
Gabriele Haug-Schnabel (Freiburg)

Der kompetente Säugling – das Verhaltensrepertoire im 1. Jahr

1. Der inkompetente Säugling

Einige Ausnahmen außer acht lassend, so wie sie auch zu ihrer Entstehungszeit von der wissenschaftlichen Welt unbeachtet geblieben waren, kann man feststellen, daß bis Mitte der 60er Jahre der *gesunde Säugling* nicht von wissenschaftlichem Interesse war. Man ging von einem physisch und psychisch unfertigen, unvollkommenen und hilflosen Wesen aus, das in extremem Maße auf die Fürsorge und Zuneigung seiner Mutter oder einer Ersatzperson angewiesen war. Die Vorstellung vom „unbeschriebenen Blatt“ mit wenigen, höchstens reflexartigen Aktivitäten eines subkortikalen Wesens trugen zur Mythenbildung vom passiven Säugling bei. Angesichts der seit ungefähr 30 Jahren immer zahlreicher werdenden Ergebnisse der 1. und 2. Generation der Baby-Watcher, die unser Wissen über die Fähigkeiten des Säuglings explosionsartig vermehrten, sucht man nach einer Erklärung für die maßlose und resistente Überschätzung seiner Hilflosigkeit und Inkompetenz sowie für unsere relativ späte Wahrnehmung sozialer Kompetenzen beim neugeborenen Kind.

Aber selbst als immer mehr Ergebnisse gewonnen wurden, die eine bereits recht hohe Differenzierungsstufe unterschiedlichster Sinnesmodalitäten aufzeigten, und Aktionen und Reaktionen dokumentiert wurden, die von einer ausgeklügelten Verarbeitung des Wahrgenommenen Zeugnis gaben, blieb immer noch mehr als ein Verdacht von Inkompetenz zurück. „Obgleich die vielfältigen Kompetenzen des Säuglings immer wieder herausgestellt werden, werden diese jedoch nicht als eigene Qualitäten verstanden, sondern auf den Status des Erwachsenen bezogen...“ Das implizite Kindheitskonzept blieb das eines „defizitären Erwachsenenmodells“ (KELLER 1989). So schreibt Margret SCHLEIDT (1989) angebracht provokant: „Beim Umgang von ‘Fachleuten’ ... mit dem Säugling bekommt man manchmal den Eindruck, daß ein Neugeborenes als eine sehr unvollkommene Konstruktion eines Lebewesens angesehen wird, das unbedingt auf ein ‘verbesserndes’ Eingreifen von außen angewiesen ist. Daß ein Säugling im Laufe der Evolution alles mitbekommen hat, um erfolgreich zu überleben, wird oft übersehen.“

Diese vermutete Hilflosigkeit, besser seine Pflegebedürftigkeit in den Vordergrund einer Säuglingsbeschreibung zu stellen, könnte evolutionsbiologische Gründe haben, die aktuell besonders von den Osnabrücker Psychologen KELLER und CHASIOTIS ausformuliert werden. Die Evolution zum aufrecht auf zwei Beinen gehenden Menschen erforderte Modifikationen im Hüft- und Beckenbereich. Die neuen Platzverhältnisse setzten der *intrauterinen* Ausreifung des stark angewachsenen Großhirns Grenzen. Wesentliche Entwicklungsschritte mußten auf die postnatale Zeit verlagert werden (PRECHTL 1984). Eine hohe Pflegebedürftigkeit während einer extrem langen Kindheit war die Folge. Diese Pflegebedürftigkeit führte zu Anpassungsleistungen des menschlichen Säuglings im Dienste einer engen Bindung an Mutter bzw. Vater. Soziokommunikative Kompetenzen wurden zur Gewährleistung der Befriedigung dieses Pflegebedürfnisses existentiell notwendig. Komplementär zu den soziokommunikativen Kompetenzen des Säuglings ist das intuitive Elternprogramm, die elterliche Responsivität entstanden, um das Interaktionssystem beidseitig abzustützen. Das ist der evolutionsbiologisch entstandene kindliche „Erwartungswert“ an das „environment of evolutionary adaptedness“ (BOWLBY 1969, CHASIOTIS/ KELLER 1992, 1993 im Druck). CHASIOTIS (1990) geht noch einen Schritt weiter, indem er hypothetisch von einer „parentalen Selbsttäuschung“ und einem „elterlichen Erwartungswert“ ausgeht, die beide die Pflegebedürftigkeit und Hilflosigkeit des Kindes in einem adaptiven Maß überschätzen. Ein Indiz hierfür wäre das besonders ausgeprägte, spontan Pflegeverhalten auslösende „Kindchenschema“.

Als ob es gälte, etwas Versäumtes und Mißverstandenes wieder gutzumachen, sowie motiviert durch das spannende Arbeiten in einem neuen Forschungsterain überschlagen sich die Makro- und Mikroanalysen der face-to-face-Interaktionen, speziell die mimische und präverbale Verhaltensregulation betreffend.

2. Der kompetente Säugling

Eine neue Ära begann; der aktive, kompetente, initiiierende und reagierende Interaktionspartner Säugling wurde entdeckt.

Er sieht, zwar im Vergleich zu späteren Jahren mit einem noch recht begrenzten Spektrum an visuellen Möglichkeiten, doch ist dieses „Fenster“ genau passend zu den elterlichen Maßnahmen für eine optimale Sehdistanz und um seine Aufmerksamkeit mittels Augengruß zu erregen (z. B. SCHÖTZAU/ PAPOUSEK 1977, PAPOUSEK/ PAPOUSEK 1987).

Er hört, besonders gut im Frequenzbereich der menschlichen Stimme, besonders aufmerksam auf die Charakteristika des Baby-Talks (z. B. PAPOUSEK/ PAPOUSEK 1989, 1991).

Er sucht, hält und beendet den Blickkontakt mit den ihn hierbei unterstützenden Eltern - je nach Kontaktwunsch, Kontaktänderungswunsch und Kontaktablehnung (z. B. BRÜSER 1986, WULFFTEN PALTHE 1986).

Er riecht seine Mutter, erkennt ihren Brustgeruch, Achselgeruch, ihr Parfüm, den Laktationsgeruch einer fremden stillenden Frau, kann all diese Düfte unterscheiden und hat situationsbezogen klare Prioritäten und unterschiedliche Aufmerksamkeit für die einzelnen Wahrnehmungen (z. B. SCHLEIDT/ HOLD/ ATTILI 1981, CERNOCH/ PORTER 1985, SCHLEIDT/ GENZEL 1990).

Er ist ein Tragling, kein passiver, sondern ein aktiver, der seinen Sitz seitlich in der Taille der Mutter durch Spreiz-Anhock-Reaktion seiner Beine selbständig vorbereitet und an dessen Stabilisierung er beteiligt ist (KIRKILIONIS 1992).

Er imitiert: er ist angeborenermaßen zu differenzierten, cross-modalen Imitationsleistungen fähig. Die Imitation ist nicht auf bekannte und vertraute Aktionen beschränkt, sondern nach einmaliger Präsentation eines neuen Imitationsmodells gelingt ihm selbst nach einer Wartezeit ohne Übung eine Gedächtnisreproduktion (z. B. MELTZOFF 1990, MELTZOFF/ MOORE 1992).

Er unterscheidet zwischen seiner Mutter und Fremden, lange bevor die Acht-Monats-Angst mit ihren mitunter vehementen Fremden-Abwehr-Reaktionen zu beobachten ist. Nur äußert sich diese frühe Differenzierungsleistung viel leiser und dezenter. Ab 2 - 4 Monaten zeigen Kinder Streßanzeichen in Form von Temperaturveränderungen der Stirnhaut bei Anwesenheit einer fremden Person und Abwesenheit der vertrauten Bezugsperson (MIZUKAMI et al. 1990). Den „leisen“, internen Reaktionen, meist in Form adrenocorticaler Antworten, wird neben den Verhaltensstrategien mit Signalcharakter in der neuesten Coping-Forschung immer mehr Rechnung getragen (z.B. SPANGLER/ SCHEUBECK 1993 im Druck, SPANGLER/ GROSSMANN 1993 im Druck).

Und die Auflistung der Kompetenzen könnte fortgesetzt werden. Mit anderen Worten: die Säuglingsforschung hat einen beeindruckenden Interaktionspartner entdeckt, einen Interaktionspartner mit differenzierten Einzelfähigkeiten und überzeugenden crossmodalen Leistungen, mit einem reichen Verhaltensrepertoire zum sozialen Austausch ausgestattet sowie mit einer fast grenzenlosen Lernkapazität, vorausgesetzt, die „Umwelt“ bietet die für einen Erfahrungsgewinn nötigen Sinneseindrücke ausreichend und zum richtigen Zeitpunkt (HAUG-SCHNABEL 1993 im Druck).

3. Der Spezialist

Der Säugling ist also keineswegs hilflos, aber er ist ein absoluter Spezialist mit allen damit verbundenen Vor- und Nachteilen. Sein Spezialgebiet: Die Kontaktregulation mit den durch regelmäßige Erfahrungen als Bezugspersonen kennengelernten Interaktionspartnern. Voraussetzungen für seinen ungestörten Einsatz als Spezialist sind *seinerseits* eine eindeutig funktionierende Verhaltensausstattung zur sozio-emotionalen Kommunikation und das dazu komplementär angelegte Verhaltenssystem *aufseiten der erwachsenen Bezugspersonen*. Die Komplementarität und „Passung“ der Interaktionen in der frühesten Kindheit sollten nicht darüber hinwegtäuschen, „daß eine dyadische Sichtweise zwar angebracht ist, aber die Beziehungsqualität in überwiegendem Maße von den erwachsenen Interaktionspartnern ... bestimmt wird...“ (CHASIOTIS/ KELLER 1992, außerdem PAPOUSEK/ PAPOUSEK 1987, CAIRNS 1991).

Die phylogenetischen Schritte hin zu einer intensiven Jungenbetreuung und vor allem die zu einer engen Mutter-Kind-Beziehung erlaubten eine neue Dimension des Lernens: ein anregender und antwortender Interaktionspartner startet Lerninitiativen und beantwortet direkt die Eigeninitiativen des Lernenden. Trotz dieses „erleichterten Lernens“ (DRAPER/ HARPENDING 1988) im sozialen Rahmen, das die Anwesenheit eines Modellinteraktionspartners während einer langen Kindheit und somit während sensibler Phasen gewährleistet, ist die Plastizität des Spezialisten eingeschränkt. Jenseits bestimmter „Vorgaben“ greifen seine spezialisierten Aktionen und Reaktionen nicht. Seine Kompetenzen stoßen an Grenzen, wenn das Verhalten der Bezugspersonen zu weit außerhalb des adaptiven Rahmens liegt.

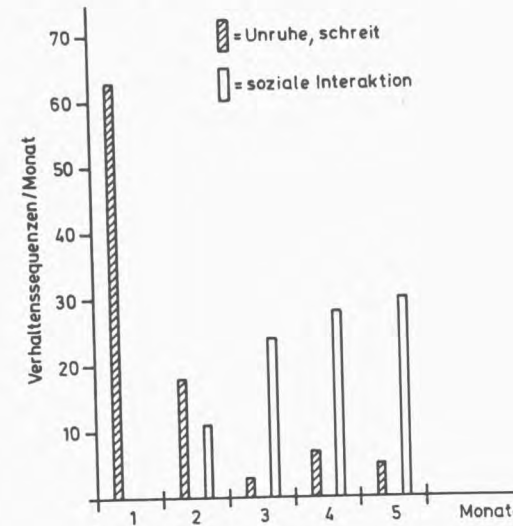
Hierzu neue Forschungsergebnisse:

Bei einem reifen männlichen Säugling wurden für die ersten 20 Lebenswochen, jeweils an 3 Beobachtungstagen pro Woche, die selbstgewählten *Zeitpunkte der Nahrungsaufnahme*, ebenso die *Zeitpunkte ausgeprägter Unruhephasen* sowie ausgeprägter *Interaktionsphasen* dokumentiert. (Abb.1: Aktogramm für Mahlzeit, Unruhe und Interaktion).

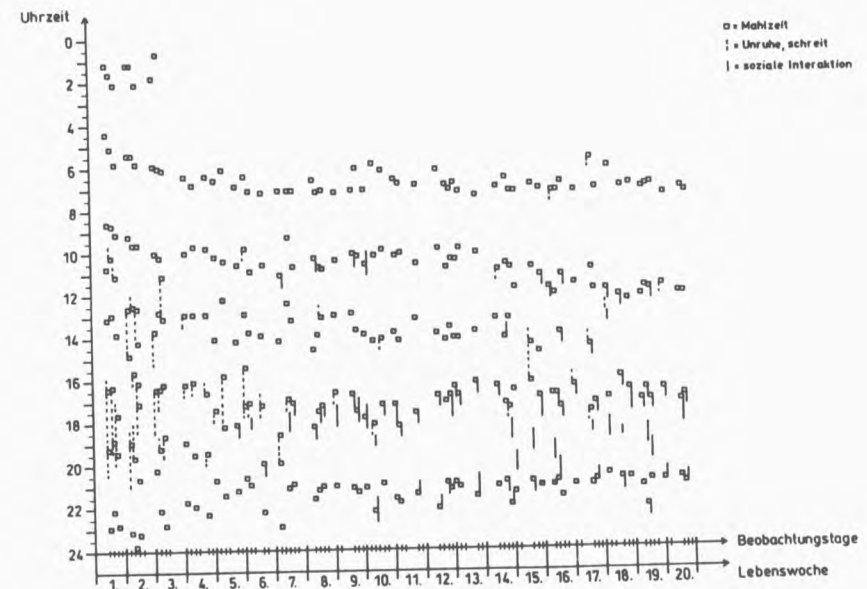
Aus diesem Aktogramm sollen uns nur folgende Punkte interessieren:

- **In der 5. Lebenswoche wurde die erste ausgeprägte Interaktionsphase nach einer Mahlzeit dokumentiert**, d. h. über 5 Minuten waren auf Seiten des Kindes eindeutige Signale der Kontaktbereitschaft festzustellen. Der Ablauf ist typisch: Hinwenden zur Bezugsperson, immer wieder erneut gesuchter Blickkontakt, positive Lautäußerungen, Lächeln und Aufmerksamkeit anzeigende Motorik. Das Ende der Interaktionsphase wird durch Blickabwendung des Kindes, abnehmende Lautäußerungen, ruhiges Umherschauen und Betrachten des eigenen Körpers charakterisiert. Auf vertrautes Ansprechen reagiert das Kind mit Lächeln.

Verhalten in den ersten 5 Lebensmonaten



ZEITVERLAUF (1. – 20. Lebenswoche)



cheln, nimmt aber höchstens noch kurz Blickkontakt auf.

- **Bis zur 7. Lebenswoche überwogen die Unruhephasen.** Sie waren täglich fast ausschließlich auf die Zeit **zwischen 16 und 21 Uhr** konzentriert.

- Nach der 7. Lebenswoche gingen die Unruhephasen stark zurück.

- Die Zeit **zwischen 16 und 21 Uhr** wurde zur bevorzugten Zeit für **soziale Interaktion**. Es war ein Übergang von Unruhephasen zu sozialen Interaktionen festzustellen (signifikant) (SRASSBURG et al. 1990, HAUG-SCHNABEL 1993 im Druck). (Abb.2: Übergang von Unruhe zu sozialer Interaktion).

- In dieser Zeitspanne (21% des 24-Stunden-Tages) ereigneten sich zuerst 66% der Unruhephasen, danach konnten im identischen Zeitraum 72% der Interaktionsphasen protokolliert werden. Es handelt sich hier um die häufig beobachteten und beschriebenen Spiel- und Schmusestunden der Säuglinge.

Zum Vergleich die Ergebnisse von 21 Kindern, die wegen chronischer Unruhe und Schreien beim Kinderarzt vorgestellt worden waren. Für 17 der 21 Kinder hatte die chronische Unruhe in der 5., 6. oder 7. Lebenswoche begonnen. 3 Kinder waren bereits in der 3. und 4. Lebenswoche, eines erst in der 8. wegen seines Schreiens, verbunden mit starker Unruhe, aufgefallen.

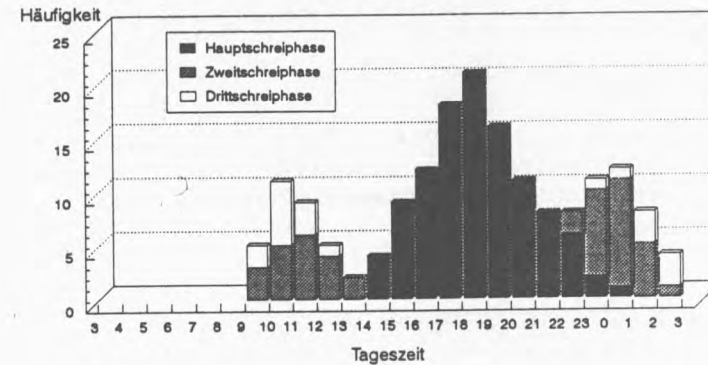
Die Eltern wurden direkt nach der **ersten** Arztkonsultation gebeten aufzuschreiben, zu welcher Tageszeit und wie lange ihr Kind mit großer Regelmäßigkeit schrie. Sie sollten zwischen der individuellen Hauptschreiphase und - falls vorhanden - einer zweiten oder gar dritten Schreiphase am Tag oder in der Nacht unterscheiden. Für die Festlegung einer „Hauptschreiphase“ wurden vorab keine Kriterien erstellt. Die Eltern sollten die nach ihrem Empfinden schlimmste Schreizeit am Tag nennen. So ergab es sich, daß die Hauptschreiphase zwar bei den meisten Kindern gleichzeitig die längste Schreiphase war, dieses Kriterium aber nicht für alle galt. Für **alle** war jedoch die Hauptschreiphase die Zeit intensivsten, nahezu pausenlosen Schreiens, in der Beruhigungsmaßnahmen wirkungslos blieben. (Abb.3: 24-Stunden-Schreikarte für 21 Kinder; Abb.4: Verteilung der 3 häufigsten Schreiphasen).

Betrachtet man die Verteilung der Schreiphasen über den 24-Stunden-Tag, so fällt auf, daß der für alle chronisch unruhigen Kinder in der Anfangszeit ihrer Krankheit ohne Ausnahme geltende Hauptschreizeitraum mit der Unruhezeit der ersten Wochen und der aus ihr hervorgegangenen Hauptinteraktionszeit für gesunde, unauffällige Kinder übereinstimmt. Diese Besonderheit läßt sich nur erkennen, wenn die chronische Unruhe erst etwa 2 bis 3 Wochen dauert; hält das Symptom bereits länger an, z. B. mehr als einen Monat, so verwischt sich diese klare Zeitpräferenz für zwischen 15 und 22 Uhr, 23 und 3 Uhr, 9 und 13 Uhr. Die Kinder schreien dann „ohne Rücksicht“ auf einen Tag-Nacht-Rhythmus mit Ermattungsschlafpausen rund um die Uhr. Alle Eltern beschrieben den jeweiligen Schreistart folgendermaßen: In den meisten Fällen ging eine Mahlzeit vor-

Schreiphasen in 24 h

Anzahl der schreienden Kinder pro Stunde

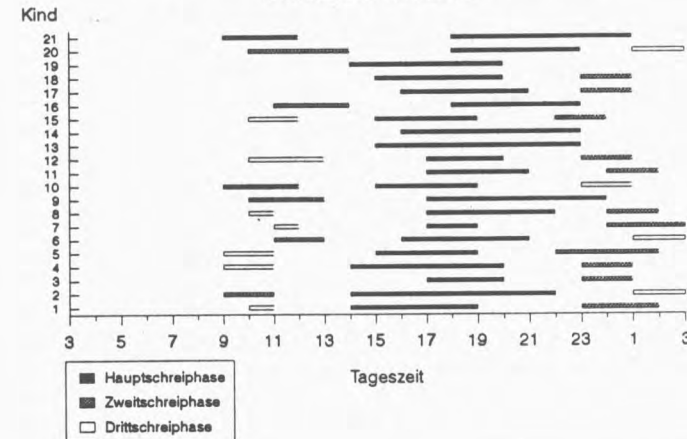
n = 21 Kinder aus 5 Patientenkollektiven



24-Stunden-Schreikarte

Verteilung der 3 häufigsten Schreiphasen

n = 21 Kinder aus 5 Patientenkollektiven



aus, direkt danach oder kurz danach begann das Kind zu schreien, es wurde aufgenommen, herumgetragen, umgelagert und erneut angelegt oder gefüttert. Dieses Trinken war jetzt bereits durch Unruhe und Schreien gestört. Beruhigungsmaßnahmen und Stillversuche, unterbrochen oder überlagert von Schreien und Unruhe kennzeichneten die folgenden Stunden, bis das Kind einschlief.

Der Schreistart nach einer Mahlzeit legt Trinkschwierigkeiten und Nahrungs-unverträglichkeiten als Schreieursachen nahe. Aber nur für einige wenige Kinder kann dieser Zusammenhang angenommen werden (LOTHE 1989). Immer mehr Befunde lassen vermuten, daß hier ein Beispiel dafür vorliegen könnte, daß der Interaktionsspezialist Säugling an Kommunikationsgrenzen gestoßen ist:

Man weiß, daß Eltern sich in Abhängigkeit von unterschiedlichen akustischen Äußerungen ihrer Kinder unterschiedlich verhalten:

- * auf positive Vokalisation reagieren sie fast ausschließlich mit verbal-vokalem Verhalten in Form eines kommunikativen Austausches;

- * auf negative Vokalisation zeigen sie taktile und vestibuläre Verhaltensweisen, um eine Zustandsänderung herbeizuführen (KELLER/ SCHÖLMERICH 1987, KELLER et al. 1988).

Mahlzeiten mit ihrer Dialogstruktur bereiten Interaktionen vor. Diese Vorbereitung und/ oder dieser Übergang zwischen Mahlzeit und Interaktion scheinen aus Gründen, die in ihrer Vielfalt dringend aufgedeckt werden müssen, nicht zu klappen. Dem Kind steht für diese Situation Schreien und Unruhe zur Verfügung, beides Strategien, um die Bezugsperson herbeizuholen, und um unbefriedigte Bedürfnisse befriedigen zu lassen. Dieser vehemente Appell wird von der bereits anwesenden Bezugsperson mißverstanden, sie bietet Bewegungsaktionen und Nahrung zur Beruhigung an, für eine ausgeprägte soziale Interaktion ist es nun auf beiden Seiten zu spät. Für die Hypothese eines Kommunikationsproblems sprechen auch folgende Punkte: Die chronische Unruhe verschwindet, sobald dem Kind mehr Strategien zur Interaktionsaufnahme zur Verfügung stehen. Ebenso, wenn ein Milieu- oder kurzfristiger Betreuerwechsel Abwechslung bringt. Allein Mikroanalysen der Schreistarts können Licht in dieses „Kommunikationsdunkel“ bringen.

Literatur

- Bowlby, J. (1969): Attachment and loss. Bd. 1: Attachment. New York: Basic Books.
 Brüser, E. (1986): Zur Entwicklung der Face-to-face Interaktion von Säugling und Bezugsperson: die Orientierung. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und pädagogische Psychologie* 18: 114-121.

- Cairns, R. B. (1991): Multiple metaphors for a singular idea. *Developmental psychology* 27: 23-26.
 Cernoch, J. M./ Porter, R. H. (1985): Recognition of maternal axillary odors by infants. *Child Development* 56: 1593-1598.
 Chasiotis, A./ Keller, H. (1992): Zur Relevanz evolutionsbiologischer Überlegungen für die klinische Psychologie. Psychoanalytische und interaktionistische Ansätze im Lichte der Kleinkindforschung. *Integrative Therapie* 1-2: 74 - 100.
 Chasiotis, A. (1990): Soziobiologie und Entwicklungspsychologie der frühesten Kindheit. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Osnabrück.
 Draper, P./ Harpending, H. C. (1988): A sociobiological perspective on human reproductive strategies. In: MacDonald (Ed.): Sociobiological perspectives on human development. New York: Springer: 340-372.
 Haug-Schnabel, G. (1993): Die Schule des Lebens - oder die Sache von dem Meister, der nicht vom Himmel fällt. *notabene medici*, im Druck.
 Haug-Schnabel, G. (1993): The ontogenesis of early interactions. The inconsolable infant: signal exchange and bonding. In: Lester, B. M. (Ed.): Biological and social aspects of infant crying. Perspectives in developmental psychology. East Providence, im Druck.
 Keller, H./ Chasiotis, A. (im Druck): Frühkindliche Pflegepraktiken. In: Markefka, M./ Nauk, B. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Neuwied: Luchterhand.
 Keller, H./ Schölmerich A./ Eibl-Eibesfeldt, I. (1988): Communications patterns in adult-infant interactions in Western and non-Western cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 19: 427-445.
 Keller, H./ Schölmerich A. (1987): Infant vocalizations and parental reactions during the first four months of life. *Developmental Psychology* 23: 62-67.
 Keller, H. (1989): Einführung. In: Keller, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Heidelberg: Springer: 1-8.
 Kirkilionis, E. (1992): Das Tragen des Säuglings im Hüftsitz - eine spezielle Anpassung des menschlichen Traglings. *Zoologische Jahrbücher Sektion Physiologie* 96: 395-415.
 Lothe, L. (1989): Studies on infantile colic. Malmö: University of Lund Press.
 Meltzoff, A. N./ Moore, M. K. (1992): Early imitation within a functional framework: the importance of person identity, movement, and development. *Infant Behavior and Development* 15: 479-505.
 Meltzoff, A. N. (1990): Towards a developmental cognitive science. In: Diamond, A. (Ed.): The development and neural bases of higher cognitive functions. *Annals of the New York Academy of Sciences* 608: 1-31.
 Papousek, H./ Papousek, M. (1987²): Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In: Osofsky, J. D. (Ed.): Handbook of infant development. New York: Wiley: 669-720.
 Papousek, H./ Papousek, M. (1989): Stimmliche Kommunikation im frühen Säuglingsalter als Wegbereiter der Sprachentwicklung. In: Keller, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Berlin: Springer: 465-489.
 Papousek, H./ Papousek, M. (1991): Early verbalizations as precursors of language development. In: Lamb, M. E./ Keller, H. (Eds.): Infant development. Perspectives from German-speaking countries. Hillsdale, N. J.: Erlbaum: 299-328.

- Prechtl, H. F. R. (1984): Continuity of neural functions from prenatal to postnatal life. pp. 225ff. In: Prechtl, H.F.R. (ed.): Clinics in developmental medicine, 94. Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd.: 225ff.
- Schleidt, M./ Genzel, C. (1990): The significance of mother's perfume for infants in the first weeks of their life. *Ethology and Sociobiology* 11: 145-154.
- Schleidt, M. (1989): Die humanethologische Perspektive: Die menschliche Frühentwicklung aus ethologischer Sicht. In: Keller, H. (Hrsg.): Handbuch der Kleinkindforschung. Heidelberg: Springer.
- Schleidt, M./ Hold, B./ Attili, G. (1981): A cross-cultural study on the attitude towards personal odors. *Journal of chemical ecology* 7: 19-31.
- Schötzau, A / Papousek, H. (1977): Mütterliches Verhalten bei der Aufnahme von Blickkontakt mit Neugeborenen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 9: 231-239.
- Spangler, G./ Grossmann, K. E. (1993): Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development*, in press.
- Spangler, G./ Scheubeck, R. (1993): Behavioral organization in newborns and its relation to adrenocortical and cardiac activity. *Child Development*, in press.
- Strassburg, H. M./ Haug-Schnabel, G./ Müller, H. (1990): The crying infant - an interdisciplinary approach. *Early child development and care* 65: 153-166.
- Wulfften Palthe, T. (1986): Neural maturation and early social behaviour. Groningen: Drukkerij van Denderen.