER UND IHRE KINDER

### ZUSAMMENARBEIT MIT DEM ZUSTÄNDIGEN JUGENDAMT/JUGENDSEKRETARIAT EMPFEHLENSWERT!

Ist die Mutter bei der Geburt des Kindes unter 18 Jahren alt, oder/und steht sie unter erschwerten externen Lebensbedingungen wie Armut und/oder aktuelle oder vergangene Gewaltexposition, besteht häufig wegen noch instabiler Persönlichkeit und/oder unklarer Berufs- und Lebensperspektive die Gefahr einer Überforderung. In dieser Situation ist die Entwicklung von Beziehungsstörungen zwischen Mutter und Kind häufig. Mütter aus einem "schwierigen" Milieu stehen einer Hilfe von außen oftmals skeptisch gegenüber, und lassen sich scheinbar schwer helfen. Trotzdem ist Hilfe angezeigt.

Diagnostik:

- Erstellen der multiaxialen Diagnose, um die entwicklungspsychologische, medizinische, interaktionale und psychosoziale Situation des Kindes festzustellen (z.B. ZTT DC:0-3)
- Video einer ca. 10-minütigen Interaktionsszene (Spielsituation/ Fütterungsszene): evtl. Heimvideo
- Fakultativ: „Adult Attachment Interview“ (AAI), häufig frühkindl. Deprivation bei der Mutter
- Fakultativ: „Working Model of the Child Interview“ (WMCI) zur Feststellung der vorherrschender Beziehungsvorstellungen, Wünsche und Projektionen. Häufig Idealisation des Kindes

- 
- Wenn die Diagnostik die grundsätzlichen Bedingungen für ein Verbleiben der Sorge- und Erziehungsrechte bei der Mutter geklärt hat, wird in Kooperation mit der Jugend/Sozialamt ein individueller Behandlungsplan erstellt:

- Integration einer von der Mutter akzeptierten externen Hilfsperson (Beratung, Frühförderung, unterstützende Maßnahmen, Psychotherapie, stundenweise Kinderbetreuung usw.)
- Beratung der Mutter bezüglich ihrer spezifischen Schwierigkeiten mit ihrem Kind
- Beratung der Mutter in Fragen der weiteren Lebensplanung (z.B. Berufseinstieg oder –fortsetzung)



- Reorganisation der Lebenssituation für Mutter und Kind (falls notwendig)
- Entwicklungskontrolle des Kindes mindestens zweimal jährlich bis zum Schulanfang
- Integration des Kindesvaters und/oder Lebensgefährten, evtl. Paarberatung

Ziel: Optimierung der psychischen, sozialen und medizinischen Entwicklungsbedingungen für das heranwachsende Kind in einem stabilen Beziehungsrahmen mit maximaler Mitgestaltung und Eigenverantwortlichkeit der jungen Mutter bzw. Eltern

## BINDUNG UND ENTWICKLUNG

Kinder brauchen für ihre Entwicklung Sicherheit. Eine "sichere Insel" oder Bindungsperson, meistens mehrere, mit welcher sie zusammen die gestische, mimische, präverbale und später verbale Kommunikation ohne Leistungsdruck erlernen dürfen. Das Bindungssystem des Kindes sendet viele Signale, welche sein Bedürfnis nach Nähe oder Distanz steuern. Ein sicher gebundenes Kind möchte selber selbständig werden und die Welt kennen lernen (Explorationslust). Die Aufgabe der Eltern ist es, ihm feinfühlig genug Sicherheit zu vermitteln, so daß es seine Schritte in Richtung zunehmender Erfahrung (Autonomie) selbst steuern kann. Dies ist nur möglich, wenn Sie sich wohl und sicher fühlen.

Wenn Angst oder Traurigkeit oder gar Verzweiflung stark vorhanden sind, entsteht eine Atmosphäre unsicherer Bindungsangebote. Dies kann sich in Richtung vermehrter Ängstlichkeit (Bindungsstörung vom unsicher-ambivalenten Typ) oder in Richtung eines emotionalen Rückzugs im Sinne einer Depression (Bindungsstörung vom unsicher-vermeidenden Typ) bemerkbar machen. Manchmal besteht, bei schwerer psychischer Belastung und/oder psychiatrischen Erkrankung des betreuenden Erwachsenen eine komplex gestörte Bindungssituation vom chaotisch-desorganisierten Typ. Diese Kinder und deren Eltern bedürfen dringend Hilfe. Je früher Sie ihre Gefühle und Beobachtungen mitteilen, desto früher kann Hilfe angeboten werden. Je früher Hilfe einsetzt, desto rascher erfolgt Linderung und desto kleiner ist das Risiko des Entstehens von schwerwiegenderen Störungen.

Je jünger das Kind, desto wirkungsvoller kann Hilfe eingesetzt werden. Oft reichen einige wenige Beratungen oder therapeutische Sitzungen aus, um bewirken können, daß Sie als Mutter und Vater in Ihrem Zusammenleben mit ihrem Baby wieder selbständig, eigenverantwortlich, zuversichtlich und froh weiterleben können.

Übungen für Kinder mit Schwierigkeiten in der Bezogenheit und Kommunikation

## WEGWEISER ZUR ENTWICKLUNG GEGENSEITIGER AUFMERKSAMKEIT UND PRÄVERBALER KOMMUNIKATION:

Gegenseitige Aufmerksamkeit entwickelt sich durch Interaktion (Wechselbeziehungen), durch "öff-nen" und "schließen" sogenannter Kommunikationskreise zwischen dem Kind und seiner Bezugsperson.

Ein Beispiel: Das Baby blickt nach einem Spielzeug (öffnet einen Kreis), Mama holt das Spielzeug her und setzt es mit einem Lächeln genau vor das Baby und sagt: „Hier ist es!“ Wenn das Baby dann vor Freude gluckst, seine Arme ausstreckt oder seinen Gesichtsausdruck verändert, schließt es den Kommunikationskreis.

Ein Beispiel für ein größeres Kind: Das Kind reiht Spielzeugautos in einer Schlange aneinander. Der Spielpartner nimmt alle nicht in der Schlange stehenden Autos an sich. Das Kind signalisiert, daß es ein weiteres Auto haben möchte (öffnet einen Kreis). Der Spielpartner händigt ihm ein Auto aus, das Kind nimmt das Auto (schließt den Kreis) und stellt es zu den anderen. Es verlangt nach einem weiteren Auto (öffnet einen weiteren Kreis). Nutzen Sie jede Möglichkeit, um Kommunikationskreise auf-zubauen und auszudehnen. Sie sollen dabei aber immer der Führung Ihres Kindes folgen und auf seiner Initiative aufbauen.

### Speziell für kleine Kinder (0 – 1 Jahr)

Auch sogenannte „schwierige“ Babies haben Zeiten, in denen sie wach und gut gelaunt und empfänglich für die Signale ihrer Umwelt sind. Nutzen Sie diese Momente, so kurz diese auch anfangs sein mögen, und lassen Sie sich von ihrem Baby zum Spiel verführen. Sprechen und Singen Sie mit dem Baby. Lassen Sie sich dabei von Ihrem Kind leiten, von seinen Vorlieben und Interessen. Reduzieren Sie Ihr Tempo auf das kindliche Zeitmaß. Geben Sie Ihrem Kind Raum auf Sie zu reagieren, indem Sie innehalten, so daß es „antworten“ kann und so ein Dialog zwischen Ihnen und Ihrem Baby entsteht.

Achten Sie immer auf die Signale ihres Babys. Wenn Sie merken daß es in große Anspannung gerät oder zu weinen beginnt, nehmen Sie sich ein wenig zurück, werden Sie ruhiger. Das Baby braucht Zeit, um sich vom aufregenden Spiel mit Ihnen zu erholen. Sie werden erleben, daß mit zunehmenden Alter Ihres Babys die Zeitspanne der gemeinsamen Aufmerksamkeit länger wird.

Das schon etwas größere Baby braucht genügend Spielraum zum Erkunden seiner eigenen Fähigkeiten und zum Bewältigen kleiner Frustrationen. Der Sinn des Spieles liegt für das Kind nicht im Endprodukt (nicht im Turm), sondern im Sammeln von Erfahrungen (wie fühlen sich die Bausteine an, mit den Händen - mit dem Mund; kann man sie über einander legen).

### Speziell für größere Kinder

- Folgen Sie beim Spiel dem Kind, das Kind ist der „Dirigent“ des Spieles. Ihr Kind wird Ihnen helfen herauszufinden, woran es interessiert ist. Ihr Kind spielt nicht mit Ihnen nach Ihren Vorstellungen, sondern Sie begleiten Ihr Kind in seine Spiel- und Phantasiewelt hinein. Es ist nicht

wichtig, was Ihr Kind tut, ob es Bausteine aufhebt und wegwirft oder vor- und zurückläuft. Anstatt ihr Kind auf Dinge aufmerksam zu machen, beobachten Sie Ihr Kind zuerst, achten Sie auf alle seine Gefühle und Zeichen von Interesse.

- Behandeln Sie alles, was Ihr Kind tut, als absichtsvoll und zielbewußt.

Damit erzeugen Sie eine gute und anregende Stimmung für Ihr Zusammensein.

Beispiel: Anstatt sich zurückgewiesen zu fühlen, wenn Ihr Kind einen Baustein, den Sie ihm gegeben haben, weg wirft und sich abwendet, nähern Sie sich ihm mit Neugierde und Interesse und sagen z.B.: „Das ist nicht was du willst? Gut, schauen wir was du sonst gerne möchtest.“ Sie verändern so die Bedeutung des

Verhaltens. Sie sagen: „Was tun wir als nächstes“ anstatt „Warum wendest du dich ab“. Ein weiteres

Beispiel: Ihr Kind läuft auf und ab. Jedesmal, wenn es die Richtung ändert, sagen Sie z.B.: „Los!“ oder „Achtung, fertig, los!“ Diese Anleitung bedeutet nicht, daß Sie die Sklavin ihres Kindes sind, machen Sie nur mit, solange es Sie auch freut!

- Bewerten Sie „Nein“ nicht als persönliche Zurückweisung

Wenn Ihr Kind etwas, was Sie ihm geben, ablehnt, ist das ein Ausdruck dafür, daß es etwas nicht will, aber keine Zurückweisung ihrer Person. Bewerten diese Ablehnung als Antwort auf einen "Fehler" von Ihnen, machen sie weiter oder versuchen sie etwas Neues und dehnen Sie so die Interaktion mit Ihrem Kind aus.

z.B. „Oh, das willst du nicht? Da, probieren wir es mit diesem Spielzeug.“

- Versuchen Sie, die Interaktionen mit Ihrem Kind zeitlich auszudehnen.

Üblicherweise sollten Sie den Wünschen Ihres Kindes immer so prompt wie möglich nachkommen.

Manchmal aber endet durch die Erfüllung des Wunsches die Interaktion mit ihm, aber Sie wollen ja, wenn Sie wirklich wollen, die Interaktion mit Ihrem Kind aufrecht halten. Darum sollten Sie sich manchmal dumm stellen und Ihr Kind fragen, ob es aufgehoben werden will, um Ihnen zu zeigen, was es möchte. Oder Sie geben dem Kind etwas anderes als das Gewünschte, damit es Sie noch einmal darauf hinweist, was es möchte. Eine andere Möglichkeit, die Interaktion auszudehnen, ergibt sich, wenn Sie Ihrem Kind etwas, was es zuvor in der Hand gehalten hat, wieder geben. Egal was es damit macht, ob das Kind es zurückgibt oder wegwirft, zumindest ein weiterer Kommunikationskreis ist geschlossen.

Ähnlich können Sie sagen: „Was möchtest du noch tun? Wo möchtest du noch hingehen? ..“

- Machen Sie senso-motorische Spiele (Bewegungsspiele) mit Ihrem Kind, besonders dann, wenn es schlechter Laune ist oder sich für sonst nichts zu interessieren scheint. z.B. Hoppe, hoppe Reiter, Backe, backe Kuchen.... Unterbrechen Sie diese Spiele aber nicht, solange das Kind schaut, mitmacht oder

irgendwie zeigt, daß es weiter machen möchte. Beenden Sie diese Spiele jedoch, wenn Ihr Kind kein Interesse mehr zeigt.

- Versuchen Sie immer Ihrem Kind die Möglichkeit zu geben, seinen Willen zu äußern. Sie haben jedoch auch einen eigenen Willen und eigene Vorstellungen von Art und Zeitpunkt des Zusammen-seins, so daß manchmal ein Interessenskonflikt unvermeidbar ist. Dieser soll je nach Alter des Kindes fair "verhandelt" werden!
- Locken Sie Ihr Kind mit Spielzeug, das seine sinnliche Wahrnehmung anspricht, mit Aufziehspielzeug und einfachem Ursache-Wirkung-Spielzeug. Lassen Sie Ihr Kind damit aber immer seine eigenen Bewegungen ausführen.

Sie sollten 4 bis 8 mal täglich für 10 - 15 Minuten (nach Lust und Laune länger) mit Ihrem Kind spielen. Während dieser Zeit schenken Sie Ihre volle Aufmerksamkeit Ihrem Kind.

Wichtig beim Spiel mit Ihrem Kind ist, daß Sie mit ihm verbunden sind und Kommunikationskreise öffnen und schließen und nicht, wie anspruchsvoll oder lehrreich diese Spiele sind. Spaß muß sein!

- Spielen mit Ihrem Kind ist manchmal "kein Kinderspiel", ihr Kind kann jedoch mit Ihrer Unterstützung allein und gemeinsam Spielen lernen, es soll jedoch kein Leistungsdruck bezüglich der pädagogischen Sinnhaftigkeit des gewählten Spiels bestehen. Ihr Kind steuert selbst, durch ihre Feinfühligkeit gestützt, sein Bedürfnis nach Autonomie (Selbständigkeit) und Exploration (Entdeckung und Erkundigen der Umwelt), Sie stehen ihm dabei unterstützend bei. Zuviel Unterstützung ist ebensowenig richtig wie zuwenig Unterstützung! Im Rollenspiel, dem beliebten "Vater-Mutter-Kind-Als-ob" Spiel, kann ihr Kind lustvolle Erfahrungen machen und Ihnen in seine geistige und gefühlsmäßige Innenwelt Einblick geben. Sein frühkindliches Spiel ist seine "Arbeit", es soll respektiert und gefördert werden.

#### SCHLUßWORT:

Wir hoffen, Ihnen mit dieser Broschüre Mut gemacht zu haben. Vielleicht gelingt es Ihnen, nun die beschriebenen Schwierigkeiten mit Ihrem Kind selbst "in den Griff" zu bekommen. Falls Sie jedoch weitere Hilfe in Anspruch nehmen möchten, steht Ihnen, je nachdem wo Sie leben, eine Liste der in der Nähe befindlichen Berater und Therapeuten zur Verfügung.

Wir freuen uns auch über jede telefonische oder schriftliche Rückmeldung, da Ihre Erfahrungen vielleicht anderen Eltern mit ähnlichen Schwierigkeiten wertvolle Hilfe geben kann.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Baby für Ihre Zukunft weiterhin alles Gute!

Weitere Informationen und Helferlisten für den deutschsprachigen Raum erhalten sie unter  
[Marguerite.Dunitz@lkh-graz.or.at](mailto:Marguerite.Dunitz@lkh-graz.or.at)

Tel 0043 316 385-2964 oder 2679 oder 3756 oder 2635 oder Fax 3754