

Ärztlich geleitete Frühgeborenen-Elterngruppe

A.-P. Neubauer

Kinderkrankenhaus auf der Bult, Pädiatrie I, Hannover, Germany

Abstract

The birth of a premature infant means a heavy emotional burden on the parents which can considerably disturb the attachment process. Since 1985 parents of very small premature infants have been offered to participate in a parent support group under a pediatrician's guidance. The parents meet weekly up until the infant's dismissal from the hospital. They continue to meet at longer intervals under staff supervision for about three years.

Parents choose the topics. On the beginning they are preoccupied with anxiety, feelings of guilt, and disappointment. Additionally, problems of therapy and care for the child take a part in the discussions.

The program offered has shown a very positive response. More than 90% of the parents invited have regularly attended the meetings. The group has proven useful to help these parents to overcome their emotional crisis. Positive outcomes resulting from the parent support group on the later development of the infants are to be expected.

Zusammenfassung

Die Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen bedeutet für die betroffenen Eltern eine schwere emotionale Belastung, die den Aufbau einer guten Eltern-Kind-Beziehung empfindlich stören kann. Am Kinderkrankenhaus auf der Bult, Hannover, wird den Eltern sehr unreifer Frühgeborener seit 1985 die Teilnahme an einer geleiteten Elterngruppe angeboten. Gruppenleiter sind ein Arzt so-

Correspondence to: Dr. med. Achim-Peter Neubauer, Kinderkrankenhaus auf der Bult, Janusz-Korczak-Allee 12, 3000 Hannover 1, Germany

Überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten auf der Fachtagung „Frühgeborene Kinder – Frühgeborene Eltern“, Prävention, Begleitung in der Anfangsphase und spätere Aufarbeitung“, Wilhelm-Polligkeit-Institut, 6000 Frankfurt am Main 71, 19.–21. November 1990.

wie je eine Kinderkrankenschwester der drei Neugeborenenstationen. Die Gruppensitzungen finden bis zur Entlassung des Kindes einmal wöchentlich statt, danach treffen sich die Eltern unter Leitung von Mitarbeitern des Sozialpädiatrischen Zentrums in größeren Zeitintervallen. Die Gruppe endet nach durchschnittlich drei Jahren.

Die inhaltliche Gestaltung der Sitzungen wird den Eltern überlassen. Einen breiten Raum nimmt anfangs die Auseinandersetzung mit Angst, Schuldgefühlen und Enttäuschungen ein, daneben werden viele Fragen zur Therapie und Pflege des Kindes angesprochen.

Das vorgestellte Modell wurde von den Eltern sehr positiv beurteilt. Mehr als 90% der eingeladenen Eltern nahmen regelmäßig an der Gruppe teil. Nach unseren bisherigen Erfahrungen kann die geleitete Elterngruppe durchaus einen Beitrag zur Prävention späterer seelischer Fehlentwicklungen leisten.

*

Mit den heute zur Verfügung stehenden medizinisch-technischen Mitteln überleben auch kleinste Frühgeborene mit Geburtsgewichten weit unter 1000 g. Die Folgen der oft monatelangen Intensivbehandlung in dieser frühen und sehr prägenden Lebensphase sind auch heute nur ungenügend bekannt. Die meisten der vorliegenden Untersuchungen haben sich überwiegend auf die allgemeine körperliche, die neurophysiologische und die kognitive Entwicklung konzentriert. Die Kenntnisse über seelische Spätschäden sind hingegen nach wie vor sehr lückenhaft.

Mit einer Frühgeburt endet oft eine mißlungene Schwangerschaft, in der wesentliche positive Elemente fortfallen. Die Einheit von Mutter und Kind wird durch die Verlegung des Frühgeborenen auf die Intensivstation zerstört. Aus einer Fülle von Literatur über die Auswirkungen von frühen Trennungen unmittelbar nach der Geburt möchte ich auf die grundlegenden Arbeiten von Klaus und Kennell (1982) hinweisen, die die herausragende Bedeutung eines Frühkontaktes zwischen Mutter und Kind gleich nach der Geburt herausstellten. Das von ihnen entwickelte Konzept einer „sensiblen Phase“ unmittelbar nach der Geburt wurde kontrovers diskutiert (Klaus und Kennell 1983; Korsch 1983; Lamb 1982; Minde 1986), aber auch andere Arbeitsgruppen konnten Hinweise auf Störungen des Bindungsprozesses bei einer frühen Trennung finden (Ali und Lowry 1981; De Chateau und Wiberg 1977; Jeffcoate et al. 1979). Als Folge spezifischer Defizite in der frühen Eltern-Kind-Beziehung wurden Mißhandlungen, Vernachlässigungen und Gedeihstörungen bei ehemaligen Frühgeborenen vermehrt gefunden (Elmer und Gregg 1967; Hunter et al. 1978; Klein und Stern 1971).

Betroffene Eltern, ich möchte sie „frühgewordene Eltern“ nennen, reagieren nach einer Frühgeburt mit einer schweren emotionalen Krise (Trause und Kramer 1983). Aus vielen Gesprächen wissen wir, daß besonders die Mütter unter

der Trennung von ihrem Kind leiden. Typische mütterliche Gefühle in dieser Situation sind Angst, depressive Reaktion und Insuffizienzgefühle (Hunziker und Largo 1986). Psychotraumatische Erlebnisse während der Schwangerschaft und bei der Geburt können im Falle ungenügender Bewältigung schwere seelische Störungen hervorrufen und sogar Komplikationen einer späteren Schwangerschaft verursachen, z.B. eine erneute Frühgeburt.

Durch Unterbringung von Mutter und Kind unter einem Dach – wir nennen es Perinatalzentrum – ist eine frühe Kontaktaufnahme möglich. Die Mutter kann ihr Kind jederzeit besuchen. Die frühe Kontaktaufnahme und häufige Besuche sind zweifellos wichtige Voraussetzungen für die frühen Bindungsprozesse. Es ist aber auch notwendig, die Mütter in dieser Phase nicht allein zu lassen und sie bei der Überwindung ihrer emotionalen Krise zu unterstützen. Erst dann werden sie in die Lage versetzt, zu ihrem Kind eine gute und tragfähige Beziehung aufbauen zu können. Ihnen dabei zu helfen ist eine anspruchsvolle Aufgabe, die unter Umständen eine Betreuung in fast psychotherapeutischem Umfang erfordert.

Was können wir tun, um den Eltern in ihrer Krise zu helfen?

Die Mitarbeiter des neonatologischen Teams können bereits im Kreißsaal ein erstes Gespräch mit den Eltern führen. Vor der Verlegung sollte die Mutter Gelegenheit haben, ihr Baby anzufassen, sie soll begreifen, daß es ihr Kind ist und daß es lebt. Oft legen wir es der Mutter auf den Arm. Ein Photo mit der Sofortbildkamera kann ein wenig helfen, die nun folgende Trennung besser auszuhalten.

Während der ersten Tage nach der Geburt wird der Elternkontakt zum Kind besonders durch den Vater aufrecht erhalten. Wenn es medizinisch vertretbar ist, geben wir ihm das Kind auf den Arm. Das kann auch bei beatmeten Frühgeborenen unter 1000 g ohne Gefahr möglich sein; wir haben dabei nie Temperaturprobleme oder andere Komplikationen beobachtet.

Ich möchte nun auf die Möglichkeit der Betreuung von Frühgeborenen-Eltern in Gruppen näher eingehen.

In einer amerikanischen Untersuchung wurden Eltern von intensivpflegebedürftigen Neugeborenen befragt, wer ihnen in ihrer Krise am besten hatte helfen können (Leiderman 1975). Die Betroffenen nannten an erster Stelle andere Eltern! An zweiter Stelle wurden Mitarbeiter der Klinik und erst zuletzt die Familie und Freunde genannt. An vielen großen Frühgeborenen-Zentren der USA und Kanadas sind als Ergänzung zu den vorhandenen Hilfsangeboten sog. "support-groups" entstanden (Boukydis 1982; Boukydis 1984). In einer großen Studie konnten Minde et al. (1980) positive Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung und eine deutlich bessere Elternkompetenz bei den Teilnehmern einer Elterngruppe nachweisen. Allerdings scheint ein Problem vieler Selbsthilfegruppen darin zu liegen, daß zu wenige Eltern mitmachen. Über eine solche Gruppe an der Universität von British Columbia wurde berichtet, daß lediglich 3% der Väter und 5% der Mütter ihrer frühgeborenen Patienten teilnahmen (Macnab et al. 1985). In der Studie von Minde et al. (1980) erschienen zwar immerhin 75% der Eltern regelmäßig zu den Gruppensitzungen, die geringste

Bereitschaft zur Teilnahme zeigten jedoch gerade die Mütter mit den größten psychischen und sozialen Problemen.

In den 80er Jahren sind auch in der Bundesrepublik in vielen Teilgebieten der Kinderheilkunde Elterngruppen nach dem Selbsthilfemodell entstanden. Ich möchte als Beispiele hier nur die Eltern mukoviszidose- und allergiekranker sowie diabetischer Kinder nennen, die durch Öffentlichkeitsarbeit auf ihre Probleme aufmerksam machen. Auch die Mehrlingseltern sind durch den Zwillings- und ABC-Club vertreten. Für Frühgeborenen-Eltern gibt es ähnliche überregionale Interessenvertretungen bislang nicht. An einigen Kliniken werden betroffene Eltern zu Eltern-Treffs eingeladen. Es wird berichtet, daß die Teilnehmer häufig wechseln, viele Eltern kommen nur ein einziges Mal.

Am Kinderkrankenhaus auf der Bult in Hannover erproben wir seit Oktober 1985 ein eigenes Gruppenmodell (Neubauer 1987). In einer Untersuchung zur psychischen Situation von „frühgewordenen Eltern“, die wir in Form von teilweise strukturierten Interviews durchführten, signalisierten viele Eltern ihre Bereitschaft zur Teilnahme an einer geplanten Gesprächsgruppe. Allerdings wollte niemand die Initiative zur Gründung einer Selbsthilfegruppe ergreifen. Es war offensichtlich, daß der Wunsch nach Hilfe bestand, die Kraft zur Selbsthilfe jedoch fehlte. Mitarbeiter der Frühgeborenen-Intensivstation entschlossen sich daraufhin, die Elterngruppe selbst zu initiieren und zu organisieren. 1985 starteten wir die erste Gruppe, die damals gewählte Gruppenstruktur haben wir bis heute im Wesentlichen beibehalten. Als Gruppenleiter nehmen ein Arzt sowie je eine Kinderkrankenschwester der drei Neugeborenenstationen unseres Hauses teil. Sie sind mindestens ein Jahr lang für die Organisation und Planung der Gruppen verantwortlich. Kriterium für die Aufnahme in die Gruppe ist vor allem die Unreife des Kindes: aufgenommen werden nur Eltern bzw. alleinerziehende Mütter von Frühgeborenen unreifer als 32 SSW. Bei diesen Kindern und ihren Eltern erschien uns eine Intervention aufgrund der erheblichen psychischen und physischen Risiken besonders ratsam. Zu den psychischen Risiken möchte ich die extrem verkürzte Schwangerschaft, die in diesen Fällen immer erforderliche Trennung nach der Geburt und den mindestens mehrmonatigen stationären Krankenhausaufenthalt zählen. Die hauptsächlich physischen Risiken sind in erster Linie Hirnschädigungen durch Blutungen und Sauerstoff-Mangelversorgung, deren manchmal katastrophale Auswirkungen sich oft erst im Laufe der Entwicklung jenseits der Neugeborenen-Phase zeigen. Gerade diese Kinder mit biologischen handicaps reagieren besonders empfindlich auf Störungen in ihrem psychosozialen Umfeld.

Die Sitzungen finden einmal wöchentlich in einem Gruppenraum der Klinik statt und dauern etwa 90 Minuten. Die Teilnehmerzahl beschränken wir auf maximal 7 Elternpaare bzw. alleinerziehende Mütter; wenn Eltern bei Entlassung ihres Kindes ausscheiden, werden neue aufgenommen. Kommen mehr Eltern als Teilnehmer in Frage als freie Plätze verfügbar sind, erfolgt die notwendige Auswahl nach dem Zufallsprinzip. Wir wollen damit verhindern, daß sich in der Gruppe die besonders engagierten Eltern versammeln, während ihr die eher ängstlichen und zurückgezogenen fernbleiben. Eltern, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, können nicht teilnehmen; das betrifft leider einige

türkische, in letzter Zeit auch zunehmend polnische und sowjetische Auswandererfamilien. Ebenso ist eine Gruppenteilnahme nicht sinnvoll, wenn das Kind zur Adoption freigegeben wird. Auch Eltern von Kindern mit sehr geringen Überlebenschancen haben wir nicht zur Gruppe eingeladen. Die Sterbebegleitung erfolgt in Form von Einzelbetreuung.

Das Interesse an der Gruppe war sehr groß: über 90% der eingeladenen Eltern nahmen regelmäßig bis zur Klinikentlassung an den Gruppensitzungen teil. Einige Eltern mußten etwas nachhaltiger motiviert werden. Manche kamen anfangs vielleicht auch nur, weil sie „bohrende“ Fragen im Falle ihres Fernbleibens fürchteten. Je nach Klinikaufenthaltsdauer und Zeitpunkt des Eintritts in die Gruppe besuchten die Eltern 5–12 Sitzungen. Die inhaltliche Gestaltung der Gruppensitzungen überlassen wir den Teilnehmern, es wird also kein feststehendes Programm angeboten. Dennoch ist der Ablauf der Gruppenabende jedesmal ähnlich. Zu Beginn berichten die Eltern über die Entwicklung ihres Kindes in der zurückliegenden Woche. Unsere anfänglichen Befürchtungen, dabei geschilderte Komplikationen könnten andere Eltern verängstigen und verunsichern, bestätigten sich nicht. Im Gegenteil: die Teilnehmer wurden dadurch eher ermutigt, eigene Ängste anzusprechen.

Einen breiten Raum nimmt stets die Auseinandersetzung mit der Frühgeburt ein. Von den Müttern werden Erklärungen gesucht, zumeist bei sich selbst. Neue Teilnehmer berichten über Schwangerschaftsverlauf, Geburt und die sich anschließende Trennungszeit, sprechen dabei über ihre Ängste, Schuldgefühle und Enttäuschungen. Ein großer Teil der zur Verfügung stehenden Zeit wird genutzt, um dem großen Informationsbedürfnis der Eltern gerecht zu werden. Innerhalb kürzester Zeit werden sie mit einer Fülle medizinischer Informationen konfrontiert, die sie oftmals gar nicht verstehen können, weil ihnen medizinische Vorkenntnisse fehlen. Arzt und Schwester können Fragen in der Gruppe ausführlich, verständlich und bei Bedarf auch mehrmals beantworten und medizinische Befunde in ihrer Bedeutung erläutern. Vieles erklären sich die Eltern auch gegenseitig. Da in der Gruppe viele Eltern gleichzeitig erreicht werden, bietet sie eine zeitsparende und somit sehr effektive Informationsmöglichkeit und ist eine Entlastung für andere Ärzte und Schwestern der Station.

In der Gruppe können wir die Eltern auf die Verlegung von der Intensiv- auf die normale Neugeborenenstation und schließlich auf die Entlassung nach Hause vorbereiten. Beides sind problematische Meilensteine im Verlauf eines Klinikaufenthaltes. Die Verlegung auf die Normalstation bedeutet Abschied zu nehmen von der inzwischen vertrauten und Sicherheit vermittelnden Intensivstation und ist meist zusätzlich mit dem Abbau von medizinischen Überwachungsmaßnahmen verbunden. Durch sachliche Aufklärung und vorherige Besichtigung der neuen Umgebung konnten wir viele Eltern auf diesen Schritt vorbereiten.

Zwischen den Gruppeneltern sind viele Freundschaften entstanden; man traf sich zum gemeinsamen Kaffeetrinken und besuchte sich gegenseitig am Inkubator oder Bett der Kinder. Bei solchen Gelegenheiten konnten wir beobachten, daß bei unseren Frühgeborenen-Eltern Stolz und Freude aufkamen.

Als Vorbereitung auf die Klinikentlassung haben wir zu jeweils einem Gruppenabend eine Mutter eingeladen, die mit ihrem ehemaligen Frühgeborenen bereits einige Wochen zu Hause Erfahrungen hatte sammeln können. Dies erwies sich als ausgezeichnete Möglichkeit, notwendige Kontroll- und Vorsorgeuntersuchungen zu besprechen, auf Hilfsmöglichkeiten in Notfällen hinzuweisen und viele kleine praktische Tips weiterzugeben. Bei einem gemeinsamen Besuch des Sozialpädiatrischen Zentrums bot sich die Gelegenheit, die Eltern über die später notwendigen Entwicklungskontrollen zu informieren und auch Behandlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Bei dieser Gelegenheit wurde in der Regel vereinbart, die Gruppen über den Entlassungszeitpunkt hinaus fortzusetzen.

Nach der Entlassung ihrer Kinder aus der klinischen Betreuung können die Eltern weiter an der Gruppe teilnehmen. Die Gruppenleitung übernehmen Mitarbeiter unseres Sozialpädiatrischen Zentrums, und zwar Psychologen, Pädagogen oder Kinderärzte mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung. Die Abstände der Gruppensitzungen werden auf 4–6 Wochen verlängert, im dritten Jahr trifft sich die Gruppe in noch größeren Abständen. Zweimal jährlich finden Kindernachmittage statt, an denen alle Eltern und Kinder einer Gruppe teilnehmen.

Der inhaltliche Ablauf unterscheidet sich ganz wesentlich von den Themen während der klinischen Phase. Es werden erste Erfahrungen mit dem Kind zu Hause berichtet, wobei sich die Erwartungen der Eltern, nach der Klinikentlassung nun endlich ein schönes Familienleben führen zu können, meist nicht erfüllt haben. Weitere Themen sind die Rolle der Väter in der jungen Familie, die Auswirkungen der Frühgeburt auf die Beziehung der Partner zueinander wie auch auf die Kontakte zu Freunden und Bekannten.

Im zweiten Jahr nehmen die Ängste vor einer Behinderung des Kindes zu. Manche Eltern erkennen zum Teil erhebliche Unterschiede in der Entwicklung des eigenen Kindes verglichen mit normalgeborenen oder auch anderen Kindern innerhalb der Gruppe. Etwa gleichzeitig wird nun erstmals von einigen Eltern konkret der Wunsch nach einem weiteren Kind geäußert. In diesem Zusammenhang wird die Angst ausgesprochen, daß die Schwangerschaft ebenso verlaufen könnte wie die vorausgegangene. Andererseits besteht der Wunsch, eine Schwangerschaft und Geburt richtig genießen zu können. Inzwischen sahen wir viele erneute Schwangerschaften unserer „Gruppeneltern“, alle verliefen bisher relativ komplikationslos, keine endete mit einer Fehl- oder Frühgeburt.

Etwa zwei Jahre nach Beginn der Gruppen sind sich die Eltern darüber einig, daß ihre Frühgeborenen inzwischen ganz „normale“ Kinder geworden sind, die sich von anderen nicht mehr wesentlich unterscheiden. Ihre Probleme sind nun nicht mehr Frühgeborenen-spezifisch. Eltern von behinderten, z.B. blinden, Kindern nehmen Kontakt zu Selbsthilfegruppen auf, die Frühgeborenen-Elterngruppe endet nach etwa drei bis vier Jahren.

Die Elterngruppe ist inzwischen ein wichtiger Teil unseres Therapiekonzeptes für Frühgeborene geworden. Innerhalb der Klinik wird die Gruppenarbeit von Ärzten und Schwestern unterstützt. Von nachbetreuenden Kinderärzten erhalten wir durchweg positive Rückmeldungen, die Eltern werden von ihnen als be-

sonders kompetent erlebt. Die Gruppe kann natürlich das Einzelgespräch nicht vollständig ersetzen, hat auch nur begrenzte Möglichkeiten, wenn schwere familiäre Konflikte vorliegen. Sie kann und soll keine Psychotherapie oder Eheberatung sein. Allerdings sind wir in einigen Fällen erst in der Gruppensituation auf vorliegende Konflikte aufmerksam geworden und konnten gezielte Hilfe im Einzelgespräch vermitteln.

In der Gruppe haben wir auch vieles über unsere ärztliche und pflegerische Arbeit aus der Sicht der Eltern gehört, die sich als sensible und kritische Beobachter des Stationsablaufes erwiesen. Das war ein Effekt, den wir anfangs nicht erwartet hatten, inzwischen aber für einige sinnvolle Veränderungen nutzen konnten. Das gemeinsame Gespräch in der Gruppensituation fördert das gegenseitige Verständnis und führt langfristig zu einer Verbesserung des Klimas im Verhältnis zwischen Eltern und Klinikmitarbeitern. Leider können wir zur Zeit die Teilnahme an der Gruppe nur einem begrenzten Elternkreis anbieten; die Zahl der Interessenten ist größer als die der freien Gruppenplätze.

Das hier vorgestellte Gruppenmodell unterscheidet sich in mehreren Punkten von anderen bisher publizierten Konzepten, insbesondere ist sie eine ärztlich geleitete und keine Selbsthilfegruppe. Ich möchte sie als problem- und konfliktorientierte Gesprächsgruppe mit der zusätzlichen Möglichkeit medizinischer Aufklärung charakterisieren. Das Ziel des Modellversuchs bestand darin, möglichst viele Eltern extrem kleiner Frühgeborener frühzeitig nach der Geburt an die Elterngruppe heranzuführen. Mit einer Beteiligung von über 90% erwies sich das gewählte Konzept in diesem Punkt als sehr geeignet. An anderen Kliniken könnten andere Modelle vorteilhafter sein. Kleinere Neugeborenen-Abteilungen haben unter Umständen Probleme, eine Gruppengröße von mindestens 4 bis 5 Eltern zu erreichen. Eine gemischte Gruppe von Frühgeborenen-Eltern und Angehörigen kranker Reifgeborener halte ich wegen der grundsätzlichen unterschiedlichen Problematik für weniger geeignet.

Mit dem vorgestellten Frühgeborenen-Elternkonzept haben wir an unserer Klinik sehr gute Erfahrungen gesammelt. An anderen Kliniken werden mit gutem Erfolg alternative Ansätze, z.B. eher verhaltenstherapeutisch orientierte Modelle, erprobt. Die Elternarbeit sollte ihren festen Platz bereits auf der Frühgeborenen-Abteilung haben. Sie bietet die Möglichkeit einer echten Prävention späterer seelischer Fehlentwicklungen und hilft mit, auch unseren kleinsten Patienten ein Höchstmaß an Chancen für eine optimale körperliche und seelische Entwicklung zu sichern.

Literatur

- Ali, Z. and Lowry, M. (1981). Early maternal-child contact: effects on later behaviour. *Dev. Med. Child Neurol.* 23, 337-345
- Boukydis, Z. (1982). Support groups for parents with premature infants in NICU's. In: Marshall, C., Kasman, C. and Cape, I. (eds.) *Coping with caring for sick newborns*. Saunders, Philadelphia
- Boukydis, Z. (1984). The importance of parenting networks. Presented at: *Parent care for parents of critically ill newborns. First Annual Conference*. Salt Lake City

- De Chateau, P. and Wiberg, B. (1977). Long term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. *Acta. Paediatr. Scand.* **66**, 145-151
- Elmer, E. and Gregg, G. S. (1967). Developmental characteristics of abused children. *Pediatrics* **40**, 596-602
- Hunter, R. S., Kilstrom, N., Kraybill, E. N., and Loda, F. (1978). Antecedents of child abuse and neglect in premature infants, a prospective study in a newborn intensive care unit. *Pediatrics* **61**, 629-635
- Hunziker, U. A. und Largo, R. H. (1986). Betreuung von Risikokindern: Eltern-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr. *Monatsschr. Kinderheilkd.* **134**, 246-252
- Jeffcoate, J. A., Humphrey, M. E., and Lloyd, J. K. (1979). Disturbance in parent-child-relationship following preterm delivery. *Dev. Med. Child Neurol.* **21**, 344-352
- Klaus, M. H. and Kennell, J. H. (1982). *Parent-infant bonding*. Mosby, St Louis
- Klaus, M. H. and Kennell, J. H. (1983). Parent to infant bonding: setting the record straight. *J. Pediatr.* **102**, 575-576
- Klein, M. and Stern, L. (1971). Low birthweight and the battered child syndrome. *Am. J. Dis. Child* **122**, 15-18
- Korsch, B. M. (1983). More on parent-infant bonding. *J. Pediatr.* **102**, 249-250
- Lamb, M. E. (1982). The bonding phenomenon: misinterpretations and their implications. *J. Pediatr.* **101**, 555-557
- Leiderman, P. H. (1975). Discussion: Parents of babies of very low birth weight. In: Porter, R. and O'Connor (eds.) *Parent-infant interaction*. Ciba Foundation Symposium, Vol. 33
- Macnab, A. J., Sheckter, L. A., Hendry, N. J., Pendray, M. R., and Macnab, G. (1985). Group support for parents of high risk neonates: an interdisciplinary approach. *Soc. Work Health Care* **10**, 63-71
- Minde, K., Shosenberg, N., Marton, P., Thompson, J., Ripley, J., and Burns, S. (1980). Self help groups in a premature nursery - a controlled evaluation. *J. Pediatr.* **96**, 933-940
- Minde, K. (1986). Bonding and attachment: its relevance for the present-day clinician. *Dev. Med. Child Neurol.* **28**, 803-806
- Neubauer, A.-P. (1987). Gruppenarbeit mit Frühgeborenen-Eltern. *Monatsschr. Kinderheilkd.* **135**, 504-507
- Trause, M. A. and Kramer, L. I. (1983). The effects of premature birth on parents and their relationship. *Dev. Med. Child Neurol.* **25**, 459-465