

Psychosoziale Betreuung Frühgeborener und deren Eltern

F. Porz*, E. Vonderlin** und W.E. Freud***

* II. Kinderklinik, Zentralklinikum Augsburg, Augsburg, Deutschland

** Sozialpädiatrisches Zentrum Frankfurt, Frankfurt am Main, Deutschland

*** London, England

Keywords: Psychosocial care; preterm infants

Abstract: *Psychosocial Care of Premature Infants and Their Parents.* Parents of preterm infants are overwhelmed by stress: having their baby in a NICU, separation of the baby and restricted contact. They feel guilty and are worried about the survival and development of their baby.

A family-centered optimal psychosocial care can help the parents to cope with this stressful situation: 1) Prenatal visits including the involvement of parents in ethical and therapeutical decisions. 2) unrestricted visits of parents. Close skin-to-skin contact of parents and infants including Kangaroo care and participation of parents in nursing care. 3) Establishing a most comfortable environment for the infant. Individualized developmental care with elimination of unnecessary distressing procedures. Encouragement of breastfeeding. Tactile, auditory and vestibular stimulation. 4) Supporting parents by self-help groups and by family-centered intervention programs after discharge.

Zusammenfassung: Eltern von Frühgeborenen sind großen Belastungen ausgesetzt: häufig erfolgte eine überstürzte Geburt, das Kind ist von den Eltern getrennt, die Kontaktaufnahme ist erschwert, Eltern haben Ängste um das Überleben und die neurologische Entwicklung des Kindes und sind erfüllt von Schuldgefühlen.

Um diese Belastungen zu reduzieren wurde ein Konzept der psychosozialen Betreuung erarbeitet. Wichtigste Aspekte sind: 1) pränatale Visiten mit ausführlichen Elterngesprächen bereits vor der Geburt mit Einbeziehung der Eltern auch in ethische Entscheidungen. 2) Häufige Anwesenheit der Eltern auf der Intensivstation mit der Möglichkeit der engen Kontaktaufnahme zum Kind mittels der Känguruh-Methode und der Einbeziehung der Eltern in die Versorgung ihres Kindes. 3) Schaffung einer dem Kind gemäßen Umgebung. Individuelle Pflege, die sich an den Bedürfnissen des Kindes orientiert. Stillen auch von kleinen Frühgeborenen. Taktile, auditive und Bewegungsstimulation. 4) Unterstützung und Begleitung durch Elterngruppen und eine familienorientierte Nachsorge.

*

Für die Eltern ist die Frühgeburt eines Kindes mit großen Belastungen verbunden. Die Schwangerschaft ist verkürzt, d. h. wichtige Phasen, die den Eltern helfen, sich auf das Kind einzustellen, werden nicht durchlaufen. Die Entbindung findet meist unter dramatischen Umständen in einer Notfallatmosphäre statt. Das Kind wird zunächst von der Mutter getrennt und stationär versorgt, d. h. die Eltern können nur sehr eingeschränkt Kontakt zu ihrem Kind aufnehmen. Sie finden ihr Kind isoliert im Inkubator, weitgehend der Technik ausgeliefert und abhängig vom Arbeitsablauf der Station.

Zu all diesen Schwierigkeiten kommt die Angst um das Überleben des Kindes und die Sorge um seine weitere Entwicklung hinzu. Hat sich der Zustand des Kindes stabilisiert, sind die Probleme der Eltern damit noch nicht vorüber. Die Eltern sind meist ängstlich im Umgang mit ihrem Kind, leiden unter Schuldgefühlen und fühlen sich deprimiert vom Schicksalsschlag der Frühgeburt (Klaus u. Kennell 1982).

Diese besonderen Umstände der Geburt prägen die weitere Entwicklung des Kindes, wie auch die Wahrnehmung des Kindes durch die Eltern. Nicht selten werden die Frühgeborenen noch viele Jahre später von diesen als sehr empfindliche Kinder betrachtet. Der Umgang der Eltern mit ihrem Kind wiederum ist, zusammen mit anderen sozialen und biologischen Faktoren, eine wichtige Determinante der kindlichen Entwicklung (Kennell u. Klaus 1988; Lozoff, Brittenham, Trause, Kennell u. Klaus 1977; Minde, Trehub, Carter, Boukydis, Cellhofer u. Marton 1978).

Aus diesen Gründen ist es eine wichtige Aufgabe des Klinikpersonals, den Eltern in dieser schwierigen Ausgangssituation zu helfen, eine positive Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen.

Dies gelingt nur dann, wenn die Eltern zur Kontaktaufnahme ermutigt werden und es ihnen ermöglicht wird, positive Interaktionserfahrungen mit ihrem Kind zu machen (Porz 1996).

Wir müssen in unserer Arbeit die Rahmenbedingungen hierfür schaffen und auch bereit sein, uns emotional auf die Sorgen der Eltern einzulassen. Durch viele ermutigende Gespräche können wir Eltern und Kind in dieser kritischen Zeit begleiten und das Entstehen einer engen Eltern-Kind-Bindung fördern.

Die folgenden praktischen Vorschläge stellen die Grundlagen einer guten psycho-sozialen Versorgung von Frühgeborenen und deren Familien dar (Harrison 1993; Klaus 1982).

Kontaktaufnahme vor der Geburt

Die psychosoziale Betreuung der Eltern von Frühgeborenen muß bereits vor der Geburt beginnen. Gespräche zwischen den betroffenen Eltern und dem später das Kind weiterbetreuenden Neonatologen gewähren die von den Eltern als sehr wichtig erachtete Kontinuität der medizinischen Bezugspersonen (Freud 1988).

Bei drohender Frühgeburt dienen gemeinsame pränatale Visiten von Geburtshelfern und Neonatologen dem Informationsaustausch und der optimalen Planung der Geburt gemeinsam mit den Eltern. So können eher pessimistische Erwartungen der Eltern durch eine realistische Darstellung der Chancen des Kindes gemildert werden. Eine Schilderung der Abläufe im Kreißsaal und auf der

Intensivstation wie auch die auf Wunsch der Eltern mögliche Besichtigung der Intensivstation kann Ängste der Eltern abbauen.

Falls ein extrem unreifes Kind erwartet wird, sollten die ethischen Probleme der Erstversorgung angesprochen werden. In diesem Zusammenhang soll auch die Problematik eines möglichen Therapieabbruchs nicht verschwiegen werden (Davis 1993; Hack 1993; v. Loevenich 1992; Porz 1996). Offenheit der Ärzte gegenüber den Eltern in dieser Phase ist eine der wichtigsten Grundlagen für den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen Ärzten und Eltern.

Jedes Frühgeborene hat ein Anrecht auf eine optimale geburtshilfliche und pädiatrische Betreuung. Deshalb sollte, falls möglich, der Mutter immer eine Verlegung in ein Perinatalzentrum angeraten werden.

Im Kreißsaal

Nach der Geburt wird den Eltern ihr Kind gezeigt und falls es der Zustand des Kindes erlaubt, auch bereit auf den Arm gelegt. Ein erstes Gespräch informiert über die derzeitige Situation und die in den nächsten Stunden zu erwartenden Probleme. Es sollte von einer optimistischen Grundhaltung bestimmt sein, ohne zu sehr auf Details des Verlaufes einzugehen, um die Eltern in dieser Situation nicht zu überfordern.

Begleitung des Vaters

Der Vater begleitet sein Kind auf die Neugeborenenintensivstation. Er ist zunächst der Hauptansprechpartner des Klinikpersonals (Levy-Shiff u. Hoffman 1990). Er bringt der Mutter erste Informationen und bereitet sie auf den Besuch auf der Intensivstation vor. Hierfür können „Stationsordner“ oder auch ein Videofilm der Station eine Hilfe sein, in denen in leicht verständlicher Sprache und illustriert durch Bilder die Intensivstation vorgestellt wird. Auch ein Foto oder ein Videofilm des eigenen Kindes ist für die Mutter oft eine erste Möglichkeit, sich auf es einzustellen. In der Mayo-Klinik in Rochester, USA, können Mütter mittels Videoübertragung in ihr Patientenzimmer ihre Kinder in der Intensivstation beobachten!

Anwesenheit der Eltern auf der Intensivstation

Es ist selbstverständliches Recht der Eltern, auf der Station bei ihrem Kind anwesend zu sein. Sie sind keine Besucher, sondern Partner im „Fürsorgeteam“, die jederzeit Zugang zu ihrem Kind haben (Freud 1991).

Häufige Gespräche mit den Eltern geben Auskunft über den aktuellen Zustand, die Behandlung, die Pflege und das Verhalten des Kindes. Die Prognose sollte eher optimistisch dargestellt werden, um den Bindungsprozeß nicht zu gefährden, ohne jedoch Komplikationen zu verschweigen. Dabei sollte auch immer wieder auf Theorien der Eltern und mögliche Phantasien zum Krankheitsverlauf geachtet und auch Ängste bezüglich der weiteren Entwicklung des Kindes angesprochen werden.

Bei sehr schlechter Prognose mit zu erwartender schwerster Behinderung sollten die Eltern in die Entscheidung eines möglichen Therapieabbruchs mit einbezogen werden. Um die Kontinuität der medizinischen Bezugspersonen zu wahren, sollten, so weit dies möglich ist, wichtige Gespräche von einem den Eltern vertrauten Arzt geführt werden.

Eltern haben Anspruch auf die emotionale Unterstützung in der krisenhaften Situation, auf Gesprächsangebote und behutsame Ermutigung zur Kontaktaufnahme mit dem Baby. Entsteht der Eindruck, daß dies bei bestimmten Kindern und Eltern von Seiten der Ärzten und Schwestern nicht ausreichend geleistet werden kann, sollte die Möglichkeit bestehen, einen Psychologen oder Seelsorger einzubeziehen.

Beteiligung der Eltern an der Versorgung

Eltern werden sobald als möglich an Grundpflegemaßnahmen wie Wechseln der Windeln, Messen der Temperatur, Waschen des Kindes und Füttern per Sonde oder Flasche beteiligt. Mit zunehmender Erfahrung können sie immer mehr Tätigkeiten übernehmen. Dadurch wird das Gefühl der Machtlosigkeit abgebaut und den Eltern Kompetenz und Verantwortlichkeit zurückgegeben.

Schaffung einer dem Kind angepaßten Umgebung

Zu einer guten Betreuung von Frühgeborenen gehört auch die Schaffung einer dem Mutterleib angenäherten Umgebung. Die Kinder sollen im Inkubator auf Fellen oder Wasserkissen gelagert werden. Abdecken der Inkubatoren mit Tüchern bzw. eine Verdunklung der Station bei Nacht dienen der Reduzierung des Lichtpegels. Auch die Geräuschkulisse der Station sollte deutlich reduziert werden (Leiserstellen von Alarmen und Telefon, Vermeiden von lautem Sprechen direkt am Bett, etc. (Nuber 1990; Voldenauer 1988).

Durch solche Maßnahmen wird einer Reizüberflutung des Frühgeborenen entgegengewirkt. Lagerungshilfen wie Rollen oder kleine Kissen sind zur Begrenzung unkontrollierter Motorik hilfreich und dienen der Unterstützung der Körperwahrnehmung.

Individuelles Pflegekonzept

Durch die Unterstützung bereits vorhandener Fähigkeiten und ein vorsichtiges Verschieben von Grenzwerten unter sorgfältiger Beobachtung können invasive Maßnahmen wie die Beatmung bei einigen selbst sehr kleinen Frühgeborenen vermieden werden.

Ein Pflegekonzept, das auf die individuellen Bedürfnisse des jeweiligen Kindes eingeht, vermindert das „Hantieren“ am Kind und den damit verbundenen Streß für das Frühgeborene. Pflegemaßnahmen werden z. B. zeitlich auf die Wachzustände des Kindes abgestimmt und sanft durchgeführt. Routinemaßnahmen werden vermieden, lange Ruhepausen erlauben eine bessere Selbstregulation des Kindes (Als, Lawhon, Brown, Gibbs, Duffy, McAnulty u. Blickman 1986; Als, Lawhon, Duffy, McAnulty, Gibes-Grossman u. Blickman 1994; Becker, Grunwald,

Moorman, u. Stuhr 1991; Huebmer 1994; Jacobsen, Gronvall, Petersen u. Andersen 1993; Lacy u. Ohlson 1993; Marcovich 1995; Wolke 1987).

Bei schmerzhaften Maßnahmen können die Kinder durch sanftes Ansprechen, Streicheln, Schnullern lassen, Halten der Arme, der Beine oder des Kopfes beruhigt werden. Gegebenenfalls ist eine medikamentöse Sedierung oder Analgesierung angebracht.

Zum Füttern (auch per Sonde) sollten die Kinder nach Möglichkeit aus dem Inkubator genommen und auf dem Arm gehalten werden, denn gerade die Situation der Nahrungsaufnahme ist eine gute Möglichkeit für das Kind, positive Interaktionserfahrungen zu machen, zumal die Kinder in dieser Phase besonders empfänglich für Kommunikation sind.

Schwestern und Eltern sollten dazu ermutigt werden, bei allen pflegerischen Maßnahmen, besonders aber während der Sondenfütterung, sanft und liebevoll mit dem Kind zu sprechen.

Taktile, akustische und Bewegungsstimulation

Taktile Stimulation durch Streicheln, Massieren, Schaukeln, Halten wirken der Reizverarmung entgegen, können aber auch zur Beruhigung und Selbstfindung in Unruhephasen des Kindes beitragen (Field, Schauberg, Scafidi, Bauer, Vega-Lohr, Garcia, Nysrom u. Kuhn 1986).

Tonbandkassetten mit der vertrauten Mutterstimme oder direktes sanftes Ansprechen des Kindes sind ebenfalls Beruhigungshilfen (Nöcker-Ribaupierre 1992). Die Eltern sollten unterstützt werden, sensiblen Kontakt mit ihrem Kind aufzunehmen, es anzuregen, aber nicht zu sehr zu stimulieren, und ihm Ruhepausen zu gönnen. Das Frühgeborene soll „Schrittmacher“ sein. Ein Schaukelstuhl kann zur Entspannung von Eltern und Pflegepersonal und zur Bereicherung der Bewegungserfahrung des Kindes beitragen.

Känguruh-Methode

Eine enge Kontaktaufnahme der Eltern mit ihrem Kind erlaubt die „Känguruh-Methode“, bei der die Kinder den Eltern auf die Brust oder auf den Bauch gelegt werden (Anderson, Marks u. Wahlberg 1986; Fischer, Sontheimer, Bauer u. Linderkamp 1997; Stening, Löhe, Meiritz, Rutenfranz u. Roth 1996). Im Idealfall sind die Kinder dabei nackt, denn gerade der enge Haut-zu-Haut-Kontakt trägt zum Erfolg der Methode bei. Auch sehr kleine oder noch beatmete Frühgeborene können aus dem Inkubator herausgenommen werden, wenn sie stabil sind und gut überwacht werden. Es gibt keine Gewichtsgrenze für das „Känguruh“, gut in Felle eingepackte Frühgeborene kühlen in der Regel nicht aus (Bauer, Uhrig, Sperling, Pasel, Wieland u. Versmold 1997). Durch den sehr intensiven Kontakt entsteht eine enge emotionale Bindung zwischen Eltern und Kind, die Kinder haben meist weniger Atempausen und sind häufig stabiler als im Inkubator. Bequeme Stühle (z. B. Liegestühle) auf Station erlauben ein „Känguruh“ über drei bis vier Stunden hinweg.

Stillen

Auch das Stillen bietet eine Möglichkeit, engen Körperkontakt aufzunehmen. Wenn immer möglich, ist eine Ernährung der Frühgeborenen mit Muttermilch anzustreben, da diese am besten verträglich ist. Viele Frühgeborene können viel früher gestillt werden, als bisher angenommen wurde. Deshalb wird nach vorübergehender Sondenernährung und Fütterversuchen mit abgepumpter Muttermilch so früh wie möglich versucht, das Kind anzulegen. Die Mütter können durch das Stillen mehr für ihr Kind tun, fühlen sich ihm mehr verbunden und erhalten ihre Kompetenz zurück. Es ist eine ideale Situation, um sich gegenseitig kennenzulernen (Blaymore-Bier, Ferguson, Anderson, Solomon, Voltas, Oh u. Vohr 1993; Junge u. Sitka 1993).

Das Personal sollte darum die Mütter von Anfang an zum Stillen ermuntern und bei Problemen der Brust oder der Milch auf Hebammen und Stillgruppen verweisen. Wünschenswert wären Stillberaterinnen zur Unterstützung der Mütter. Zur Ausstattung von Frühgeborenenstationen gehört mindestens ein geschmackvolles Stillzimmer, in dem ruhiges und entspanntes Stillen möglich ist, aber auch eine elektrische Milchpumpe zur Verfügung steht.

Intensivierung des Elternkontaktes vor der Entlassung

Nach der Verlegung des Kindes von der Intensivstation auf die Frühgeborenenstation wird der enge Elternkontakt fortgeführt. Die Eltern lernen ihr Kind immer besser kennen und erwerben sich weitere Kompetenzen. Durch geduldiges Beobachten des Kindes lernen die Eltern seine Signale richtig zu deuten und die Stimulation auf die Belastbarkeit des Babys abzustimmen. Dieses „Vertrautwerden“ der Eltern mit ihrem Baby erfordert unbegrenzten Zugang der Eltern zu ihrem Kind (auch auf den Frühgeborenenstationen), Möglichkeiten zu engem Körperkontakt z. B. durch Känguruhen oder Stillen und einfühlsame Unterstützung von seiten der Schwestern. Zur Station sollte auch ein Elternzimmer gehören, das Möglichkeiten zum Ausruhen, Kaffeekochen oder Telefonieren bietet.

In der letzten Phase des Klinikaufenthaltes kann ein „Rooming-In“ den Müttern Sicherheit und Vertrautheit mit dem Kind für die Zeit nach der Entlassung aus der Klinik vermitteln. Auch sollten spätestens jetzt Möglichkeiten für Geschwisterkinder geschaffen werden, das Frühgeborene ebenfalls zu besuchen, um das Zusammenwachsen der Familie zu fördern. Ideal wäre eine Geschwisterkinderbetreuung durch eine Aufsichtsperson in einem Spielzimmer mit direktem Blickkontakt zu den Eltern und dem Frühgeborenen.

Elterngruppen

Eine wichtige Hilfe für die „frühgeborenen Eltern“ ist der Austausch mit anderen betroffenen Eltern. Elterngruppen bieten eine Möglichkeit in entspannter Atmosphäre über die Erlebnisse der letzten Tage und Wochen zu sprechen, eigene Gefühle und Gedanken in Worte zu fassen oder andere Bewältigungsmöglichkeiten kennenzulernen. Eltern können sich gegenseitig Hilfen beim Umgang mit ihrem Kind geben, sich Mut zusprechen und aus den Erfah-

rungen der anderen lernen. Bereits während des Klinikaufenthaltes, besonders aber nach der Entlassung sollten daher Elterngruppen angeboten werden (Minde, Rosenberg, Marton, Ripley u. Burns 1980; Neubauer 1987).

Nach der Entlassung

Bei den vielfältigen Problemen in der ersten Phase nach der Entlassung wie Fütterungsschwierigkeiten, Schlafproblemen, Unruhezuständen, Monitorproblemen, Interaktionsschwierigkeiten, benötigen Eltern kompetente Unterstützung durch den Kinderarzt, die Klinik oder eine spezielle Risikosprechstunde. Ideal wäre eine ambulante Nachbetreuung durch Kinderkrankenschwestern (Brisch, v. Gonthard, Pohlandt, Kächele, Lehmkuhl u. Roth 1997; Sarimski 1986, 1992).

Eltern sollten auf entsprechende Sozialpädiatrische Zentren hingewiesen werden, die Beratung und Frühförderung durch Kinderneurologen, Psychologen und Frühpädagogen anbieten.

Literatur

- Als H, Lawhon G, Brown E, Gibbs R, Duffy F, McAnulty G, Blickman JG (1986) Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics* 78: 1123
- Als H, Lawhon G, Duffy F, McAnulty G, Gibes-Grossman R, Blickman JG (1994) Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. Medical and neurofunctional effects. *JAMA* 272: 853
- Anderson GC, Marks EA, Wahlberg V (1986) Kangaroo care for premature infants. *Am J Nursing* 86: 807
- Bauer K, Uhrig c, Sperling P, Pasei K, Wieland C, Versmold HT (1997) Body temperature and oxygen consumption during skin-to-skin (kangaroo) care in stable preterm infants weighing less than 1500 g. *J Pediatr* 130: 240
- Becker P, Grunwald RC, Moorman J, Stuhr S (1991) Outcomes of developmentally supportive nursing care for very low birth weight infants. *Nursing research* 40: 150
- Blaymore-Bier JA, Ferguson A, Anderson L, Solomon E, Voltas C, Oh W, Vohr BR (1993) Breast-feeding of very low birth weight infants. *J Pediatr* 123: 773
- Brisch KH, v. Gonthard A, Pohlandt F, Kächele H, Lehmkuhl G, Roth B (1997) Interventionsprogramme für Eltern von Frühgeborenen. *Monatsschr Kinderheilkd* 145: 457
- Davis DJ (1993) How aggressive should delivery room cardiopulmonary resuscitation be for ELBW neonates? *Pediatrics* 92: 447
- Field TM, Schauberg SM, Scafidi F, Bauer CR, Vega-Lohr N, Garcia R, Nysrom J, Kuhn CM (1986) Tactile/kinesthetic stimulation effects on preterm neonates. *Pediatrics* 77: 654
- Fischer CB, Sontheimer D, Bauer J, Linderkamp O (1997) Die Känguruhpflege Frühgeborener. *Pädiat praxis* 52: 509
- Freud WE (1988) Prenatal attachment, the perinatal continuum and the psychological side of neonatal intensive care. In: Fedor-Freybergh P, Vogel VML (eds) *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*. Parthenon, New Jersey
- Freud WE (1991) Das „Whose-Baby?-Syndrom“: Ein Beitrag zum psychodynamischen Verständnis der Perinatologie. *Psychosom Gyn u Geburtsh* 90/91: 123

- Hack M (1993) Outcomes of extremely immature infants – a perinatal dilemma. *N Engl J Med* 329: 1649
- Harrison H (1993) The Principles for family-centered neonatal care. *Pediatrics* 92: 643
- Huebner E (1994) Die sanfte Pflege des Frühgeborenen – ein neuer Weg. *Kinderkrankenschwester* 13: 30
- Jacobsen T, Gronvall J, Petersen S, Andersen GE (1993) „Minitouch“ treatment of very low-birth-weight infants. *Acta Paediatr* 82: 934
- Junge S, Sitka U (1993) Stillen von Frühgeborenen. *Sozialpäd* 6: 373
- Kennell JH, Klaus, MH (1988) The perinatal paradigm: Is it time for a change? *Clinics in Perinatology* 15: 801
- Klaus MH, Kennell JH (1982) *Parent-Infant-Bonding*. CV Mosby Co, St. Louis
- Klaus MH (1982) Interventions in the premature nursery: Impact on development. *Ped Clin North America* 29: 1263
- Kunert VP, Schmidt-Rathjens C, Hoppe-Graff S, Sontheimer D, Linderkamp O (1993) Emotionale Probleme von Müttern Frühgeborener. *Sozialpädiatrie* 15: 536
- Lacy JB, Ohlson A (1993) Behavioral outcomes of environmental or care-giving hospital-based interventions for preterm infants: a critical overview. *Acta Paediatr* 82: 408
- Levy-Shiff R, Hoffman MH (1990) Fathers hospital visits to their preterm infants as a predictor for father-infant relationship and infant development. *Pediatrics* 86: 289
- Loevenich V von (1992) Rechtliche und ethische Perspektiven der perinatalen Medizin aus der Sicht des Neonatologen. *PerinatalMedizin* 4: 112
- Lozoff B, Brittenham GM, Trause MA, Kennell JH, Klaus MH (1977) The mother-newborn relationship: limits of adaptability. *J Ped* 91
- Marcovich M (1995) Vom sanften Umgang mit Frühgeborenen, neue Wege in der Neonatologie. *Int J Prenatal Perinatal Psychology and Medicine* 7: 57
- Minde K, Trehub S, Carter C, Boukydis C, Cellhofer C, Marton PJ (1978) Mother-child relationship in the premature nursery: an observational study. *Pediatrics* 61: 373
- Minde K, Rosenberg N, Marton PJ, Ripley J, Burns S (1980) Selfhelp-groups in a premature nursery – a controlled evaluation. *J Ped* 96: 933
- Neubauer AP (1987) Gruppenarbeit mit Frühgeborenen-Eltern. *Monatsschr Kinderheilkd* 135: 504
- Nöcker-Ribaupierre M (1992) Auditive Stimulation mit Mutterstimme. *Sozialpäd* 14: 476
- Nuber B (1990) Welche Maßnahmen der Intensivschwester tragen entscheidend zur Gesundheit des Frühgeborenen bei? *Kinderkrankenschwester* 9: 385
- Porz F (1995) Einbeziehung der Eltern Frühgeborener in Pflege und Entscheidungen. *Int J Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine* 8: 533
- Sarimski K (1986) Psychologische Intervention in der Nachbetreuung frühgeborener Kinder. *Frühförderung interdisziplinär* 5: 87
- Sarimski K (1992) Risiken und protektive Faktoren für die Entwicklung frühgeborener Säuglinge. *Sozialpäd* 14: 916
- Stening W, Löhe M, Meiritz N, Rutenfranz P, Roth B (1995) Känguruhmethode bei Frühgeborenen. *Monatsschr Kinderheilkd* 144: 930
- Voldenauer U (1988) Erkenntnisse der Umgebungsneonatalogie – Konsequenzen für die Pflege auf der Frühgeborenen-Intensivstation. *Kinderkrankenschwester* 8: 137
- Wolke D (1987) Environmental and developmental neonatalogy. *J Reprod Infant Psychol* 5: 17