

Freie Universität Berlin

Fachbereich Erziehungswissenschaft,
Psychologie und Sportwissenschaft

**EVALUATION
EINER KRISENINTERVENTION
DER SCHREIBABYAMBULANZ
IM NACHBARSCHAFTS- UND SELBSTHILFEZENTRUM
DER UFA-FABRIK IN BERLIN**

Arbeitszeitraum: von Mai 1999 bis November 2000

Dipl. Psychologin Doreen Röseler

**unter der wissenschaftlichen Leitung von
Prof. Dr. M. Hildebrand-Nilshon**

Danksagung

Es gilt all jenen ein besonderer Dank, die zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben. So sei den interviewten Frauen gedankt, die sich vertrauensvoll und offen der Interviewsituation stellten. Auch der gemeinsame Austausch im wissenschaftlichen Team unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. M. Hildebrand-Nilshon sei an dieser Stelle lobenswert erwähnt. Nicht zu vergessen ist ein Dank für die fruchtbare Zusammenarbeit mit Paula Diederichs und Renate Wilkening.

Persönlich möchte ich mich an dieser Stelle bei Silke Koch, Nadine Schermer und Patrick Gutschmidt bedanken, deren Unterstützung eine schnelle Fertigstellung der Arbeit ermöglichte.

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	8
1.1. Einleitung	8
1.2. Die Autorin	8
2. <u>Die Schreibabyambulanz</u>	10
2.1. Die Entstehung und Entwicklung der Schreibabyambulanz	10
2.2. Wie kommen die Betroffenen in die Schreibabyambulanz?	10
2.3. Der Werdegang von Paula Diederichs	10
2.4. Ein kleiner Exkurs in die Körperpsychotherapie	11
2.5. Eva Reich	11
3. <u>Die Krisenintervention in der Schreibabyambulanz</u>	13
3.1. Was ist die Schreibabyambulanz?	13
3.1.1. Was ist das Schreibabysyndrom?	13
3.1.2. Welche Ursachen kann das Schreibabysyndrom haben?	13
3.1.2.1. Die mütterlichen Ursachen	13
3.1.2.2. Die kindlichen Ursachen	14
3.1.3. Die Folgen	14
3.1.3.1. Die Folgen für die Eltern	15
3.1.3.2. Die Folgen für das Kind	15
3.2. Die Beschreibung der Arbeit in der Schreibabyambulanz	16
3.2.1. Die allgemeinen Arbeitsprinzipien	16
3.2.2. Die Auseinandersetzung mit anderen theoretischen und therapeutischen Modellen	16
3.2.2.1. Die Psychoanalyse	16
3.2.2.2. Die Verhaltenstherapie	17
3.2.2.3. Das medizinische Modell	17
3.2.3. Die Diagnostik	18
3.2.3.1. Die diagnostischen Ziele	18
3.2.3.2. Das diagnostische Vorgehen	18
3.2.4. Die Interventionsarbeit	19
3.2.4.1. Die Interventionsziele	20
3.2.4.2. Das Vorgehen während der Intervention	20
3.2.5. Die präventiven Aspekte der Krisenintervention	23
3.2.5.1. Der Präventivgedanke	23
3.2.5.2. Die mütterliche Seite	23
3.2.5.3. Die kindliche Seite	24
3.3. Die Reflexion der Arbeit in der Schreibabyambulanz	24
4. <u>Das methodische Vorgehen beim Erarbeiten der Evaluationsstudie</u>	26
4.1. Die Zielorientierung	26
4.2. Das Experteninterview	26
4.3. Die Betroffeneninterviews	26
5. <u>Die Fallbeschreibungen</u>	28
5.1. Frau A	29
5.1.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau A)	28
5.1.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau A)	29
5.1.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau A)	30
5.2. Frau B	31
5.2.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau B)	31

5.2.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau B)	33
5.2.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau B)	34
5.3. Frau C	35
5.3.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau C)	35
5.3.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau C)	37
5.3.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau C)	39
5.4. Frau D	40
5.4.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau D)	40
5.4.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau D)	42
5.4.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau D)	43
5.5. Frau E	45
5.5.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau E)	45
5.5.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau E)	48
5.5.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau E)	50
5.6. Frau F	52
5.6.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau F)	52
5.6.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau F)	54
5.6.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau F)	56
6. <u>Das Kategoriensystem</u>	58
6.1. I. Zeitebene	58
6.2. I. Zeitebene	58
6.3. III. Zeitebene	59
7. <u>Die Synopsis: Vergleich und Gegenüberstellung der Einzelfakten</u>	60
7.1. I. Zeitebene	60
7.2. II. Zeitebene	72
7.3. III. Zeitebene	83
8. <u>Die Darstellung der Ergebnisse</u>	94
8.1. Das Erleben von Schwangerschaft und Geburt	94
8.1.1. Die Schwangerschaft	94
8.1.2. Die Geburt	94
8.2. Das Krisenerleben der Betroffenen	94
8.2.1. Das emotionale Befinden	94
8.2.2. Die Auswirkungen auf das körperliche Wohlbefinden	95
8.2.3. Die Veränderungen in den sozialen Beziehungen	95
8.2.3.1. Die Partnerschaft	95
8.2.3.2. Die Eltern/Verwandtschaft	95
8.2.3.3. Der Freundeskreis	96
8.2.3.4. Der Mutter-Kind-Kontakt	96
8.2.4. Die Symptome des Kindes	96
8.2.4.1. Das Schreiverhalten	96
8.2.4.2. Das Schlafverhalten	96
8.2.4.3. Die Nahrungsaufnahme	96
8.2.4.4. Die kindliche Entwicklung	96
8.3. Die Auseinandersetzung mit der Mutterrolle und den Erziehungsidealen während der Krisenzeit	97
8.3.1. Die Mutterrolle	97
8.3.2. Die Erziehungsideale	97
8.4. Die Erfahrungen mit Hilfsmöglichkeiten bis zum Erstkontakt mit der Schreibabyambulanz	97

8.4.1. Die eigenen Lösungsstrategien	97
8.4.2. Die professionellen Helfer	97
8.4.3. Der Erstkontakt mit der Schreibbabyambulanz	98
8.4.3.1. Die kontaktauslösende Krisensituation	98
8.4.3.2. Die Vorstellungen und Erwartungen	98
8.5. Die Veränderungen während der Krisenintervention	98
8.5.1. Die Veränderungen im körperlichen Wohlbefinden der Mutter	98
8.5.2. Die Veränderungen im emotionalen Befinden der Mutter	98
8.5.3. Der Einfluss auf die kindlichen Symptome	99
8.5.3.1. Das Schreiverhalten	99
8.5.3.2. Das Schlafverhalten	99
8.5.3.3. Die Nahrungsaufnahme	99
8.5.3.4. Die kindliche Entwicklung	99
8.5.4. Der Einfluss auf die sozialen Beziehungen	99
8.5.4.1. Die Partnerschaft	99
8.5.4.2. Die Eltern/Verwandtschaft	100
8.5.4.3. Der Freundeskreis	100
8.5.4.4. Der Mutter-Kind-Kontakt	100
8.5.5. Der Einfluss auf die Vorstellungen von Mutterrolle und Erziehung	100
8.5.5.1. Die Mutterrolle	100
8.5.5.2. Die Erziehungsideale	100
8.5.6. Der Einfluss auf die Entwicklung eigener Lösungsstrategien	100
8.5.7. Das veränderungsforcierende Vorgehen der Krisenintervention	101
8.5.7.1. Die mütterliche Seite: psychisches Wohlbefinden	101
8.5.7.2. Die mütterliche Seite: körperliches Wohlbefinden	101
8.5.7.3. Die kindliche Seite	101
8.5.8. Die zusammenfassende Einschätzung der Krisenintervention	102
8.5.8.1. Die Kritik	102
8.5.8.2. Die Verbesserungsvorschläge	102
8.5.8.3. Das Lob	102
8.6. Die Langzeitauswirkungen der Krisenintervention	102
8.6.1. Das körperliche Wohlbefinden der Mutter	102
8.6.2. Das emotionale Wohlbefinden der Mutter	103
8.6.3. Die Symptome des Kindes	103
8.6.3.1. Das Schreiverhalten	103
8.6.3.2. Das Schlafverhalten	103
8.6.3.3. Die Nahrungsaufnahme	103
8.6.3.4. Die kindliche Entwicklung	103
8.6.4. Die sozialen Beziehungen	103
8.6.4.1. Die Partnerschaft	103
8.6.4.2. Die Eltern/Verwandtschaft	104
8.6.4.3. Der Freundeskreis	104
8.6.4.4. Der Mutter-Kind-Kontak	104t
8.6.5. Die Langzeitentwicklung von Mutterrolle und Erziehungsstilen	104
8.6.6. Die Langzeiteffekte bei den Lösungsstrategien	105
8.6.7. Die zusammenfassende Einschätzung der Langzeiteffekte	105
8.7. Die Empfehlungen an andere Betroffene	106
9. <u>Die Diskussion der Ergebnisse und Ausblicke</u>	107
9.1. Die Zusammenfassung	107
9.2. Die Gesamteinschätzung der vorgestellten Krisenintervention	108
Schlusswort	

1. Vorwort

1.1. Einleitung

Diese psychologische Arbeit ist der zweite Teil der Evaluation der Krisenintervention der Schreibabyambulanz im Nachbarschafts- und Selbsthilfezentrum der Ufa-Fabrik in Berlin-Tempelhof. Die Diplomarbeit im Fach Psychologie der Autoren Jule Dräger und Christian Werner enthält den ersten Teil der Studie, in der der Therapieverlauf der sechs Nutzerinnen unmittelbar begleitet wurde. Beide Arbeiten entstanden unter der wissenschaftlichen Leistung von Prof. Dr. M. Hildebrand-Nilshon.

Hier im zweiten Teil der Arbeit wird zusammenfassend evaluiert, was diese sechs Nutzerinnen im Rahmen der Krisenintervention erlebt haben. Das heißt, die Beurteilung der, in der Krisenintervention geleisteten Arbeit ist auf die Bewertung der Betroffenen selbst zurückzuführen. Für eine solche Aufgabe ist eine qualitative Forschungsmethode besonders gut geeignet. So können subjektive Erfahrungen, wie das Krisen- und Interventionserleben sehr genau betrachtet, sowie komplexe Zusammenhänge erfasst werden.

Der untersuchte Zeitraum beinhaltet nicht nur die Krisenintervention, sondern auch das Erleben von Schwangerschaft und Geburt, die Krisenentwicklung, sowie die Zeitspanne vom Interventionsende bis zum Interviewtermin. Dieser gesamte Entwicklungsprozess wird retrospektiv evaluiert. Die betroffenen Frauen wurden nach einem Zufallsprinzip ausgewählt und in problemzentrierten Einzelinterviews zum Erleben in diesem gesamten Zeitraum befragt. Auf der Grundlage einer vielschichtigen wissenschaftlichen Auswertung dieses Interviewmaterials können die vorliegenden Ergebnisse abgeleitet werden.

Sie zeigen mögliche Belastungsfaktoren, die das ausgeprägte Krisenerleben begünstigen, sowie die Sofort- und Langzeiteffekte der Interventionsarbeit.

Insgesamt wird das Angebot der Schreibabyambulanz von den Nutzerinnen als eine positive Erfahrung beschrieben. Die Krisenintervention führte zu einer Verbesserung des Mutter-Kind-Kontaktes, sowie zu einem Rückgang der kindlichen Symptome und einem gesteigerten Wohlbefinden von Mutter und Kind.

Das therapeutische Vorgehen wird aus der Sicht der Betroffenen und der Fachfrau selbst beschrieben.

Die Projektleiterin der Schreibabyambulanz und Körpertherapeutin, Paula Diederichs, wurde in einem Experteninterview zu ihrer Arbeit befragt. Die Auswertung dieses Interviews bildet den Hauptinhalt der einleitenden Kapitel. Hier werden Arbeitsziele und Arbeitsschritte der Krisenintervention beschrieben und nachvollziehbar erläutert.

In der Hoffnung, Familienbildung unterstützen, sowie eine optimale frühe Kindesentwicklung fördern zu können, wurde diese Studie erarbeitet. Es soll hiermit auch ein Beitrag zum Schutz von Mutter und Kind, sowie zur Verbesserung unterstützender sozialer und therapeutischer Maßnahmen geleistet werden.

1.2. Die Autorin

Durch meine frühere Tätigkeit als Hebamme wurde ich im Kontakt mit Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen für das, in dieser Entwicklungsphase enthaltene Krisenpotential sensibilisiert. In diesem Beruf konnte ich Erfahrungen und Kenntnisse über das Erleben von Frauen am Beginn der Mutterschaft sammeln.

Durch das anschließende Studium der Psychologie kamen entwicklungspsychologische Kenntnisse hinzu, die meine berufliche und persönliche Sichtweise beeinflussten und erweiterten.

Während des Studiums verfasste ich zwei wissenschaftliche Arbeiten, in deren Mittelpunkt Mütter

und deren Auseinandersetzung mit kritischen Momenten der frühen Elternschaft standen. So schrieb ich meine Diplomarbeit über „Die Bedeutung psychosozialer Faktoren für das Erleben von Frauen im ersten Jahr nach der Geburt ihres Kindes“. Diese Arbeit entstand ebenfalls unter der Leitung von Prof. Dr. Hildebrand-Nilshon. In beiden Arbeiten wurden die betroffenen Frauen in ähnlich konzipierten Interviews befragt. Das Interviewmaterial wurde ebenfalls mit der, in der vorliegenden Arbeit verwendeten Methode ausgewertet.

Seit Beendigung meines Studiums arbeite ich als Diagnostikerin im ambulanten und stationären neuropsychologischen Bereich.

In meiner geplanten Dissertationsschrift wird das Thema der Gewaltprävention im Familiensystem einer weiteren wissenschaftlichen Vertiefung zugänglich gemacht.

2. Die Schreibabyambulanz

2.1. Die Entstehung und Entwicklung der Schreibabyambulanz

Die Ufa-Fabrik in Berlin-Tempelhof wurde 1979 gegründet. Das dort existierende Nachbarschafts- und Selbsthilfezentrum besteht seit 1987. Im NUSZ werden verschiedene unterstützende Maßnahmen rund um Familie und Elternschaft angeboten. Ein wichtiges Anliegen der dort geleisteten Arbeit ist die Familienbildung. Die Schreibabyambulanz ist ein Teil des Angebotes.

Die Ideologie der Ufa-Fabrik favorisiert einen sanften, seichten und weichen Weg bei Entwicklung und Problemlösung. Kein Beteiligter darf zurückstecken, da alle Beteiligten einen optimalen Weg finden sollen. Ein friedvoller Umgang miteinander ist dafür eine Grundvoraussetzung. Die körperpsychotherapeutische Ausrichtung der Schreibabyambulanz entspricht dieser Ideologie.

Die Schreibabyambulanz wurde 1993 gegründet. Der Diplompsychologe Thomas Harms war der Begründer und Vorgänger von Paula Diederichs. Sie übernahm diese Arbeit 1995.

Die Finanzierung der Krisenintervention gestaltet sich problematisch. Vom Senat erhält die Schreibabyambulanz jährlich eine finanzielle Unterstützung von 10.000 DM. Bei gleichbleibender finanzieller Unterstützung und zunehmender Nachfrage steigt die Gefahr der Erhöhung des Selbstkostenanteils der Nutzerinnen.

2.2. Wie kommen die Betroffenen in die Schreibabyambulanz?

Es existiert ein Flyer, der an verschiedene Stellen verteilt und verschickt wird (z.B. Kinderarztpraxen, Hebammenpraxen, Jugend- und Gesundheitsdienste, Erziehungs- und Familienberatungsstellen, Geburtshäuser, Krankenhäuser). Allerdings ist die Verteilung der Flyer bisher abhängig vom Personalstand der Ufa-Fabrik. Auch über Vorträge, Zeitungsartikel, Fernsehbeiträge und anderer Arten von Öffentlichkeitsarbeit kann die Schreibabyambulanz bisher in verschiedenen Stadtbezirken präsentiert werden. Im Internet und im Programm der Ufa-Fabrik wird die angebotene Krisenintervention ebenfalls vorgestellt. Hierbei werden Fachleute und Betroffene angesprochen.

Es existiert auch eine Mund-zu-Mund-Propaganda von Betroffenen. Allerdings wird diese durch die Isolierung von Frauen mit Schreibabys erschwert. Zufriedene Frauen geben nach Abschluss der Krisenintervention häufig ein positives Feedback an Kinderärzte und Hebammen. Dadurch wird der Zulauf ebenfalls gut unterstützt.

2.3. Der Werdegang von Paula Diederichs

Paula Diederich (Jahrgang 1957) machte, nach Beendigung der Hauptschule, von 1971 bis 1973 eine Haushaltslehre. Daran anschließend absolvierte sie die Berufsaufbauschule und von 1974 bis 1975 die Fachoberschule. An der Fachschule für Sozialpädagogik erhielt sie von 1975 bis 1977 ihre Ausbildung zur Erzieherin. In den darauffolgenden Jahren war sie in diesem Beruf in einem Kindergarten tätig.

Von 1979 an absolvierte sie ein Studium an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik in Berlin. 1982 erhielt sie dort ihr Diplom als Sozialpädagogin.

Ihre erste körpertherapeutische Ausbildung nach Gerda Boyesen machte sie von 1981 bis 1984. Die Gerda-Boyesen-Methode beinhaltet eine klassische Massagemethode, die organismische und emotionale Prozesse berücksichtigt. Im letzten Ausbildungsjahr begann eine dreijährige intensive Zusammenarbeit mit Eva Reich, die zu ihrer wichtigsten Lehrerin und späteren Freundin wurde. Als ihre Assistentin begleitete sie sie auf vielen Workshops. Im Mittelpunkt der gemeinsamen Tätigkeit standen Themen der prä- und postnatalen Traumatisierung von Mutter und Kind, sowie körperpsychotherapeutische Aspekte bei der Durchführung einer sanften Geburt.

Es folgte eine einjährige Biosyntheseausbildung bei David Bodella. Er ist der Präsident der weltweit größten körperpsychotherapeutischen Schule. Von 1995 bis 1997 wurde sie zur staatlich anerkannten Heilpraktikerin ausgebildet.

Seit 1988 arbeitet sie als Therapeutin mit erwachsenen Einzelkunden und Gruppen. Vor fünf Jahren wurde sie Ausbilderin und Trainerin in einem Ausbildungsteam für angehende Körpertherapeuten. Sie ist Mitbegründerin des Ströme-Instituts Berlin, wo sie ein Körperintegrativtraining anbietet. Dieses Institut einer ganzheitlichen Erwachsenenbildung wurde 1995 eingerichtet.

In den Jahren von 1983 bis 1990 arbeitete sie auch als Sozialarbeiterin bei einer Anlaufstelle für Obdachlose und Alkoholiker. Ihre Erfahrungen als Sozialarbeiterin (z.B. Kenntnis des gesamten Verwaltungsapparates von Berlin) fließen vorteilhaft in die gegenwärtige Tätigkeit in der Schreibabyambulanz ein. Dadurch ist sie in der Lage, den Müttern auch eine praktische Unterstützung bei der Vermittlung sozialer Hilfen anzubieten.

Durch die Geburt ihrer Tochter 1987 sammelte sie eigene Erfahrung in Schwangerschaft und Mutterschaft. Da ihre Tochter ein Kolikbaby war, wurde sie für ihre jetzige Arbeit sehr stark sensibilisiert.

1995 begann ihre intensive Tätigkeit als Projektleiterin in verschiedenen Berliner Schreibabyambulanzen. Bis heute arbeitet sie in den Stadtbezirken Tempelhof, Wedding und Zehlendorf. Dort bietet sie die Krisenintervention für Eltern mit Babys und Kleinkindern an, die von der Schreibproblematik betroffen sind. Seit Anfang 2000 vermittelt sie ihr Wissen und ihren Erfahrungsschatz auch in einem eigenen Fortbildungsangebot (Titel: „Integrative Körpertherapie für Babys, Kleinstkinder und deren Eltern“).

2.4. Kleiner Exkurs in die Körperpsychotherapie

In dieser Psychotherapieform wird der Körper aktiv in die Arbeit einbezogen. Dabei wird mit Entspannungs- und Massagetechniken gearbeitet. Ausgehend von einer Körper-Psyche-Einheit werden alle Erlebensdimensionen des Menschen im therapeutischen Vorgehen berücksichtigt. So findet neben der aktiven Körperarbeit gleichzeitig eine Problembewältigung in unterstützenden Gesprächen statt.

Die Bearbeitung emotionaler Konflikte und die Reflexion kognitiver Einstellungen wird dadurch ermöglicht.

Ein grundlegender Aspekt ist die Annahme vom Energiefluss im Körper. Durch zu wenig Ruhe und/oder Entspannung, sowie Schlafmangel kann ein energetisches Ungleichgewicht entstehen. Im Energiefluss entstehen dann Blockaden, wodurch das psychische und körperliche Wohlbefinden massiv beeinträchtigt werden kann. Ein gesunder Energiefluss gewährleistet eine funktionierende Selbstregulation des Organismus. Bei Blockaden ist diese gestört.

Die Selbstregulation beim Säugling zeigt sich beispielsweise dadurch, wenn er sein Unwohlsein durch Schreien oder Laute äußert und nach der entsprechenden Reaktion der Mutter wieder zur Ruhe kommt. Beim Schreibaby ist wegen einer Energieblockade die Selbstregulation gestört, so dass es trotz der mütterlichen Reaktion keine Entspannung und Ruhe finden kann.

Eine intakte Selbstregulation bei der Mutter zeigt sich, wenn sie eine Zufriedenheit mit der Geberposition empfindet und ein intensives Kontaktbedürfnis zum Kind besteht.

Die Bindung zwischen Mutter und Kind ist ein großes Thema in der Körperpsychotherapie.

2.5. Eva Reich

Eva Reich ist die Tochter von Wilhelm Reich, dem Begründer der Körperpsychotherapie. Die Neurosenprophylaxe war ein wichtiger Bestandteil der Arbeit bei beiden. Sie widmeten sich daher intensiv der Arbeit mit Müttern und Säuglingen. Ihr Ziel war es, einen Teufelskreis zu

durchbrechen, in dem Mütter eigene negative Erfahrungen ihrer Säuglingszeit an die Kinder weitergeben. Zu diesen negativen Erfahrungen zählen Krisen, Bindungsängste und Traumata dieser frühen Entwicklungsphase.

Eva Reich ist die Begründerin der sanften Bioenergetik. Sie hatte als Ärztin eine kleine Praxis auf dem Lande, in der sie ihre Arbeitsprinzipien der sanften Vorgehensweise verwirklichte. Dazu zählte auch das Realisieren einer sanften, schonenden Geburtshilfe. Später unternahm sie viele Reisen, arbeitete überall auf der Welt und hielt viele Vorträge über ihren Arbeitsansatz.

Sie entwickelte die Schmetterlingsmassage, eine sanfte Massagetechnik für Säuglinge. Sie arbeitete ebenfalls mit der Polarity-Massagetechnik, welche sich bei körperlichen Traumata (z.B. Geburtstraumata wie Kaiserschnitt) als besonders wertvoll erwies.

3. Die Krisenintervention in der Schreibabyambulanz

„Ich bin davon überzeugt, dass jede Mutter und jeder Vater das Kind liebt und sie das Beste für das Kind wollen“ (Paula Diederichs)

Der folgende Abschnitt (3.) ist die Essenz des Experteninterviews mit Paula Diederichs, der Projektleiterin der Berliner Schreibabyambulanz.

3.1. Was ist die Schreibabyambulanz?

Die Schreibabyambulanz ist ein, von der Senatsverwaltung für Schule, Jugend und Sport gefördertes Modellprojekt. Der Träger ist das Nachbarschafts- und Selbsthilfezentrum (NUSZ) in der Ufa-Fabrik. Der Unterstützung des Berliner Senats liegt ein Präventivgedanke zu Grunde. Pro Interventionseinheit zahlen die Betroffenen einen Beitrag von 20,00 DM, der Restbetrag wird vom Senat getragen. In der Schreibabyambulanz wird eine körperpsychotherapeutische Krisenintervention von maximal 10 Einheiten angeboten. Eine Interventionseinheit umfasst eine bis anderthalb Stunden. Das Angebot richtet sich an Eltern, die kürzlich ein Kind bekommen haben. Das Höchstalter der Kinder liegt bei zwei Jahren.

Es kommen Mütter bzw. Väter, deren Neugeborene und Kleinkinder in hohem Umfang schreien oder krampfen, ohne das eine erkennbare medizinische Ursache vorliegt.

Auch Kindern mit Ein- und Durchschlafproblemen, Koliken, einer starken Unausgeglichenheit, sowie einem deutlich überaktiven Verhalten soll hier geholfen werden. Das alleinige Aufnahmekriterium ist nicht die Dauer der Schreiattecken, sondern auch das emotionale Erleben der Eltern. Diese erleben häufig Erschöpfungszustände bei starker Hilflosigkeit und Verzweiflung, verbunden mit Panik und Aggressionsausbrüchen. Es wird hier eine Hilfsmöglichkeit in einer sehr frühen Entwicklungsphase angeboten.

3.1.1. Was ist das Schreibabysyndrom?

Die Arbeit in der Schreibabyambulanz orientiert sich beim Klassifizieren des Schreibabysyndroms nicht an der Häufigkeit und Dauer der Schreiattecken. Im Vordergrund stehen vielmehr qualitative Parameter, wie das emotionale Niveau von Mutter und Kind. Exzessives Schreien ist gegeben, wenn Kinder über die Erschöpfung hinaus schreien und keine Ruhe und Entspannung mehr finden können. Dann gibt es meistens für keine Person eine adäquate Lösung mehr. Der Mutter bleibt keine Handhabe, das Kind zu beruhigen, was sich wiederum auf das emotionale Erleben der Mutter auswirkt. Auf kindlicher Seite gibt es nur noch einen Output und der kindliche Organismus kommt nicht mehr zur Ruhe. Dieser Zustand ist eine Hochleistung des kindlichen Körpers, der keine Entspannung mehr findet. Das massive Schreien drückt zwar ein kindliches Missempfinden aus, enthält aber keine angemessene Lösung, da dadurch kein echter Kontakt mit der Fürsorgeperson möglich ist. Es entsteht ein Teufelskreis, der die Beziehung zwischen Mutter und Kind, sowie das gesamte familiäre System beeinflusst. Da alle Lösungsversuche der Eltern erfolglos bleiben, sind Rat- und Hilflosigkeit, sowie Verzweiflung und Versagensgefühle die Folge.

3.1.2. Welche Ursachen kann das Schreibabysyndrom haben?

3.1.2.1. Die mütterlichen Ursachen

Der Beginn der Mutterschaft enthält ein enormes Krisenpotential. Mit der Übernahme der Mutterrolle verschiebt sich das Persönlichkeitskonzept der Frau. Eine Identitätskrise kann die Folge sein. Häufig zeigen sich viele unvorhersehbare Probleme, die nach bisher ungewohnten Lösungsstrategien verlangen. Hinzu kommt ein angelesener Muttermythos, der einen hohen Leistungsanspruch enthält und einen Mutterperfektionismus schürt. Entwickelt sich dann ein Schreibabysyndrom, potenziert sich häufig der Perfektionsanspruch. Es entsteht eine große Kluft zwischen Anspruch und Wirklichkeit bei der Mutter. Dadurch wird ein echter Kontakt der Mutter zu sich selbst und zum Kind verhindert. Es entsteht ein großes Spannungsfeld, was bis zu depressiven oder gar psychotischen Zuständen führen kann.

Die beschriebene Kontaktstörung ist eine häufige Ursache für das Schreibabysyndrom. Eine andere Quelle stellen Geburtstraumata bzw. körperliche Traumata während Schwangerschaft und Geburt dar. Hierzu zählen der Kaiserschnitt, eine frühe Trennung von Mutter und Kind, sowie negativen Erfahrungen in der Schwangerschaft (z.B. Trennungen, vorzeitige Wehen). Auch eine soziale Isolation bzw. eine bestehende Kontaktarmut bei Müttern können die Entstehung eines Schreibabysyndrom unterstützen.

Bei einem überraschenden Kaiserschnitt haben die Mütter oft ein schlechtes Gewissen, grübeln dann viel darüber nach und verhindern dadurch den Kontakt zum Kind. Massive Versagensgefühle und der Eindruck, eine schlechte Mutter zu sein, führt häufig zu einem Kontaktabbruch seitens der Mutter.

Bei der Kontaktstörung nach traumatischer Geburtserfahrung auf Grund einer starken Auseinandersetzung mit der Kaiserschnitterfahrung, fühlt das Kind dann keine Wärme oder emotionale Resonanz. Reagiert es mit Schreiattacken, so schreit es in eine Leere. Bei einer Trennungserfahrung zwischen Mutter und Kind unmittelbar nach der Geburt, kann ebenfalls eine Kontaktstörung entstehen. Denn in dieser frühen Zeit („Bonding-Phase“) beginnt sich die Mutter-Kind-Bindung zu entwickeln.

Hat die Mutter viele verschiedene Probleme zu bewältigen (z.B. Partnerschaft, finanzielle Sorgen), kann ebenfalls eine ausgeprägte Kontaktstörung entstehen. Denn die Beschäftigung mit den bestehenden Problemen raubt Zeit, Kraft und Energie und kann sich somit auf den Kontakt zwischen Mutter und Kind auswirken.

Die Mutterbindung kann auch durch den Intellekt blockiert werden. Ein ausgeprägtes Leistungsdenken oder ein starker Mutterperfektionismus kann negative emotionale Folgen wie Versagens- oder Überforderungsgefühle haben, was den Mutter-Kind-Kontakt durchaus stören kann. Häufig kommt es zu einer Zuspitzung der Kontaktstörung in einer Art Stress-Spirale, verbunden mit einem Erschöpfungssyndrom seitens der Mutter. Auch das Kind wird dann beim Schreibabysyndrom zu einem Symptomträger für familiäre Probleme, auf der Grundlage eines unzureichendem Bindungsangebotes durch die Mutter.

3.1.2.2. Die kindlichen Ursachen

Heftige Einwirkungen auf den kindlichen Organismus vor, während und nach der Geburt können die Entstehung eines Schreibabysyndroms begünstigen. Hierzu zählen körperliche Traumata während der Geburt, wie ein überraschender Kaiserschnitt, eine Geburt mit Zange oder Saugglocke, Atemnot, stundenlange Presswehen, Nabelschnurumwicklungen um den Hals, eine Frühgeburt, sowie eine frühe Separation des Kindes von der Mutter.

Auch körperliche Probleme der Mutter in der Schwangerschaft können einen entsprechend negativen Entwicklungseinfluss ausüben. Zu nennen wäre in diesem Zusammenhang eine starke Schwangerschaftsübelkeit, ein Schwangerschaftsdiabetes, eine Schwangerschaftsvergiftung (Gestose), ein Abtreibungsversuch oder stressbedingte länger dauernde Gebärmutterkontraktionen. Bei diesen frühzeitigen Uteruskontraktionen beispielsweise erhält der kindliche Körper die Botschaft, nicht genügend Raum und Platz zu haben, da er länger in einer engen und harten Umgebung heranwächst. Wünschenswert wäre aber eine weiche und nachgebende Uterushöhle.

Auch psychische Probleme in der Schwangerschaft bei Vater und Mutter können die Entwicklung des kindlichen Organismus beeinflussen. Hierzu zählen auch langwierige Auseinandersetzungen mit den Fragen: „Ist die Existenz des Kindes überhaupt erwünscht?“ oder „Ist es der richtige Zeitpunkt?“.

All die beschriebenen Faktoren können sich auf den kindlichen Organismus auswirken. Ihm kann dann das selbstregulatorische Prinzip verloren gehen. Gleichzeitig ist die Fähigkeit, sich zu entspannen, blockiert. Diese körperliche Entwicklung findet sich beim Schreibabysyndrom.

3.1.3. Die Folgen

3.1.3.1. Die Folgen für die Eltern

Das ständige exzessive Schreien des Kindes aktiviert bei den Eltern ein heftiges emotionales Potential. Ein Erschöpfungssyndrom oder ein depressives Erleben bei der Mutter kann die Folge sein. Aggressive Erlebens- und Verhaltenstendenzen bei den Müttern und Vätern können entstehen. Wenn alle Beruhigungs- und Lösungsversuche scheitern, kommt es zu einem vermehrten Stresserleben und zu einer erneuten Distanzierung vom Kind. Das Familiensystem gerät in eine Stress-Spirale, verbunden mit einem täglichen Überlebenskampf. Das schreiende Kind hat oberste Priorität und die Frauen treten absolut in den Hintergrund. Sie grübeln viel und eine differenzierte Selbstwahrnehmung oder Selbstreflexion ist nicht mehr möglich. Auch Schlafdefizite bis zur Erschöpfung oder Psychose können eintreten. Es kommt zu einer energetischen Defokussierung mit Panik, Verzweiflung, Hilflosigkeit und Angst. Die Mutter fühlt sich nicht mehr fest mit sich gebunden und verliert noch mehr den Kontakt zu sich selbst und zum Kind.

Viele Frauen bestehen dann auf dem schlechten Mutter-Ich und bewerten den mangelhaften Blickkontakt der Kinder als Vorwurf.

In Partnerschaft werden häufig Erwartungen (z.B. von Ruhe und gegenseitiger Unterstützung) enttäuscht und nicht konstruktiv besprochen. Meist häufen sich gegenseitige Vorwürfe und eine Konkurrenzsituation kann entstehen.

Es kann sich dann leicht eine zunehmende Vereinsamung in der Partnerschaft oder eine heftige Beziehungsproblematik entwickeln. Eine solche Beziehungskrise kann dann durchaus zu einer Trennung führen. Zerbricht dann das Familiensystem, so ist eine zusätzliche, massive Belastung für den führsorgenden Elternteil gegeben.

Alleinerziehende Mütter mit Schreikindern bekommen oft zusätzlich Vorwürfe aus dem Familien- oder Bekanntenkreis.

3.1.3.2. Die Folgen für das Kind

Das Kind schafft es nicht, in die Ruhe zu kommen und findet nicht zu einer Ausgewogenheit. Es kann dann eine energetische Defokussierung entstehen, in der das Kind keinen Halt im Körper finden kann und weder Ruhe noch Sicherheit erfährt. Emotional reagiert es ambivalent und nörgelig und schreit in einer latent aggressiven Tonlage.

Es zeigte sich ein deutliches Schwanken zwischen symbiotischer und autonomer Situation, wobei das Kind keine Zufriedenheit erfährt.

Schlafprobleme können die Folge sein, verbunden mit einem häufigen nächtlichen Erwachen (bis zu 20 mal pro Nacht). Bei älteren Kinder kann es zu einer hyperaktiven Entwicklung führen. Aber auch unmittelbare Auswirkungen auf den kindlichen Organismus können sich zeigen. So findet sich bei den betroffenen Kindern eine stark verspannte Muskulatur, ein veränderter Blick- und Körperkontakt (z.B. starrer Blick, Wegdrehen der Kinder von der Mutter), sowie eine veränderte Nahrungsaufnahme (z.B. bei Stillproblemen, Kinder hungern oder schlucken zu schnell, zu viel Milch und Luft). Starke Verdauungsstörung beim Kind können eine Folge sein.

Weiterhin ist der Formierung des inneren Persönlichkeitskerns kein Raum gegeben, da dafür Halt, Liebe, Geborgenheit, Körperwärme und Ruhe notwendig sind.

Erst durch die Bildung des Kernselbst (durch Ruhe, Entspannung, Halt) kann sich eine Selbstakzeptanz herausbilden. Dadurch ist dann erst Entspannung möglich, verbunden mit dem Bewusstsein, geliebt zu werden.

Das Kernselbst bei Schreibabies ist nur unzureichend ausgebildet, da das Kind nur damit beschäftigt ist, seinen Kummer nach außen zu schreien und der Körper keinen Halt in sich selbst erfährt. Diese Prozesse können die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen begünstigen. Narzisstische Entwicklungstendenzen und Beziehungsstörungen können mit diesen frühen fundamentalen Defiziten verbunden sein.

Da eine ruhige Kontaktaufnahme zur Außenwelt nicht möglich ist, kann eine soziale Kontaktstörung entstehen.

Die entstandene fundamentale und substantielle Kontaktstörung in dieser ganz tiefen Bindung zur ersten Bezugsperson kann eine Ursache für Vereinsamung und isolierte Lebensformen (z.B. Zunahme der Single-Haushalte), dem Auseinanderbrechen von Beziehungen, für Halt- und Bindungslosigkeit, sowie dem Rückgang eines sozialen Bewusstseins unter den Menschen sein.

3.2. Die Beschreibung der Arbeit in der Schreibbabyambulanz

3.2.1. Die allgemeinen Arbeitsprinzipien

Die Arbeit der Schreibbabyambulanz ist auch auf die Schwangerschaft ausweitbar. Bisher allerdings bezieht sie sich auf die Entwicklungsphase der ersten Lebensmonate bis ersten Lebensjahre. Für diese Arbeit sind die folgenden Arbeitsprinzipien grundlegend.

Es wird keine Hierarchie zwischen energetischen, körperlichen und psychischen Prozessen vorausgesetzt. Das Energiemodell und die Dimension des emotionalen Erlebens, sowie der Intellekt sind daher gleichgesetzt, es existiert hier keine Abstufung zwischen diesen Aspekten. Hier zeigt sich eine Differenzierung gegenüber der Arbeitsweise von Thomas Harms im Zusammenhang mit dem energetischen Funktionieren.

Diagnostik, Intervention und Prävention finden parallel statt, sie fließen ineinander. Es wird gegenüber allen Beteiligten ein tiefes Verständnis für ihre Situation aufgebracht. Es wird die gesamte Dynamik aller Beziehungspersonen betrachtet und im Interventionsprozess berücksichtigt. Dadurch kann die Entwicklung des gesamten Familiensystems beeinflusst werden.

Es handelt sich um ein integratives Interventionsmodell, verbunden mit einer großen Offenheit gegenüber allen therapeutischen Möglichkeiten, die den betroffenen Personen eine angemessene Unterstützung und Hilfe geben können.

Darin drückt sich auch eine Skepsis gegenüber Therapierichtungen mit einem alleinigen Wahrheitsanspruch aus.

In der Krisenintervention findet sich eine Kombination von körperpsychotherapeutischen Techniken. Auch Intuition und Erfahrungswerte fließen in die Arbeit ein. Diese Methodenkombination wird den individuellen Erfordernissen der Betroffenen angepasst.

3.2.2. Die Auseinandersetzung mit anderen theoretischen und therapeutischen Modellen

3.2.2.1. Die Psychoanalyse

Die Psychoanalyse hat einen positiven Einfluss auf diese Arbeit. Dies zeigt sich deutlich am großen Einfluss der Übertragungsanalyse, die als Technik fest in die Arbeit von Paula Diederichs integriert ist. Hinzu kommt das Operationalisieren von psychoanalytischen Fachbegriffen, die in Einklang mit den eigenen Arbeitserfahrungen gebracht werden.

Der Übertragungsbegriff stammt ursprünglich aus der Psychoanalyse. In der Arbeit von Paula Diederichs finden sich zwei Übertragungsmöglichkeiten, die von großer Bedeutung für das Gelingen der Krisenintervention sind. Es handelt sich um die komplementäre, sowie die konkordante Übertragung.

Eine komplementäre (ergänzende) Übertragung ist gegeben, wenn beispielsweise ein Kind nie angefasst oder körperlich nie mit ihm umgegangen wurde. Der kindliche Organismus strahlt die Botschaft aus: "Fass mich nicht an!". Die Therapeutin erlebt in diesem Fall die ergänzende Haltung dazu, die früher von Mutter oder Vater kam.

Bei der konkordanten Übertragung oder der vegetativen Identifikation erlebt die Therapeutin im eigenen Körper, was die Klientin erlebt oder erlebt hat. So erlebt die Therapeutin beispielsweise bei einer Mutter mit starken Versagensgefühlen eine Übertragungsreaktion, so dass sie diese Frau nicht anfassen will oder sogar das Bedürfnis entsteht, kritisch mit ihr umzugehen oder sogar Druck ausüben möchte. Auf diese Übertragung muss genau geachtet werden, damit die Betroffene nicht genau so behandelt wird, wie es in der Vergangenheit geschehen ist. Diese „Übertragungsfälle“ sollte umgangen werden, die darin enthaltenden diagnostischen Informationen sollten eher konstruktiv für die Intervention genutzt werden.

Der Begriff vom schlechten Mutter-Ich kommt ebenfalls ursprünglich aus der Psychoanalyse. Auch

er findet seine Entsprechungen in der Arbeit von Paula Diederichs und wird in Verbindung mit ihren Arbeitserfahrungen für die eigene Arbeit verfügbar gemacht. In diesem Zusammenhang wurde eine, sich ständig wiederholende Beobachtung mütterlicher Erlebens- und Verhaltensweisen gemacht.

Mütter erleben häufig Phasen starken Zweifels, verbunden mit massiven Schuldgefühlen und dem Gefühl, eine schlechte Mutter zu sein. Dafür gibt es innere und äußere Ursachen.

Jede Mutter hat den Wunsch, eine gute Mutter zu sein und ihre Liebe, sowie Fürsorge an das Kind weiterzugeben. Aber diese Liebe und Fürsorge scheinen beim Schreibaby nicht zu fruchten, wodurch dann von den Müttern Verzweiflung und Hilflosigkeit erlebt werden.

Das Erleben von Hilflosigkeit, wenn Mütter über keine Möglichkeit verfügen, das schreiende Kind zu beruhigen, wird besonders kritisch, bei Begegnungen mit Müttern von ruhigen und ausgeglichenen Kindern erlebt (z.B. in Still- und/oder Krabbelgruppen). Manchmal werden Frauen mit "unbequemen" Babys aufgefordert, diese Gruppen zu verlassen. Jede Mutter hat klare Vorstellungen darüber, wie sie ihr Kind versorgen und behandeln möchte. Mütter von Schreikindern bekommen ständig Tipps und Ratschläge vom Umfeld oder Fachpersonal, alles anders zu machen (z.B. das Kind härter anzupacken, es abzuhärten, das Kind schreien lassen u.s.w.). Dadurch werden eine starke Verunsicherung und Hilflosigkeit erlebt, denn meistens stehen die betreffenden Mütter nicht hinter diesen fremden Tipps und haben keinen echten Kontakt dazu. Diese Mütter können ihre Vorstellungen nicht erfüllen und stehen unter dem Druck der Umwelt. Dadurch wächst das schlechte Mutter-Ich.

Der Übertragungsmechanismus und die Auseinandersetzung mit dem schlechten Mutter-Ich stellen wesentliche Bestandteile in der Arbeit von Paula Diederichs dar. Beide Konstrukte haben ihren Ursprung in der Psychoanalyse und verdeutlichen ihren positiven Einfluss auf die hier vorgestellte Interventionsmöglichkeit.

3.2.2.2. Die Verhaltenstherapie

Das Schlafraining "Jedes Kind kann schlafen lernen" von Anette Kast-Zahn & Hartmut Morgenroth ist derzeit bei betroffenen Müttern und Vätern sehr verbreitet. Es handelt sich um ein verhaltenstherapeutisches Programm, bei dem

Kinder keine Einschlafhilfe haben. Anfangs soll nur alle drei Minuten auf das Schreien reagiert werden und dann immer seltener. Hierbei besteht die Gefahr, dass es zu einer Abspaltung der liebevollen mütterlichen Gefühle kommt und die Kinder dann resignieren und nach innen kontrahieren.

Manche Kinder reagieren verängstigt, da an ihren Bedürfnissen vorbeigearbeitet wird. Die Herangehensweise des Konditionierens sollte erst praktiziert werden, wenn alle Beteiligten in der Lage sind, zu verstehen, was eigentlich geschieht. Dieser Umstand ist beim Säugling nicht gegeben. Es finden sich auch positive Aspekte der oben beschriebenen Vorgehensweise. Bei Eltern mit einer sehr ambivalenten Persönlichkeitsstruktur kann dieses Programm zu mehr Klarheit, Selbstfindung und Sicherheit beitragen. Dadurch erlangen die Eltern wieder eine bessere Strukturierung und erfahren wieder mehr Handlungskompetenz. Dadurch kommt mehr Ruhe ins Chaos und die so entstehende Sicherheit kann sich positiv auf das Kind auswirken.

3.2.2.3. Das medizinische Modell

Die Auseinandersetzung mit vielen Kinderärzten zeigte eine stark verbreitete Tendenz zur Abhärtung, verbunden mit der Aufforderung zum Durchhalten. Für die betroffenen Mütter und Väter sind Äußerungen wie: "Da müssen sie durch!" eher eine zusätzliche Belastung. Sie vermissen dabei auch das Gefühl von Verständnis und Empathie.

3.2.3. Die Diagnostik

3.2.3.1. Die diagnostischen Ziele

Die mütterliche Seite

Der emotionale Zustand der Mutter wird betrachtet. Hierzu zählt auch das Erfassen von Gefühlen, die zurückgehalten werden. Frauen haben häufig Probleme, über sich selbst zu sprechen und sich auf sich und ihren Körper einzulassen. Diesem Umstand muss angemessen begegnet werden.

Eine bedeutende Aufgabe ist das Diagnostizieren eines Erschöpfungssyndroms, sowie partnerschaftlicher Konflikte.

Weiterhin werden auch Einwirkungen des sozialen Umfeldes (z.B. Schwiegermütter, Freundinnen) analysiert. Denn häufig erleben Frauen eine starke Verunsicherung wegen mangelhafter oder nicht-konstruktiver Unterstützung durch das Umfeld. Auch der Einfluss des fachkundigen Hilfesystems auf die derzeitige Situation soll herausgefunden werden.

Die kindliche Seite

Der Ausschluss somatischer Ursachen ist ein Grundprinzip der Arbeit. So kann ein Kind beim Vorliegen einer bisher unentdeckten Soorerkrankung, die sich auf den gesamten Magen-Darm-Trakt ausweiten kann, vor Schmerzen schreien. In diesem Falle würde zuerst eine medikamentöse Behandlung notwendig sein. Bei derartigen Unklarheiten wird eine nochmalige Konsultation des Kinderarztes gefordert.

Weiterhin erfolgt der Ausschluss von Hungerzuständen bei Stillproblemen.

Nach Abklärung derartiger Unklarheiten erfolgt eine aktuelle körperliche Zustandsdiagnostik.

3.2.3.2. Das diagnostische Vorgehen

Es handelt sich um ein variables Vorgehen auf der Grundlage einer systemisch-ganzheitliche Betrachtung. Das diagnostische Vorgehen wird als ein fließender Prozess verstanden. Eine stringente Anamnese ist dafür nicht erforderlich. Techniken, wie die Übertragungs- und Widerstandsanalyse sind in diesem Prozess fest verankert.

Die mütterliche Seite

Zu Beginn wird die eigene Arbeit vorgestellt. Mit der Intervention wird dort begonnen, wo die Frauen sich befinden. Wichtige Informationen über die aktuelle Situation, die Grundhaltungen und Erwartungen der Betroffenen werden ihren Berichten entnommen. Voraussetzungen für das Gelingen der Krisenarbeit sind Empathie, Verständnis und die Annahme der Betroffenen. So kann die Betroffene zuerst alles darstellen und berichten, was ihr wichtig ist (z.B. wie es ihr geht, was geschehen ist, was ihre Erziehungsideen sind). Durch diese Aussprache "kommen die Frauen dann an". Alle wichtigen diagnostischen Beobachtungen und kritischen Aspekte werden erst im weiteren Verlauf vorsichtig angesprochen.

Während des Betroffenenberichts werden auch Körperhaltung und Körperausdruck betrachtet. So können auch schon körperliche Blockaden aufgespürt werden. Auch das Betrachten von Sprachverhalten und Atmung liefern diagnostische Informationen. Ein wesentlicher diagnostischer Aspekt ist die Widerstandsanalyse. So werden beispielsweise Widerstände bei Entspannungsübungen (z.B. bei Atemübungen) analysiert und abgewendet.

Erfolgt bei der Anregung zur Entspannung ein schnelles Einschlafen, so kann das als Ausdruck einer Erschöpfung gedeutet werden. Für den gesamten diagnostischen Prozess ist das Wahrnehmen und Thematisieren der energetischen Atmosphäre bedeutsam. So kann bei Hektik und beim Vorliegen eines hohen energetischen Erregungspotentials daran erinnert werden, dass Zeit da ist und Ruhe einkehren kann. Da dem diagnostischen Vorgehen eine systemische Herangehensweise zu Grunde liegt, ist eine Betrachtung des

sozialen Umfelds von großer Wichtigkeit. Gleichzeitig kann auch praktische Unterstützung angeboten werden (z.B. bei Isolation oder finanziellen Problemen).

Auch die Paardynamik wird angemessen berücksichtigt. Partnerschaftskonflikte werden oft über das Kind vermittelt. Meist geschieht dies in Verbindung mit einem Rückfall, nach

vorausgegangener Verbesserung des kindlichen Zustands, da sich die angestrebte Ruhe nicht endgültig und stabil einstellen kann. Partnerkonflikte können häufig erst am Ende der gesamten Krisenintervention endgültig diagnostiziert werden, in Verbindung mit diesen kindlichen Rückfällen.

Auch die vegetative Identifikation (konkordante Übertragung) ist im diagnostischen Vorgehen zu finden. Hierbei fühlt die Therapeutin, wie die Betroffene fühlt. Das ist nicht nur ein empathisches mit der Betroffenenensein, sondern fast ein "Verschmelzen" mit den Gefühlen der Betroffenen. Dabei allerdings muss die Therapeutin auch sich selber spüren, um sich von einem zu starken Mitleiden distanzieren zu können und als Therapeutin handlungsfähig zu bleiben. Hilfsangebote können nur durch eine ausreichende Stabilität und Zentrierung der Therapeutin ermöglicht werden.

Die kindliche Seite (körperliche Ebene)

Die Methoden der Beobachtung und der Berührung bilden den Kern der diagnostischen Arbeit. Es gilt, den Augenausdruck, den Blickkontakt, die Bewegungen und das Stillverhalten bzw. die Nahrungsaufnahme zu betrachten.

Auch Verspannungen der Muskulatur werden diagnostiziert.

Durch Berührung wird herausgefunden, wo die körperlichen Verspannungen sitzen, um dann dem Organismus durch Massage und Halt eine bessere Entspannung zu ermöglichen.

Die kindliche Seite (psychische Ebene)

Der Blickkontakt wird als Ausdruck des Kontaktes bzw. der Kontaktstörung betrachtet. Alle kindlichen Reaktionen werden beobachtet. Das Kind wird als eigenständige Person wahrgenommen. Es muss sich gesehen und gehört fühlen. Es wird dann ein Dialog mit dem Kind über Lachen, Geräuschemachen oder direktes Ansprechen aufgebaut.

Bei Schreisequenzen ist das Schreien differenziert zu betrachten (z.B. Wie ist das Schreien? Welche Art Schreien ist es?). Bei älteren Kindern (achter Lebensmonat bis anderthalb Lebensjahre) werden Entwicklungsverzögerungen oder hyperaktives Verhalten durch eine Beobachtung der kindlichen Bewegungen, sowie des Verhaltens aufgespürt (z.B. mangelhaftes Krabbelverhalten, unruhiges Verhalten, nörgeliges, unzufriedenes und ambivalentes Verhalten). Hierbei wird auch die Übertragungsanalyse genutzt.

Die Zustandsdiagnostik der Mutter-Kind-Beziehung

Bei der Zustandsdiagnostik der Mutter-Kind-Beziehung werden Interaktionen zwischen diesen Partnern aufmerksam beobachtet. Dem Blickkontakt zwischen Mutter und Kind wird hierbei große Aufmerksamkeit geschenkt (z.B. ob und wie die Mutter das Kind anschaut). Auch die Körperhaltung der Mutter (z.B. Hingabehaltung) und die Körpersprache des Kindes in Reaktion auf die Mutter werden betrachtet (z.B. ob es der Mutter zugewandt ist). Der gesamte kindliche Körperausdruck (z.B. Hinwendung zur oder Wegbewegung von der Mutter) liefert wichtige diagnostische Informationen. Ebenso wird die Interaktion beim Stillen wahrgenommen.

Alle Berührungen zwischen Mutter und Kind (z.B. unsicher, vorsichtig, haltgebend, zärtlich, pragmatisch) beim Stillen oder Windelnwechseln werden beobachtet. Beim Stillen kann schon interveniert werden, indem die Therapeutin der Mutter eine sichere Körperhaltung zeigt.

Bei größeren Kindern bietet die Kontaktaufnahme bzw. die Hinwendung zur Mutter und der Verlauf der Interaktion wichtige diagnostische Hinweise. Die Reaktionen auf beiden Seiten im Wechselspiel der Interaktion wird hierbei betrachtet.

3.2.4. Die Interventionsarbeit

Die Interventionsarbeit gestaltet sich sehr unterschiedlich und wird den Problemen der Betroffenen adäquat angepasst.

Die diagnostischen Informationen können in den Interventionsprozess zu verschiedenen Zeitpunkten einfließen. Das Setting gestaltet sich meistens zu Dritt (Mutter oder Vater, Kind und Therapeutin). Im Raum sind Matratzen, dadurch hat die Mutter bei Bedarf ein Polster im Rücken.

3.2.4.1. Die Interventionsziele

Die mütterliche Seite

Die betroffenen Frauen können über ihre Gefühle und Probleme sprechen. Ihr beschriebenes Erleben und Handeln wird ohne Wertung angenommen. Sie werden nicht verurteilt oder mit Ratschlägen zugeschüttet. Die Frauen sollen Unterstützung und Halt erfahren. Dann spüren sie wieder mehr Geborgenheit in sich und dieses Gefühl fließt wieder zum Kind. Die Ressourcen sollen aufgetankt und alle Hilfsmöglichkeiten erschlossen werden, um ein Haltesystem zu entwickeln. Jede Frau soll sich verstanden fühlen, egal aus welcher Situation sie kommt, auch bei vorangegangenen gewalttätigen Aktionen gegen das Kind.

Dafür soll ein Raum von Empathie und Halt geschaffen werden. Dies geschieht durch Gespräche in angenehmer Raumatmosphäre, durch Atemübungen und Massagen. Ein Ansteigen des Erregungspotentials im Setting soll verhindert werden, die Übererregung des Kindes soll die Frauen nicht anstecken. Den betroffenen Frauen werden Auswege gezeigt, das eigene Erregungsniveau zu kontrollieren. Viele Frauen müssen zuerst einmal merken, wie erschöpft sie eigentlich sind. Sie kann sich selbst erst besser verstehen, wenn ihr der eigene Zustand bewusst wird. Dann lernt sie besser für sich zu sorgen und kann auf einer tieferen Ebene wieder Kontakt zu sich selbst und auch zum Kind aufnehmen.

Das Hineinwachsen in die Mutterrolle wird positiv unterstützt. Innerhalb dieses Wachstumsprozesses sollen Mütter lernen, sich zu zentrieren und dadurch wieder eine Struktur finden. Es sollen Bindungsangebot an die Betroffene gemacht und die Teile in ihr aktiviert werden, die eine Bindung haben wollen und dazu auch in der Lage sind. Dadurch verbessert sich die Bindungsqualität. Während der Krisenintervention wird zuerst auch die Mutter bemuttert („mothering the mother“). Wenn die Mutter dann wieder gut mit sich selbst verbunden ist bzw. in sich gebunden ist und dort Halt und Festigkeit hat, kann sie diesen Kontakt weitergeben an das Kind. Sie gewinnt dann auch wieder Vertrauen zu sich selbst und Klarheit darüber, was sie als Mutter will und kann sich gegenüber anderen Meinungen, sowie Ratschlägen abgrenzen.

In jedem Fall soll die Festigung eines schlechten Mutter-Ichs verhindert werden. Daher wird zuerst die Bewusstwerdung des schlechten Mutter-Ichs gefördert. Gelingt dieser Prozess, so können die negativen Phantasien besprochen und ein positives Mutter-Ich gestaltet werden.

Das "Minus-Mutter-Konto", welches alle Defizite und das empfundene Versagen enthält, wird im Verlauf der Intervention geringer. Das "Plus-Mutter-Konto" fängt an zu wachsen. Der Leistungsdruck der "überguten" Mutter nimmt ab und die Versagensgefühle fallen zunehmend weg.

Die kindliche Seite

Das Kind soll in Kontakt mit sich selbst und der engen Bezugsperson kommen. Eine angemessene Entspannung soll ermöglicht, und dadurch die Selbstregulation des kindlichen Organismus anregt werden. Verbunden mit diesem Prozess ist ein Rückgang der Symptome. Das Schreiverhalten soll quantitativ und qualitativ positiv beeinflusst werden. Probleme bei der Nahrungsaufnahme und Schlafstörungen sollen reduziert werden.

3.2.4.2. Das Vorgehen während der Intervention

Die Mütterliche Seite

Zunächst ist es wichtig, die Frau reden zu lassen und darauf hinzuweisen, dass genügend Zeit da ist und sie sich nicht hetzen muss. Das Erregungsniveau wird von Anfang an beachtet und ein Bewusstwerdungsprozess bei der Frau dafür angeregt. Die Betroffene wird wiederholt zur Ruhe und Entspannung aufgefordert. Die Fähigkeit zur Entspannung wird eingeübt. Ruhe kann auch über eine entsprechende Sprechgestaltung (z.B. ruhiger Tonfall, Atempause), sowie über eine angenehme Atmosphäre geschaffen werden.

Wenn das Erzähltempo der Betroffenen ruhiger wird, verändert sich auch die Art und Weise des Erzählens und Gefühlen kann mehr Raum gegeben werden.

Beim Nachfragen der Therapeutin zum Zustand der Frau werden negative Worte (z.B. Traumata) vermieden, um den Mutterperfektionismus nicht zusätzlich anzutreiben. Auch auf das Verwenden

von Fachvokabular wird bewusst verzichtet.

Die Betroffenen werden angeregt, sich mit sich selbst zu beschäftigen. Hier zeigen sich häufig die folgenden hartnäckigen Widerstände: "Wieso, ich bin doch wegen dem Kind hier und nicht meinetwegen?" oder "Es ist unmöglich, sich mit mir zu beschäftigen.", sowie "Fass mich nicht an, ich bin zu erschöpft." und „Es gibt für mich keine Möglichkeit zu entspannen.". Die Aufforderung zur Selbstbeschäftigung wird daher empathisch, aber leicht provozierend bzw. anregend. Diese Widerstände werden vorsichtig bewusst gemacht und nicht mit Gewalt gebrochen. Gemeinsam mit der Mutter wird dann ein individueller Weg des Umgangs damit gefunden. Ziel ist es, dass die Frau selbst diese Mechanismen erkennt und sie durchbrechen lernt. Die Reflexion der schwierigen Mechanismen ist meist erst nach fünf bis sechs Sitzungen möglich.

Im Umgang mit der Betroffenen achtet Paula Diederichs auf die „Gegenübertragungsfalle“. Das Ausagieren eigener Aggressionen und harte Konfrontationen werden somit vermieden. Andernfalls würden große Enttäuschung und das Erfahren von mangelhafter Unterstützung die Folge sein. Eine zu harte und direkte Konfrontation könnte auch als Angriff oder destruktive Kritik empfunden werden.

Ein wiederholter Appell an gute Mutteranteile bei der Betroffenen ist meistens erforderlich. Gleichzeitig fungiert die Therapeutin als gute Mutter für die Betroffene. Sie nimmt als gute Mutter Kontakt auf und unterstützt das Bild von der guten Mutter bei den Betroffenen.

Die Therapeutin darf sich keinesfalls in die schlechten Mutter-Energien oder die Versagens-, sowie Misstrauensaspekte verwickeln lassen. Daher geht die Therapeutin zentriert in die Interventionsstunde und arbeitet kontinuierlich an ihrer eigenen Atmung, um die Zentrierung zu bewahren und die Gegenübertragungsfalle zu umgehen.

Die Therapeutin muss also selbst Zentrierung, Halt, sowie Sicherheit besitzen und ausstrahlen, selbst wenn sie ein starkes Misstrauen oder eine körperliche Abweisung seitens der Betroffenen spürt.

Allmählich erfahren die betroffenen Frauen, dass es einen Raum für sie gibt, in dem sie auftanken können. Der bedrohliche Charakter der Situation wird gebannt.

Dann kann eine differenzierte Selbstwahrnehmung entstehen und wieder eine differenzierte Wahrnehmung des Kindes erfolgen. Die Betroffenen gewinnen ihre Deutungskompetenz gegenüber dem kindlichen Schreien zurück und finden wieder Gründe für das kindliche Schreien.

Die Therapeutin ist bemüht, der Mutter Halt zu geben. Durch eine gelungene Haltarbeit fühlt sich die Mutter dann wieder als Mensch, mit all ihren Gefühlen wahrgenommen. Es verändert sich dann auch die Problemsicht. Einige Konfliktpunkte können sich in Ausmaß und Bedeutung relativieren. In diesem Zusammenhang werden eigene Ressourcen und Kontrollkompetenzen angeregt. So kann wieder Hoffnung entstehen und die Betroffene kann sich wieder als ganzheitliche Person akzeptieren. Die Mutter spürt dann wieder ihre Liebe und die Bindung zum Kind kann sich verbessern. In fast jeder Interventionseinheit erfolgt ebenfalls ein Appell an die Bindung der Mutter zu sich selbst. Auch dieser Mechanismus muss regelrecht eingeübt werden.

Auf die Bedeutung des Entspannungsaspektes auf mütterlicher und kindlicher Seite wird wiederholt hingewiesen. An einer optimalen Entspannung wird dann intensiv gearbeitet. Die Mutter braucht diese organismische Erfahrung für sich selbst und für den Kontakt zu dem Kind. Sie lernt durch eine körperliche Erfahrung ihre eigene Verspannung kennen und erfährt ihren aktuellen körperlichen Zustand. Nachdem sie das gespürt hat, kann sie den Zustand des Kindes nachvollziehen. Sie verfügt dann über ein größeres Maß an Empathie für das Kind. Die Therapeutin gibt viele Anleitungen und Tipps zur Förderung der Entspannung von Mutter und Kind. Die Entspannung wird aktiv durch Atemübungen und Massagen durchgeführt. Es werden auch Übungen für den Alltag mit nach Hause gegeben. Durch Erdungsübungen kann der mütterliche Zentrierungsprozess unterstützt werden.

Beim gemeinsamen Erfahren einer Schreisequenz fühlt sich die betroffene Mutter ernstgenommen und verstanden, wenn sie unter anderem die Anstrengung der Fachfrau wahrnimmt.

Das Handeln (z.B. Massagetechniken) der Therapeutin ist nachvollziehbar und die Betroffenen werden zum Mitlernen angeregt. Bei gleichzeitiger Massage von Mutter und Kind ist die

Therapeutin gute Mutter für beide. Dadurch wird auch die Konkurrenzsituation gebannt. Es ist wichtig, die Autonomiebestrebungen des Kindes der Mutter bewusst zu machen und diese zu unterstützen. Mutter und Kind müssen sich gleichermaßen Raum schaffen können. Dies erfahren sie während der Intervention durch die Ausbreitung mit den Armen, wobei sie die Erfahrung machen, dass sie beide Platz innerhalb des gleichen Raumes haben. Die Verarbeitung negativer Geburtserfahrungen bilden häufig einen wesentlichen Kern der Krisenintervention. Meist ergeben sich hierzu keine Spontanberichte seitens der Betroffenen. Traumatische Geburtserfahrungen werden durch ein gezieltes, aber vorsichtiges Nachfragen der Therapeutin thematisiert. Die betroffenen Mütter reden nicht von selbst darüber, da sie mit diesen Erlebnissen meist Schamgefühle und Selbstvorwürfe verbinden. Nicht selten werden solche Erlebnisse verdrängt.

Das Durcharbeiten dieser traumatischen Erfahrungen ermöglicht einen Zugang zu den, damit verbunden Gefühlen und fördert den Abbau von Versagensgefühlen. Bei verschiedenen Problemkonstellationen wird eine beratende Hilfestellung oder praktische Unterstützung angeboten. So kann bei sozialer Isolierung der Kontakt zu anderen Gruppen (z.B. Krabbelgruppe) hergestellt werden oder bei finanziellen Nöten über eine entsprechende Sozialhilfe informiert werden. Bei zunehmender häuslicher Belastung mit dem Beantragen einer Mutter-Kind-Kur schon eine notwendige Unterstützung eingeleitet werden.

Bei alleinerziehenden Müttern gibt es besonders erschwerende Aspekte zu beachten. Diese Frauen sind auf sich alleine gestellt und müssen alle anstehenden Probleme selbständig bewältigen. Häufig leiden sie noch unter einem unverarbeiteten Trennungstrauma. Daher muss die Therapeutin bei alleinerziehenden Müttern noch stärker als Haltesystem fungieren, diese Frauen haben oft viele enttäuschende Erfahrungen gemacht. Ihre Erwartungen an Halt und Fürsorge sind meist enttäuscht worden. Die Therapeutin fungiert manchmal auch als "Ersatzpartner", damit die Frauen mit ihren Sorgen und Unsicherheiten in Beziehungsfragen aufgefangen werden. Alleinerziehende Mütter wollen oft nach der siebten oder achten Sitzung aufhören, in der Hoffnung, dass sie in Notsituationen wieder zurück kommen können, um wieder Hilfe zu bekommen. Sie wollen sich die restlichen Sitzungen für den Notfall aufsparen, wenn erneut Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung oder Haltlosigkeit einsetzen. Durch diese Möglichkeit wird den alleinerziehenden Müttern ein imaginäres Haltesystem ermöglicht.

Eine zentrale Aufgabe bei allen Frauen ist die konstruktive Gestaltung des Umgang mit allgemeinen Frustrationen. Zuerst werden die üblichen Reaktionen auf frustrierende Situationen erfragt und bewusst gemacht. Meist wird eine Differenz zwischen den Wunschvorstellungen über Mutterschaft und realer Erfahrung bei der Alltagsbewältigung als Mutter deutlich. Zusätzlich sind oft die gebräuchlichen Verarbeitungsstrategien bei der Problembewältigung inadäquat. Hier wird dann über die Diskrepanz zwischen Erwartung und Wirklichkeit gesprochen, sowie gemeinsam nach angemessenen Coping-Strategien gesucht. Durch dieses Vorgehen kann das aktuelle Erschöpfungssyndrom reduziert werden und bei einem langfristigen Veränderungseffekt auch eine Stressprophylaxe erzielt werden.

Werden alle anstehenden Probleme kontinuierlich Stück für Stück abgearbeitet, so stellt sich eine allmähliche Veränderung ein. Dies ist häufig der Fall bei Frauen, die heftig in ihre Versagensgefühle verstrickt sind. Es können sich aber auch durchschlagende Veränderungen zeigen. Alle Veränderungen werden bei der weiteren Gestaltung der Intervention berücksichtigt. Daher findet in jeder Sitzung eine gemeinsame Reflexion der vergangenen Woche statt. Dabei berichtet die betroffene Mutter, was sich seit der letzten Interventionseinheit verändert hat. Die Therapeutin achtet bewusst auf alle sich einstellenden Veränderungen. Dazu gehört auch eine veränderte Körperhaltung oder ein veränderter sprachlicher Ausdruck.

Für das Gelingen der Intervention muss zwischen der Therapeutin und der Betroffenen eine stabile Bindung aufgebaut werden. Dadurch wird eine konstruktive Kritik und eine angemessene

Gestaltung der Problembearbeitung erst möglich. Die Beziehung zwischen Therapeutin und Mutter gestaltet sich über Empathie und Unterstützung. Ein zu direktives Vorgehen wird hierbei meist vermieden.

Durch die Erfahrung der Mutterschaft sind viele Frauen sehr offen und zeigen große Bereitschaft eine Vertrautheit herzustellen. Durch die körperliche Erfahrung von Schwangerschaft und Geburt als Neuanfang ist ein Vertrauensvorschub gegeben, der in der Intervention noch verstärkt wird. Ein Vertrauensverhältnis kann sich so leichter einstellen. Jeder Körperkontakt mit der Betroffenen wird nur ganz vorsichtig und behutsam gestaltet, bei gleichzeitigen Reflexionen über das körperliche Erleben. Dieses Vorgehen festigt das Vertrauensverhältnis, welches für einen guten Verlauf der Krisenintervention fundamental ist.

Die kindliche Seite

Durch verschiedene Massageformen kann eine positive Entwicklung wieder angeregt werden. Durch Massage wird der Organismus unterstützt, den Weg in die Entspannung zu finden. Die Selbstregulation wird dann bei erfolgreicher Entspannung angeregt. Ein sanftes, nicht brachiales Kontaktangebot der Therapeutin an das Kind durch Ansprechen oder Ansehen ist hierbei eine wichtige Voraussetzung. Beim Begleiten einer Schreisequenz, werden gleichzeitig Verspannungen gelöst und der Ausatmungssequenz ein größerer Raum gegeben. Die Therapeutin geht auch dabei vorsichtig auf das Kind ein und nimmt das Schreien an (z.B. "Was willst Du mir jetzt damit sagen?").

Bei älteren Kindern (siebter bis achter Lebensmonat) wird eine andere Form der Arbeit gewählt. Der Kontaktaufbau über den Körper erfolgt durch eine intensivere, stärkere Massage vom Schädel bis zu den Füßen. Diese Methode soll dem Körper helfen in eine Zentrierung zu finden. Die Zahnbildung bei den älteren Kindern führt oft zu einer latent aggressiven Stimmung. Hierbei ist die Selbstumarmungstechnik aus der Babymassage bei Mutter und Kind angemessen und effektiv.

Dadurch werden auch Autonomiebestrebungen des Kleinkindes unterstützt.

Erfolge werden bei allen Kindern durch eine Abnahme der Verkrampfungen und Verspannungen erzielt. Dies ist meist mit der Abnahme der Schreisequenzen und einer Verbesserung des kindlichen Wohlbefindens verbunden.

3.2.5 Die präventiven Aspekte der Krisenintervention

3.2.5.1. Der Präventivgedanke

Durch eine verbesserte Öffentlichkeitsarbeit können Eltern mit Schreibabies früher erreicht werden und so eine Manifestierung des Problems verhindert werden. So sollte in Schwangerenkursen vorsichtig auf mögliche Problemsituationen hingewiesen und über die entsprechenden Hilfsangebote aufgeklärt werden.

Allgemein sollten Lebenskrisen thematisiert und nicht tabuisiert werden. Dabei ist es notwendig, das in Krisen enthaltene Wachstumspotential hervorzuheben. Ein ressourcenorientiertes Denken kann dadurch gefestigt werden.

Krisen gehören zum Leben und sind nicht so einfach zu berechnen. Der entscheidende Aspekt ist die Frage nach einem adäquaten Umgang mit den jeweiligen Problemen.

3.2.5.2. Die mütterliche Seite

Den betroffenen Frauen wird in ihrer aktuellen Krisensituation ein Ausweg gezeigt. Sie erleben Entlastung und Unterstützung. Dadurch kann die Entwicklung einer stabilen und guten Beziehung zwischen Eltern und Kind langfristig angeregt werden.

Auch die Paardynamik der Eltern kann positiv gestaltet und Partnerschaftskonflikte bewältigt werden.

Oft wird zum Nachdenken über das Kind angeregt, so dass das Kind als eine Persönlichkeit gesehen und nicht als Erziehungsprodukt behandelt wird.

3.2.5.3. Die kindliche Seite

Durch eine rechtzeitige Hilfe erfährt das Kind eine Neurosenprophylaxe, da durch diese frühe Unterstützung eine Chronifizierung vermieden wird. Die Entwicklung hyperaktiver Verhaltensweisen kann rechtzeitig reduziert oder vermieden werden. Auch die Entstehung persönlicher Defizite kann verringert und die Entwicklung eines Kernselbst gefördert werden.

Ein dringendes Anliegen der Krisenintervention ist die Gewaltprophylaxe. Aggressive Impulsdurchbrüche und gewalttätige Übergriffe verzweifelter Eltern auf das Kind werden verhindert. Die psychische und körperliche Unversehrtheit der Kinder kann dadurch unterstützt und eine optimale Entwicklung gefördert werden.

3.3. Die Reflexion der Arbeit in der Schreibbabyambulanz (Bilanz, Kritik, Wünsche)

Frau Diederichs beschreibt den Beginn ihrer Arbeit vor fünf Jahren als einen Sprung ins kalte Wasser, verbunden mit vielen Risiken. Seither hat sie viel gelernt und ist zunehmend sicherer geworden. Jetzt hat sie viel Spaß bei der Arbeit und empfindet eine große Befriedigung.

Im Arbeitsprozess erlebt sie wegen des wachsenden Erfahrungsschatzes einen ständigen Zuwachs an Ruhe und Selbstvertrauen. Ihre Bilanz ist daher sehr positiv.

Die derzeitige Arbeit ist in vielen Punkten noch auszubauen. Der Schreibabythematik wird in schulmedizinischen Kreisen immer noch mit Ignoranz, Leugnung und Bagatellisierung begegnet. Hier gilt es, die Öffentlichkeitsarbeit zu intensivieren, um einen höheren Grad an Bewußtheit und Akzeptanz zu vermitteln.

Ein weiteres Ziel sollte eine Verbesserung der psychologischen Versorgung in der Schwangerschaft sein. Hier sollte eine besonders differenzierte Aufklärung über das Krisenpotential in Umbruchsituationen erfolgen, sowie über angemessene Hilfsangebote informiert werden. Weiterhin ist bei Geburtskomplikationen eine geregelte psychologische Versorgung der Frauen wünschenswert.

Daher ist ein Fortbildungsangebot für alle professionellen Helfer, die mit Eltern und Säuglingen arbeiten, notwendig.

Die Fortbildungsprogramme sollten sich an verschiedene Berufsgruppen richten (z.B. Hebammen, Ärzte, Sozialarbeiter). Der Inhalt der Fortbildung sollte eine ausführliche Information über das Schreibabysyndrom und die Arbeit der Schreibbabyambulanz sein. Eine differenzierte fachliche Auskunft über Interventionsmöglichkeiten, verbunden mit praktischen Anleitungen sollte einen geeigneten Umgang mit dem Schreibabysyndrom ermöglichen.

So kann die Hilflosigkeit des Fachpersonals überwunden und ein Umdenken angeregt werden. Das Alleinsein und die Hilflosigkeit betroffener Eltern kann dadurch vermieden und eine angemessene Unterstützung gewährleistet werden.

Zukünftig sind noch weitere strukturelle Verbesserungen durchzusetzen. So ist die Raumgestaltung zu optimieren und für eine Erweiterung des zeitlichen Rahmens zu sorgen. Die finanzielle Absicherung sollte verbessert werden, um den bisherigen Qualitätsstandard zu sichern und auszubauen. Die Schaffung einer zentralen Beratungsstelle mit Krisentelefon ist dringend erforderlich. Damit ist zwangsläufig eine angemessene Personalaufstockung verbunden.

Es sollten auch Möglichkeiten geschaffen werden, den Betroffenen nach Beendigung der Krisenintervention für den Notfall (z.B. in anderen kindlichen Entwicklungsetappen mit großem Stresspotential) weitere Sitzungen anbieten zu können.

Auch die Vernetzung zwischen allen professionellen Hilfsangeboten, die sich mit dieser Entwicklungsphase auseinandersetzen, sollte weiter optimiert werden.

Bisher besteht eine Vernetzung mit einigen Erziehungs- und Familienberatungsstellen, einem Jugendamt, sowie zu einigen Kinderärzten und Hebammen. Ein Ausbau dieser Zusammenarbeit ist dringend notwendig und wünschenswert. Weiterhin ist eine Erweiterung dieser Vernetzung durch Kontakte mit Krankenhäusern, Geburtshäusern und freipraktizierenden Hebammen erforderlich. Das gesamte öffentliche psychologische, sozialarbeiterische und medizinische Versorgungsnetz

sollte flächendeckend ausgebaut werden.

Zur Förderung einer solchen Zusammenarbeit muss das Problem und die eigene Arbeit im gesamtgesellschaftlichem Diskurs präsenter werden. Es sollten daher mehr Informationen an die Öffentlichkeit herangetragen werden.

4. Das methodische Vorgehen beim Erarbeiten der Evaluationsstudie

4.1. Die Zielorientierung

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Evaluation der Krisenintervention der Schreibabyambulanz. Die Bewertung dieser Interventionsarbeit, sowie die Beurteilung von Kurz- und Langzeiteffekten basiert auf den Aussagen von sechs Nutzerinnen. Die betroffenen Frauen wurden nach einem Zufallsprinzip ausgewählt. In der psychologischen Diplomarbeit von Jule Dräger und Christian Werner wurde der Therapieverlauf dieser Nutzerinnen auf Video aufgezeichnet und im Sinne einer begleitenden Evaluationsarbeit wissenschaftlich ausgewertet. Mit der vorliegenden Arbeit erfolgt eine summative Evaluation, in der retrospektiv der gesamte Entwicklungsprozess betrachtet und einer wissenschaftlichen Auswertung zugänglich gemacht wird.

Auch die Interventionsarbeit selbst wird in dieser Arbeit vorgestellt. Die Beschreibung der Krisenintervention wurde auf der Grundlage eines Experteninterviews mit Paula Diederichs erarbeitet.

4.2. Das Experteninterview

In dem Experteninterview wurde Paula Diederichs zum Anliegen und Vorgehen ihrer Arbeit befragt. Dabei wurden hauptsächlich die Bereiche Diagnostik, Intervention und Prävention auf der mütterlichen und kindlichen Seite betrachtet.

Das Interview orientierte sich an einem umfangreichen Leitfaden, der die genannten Themenkomplexe beinhaltet. Das Interview wurde auf ein Tonband aufgezeichnet und im Anschluss teilweise verschriftet und ausgewertet.

4.3. Die Betroffeneninterviews

Die sechs Frauen wurden in problemzentrierten Einzelinterviews zum Erleben der Krise und der Krisenintervention befragt. Die Interviewarbeit wurde auf der Grundlage eines teilstrukturierten Leitfadens gestaltet.

Der Leitfaden umfasst die folgenden drei Zeitebenen:

- Zeitebene: Zeit der Schwangerschaft und Geburt, Zeitraum der Krisenentwicklung bis Interventionsbeginn
- Zeitebene: Zeitraum der gesamten Krisenintervention
- Zeitebene: Zeitraum vom Interventionsende bis zum Interviewtermin

Folgende Themenkomplexe wurden den Zeitebenen entsprechend untersucht:

- das Erleben von Schwangerschaft und Geburt
- körperliche Veränderungen (* = vor, während und nach der Intervention)
- emotionales Befinden (*)
- Einstellung zur Mutterschaft und Vorstellungen von Erziehung (*)
- Bewältigungsstrategien (*)
- soziale Beziehungen (Kind, Partner, Eltern, Freunde) (*)
- Verhalten des Kindes (schlafen, schreien, Nahrungsaufnahme) (*)
- Entwicklung des Kindes (*)
- Beschreibung der akuten Krise und Kontaktaufnahme mit der Schreibabyambulanz
- Erfahrungen mit anderen Hilfsangeboten
- Vorstellungen und Erwartungen von der Krisenintervention
- eigene Ziele vor Interventionsbeginn
- veränderungsforcierendes Verhalten (Elemente der Interventionsarbeit)
- besonders wohltuende und effektive Aspekte der Interventionsarbeit
- Kritik, Lob und Verbesserungsvorschläge
- Einschätzung der Langzeiteffekte (Vorhandensein, Ursache)

- Empfehlungen für andere Betroffene

Fünf der sechs Frauen wurden zur Durchführung der Interviews in ihrem häuslichen Umfeld aufgesucht, die sechste Frau entschied sich für das Aufsuchen der Interviewerin. Zwischen dem Interventionsende und dem Interviewtermin lag ein Zeitraum von 14 bis 30 Wochen.

Die Interviews wurden auf ein Tonbandgerät aufgezeichnet und danach vollständig verschriftet (transkribiert).

Die Transkriptionen der Interviews bilden den Kern dieser Arbeit. Diese Texte wurden einzeln und vergleichend ausgewertet, sowie in den Einzelfallbeschreibungen zusammengefasst. Die Auswertung der Interviews basiert auf der Methode des Zirkulären Dekonstruierens nach Jaeggi, Faas & Mruck (1998). Diese Methode beinhaltet eine vielschichtige Textanalyse. Dadurch wird eine intensive Auseinandersetzung mit komplexen Entwicklungsprozessen und individuellen Erfahrungen ermöglicht.

5. Die Fallbeschreibungen

5.1. Frau A

„Weil kleine Babies schlafen ja sowieso den ganzen Tag. -Ach diesen Menschen, der dieses Gerücht in die Welt gesetzt hat, den würde ich am liebsten persönlich erwürgen. Und da geh‘ ich auch gerne 20 Jahre für in Knast. Weil (lacht laut) das war es, was ich erwartet habe, dass kleine Kinder so um die 18 Stunden am Tag pennen. Ja Pustekuchen.“ (486-490)

5.1.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau A)

Abgesehen von einer Übelkeit bis zum dritten Schwangerschaftsmonat, erlebte Frau A eine problemlose Schwangerschaft. Sie hatte eine bejahende Einstellung zum Kind, verbunden mit viel Vorfreude. Das Geburtserlebnis reflektiert sie ebenfalls positiv. Medizinische Komplikationen gab es nicht.

„Darum hab‘ ich nicht damit gerechnet, dass so‘n Stress danach kommt. Weil die Schwangerschaft lief super und die Geburt lief super.“ (9-12)

Unmittelbar nach der Geburt stellten sich massive Stillprobleme ein, die nicht adäquat bewältigt werden konnten. Auf Grund einer Hebammenbehauptung, dass es mit dem Stillen klappen würde, wenn sie ihr Kind nur oft genug anlegen würde, bemühte sie sich immer wieder.

„Da hatten wir dann wirklich solche zehn-Stunden-Stillmarathons so in‘ner Nacht. Und das war natürlich der Horror. Und dis is aber trotzdem nicht einfach nur so gesprudelt.“ (41-43)

Zwei Wochen nach der Geburt stellten sich beim Kind ein massives Schreiverhalten, verbunden mit einer zunehmenden Schlafstörung ein. Das Kind schrie fast ununterbrochen und legte nur noch kurze Schlafphasen ein. Durch dieses Problem erlebte Frau A eine starke Verunsicherung und verlor zunehmend jegliche Struktur in ihrem Tagesablauf.

„..., dass wirklich so manche Tage hatte, da konnte ich nichts machen. Ich konnte nicht äh auf Klo gehen, ich konnte nicht mal irgendwie ein Telefonat machen, ich konnte nicht Kartoffeln schälen, ich konnte gar nichts. Ich konnte nur, ich konnte sowieso nicht schlafen, ich konnte nur K(A) abwechselnd stillen, draußen rumschieben oder zu Hause irgendwie... rumtragen und das Kind beruhigen. Und ich konnte ihn halt nicht mehr beruhigen, weil ich selber nicht mehr ruhig war. Das war natürlich so ein Teufelskreis.“ (115-121)

Verschiedene Halte- und Lagerungsversuche, eine medizinische Teegabe und die Verabreichung homöopathischer Mittel zeigten keinen Erfolg. Ihre Hebamme war selber ratlos und die Konsultation eines Kinderarztes frustrierte nur zusätzlich, da er nur an eine Durchhaltetaktik appellierte. Alle Lösungsstrategien versagten und die verschiedenen Ratgeber steigerten nur die Verwirrung. Als besonders belastend empfand sie die lange Abwesenheit des Ehemannes wegen einer Dienstreise an einen weit entfernten Ort.

„Also für mich war so‘n bisschen das Problem, dass ich mich mit dieser Verantwortung sehr alleine fühlte... Ich fühlte mich davon einfach überfordert.“ (272-273; 286)

Ihre Mutter und ihre Schwiegermutter gaben ihr zwar abwechselnd eine praktische Unterstützung, konnten sie jedoch emotional nicht auffangen.

Aus dem Freundeskreis zog sie sich zunehmend wegen des Schreiverhaltens des Kindes zurück.

„Und ich fühlte mich da teilweise schon so‘n bisschen wie in Iso-Haft.“ (293-294)

Zu dieser Zeit hatte sie dennoch den Anspruch, das Problem alleine zu bewältigen, da sie in ihrem bisherigen Leben alle Probleme alleine meistern konnte und sich dem, in der Gesellschaft propagierten Mutterperfektionismus noch nicht entziehen konnte.

„..., da hab‘ ich immer noch gedacht, ich muss das alles alleine hinkriegen. Und das ist sicherlich auch das Frauenbild, was das so reinspielt aus der Werbung und so. Die Superpowerfrau heutzutage, die schmeisst das alles ohne Probleme und immer noch mit einem Lächeln im Gesicht und gut durchtrainiert und wach und fröhlich.“ (302-305)

Dem gegenüber stand allerdings ihr tatsächliches emotionales Erleben und körperliches Befinden. Ihr Überforderungserleben äußerte sich in emotionaler Labilisierung und depressiven Verstimmung, verbunden mit Hilflosigkeit und Verunsicherung in ihrer Mutterrolle durch den

Stillmythos und das Mutterbild in den Medien. Häufig erlebte sie Versagensängste und Selbstzweifel. Sie fühlte sich selber wie ein Kind, was körperlichen Halt, Unterstützung und Zuwendung braucht. Auf die aktuelle Problematik fühlte sie sich total unvorbereitet. Sie entwickelte ein starkes Ruhebedürfnis, welches nicht befriedigt werden konnte. Sie litt unter einer massiven Störung des Schlafrhythmus, sowie einem Schlafentzug, verbunden mit fortschreitender Erschöpfung und Unruhe. Es stellten sich Schmerzen in der Wirbelsäule ein, die zu einer stressbedingten Bewegungseinschränkung führten. In dieser Zeit erlebte sie auch aggressive Gefühle.

„... natürlich gab es auch teilweise Aggressionen..., dass du halt denkst: -Also ich will jetzt nicht mehr, ich will jetzt meine Ruhe haben und dafür ist mir alles recht.- Also ich bin nicht gewalttätig geworden ihm gegenüber, aber ich kenne dieses Gefühl durchaus,...“ (234-237)

Die Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität konnte sie zu diesem Zeitpunkt nicht angemessen reflektieren. Sie reduzierte das Problem auf das Schreiverhalten des Kindes und suchte sehr bald die Schreibambulanz auf, damit dem Kind geholfen wird.

5.1.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau A)

Nach der vierten oder fünften Sitzung in der Schreibambulanz erlebte Frau A eine körperliche Krise, in der sie die massive Erschöpfung bewusst wahrnehmen konnte.

„Da konnte ich mich einfach nicht mehr bewegen. Das war dann wirklich das letzte Signal meines Körpers, jetzt ist mal wirklich ‘ne Ruhepause angesagt.“ (369-371)

Von diesem Zeitpunkt an stellte sich ein tieferes Verständnis für ihr eigenes Erleben, sowie eine Korrektur der Ansprüche an die Mutterrolle ein.

„Das war dann im Prinzip wahrscheinlich so der Auslöser, dass ich es mir dann erst eingestanden habe: -Okay, erstens ich hab‘ ein Problem und zweitens ich darf ein Problem haben. Ich muss nicht immer stark sein oder ich muss nicht immer alles schaffen.-“ (382-384)

Angeregt wurde dieser Entwicklungsprozess durch die Krisenintervention.

„Und da war Paula diejenige, die zu mir gesagt hat: -Du musst mal ein bisschen auf Dich aufpassen!-..., da hat sich dann so eine Alarmglocke bei mir gemeldet, dass auch meine Kräfte begrenzt sind.“ (388-390)

Sie war jetzt in der Lage, neue Lösungsstrategien zu finden und auszuprobieren. Sie nahm dann Kontakt zu ihrem Freundeskreis auf und forderte Hilfe und Unterstützung ein.

„-Leute ich brauch‘ Hilfe, ich pack‘ das nicht mehr.- Und dann eben so gesagt: -Du gehst spazieren mit ihm, du gehst einkaufen, du kochst für mich und ich bin jetzt mal hier zwei Tage wirklich so wenig zuständig wie möglich.-“ (295-298)

Sie fasste als nächstes den Entschluss abzustellen. Mit dieser Entscheidung hatte sie das Gefühl, eine eigenverantwortliche und richtige Entscheidung für sich und das Kind getroffen zu haben. Sie wurde während der Krisenintervention in diesem Entschluss bestärkt. Dem Kind ging es unmittelbar danach besser. Es fand in der Nacht Ruhe und schlief durch. Das Schreiverhalten normalisierte sich ebenfalls.

„Also es ist das erste Mal, dass ich ‘ne selbstverantwortliche Entscheidung getroffen habe. Vorher immer nur so, ja das macht man so, das macht man so, A sagt dieses, B sagt jenes, das Buch sagt das und der Arzt meint so... Und du selber jonglierst irgendwie mit den ganzen Sachen und das war dann das erste Mal, wo ich sagte: -Okay, du bist seine Mutter und ich übernehme jetzt für mich und für ihn die Verantwortung und wir machen das jetzt so.- Und es wurde besser und das ist natürlich auch ein gutes Gefühl.“ (446-451)

Danach nahm sie langsam ihre berufliche Tätigkeit wieder auf. Auch bei dieser Entscheidungsfindung wurde sie durch Zusprache in der Krisenintervention unterstützt. Sie erlebte hierbei viel Freude und das Gefühl wieder in ein normales Leben zurückzu- kehren.

„Das war schon so‘n Prozess, dass ich von der totalen Aufgelöstheit und von dem absoluten Ausnahmezustand, das war ja wie ein Erdbeben, dass ich so im Laufe der Intervention wieder so meine Füße auf die Erde gekriegt habe.“ (503-505)

Bei ihrem Mann suchte sie nun auch mehr Unterstützung und machte ihm gegenüber ihre eigenen Bedürfnisse deutlich.

Das Kind wurde während der Interventionszeit wesentlich entspannter und gelöster. Für Frau A wurde ein deutliches Wahrnehmen der Umwelt durch das Kind sichtbar. Das Kind entwickelte sich gut und der Mutter-Kind-Kontakt entwickelte sich deutlich positiv.

Frau A erlebte in dieser Zeit eine massive Verbesserung ihres emotionalen Wohlbefindens. Sie erfuhr eine Entlastung und Stressreduktion. Sie war nun in der Lage, Hilfewünsche zu äussern und Unterstützung anzunehmen.

„Sich eben aus diesem Zwanghaften zu lösen, dass man immer alles alleine schaffen muss... das war schon ein richtiges Schlüsselerlebnis.“ (515-518)

Ihre Spannungszustände lösten sich und sie konnte wieder Freude empfinden, Entscheidungen treffen und fühlte sich handlungsfähiger. Am Ende der Interventionszeit empfand sie eine große Befriedigung und fühlte sich allen zukünftigen Problemen besser gewachsen.

5.1.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau A)

Langfristig hatte sie keine weiteren körperlichen Beschwerden und ihr emotionaler Zustand blieb stabil. Sie fand wieder Halt in sich selbst und empfand eine größere Sicherheit in ihrer Mutterrolle. Besonders positiv erlebte sie die gelungene Integration von Mutterrolle und beruflicher Entwicklung in ihrem Alltag.

„Jetzt geht es mir wieder so richtig gut... Und jetzt nicht, weil, weil ich wieder arbeite in erster Linie, sondern weil ich mich jetzt wieder so'n bisschen integrierter fühle, so ganzheitlicher... Und da hat Paula sicherlich viel dazu beigetragen, einfach weil sie uns damals aufgefangen hat. Ich weiß nicht, wie es weitergegangen wäre, wenn wir diesen Halt nicht gehabt hätten.“ (710-713, 717-719)

Die Symptome des Kindes zeigten eine konstante Verbesserung und das Kind entwickelte sich weiterhin gut. Auch der Kontakt zwischen ihr und dem Kind entwickelte sich zunehmend positiv.

„Wenn du dich eigentlich von deinem Kind völlig überfordert fühlst und eigentlich nur gestresst und genervt bist, und du hast keine Hilfe, dann kannst du natürlich auch kein liebevolles Verhältnis entwickeln. Und da denk' ich, hat Paula schon einen enormen Einfluss gehabt.“ (878-881)

Sie reflektiert die erfahrene Krisenintervention deutlich positiv, da ihr und dem Kind akut und langfristig geholfen werden konnte. An ihr bemerkte sie eine Bewusstseins- und Einstellungsänderung, die eine Entlastung und eine ressourcenorientierte Verbesserung der Lebensqualität bewirkten. Sie wurde in der Intervention emotional aufgefangen und hat dort Halt, sowie Geborgenheit erfahren. Gleichzeitig wurde ihre Eigenaktivität gefördert und ihre Selbsterkenntnis angeregt. Diese Effekte sieht sie im Zusammenhang mit dem Vorgehen der Fachfrau. Diese verstand es, ihr Geborgenheit und Nestwärme, sowie Unterstützung und Halt zu geben. Sie vermittelte einen Raum, in dem Frau A besser loslassen konnte. Ihr Problembewusstsein wurde ohne eine Bevormundung durch die Fachfrau angeregt.

„... sie hat sich nicht hingestellt und gesagt: -So, das machst du jetzt so oder so. Das ist richtig und das ist falsch.- Sondern sie hat uns eigentlich den Raum gegeben, also uns beiden, mir und dem Kind, einfach mal loszulassen und wirklich zu sagen: -Wie sieht's denn aus?- Ja, es war so'ne Zuflucht, wie wahrscheinlich so'n Teil von diesem Nest, was ich da so vermisst habe, so'ne Geborgenheit...“ (594-599)

Auch der Umgang mit dem Kind während der Krisenintervention wurde als positiv erlebt. Dazu gehörte das angemessene Tragen und Halten des Kindes durch die Fachfrau. Auch das Singen von Tönen hatte einen positiven Einfluss auf das Kind.

„Es hat ihm sicherlich gut getan, wenn wir zusammen bei Paula waren und sie ihn eben gehalten hat und getragen hat und so Töne gesungen hat. Dann wurde er ruhiger...“ (583-585)

Auch die Körperarbeit, die sie selbst erfuhr, wurde als therapeutisch wirksam eingeschätzt.

„Sie arbeitete ja nun sehr viel mit der körperlichen Methode, sprich eben einfach mal nur halten und/oder massieren und das hat mir sicherlich sehr gut getan.“ (463-465)

Insgesamt erlebte sie in der Krisenintervention eine angemessene Unterstützung und kann sie allen Betroffenen empfehlen.

„Also wenn jemand ein Schreibaby hat, natürlich, würd‘ ich sofort dahin schicken.“ (901)

Anmerkungen zu Frau A:

- Beginn der Schreiproblematik = ca. 2 Wochen postpartal
- Beginn des Krisenerlebens = ca. 2 Wochen postpartal
- Kontaktaufnahme mit der Schreibabyambulanz = ca. 3,5 Wochen postpartal
- Anzahl der Interventionseinheiten = 7
- Zeit zw. Interventionsende und Interviewtermin = 24 Wochen

5.2. Frau B

„Ja, ich seh‘ mich noch mit Bademantel, fertig mit den Nerven, nicht dazu kommend zu essen und zu trinken und einfach auch dieses wahnsinnig schlechte Gewissen, das Kind zu hassen, dass es schreit und mhm..., dass ich gedacht hab: -Du musst hier was machen, du musst hier was unternehmen.-“ (469-473)

5.2.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau B)

Frau B erlebte eine Risikoschwangerschaft wegen einer vorangegangenen Totgeburt, verbunden mit der ständigen Gefahr eines plötzlichen Kindstodes. Aufgrund der belastenden Vorerfahrungen, hatte sie ein starkes Misstrauen gegenüber der medizinischen Diagnostik. Hinzu kamen Schmerzkoliken wegen einer Eierstockerkrankung. Unter der Geburt wurde die Fruchtblase zu früh geöffnet, so dass sich das Kind falsch eindrehte und sich die Geburt hinauszögerte und fast als mit einem Kaiserschnitt beendet wurde.

Sie erlebte die Geburt als einen traumatischen Gewaltakt.

„Also, die hatten eigentlich gedacht, dass es ein Kaiserschnitt war, dann haben zwei Ärzte auf meinen Bauch gedrückt und alles unten aufgeschnitten, mehrmals und dann haben sie ihn einfach rausgepresst. Das fand ich auch schon als ein richtiges Abschlachten.“ (26-30)

Unmittelbar nach der Geburt kam sie erneut ins Krankenhaus, um sich einer Operation wegen der schmerzhaften Eierstockerkrankung zu unterziehen. In dieser sensiblen Zeit war sie für einige Tage von ihrem Kind getrennt, was sie als schmerzhaft empfand. Nach der Operation war sie körperlich sehr geschwächt und erholte sich erst allmählich. Allerdings stellten sich zwei Wochen nach der Geburt Schreiatacken des Kindes ein. Das ausgeprägte Schreiverhalten hielt bis zu vier Stunden ununterbrochen an und zeigte sich hauptsächlich in den Abendstunden, verbunden mit ausgeprägten Durchschlafstörungen des Kindes. Sie selbst entwickelte ein enormes Schlafdefizit, verbunden mit einer permanenten Müdigkeit und einem zunehmenden körperlichen Unwohlsein. Sie erlebte diese Situation als sehr frustrierend und empfand dabei einen enormen Stress, verbunden mit dem Gefühl von Panik und Verzweiflung. Sie hatte das Gefühl, gestraft zu werden und litt unter Versagensgefühlen. Auch Schuld- und Schamgefühle, sowie Selbstvorwürfe und ein schlechtes Gewissen förderten einen allmählichen Identitätsverlust, sowie eine depressive Verstimmung.

„... ich hab‘ mich wie eine Versagerin gefühlt. Und mich wie in eine Ecke gedrängt gefühlt. Wie in der Ecke stehen. Ich hab‘ einfach nicht mehr gewusst, was ich machen sollte...“ (91-94)

„Und völlig konstaniert über mich selbst, zu sagen: -Wie bist du in diese Ecke geraten? Warum kannst du nicht mehr handeln? Wieso wirst du mit diesem Kind nicht fertig? Wieso schreit es die ganze Zeit? Was hab‘ ich alles falsch gemacht? Wieso fühlt sich das nicht wohl?-, (102-105)

Ihr Selbstbild von einer starken Frau zerbrach und ein zunehmendes Minderwertigkeitsgefühl stellte sich ein, verbunden mit Konkurrenzgefühlen gegenüber Müttern mit Nicht-Schreikindern.

„... die anderen Mütter, die saßen da alle im Kreis und ihre Kinder alle wohligh angezogen und lächelnd und schlafend und zufrieden. Und ich hatte das irgendwie, wie so‘ne Konkurrenzsituation erlebt. Mhm, alle sind glücklich oder zufrieden, was man da so reininterpretiert und ich krieg‘ immer diese mitleidigen Blicke wegen diesem Schreihals.“ (123-128)

Verstärkt wurde dieser Leistungsdruck durch das, in den Medien propagierte Mutterbild.

„Also wie in den Zeitschriften, immer so‘ne strahlende Mutter, perfekt aussehend mit einem Kinderwagen, einem glücklich und gepflegtem Kind. Den Kinderwagen voll mit Einkaufssachen,

am besten noch Urlaubsatmosphäre.“ (797-800)

Dem Kind gegenüber stellten sich ambivalente Gefühle ein. Während der Schreiattecken empfand sie Angst und Ablehnung, in den Ruhephasen erlebte sie auch liebevolle Gefühle und Gedanken. Teilweise entwickelte sich ein Hass gegen das schreiende Kind, sowie ein Aggressionsaufbau. Es kam auch zu einem diskreten aggressiven Impulsdurchbruch (z.B. starkes Anschreien des Kindes), verbunden mit einem massivem Schock.

„... und das war für mich ja auch immer diese schreckliche Phantasievorstellung, die ich in den höchsten Anspannungen hatte, zu sagen: -Ich mach‘ jetzt das Fenster auf und schmeiss‘ ihn raus und dann ist Schluss. Dann hör‘ ich diesen Schrei nicht mehr.- Oder: - ich drück‘ ihm die Kehle ab.- Und das ist ja auch ein Schock, also diese Phantasien zu haben.“ (1038-1043)

Ihre etablierteste Lösungsstrategie zu diesem Zeitpunkt war ein Appell an das Durchhaltevermögen, verbunden mit einer massiven Härte gegen sich selbst.

„Ich hab‘ Lösungsstrategien: -Durchhalten, durchhalten, durchhalten!-, Das ist das, was ich gelernt habe. Was ich auch echt trainiert habe in meinem Leben: -Durchhalten, Zähne zusammenbeißen und durchhalten!-“ (258-261)

Sie bemühte sich auch um eine Mutter-Kind-Kur, die von den Behörden mehrfach abgelehnt wurde. Bei der Konsultation eines Kinderarztes erlebte sie eine Bagatellisierung und Verharmlosung der aktuellen Krisensituation. Die empfohlene

Darmmassage, sowie die dort verordneten Medikamente zeigten keine Wirkung.

Eine Hebamme empfahl ihr dann die Schreibabyambulanz.

Die sozialen Kontakte reduzierten sich in der Krisenzeit. Vom Freundeskreis fühlte sie sich unverstanden und gedemütigt, da ihr und dem Kind dort wegen der Schreiproblematik zunehmend eine Sündenbockrolle zugeschrieben wurde. Selbst das Mitleid der Umwelt wurde dann als Belastung und Abwertung empfunden. Sie erlebte wegen der Isolation eine starke Einsamkeit. Eine angemessene Unterstützung durch Freunde und Bekannte erhielt sie nicht.

Von ihren Eltern erhielt Frau B ebenfalls keine Unterstützung oder Hilfe. Schon seit der ersten Schwangerschaft erlebte sie eine Kontaktverschlechterung zum Elternhaus, da ihre Eltern die Unehelichkeit des Kindes kritisch sahen. Die Eltern äußerten nicht einmal Anteilnahme in der Trauerphase nach der damaligen Totgeburt.

„Meine Eltern, die konnten das nicht verstehen, dass das erste Kind unehelich zur Welt kam. Und waren daher froh, froh in Anführungsstrichen, dass es gestorben ist. Also dass die Schande eines unehelichen Kindes nicht gegeben war.“ (380-383)

Die Einstellung der Eltern wurde von ihr als Fluch erlebt, weshalb sie in der zweiten Schwangerschaft heiratete.

Ihre Mutter, die selbst mehrere Kinder geboren und erzogen hatte, appellierte nur an das Durchhaltevermögen von Frau B und empfahl ihr mehr Härte gegen sich selbst.

Vom Partner erfuhr sie nur teilweise Unterstützung. Ihr Mann reagierte ruhiger und gelassener auf das schreiende Kind. Dies steigerte allerdings ihre eigenen Versagensgefühle und sie erlebte die Reaktionen ihres Mannes mit neidvollen Gefühlen.

„Und ich muss sagen, ich hab‘ ihn beneidet für die Ruhe, die er hatte dem Schreien zu begegnen. Und ich hab‘ mich da nochmal als Versagerin erlebt, dass ich diese Ruhe nicht hatte.“ (365-367)

Während der gesamten Krisenzeit hoffte sie auf den Rückgang der Schreiproblematik nach dem dritten Lebensmonat. Als sich diese Erwartung nicht erfüllte und sie auf Grund der massiven Überforderung immer weiter in eine Verzweiflungsspirale mit zunehmenden Aggressionen geriet, suchte sie die Schreibabyambulanz auf.

„Ich hab‘ eben die Hoffnung gehabt, nach drei Monaten muss das schlagartig aufhören. Ich hab‘ einfach die Tage gezählt, die Wochen gezählt. Ich war um jede Woche dankbar, die der eine Woche älter wurde, weil ich davon fest überzeugt war. Dann, als ich nicht mehr konnte und ich auch gemerkt habe, ich schreie mit oder ich hau‘ den auf den Hintern vor Verzweiflung, ich hatte soviel Aggressionen in mir. Das war ja auch ein Schock für mich... Ich hab‘ diese Aggressionen so noch nie zuvor in mir verspürt, aber vorher war ich noch nie so in der Situation. Da hab‘ ich angefangen, die Paula anzurufen.“ (264-274)

Dort erwartete sie eine Reaktivierung ihrer Handlungskompetenz, sowie eine Korrektur der bisherigen Lösungsstrategien. Sie wünschte sich Kritik und Hilfe von der Fachfrau.

5.2.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau B)

Zu Interventionsbeginn erlebte sie ein bewusstes Wahrnehmen ihrer körperlichen Verspannungen und Erschöpfungen.

„... ich hab‘ gemerkt, dass ich absolut verspannt bin, dass mein Körper wie ein harter Knochen sich anfühlt. Man ist wie ausgelaugt.“ (563-565)

Das Vorgehen während der Krisenintervention brachte ihr Entlastung und Entspannung, sowie das Gefühl, besser loslassen zu können.

„Ja, körperliches Befinden, ich hatte danach, nachdem ich da rausgegangen bin, das erste Mal ein Gefühl von Entspannung und von loslassen-dürfen.“ (638-639)

Zunehmend erfuhr sie eine Steigerung ihrer Handlungskompetenz, was zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins führte. Sie erlebte eine Aufwertung und Bestätigung in der Mutterrolle, sowie des eigenen Handelns.

„... ich hatte für mich das Gefühl: -Ich mache alles richtig. Ich bin gar nicht so‘ne schlechte Mutter.- Wie sie das geschafft hat, mir das zu vermitteln, weiß ich gar nicht. Aber ich hatte das Gefühl, ich bin keine schlechte Mutter.“ (618-621)

Der Identitätsverlust wurde dadurch ausgeglichen. In dieser Zeit konnte sie ebenfalls ihre Trauererfahrung bewältigen und das Geburtstrauma verarbeiten.

Es kam im weiteren Verlauf der Krisenintervention zu einer deutlichen Verbesserung der Schreiproblematik, da sich das kindliche Schreiverhalten zunehmend normalisierte.

Als besonders hilfreich empfand sie, die von der Fachfrau angeleitete Atemarbeit, die den Entspannungsprozess deutlich förderte. Auch dem Kind verhalf die Körperarbeit durch die praktizierte Massagetechnik zu einer tieferen Entspannung.

Sie fand einen Ort, an dem die Schreiproblematik ernst genommen wurde. Die Bestätigung des Problems empfand sie ebenfalls als entlastend.

„..., dass sie einfach gesagt hat: -Ja, sie haben allen Grund so erschöpft zu sein.- Und ich hatte das Gefühl, ich mache alles absolut richtig.“ (602-604).

Frau B erlebte eine zunehmende Problemklärung, die sie handlungsfreier machte und zu neuen Handlungsalternativen führte.

In der Krisenintervention konnte sie auch ihre Aggressionen thematisieren, was sie als sehr entlastend empfand. Einen Aggressions- und Wutabbau wurde durch das Schlagen auf einen Block, sowie durch das bewusste Reflektieren mit der Fachfrau gefördert.

Zum Kind konnte sich nun eine tiefe Liebe entwickeln und entfalten.

„Ich weiß, dass ich in dieser Zeit zum ersten Mal eine unglaubliche Liebe zu diesem Kind entwickeln konnte und zu sagen: -Du bist ‘nen richtig tolles Kind...“ (968-970)

Sie beobachtete ihr Kind jetzt intensiver und erlebte eine Steigerung der Deutungskompetenz kindlicher Blicke und Äußerungen, wodurch sich auch neue Kontaktmöglichkeiten erschlossen (z.B. Nachahmung kindlicher Geräusche).

„das ich mehr verstehen konnte. Mich vor allem verstehen konnte auch. Ich hab‘ ihn beobachtet, mehr beobachtet. Und dieses Beobachten hat mir geholfen, dem Schreien auch zu begegnen.“ (843-846)

Sie erlebte eine Aufwertung des Kindes durch die Fachfrau, wodurch ihr eine veränderte Sicht auf das Kind ermöglicht wurde.

„Ich hab‘ ihn einfach positiver sehen können, in seinen Stärken sehen können.“ (835)

Im weiteren Verlauf der Intervention nahm sie allmählich ihre berufliche Tätigkeit wieder auf und es gelang ihr eine angemessene Integration von Mutterrolle und Beruf im Alltag.

Sie wurde angeregt, auch außerhalb der Krisenintervention aktiv Entspannung aufzusuchen, wobei sie auch an alte Entspannungsstrategien anknüpfte. Ebenfalls bemühte sie sich um eine Förderung der kindlichen Entspannung durch Anwendung der, von der Fachfrau gelernten Massage- und

Atemtechnik.

Frau B reflektierte in dieser Zeit ihre sozialen Beziehungen kritisch. So wurde ihr eine Überforderung durch partnerschaftliche Ansprüche, eine mangelhafte partnerschaftliche Unterstützung, sowie die Vernachlässigung eigener Bedürfnisse bewusst.

Das Verhältnis zum Elternhaus reflektierte sie ebenfalls gründlich. Hierbei wurde ihr, der von den Eltern ausgehende Leistungsdruck, sowie der Verlust von Unterstützung bewusst. Allmählich distanzierte sie sich vom Muttermodell der eigenen Mutter und entwickelte dadurch auch ihre eigene Mutteridentität.

„Ich muss andere Strategien entwickeln, als sie meine Mutter hatte... ich bin auf dem Weg, die Identität meines Mutterseins zu entwickeln. Da hat mir Paula insofern geholfen, indem sie mir Mut gemacht hat, ich soll das Arbeiten wieder beginnen.“ (687-692)

„Und hat mir damit auch immer mehr Sicherheit gegeben, dass so wie ich meine, wie es gehen könnte und wie ich es mir wünsche, da hat sie mir Mut gemacht einfach.“ (701-703)

Frau B entwickelte eine kritische Sicht auf den eigenen Leistungsdruck, sowie einen kritischen Umgang mit ihrem Perfektionismusanspruch. Dadurch konnte sich eine Veränderungsbereitschaft entfalten, die den beschriebenen Entwicklungsprozess förderte. Eine wichtige Erkenntnis hierbei war die Einsicht, dass, wenn man als Mutter für sich selbst sorgt, seinem Kind einen optimalen Schutz bieten kann.

„Mütter, die sich Hilfe holen und dafür sorgen, dass es ihnen gut geht, sind wirklich gute Mütter und schützen ihre Kinder.“ (678-680)

Am Ende der Krisenintervention hatte Frau B das Gefühl, dass eine Lösung des akuten Krisenproblems erreicht war. Sie empfand Dankbarkeit und einen diskreten Abschiedsschmerz in der letzten Sitzung.

„Es hat gut getan und es ist so wunderbar, sich zu entspannen und einen Ort zu haben, wo man wieder angeleitet wird, sich zu entspannen.“ (1118-1120)

5.2.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau B)

Die erfahrene Krisenintervention bewertet sie als Langzeitschutz des Kindes vor Drogen und Missbrauch, als Gewaltprophylaxe, sowie als angemessene Förderung einer optimalen Kindesentwicklung. Ein langfristiges Ausbleiben von kindlichen Schreiattacken wurde erreicht. Es konnte eine langfristige Verbesserung der gesamten Lebensqualität erreicht werden.

Auch nach der Intervention gelang ihr eine bewusstere Reflexion körperlicher Warnsignale (z.B. Atmung beachten), sowie eigener Belastungsgrenzen.

Sie erkannte langfristig die Notwendigkeit einer angemessenen Entspannung, verbunden mit dem Bedürfnis nach einer entspannenden Freizeitaktivität.

„Was ein neuer Aspekt für mich ist, dass Entspannung eine Lösungsstrategie ist.“ (1202-1203)

Bei der Alltagsbewältigung gelang ihr ein flexiblerer Umgang mit Anforderungen und Stresspotentialen.

„Ich hab‘ nicht mehr dieses hilflose Gefühl, dieses hilflose Gefühl ist nicht mehr da. Wie ich es hatte, als ich zu Paula gegangen bin, das Gefühl, ich stehe in der Ecke.“ (1239-1241)

„... ich kann dem auch wieder den Rücken zudrehen und auch wieder handlungsfähiger werden.“ (1247-1248)

Sie konnte gelassener mit Kritik von außen umgehen, da sie sich kompetenter und handlungsfähiger fühlte, verbunden mit einem langanhaltenden Abbau von Hilflosigkeits-, Ohnmachts- und Schuldgefühlen. Sie erlebte eine Zunahme von Optimismus und Freude.

„Ich kann handeln, ich bin nicht ohnmächtig und ich hab‘ einfach ..., ja es gibt viel Positives, auch über das ich mich freuen kann.“ (1250-1252)

Sie erlebte langanhaltend eine bewusste Reflexion von Aggressionen und konnte jeden Aggressionsstau auch über körperliche Aktivität ausgleichen.

Ihren Partner integrierte sie zunehmend in die Aufsichts- und Erziehungspflicht, so konnte sie sich eigene Auszeiten schaffen. Sie zeigte dadurch keine Bereitschaft mehr zur permanenten Überschreitung eigener Belastungsgrenzen.

Zum Kind entwickelte sich weiterhin eine gute und stabile Beziehung. Frau B zeigte jetzt gelassener Reaktionen auf ein anstrengendes kindliches Verhalten. Sie empfand zunehmend mehr Freude in ihrer Mutterschaft.

Mit der erfahrenen Krisenintervention zeigte sich Frau B langfristig zufrieden.

„Ich würd‘ sagen, dass ich eine grundsätzliche Neueinstellung gefunden habe. Also dass sie mir geholfen hat, mich neu in dieser Situation zu orientieren und eine Identität aufzubauen. Das war für mich das Entscheidende. Und ähm, ‘ne Aufwertung war für das Kind und mich, dass wir nicht versagen. Sondern dass ich ‘ne gute Mutter bin und dass K(B) ein tolles Kind auch ist, das Qualitäten hat.“ (1368-1374)

Für die Zukunft wünschte sie sich eine Fortsetzung der Kostenübernahme durch den Senat, da eine vollständige Selbstfinanzierung für sie vernichtend gewesen wäre.

„Dieser Kostenaspekt, der ist ähm, wenn sie jetzt gesagt hätte: -Ich muss dafür leider jetzt 120 Mark berechnen.- Dann wär‘s vorbei gewesen, dass hätte ich nicht machen können.“ (1063-1066)

Das Projekt sollte bundesweit ausgebaut werden und Erweiterung durch Zusatzangebote (z.B. Elternschule, Entspannungstraining) zur Verbesserung der Lebensqualität erfahren.

Anderen Betroffenen empfiehlt sie die Entwicklung eines Problembewusstseins in dieser kritischen Lebensphase, sowie ein aktives Aufsuchen und Annehmen von Hilfsmöglichkeiten. Sie rät von der Durchhaltestrategie ab und empfiehlt ein rechtzeitiges Aufsuchen von Hilfsangeboten.

„Nicht auszuhalten, also das find ich ganz wichtig. Darüber zu sprechen mit jemanden, der dafür auch Verständnis hat. Sie hat ja ganz konkret für Schreibabys das gemacht. Dann würd‘ ich das weitergeben zu sagen: -Wer sich Hilfe holt, tut für sich und das Kind das Beste.“ (1387- 1391)

Anmerkungen zu Frau B:

- Beginn der Schreibproblematik = ca. 2 Wochen postpartal
- Beginn des Krisenerlebens = unmittelbar zeitgleich
- Kontaktaufnahme mit der Schreibbabyambulanz = ca. 5 Monate postpartal
- Anzahl der Interventionseinheiten = 5
- Zeit zw. Interventionsende und Interviewtermin = 19 Wochen

5.3. Frau C

„Also mir tat das irgendwie innerlich selber so leid, dass ich denke: -Mensch irgendwie muss sie doch was haben, dass sie brüllt?- Wenn man wüsste, dass sie so brüllt, um sich frei zu schreien, könnt‘ man das wahrscheinlich besser ertragen. Aber ich verbinde ja mit dem Brüllen auch irgendein Unwohlsein. Da war halt mein Gefühl: -Mensch ich muss ihr doch irgendwie helfen können, dass sie dieses Unwohlsein losbekommt.-, (352-357)

5.3.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau C)

Frau C und ihr Partner empfanden eine große Vorfriede auf das Kind. Frau C hatte hohe Ansprüche an sich selbst, alles richtig zu machen, verbunden mit der Bereitschaft, eigene Bedürfnisse in den Hintergrund zu stellen.

„Also, erstmal hab‘ ich mich schon, also haben wir uns beide sehr auf das Kind gefreut. Also, es war jetzt kein geplantes Wunschkind, aber als ich dann schwanger war und in meinem Alter wusste ich auch, also jetzt oder nie. (lacht) Eigentlich schon so, dass man das alles gut oder richtig oder zumindest dem Kind gerecht werden will.“ (255-259)

Sie erlebte allerdings eine massiv stressbetonte Schwangerschaft. Bis zum fünften Schwangerschaftsmonat hatte sie eine ausgeprägte Schwangerschaftsübelkeit.

„Also die ersten fünf Monate war mir so übel, dass ich fast täglich gebrochen habe, mehrmals. Also ich konnte auch nicht arbeiten gehen.“ (11-13)

Im weiteren Verlauf der Schwangerschaft stellte sich ein Bluthochdruck ein, weshalb sie ins

Krankenhaus eingewiesen wurde. Besonders belastend war dann die ständige Gefahr einer kindlichen Unterversorgung wegen der verminderten Nabelschnurdurchblutung.

„Dann hatte ich einen ganz guten Monat und dann hatt‘ ich Bluthochdruck. Wurde bei einer Routineuntersuchung festgestellt und das war richtig Stress. Der war dann gleich so hoch, dass ich ins Krankenhaus musste. War da ‘ne Woche drin und dann natürlich auch immer gleich so der Faktor, das Kind könnte zu früh kommen, das Kind könnte unterversorgt sein.“ (19-25)

Es wurde ebenfalls eine vorzeitige Öffnung des Muttermundes diagnostiziert, wodurch die Gefahr einer Frühgeburt hinzukam. Frau C lebte mit der ständigen Angst um das Kind. Sie entschied sich freiwillig, gegen ärztlichen Rat dann für eine ambulante Weiterbehandlung.

„... das war ziemlich ätzend in dem Krankenhaus. Da hat ich das Gefühl, da wird man noch kränker gemacht, als man ist.“ (36-38)

„Und hab‘ mich dann entschlossen, aus dem Krankenhaus rauszugehen und eben zu Hause mehr oder weniger viel liegen, ‘nen bisschen spazieren gehen, mich versorgen lassen. Und bin dann eben alle drei Tage ans CTG und zum Nachguckn zu meiner Gynäkologin gegangen und das ging eigentlich auch ganz gut.“ (53-57)

Sie schaffte es dann, ihr Kind bis zur 34. Schwangerschaftswoche auszutragen. Das Kind kam in einem Krankenhaus zur Welt und wurde unmittelbar nach der Geburt auf der Station für Frühgeborene intensiv versorgt. Die sofortige Trennung vom Kind erlebte Frau C als einen zusätzlichen Stressfaktor.

„Aber da sie dann auch gute sechs Wochen zu früh war, wurde sie halt erstmal gleich mitgenommen auf die Neonatologie. Und dadurch war die Geburt auch relativ stressig. Das Kind gleich weg, man weiß dann gar nicht, was ist jetzt. Ist es gesund?“ (72-76)

Auf dieser Station wurde das Kind insgesamt 13 Tage entsprechend versorgt. An den ersten vier Tagen nach der Geburt konnte sie ihr Kind regelmäßig von der Wochenstation aus besuchen gehen. Der Anblick des Kindes im Inkubator und die begrenzten Kontaktmöglichkeiten belasteten sie sehr.

„Das war natürlich erstmal schon ‘nen Schock, die anderen tragen da alle ihre Babys rum und dann sieht man sein kleines Baby da verkabelt und verdrahtet. Und kann da erstmal nur ein bisschen reingucken.“ (100-103)

Ihr eigener Aufenthalt auf der Wochenstation war nur bis zum vierten Tag postpartal begrenzt, was sie sehr bedauerte. Das Kind blieb im Krankenhaus und sie wurde nach Hause entlassen.

„Also, was mich da am meisten gestresst hat war, eigentlich bleibt man ja nicht gerne im Krankenhaus. Aber in dem Fall hab‘ ich gedacht: -Ich bleib‘ so lange wie möglich auf der Wochenbettstation, damit ich möglichst nah bei ihr bin und immer hoch und runter kann. Und denn haben sie mich aber wirklich nach vier Tagen da rausgeschmissen, kann man nicht anders sagen. Da kam dann die Oberschwester und meinte: -Sie haben nix, nur weil ihr Kind hier liegt, können wir sie nicht aufnehmen. Die Kasse zahlt nur vier Tage, bitte gehen sie.-, (114-123)

Nachdem das Kind aus der stationären Behandlung entlassen wurde, konnte es sich erstmal gut im häuslichen Milieu einleben. Allerdings stellte sich vier Wochen nach der Geburt ein exzessives Schreien ein, welches sich allmählich auf eine Schreidauer von 30 bis 60 Minuten steigerte. Hinzu kamen allmählich zunehmende Schlafprobleme des Kindes, verbunden mit einem Verlust des Schlafrhythmus. Die maximale Durchschlafdauer beschränkte sich dann auf zwei Stunden.

„Und auf den Tag genau, als sie vier Wochen war, fing es so langsam an. Also hat se erst ein bisschen geschrien.... und das steigerte sich dann aber relativ schnell von ‘nem bisschen Schreien zu ganz viel Schreien und ganz wenig Schlafen. Und überhaupt kein Rhythmus.“ (147-149, 151-153)

Frau C erfuhr dadurch ebenfalls ein ausgeprägtes Schlafdefizit, verbunden mit einer andauernden Müdigkeit.

„Und natürlich total müde, immer müde, bin überhaupt nie mehr richtig munter. Da kann ich mich auch noch ganz gut dran erinnern.“ (225-226)

Es stellte sich auch eine massive stressbedingte Gewichtsreduktion bei ihr ein.

„..., dass ich ziemlich schnell viel abgenommen habe. Ich hab zwar relativ viel gegessen, aber dadurch, dass sie so anstrengend war, überhaupt nicht regelmäßig Gesundes. Sondern da mal ‘ne Tafel Schokolade, hier mal drei Schnitten Brot.“ (220-223)

Sie fühlte sich zunehmend hilflos und verzweifelt, verbunden mit Versagensgefühlen. Dem Kind gegenüber empfand sie ein starkes Mitgefühl, getragen von einer massiven Besorgtheit.

„Wenn sie schreit, wird sie schon irgendein Bedürfnis ihrerseits oder ein Bedürfnis an uns haben, sonst würde sie nicht so schreien. Sei es Angst oder Blähungen oder ob sie was verarbeiten muss oder wie auch immer. Und von daher haben wir schon mit allen möglichen Mitteln versucht, sie zu beruhigen.“ (287-291)

Frau C lernte in dieser Situation auch aggressive Gefühle kennen.

„..., zum Teil dann eben aggressiv, aber auch schon so hilflos.“ (227-228)

Zu einem Impulsdurchbruch kam es nicht.

„..., also dass am zum Teil fast schon aggressiv, aggressives Verhalten. Oder dass man..., also ich hätte K(C) bestimmt nie was angetan und hab‘ es auch nicht. Aber schon dass man..., also ich hab‘ sie schon auch angeschrien: -Jetzt schlaf endlich, Kind.- Und dachte nur: -Oh Gott, wenn ich jetzt noch zwei andere Kinder hätte und ‘nen Mann, der gar nicht da ist, da kann ich mir schon vorstellen, wenn Frauen oder Mütter durchdrehen.-, (209-215)

Sie bemühte sich, das Kind mit verschiedenen Halte- und Lagerungsversuchen zu beruhigen. Sie holte sich auch Unterstützung durch ihre Mutter, die dann teilweise die Aufsichtspflicht übernahm und sie dadurch etwas entlastete.

Ihr Partner war zu dieser Zeit beruflich sehr eingespannt und wegen Dienstreisen häufig abwesend, wodurch sie mehr beansprucht wurde.

„Also wenn er gearbeitet hat, war er auch immer zwei Wochen am Stück weg. Also das war schon richtig hart, dann zwei Wochen so gut wie keinen Schlaf zu bekommen. Also das hat mich schon ziemlich mitgenommen.“ (8205-208)

Sie erhielt von ihrem Freundeskreis verschiedene Hilfsangebote, allerdings scheiterten Unterstützungsversuche der Freunde an dieser Problematik. Als mentale Entlastung empfand sie die Anerkennung und Bestätigung der Schreiproblematik durch den Freundeskreis.

„..., aber das haben dann doch schon einige Freunde, die hier auch immer vorbei kamen, mitbekommen, dass es schon extrem war und auch anstrengend war... also, die es auch schon bezeugt haben, dass es jetzt wirklich extrem viel bei ihr ist.“ (309-392, 393-394)

„Also es war schon auch dahin auch wichtig, weil ich dachte: -Naja, vielleicht ist man ja selbst so ‘n bisschen..., vielleicht ist das bei allen Kindern so und man stellt sich jetzt so an....- Aber das war dann schon ein bisschen so ‘ne Bestätigung, dass es bei ihr wirklich extrem ist und insofern über das Normalmass hinaus weint.“ (399-401, 403-405)

Die Konsultation eines Kinderarzt in einer akuten Krisensituation brachte keine angemessene Unterstützung, da sie dort nur mit einem Appell an die Durchhaltestrategie konfrontiert wurde.

„..., also ich kann mich erinnern, als sie einmal drei Tage ganz viel gebrüllt hat... Und dann bin ich auch zum Kinderarzt und dann war seine Vertretung dann da, weil er gerade im Urlaub war, und da war eben auch so: -Naja, da muss man halt durch. Es gibt Kinder, die brüllen. Es gibt Kinder, die brüllen nicht.- und so ungefähr: -Pech für sie, aber kann man nichts machen.- Aber so Schreibabyambulanz wurde nie von Seiten der Kinderärzte erwähnt.“ (475-482)

Gute Erfahrungen machte Frau C mit einer Craniosakraltherapie des Kindes, auf die das Kind deutlich positiv reagierte.

Ein Psychologengespräch im „Haus des Säuglings“ erlebte sie hingegen als unbefriedigend. Hierbei wurde nur das Gespräch an das Elternteil gerichtet und das Kind nicht direkt mit einbezogen. Es sollte während des Gesprächs spielen und wurde von dem Psychologen nur beobachtet.

Erst nach vier bis fünf Monaten suchte sie das Hilfsangebot der Schreibabyambulanz auf, da sich die Krise allmählich zuspitzte. Sie erhoffte sich Ratschläge zur Reduktion der Schreiproblematik, sowie zur Verbesserung des Schlafrhythmus des Kindes und vertraute dem Erfahrungsschatz der Schreibabyambulanz.

5.3.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau C)

Es zeigte sich beim Kind eine rasche Verbesserung der Ein- und Durchschlafstörungen. Schon nach der zweiten Sitzung schlief das Kind vier Stunden durch und nach weiteren Sitzungen kam es zu

einer zunehmenden Verlängerung der Durchschlafphase.

„Und es fing ja dann auch wirklich in der Zeit an, als ich mit der Krisenintervention anfang, dass K(C) auch wirklich besser geschlafen hat, so pö a pö und ruhiger wurde.“ (624-626)

Auch das Schreiverhalten zeigte eine zunehmende Normalisierung. Das Kind steigerte sich nicht mehr emotional in eine starke Unruhe hinein.

„Aber was so von Anfang an, was wirklich gleich so gewirkt hat, dass sie sich nicht mehr so reingesteigert hat.“ (645-646)

„..., also dass sie sich dann nicht so reingesteigert hat und besser in den Schlaf kommt, das hat sich wirklich ganz schnell durch die Sitzungen bei Paula verbessert.“ (651-653)

Sie bemerkte eine deutliche Entspannung bei sich und dem Kind.

„..., sie war auch oft körperlich so ein bisschen angespannt und verkrampft und das war schon zu beobachten, dass das weniger wurde.“ (697-699)

„Also mir hat es zum einen gebracht zu sehen, dass es K(C) besser geht oder dass sie da so'n bisschen aus ihrer Spannung rauskommt. Und das Schreien, dass sie 'nen besseren Rhythmus bekommt. Und für mich war das wirklich immer so'ne Entspannungsstunde.“ (730-733)

Ihr emotionales Befinden verbesserte sich zunehmend. Ihre Aggressionen konnten angesprochen, rausgelassen und so abgebaut werden.

„Zumindest auch mal die Aggression zum Ausdruck zu bringen oder auch mal herauszulassen. Oder auch bestätigt zu bekommen, dass das auch normal ist und dazu gehört, also in so'nem Fall unter diesem Schlafentzug. Also es hat schon einen auch aufgebaut oder sie hat mich da schon auch aufgebaut. Mich auch emotional aufgefangen.“ (562-567)

Sie fühlte sich emotional aufgefangen und erlebte eine Bestätigung in ihrer Mutterschaft und ihren Erziehungsvorstellungen.

„..., also ich fühlte mich da wirklich auch gut aufgehoben und beraten. Und hatte auch so das Gefühl, alles was ich bisher gemacht hatte und vorhatte weiter zu machen, ist auch richtig und den Weg kann man so weitergehen.“ (791-794)

Im weiteren Verlauf der Intervention gelang ihr die allmähliche Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, verbunden mit viel Freude und Erfüllung. In dieser Zeit nahm der Ehemann den Erziehungsurlaub. Den Partnern gelang eine optimale Arbeitsaufteilung.

Während der gesamten Krisenintervention tat es ihr besonders gut, dass die Problematik ernst genommen wurde und sie einen kompetenten Ansprechpartner für ihre Probleme hatte. Eine Entlastung erlebte sie auch durch eine gemeinsame Reflexion der Zeit zwischen den Sitzungen.

„Was mir noch viel gebacht hat, war nochmal, wenn man hinkam, hat man ja nochmal reflektiert, die Woche davor: -Wie war es, was hat sich verändert?-, (737-739)

Frau C erlebte, dass die angebotene Körperarbeit einen positiven Einfluss auf das Kind hatte.

„Wobei, was uns schon sehr gefreut hat oder so was richtig gut war, dass sie so toll darauf angesprungen ist. Sie ist zum Beispiel einmal unter dieser Körperarbeit, die Paula gemacht hat, ist sie einmal auch... da hat sie auch gebrüllt und war ganz unleidlich und da hat Paula mit ihr so Körperarbeit gemacht und dann ist sie da eingeschlafen.“ (601-605)

Es unterstützte sie auch, von der Fachfrau Massagegriffe für den häuslichen Alltag zu erlernen. Auch den spielerischen Umgang mit dem Kind in der Intervention empfand sie als entlastend und hilfreich.

„Sie hat so Massage, so bestimmte Griffe und auch so spielerisch alles. Was mir ganz gut gefallen hat. Sie hat sie ausgestrichen, so am Rücken. Sie hat mir auch so bestimmte Griffe gezeigt, die ich selber anwenden konnte am Rücken und Arme und Beine.“ (607-611)

Die Verbesserung des kindliche Zustandes befriedigte sie sehr.

„Das war schon toll zu sehen, dass sie da so reagierte und sich da auch entspannt.“ (617-618)

Auch die Ausstrahlung und Persönlichkeit von Frau Diederichs empfand Frau C als förderlich. Mit der letzten Sitzung verbindet sie positive Erinnerungen. Die Verbesserung des eigenen und des kindlichen Wohlbefindens, sowie die Verwirklichung der individuellen Ziele wurden erreicht und die Intervention kam zu einem guten Abschluss.

„Für mich war's eigentlich auch 'ne schöne letzte Sitzung uns so also K(C) war ja dann wirklich im

Vergleich zur ersten Sitzung schon wesentlich besser drauf. Also hat mehr geschlafen, nicht mehr soviel gebrüllt, hatte einen besseren Rhythmus und man hatte das Gefühl, sie fühlt sich wohler. Und von daher war das so'n bisschen, man hat jetzt was erreicht und jetzt ist das abgeschlossen, so: -Mensch jetzt haben wir was geschafft oder gut zu Ende gebracht.-, (758-764)

Die erfahrene Krisenintervention empfand sie als optimal und erlebte eine große Zufriedenheit mit der Arbeit von Paula Diederichs.

„Also Kritik und Verbesserungsvorschläge würd' ich gar keine geben, weil für mich und K(C) war das..., also passte das alles einfach optimal.“ (749-751)

5.3.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau C)

Frau C bemerkte langfristig bei sich positive körperliche Veränderungen. Ihr ursprüngliches Schlafdefizit wurde ausgeglichen. Sie empfand mehr Lebensfreude und Geduld im Umgang mit dem Kind. Ihre Reizbarkeit konnte langfristig abgebaut werden. Sie erlebte eine langanhaltende Steigerung des psychischen Wohlbefindens, verbunden mit einem Abbau von Hilflosigkeitsgefühlen und einer Zunahme von Ausgeglichenheit und Stressresistenz.

„Aber auch, dass man schon mehr Geduld für K(C) wieder habe. Dass ich ausgeschlafen bin und nicht mehr so schnell genervt bin von Kleinigkeiten, was in so'ner Phase, wo man viel Schlafdefizite hatte, schon extrem häufig vorkommt.“ (777-780)

Sie registrierte für sich eine andauernde Steigerung des Selbstvertrauens, sowie eine Bestätigung ihres intuitiven mütterlichen Handelns.

„Also, es hat mich eher noch mehr darin bestärkt, dass so Intuition, die man selber hat..., vielleicht mehr auf die zu hören, wie auf außenstehende Ratschläge. Und ja, so dem eigenen Gefühl..., dem eigenen Gefühl nachzugehen, gerade wenn man sein Kind kennt und es beobachtet.“ (801-805)

Frau C erlebte verschiedene Langzeiteffekte der Krisenintervention. Das Schreiverhalten konnte langfristig reduziert und das Schlafverhalten verbessert werden. Ein konstantes Durchschlafen des Kindes wurde erreicht und eine positive kindliche Entwicklung angeregt.

„Aber insgesamt hat sich ihr Schlafverhalten und ich glaube auch, dass sie es schafft, selber wieder in den Schlaf zu finden, wenn sie mal aufwacht, dass hat sich konstant verbessert und ist eigentlich gut geworden.“ (865-868)

Die erfahrene Krisenintervention war Auslöser und Katalysator einer optimalen Entwicklung von Eltern und Kind.

„Also, ich würd' schon sagen, dass sie sich extrem positiv entwickelt hat. Also auch so Fortschritte gemacht hat. In der Zeit, in der wir in der Schreibabyambulanz waren und danach.“ (880-882)

„Also, auf alle Fälle wurden sie dadurch beschleunigt und ausgelöst. Da bin ich mir ganz sicher, dass das nicht so schnell so positiv verlaufen wäre,...“ (896-898)

„... ich glaube schon, dass das so'ne Art auslösender Impuls war, was in der Schreibabyambulanz gelaufen ist. Und dass es ihr und uns schon richtig gut tat.“ (912-915)

Auch die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung gestaltete sich deutlich positiv. Der Mutter-Kind-Kontakt konnte intensiviert werden und eine kontaktaufsuchende Haltung des Kindes stellte sich ein.

„Vielleicht von der Qualität her, dass es schon intensiver ist oder dass sie jetzt auch das intensiver nutzt, dass sie dann mal ankommt oder dann wirklich auch mal angelangt werden will oder sich ankuscht.“ (823-826)

Insgesamt wurde ein entspannter Umgang miteinander ermöglicht.

„..., ich bin dann nicht mehr so schnell genervt, wenn was ist, dadurch dass ich jetzt mehr Schlaf habe, ausgeglichener bin. Und ich denke, dadurch ist es dann auch zwischen uns die Beziehung entspannter.“ (812-815)

Der Kontakt zum Freundeskreis konnte ausgebaut werden und verschiedene gemeinsame Freizeitaktivitäten wurden wieder möglich. Über die Kontaktzunahme empfand sie große Freude.

„Dadurch das man wieder mehr schläft und sich nicht mehr so ermattet fühlt, hat man wieder mehr Lebenslust und wegzugehen mit Freunden und andere Sachen zu machen.“ (774-776)

Insgesamt erlebte sie durch die erfahrene Krisenintervention eine deutliche Verbesserung der

Lebensqualität und kann sie anderen Betroffenen empfehlen.

„Also ich würde schon auf jeden Fall oder habe ich auch schon..., ich hab‘ auch eine Bekannte, die so‘n Kind hat, was viel schreit, äh, auf jeden Fall empfehlen, die Schreibabyambulanz aufzusuchen...“ (920-922)

Anmerkungen zu Frau C:

- Beginn der Schreiproblematik = ca. 4 Wochen postpartal
- Beginn des Krisenerlebens = ca. 8-12 Wochen postpartal
- Kontaktaufnahme mit der Schreibabyambulanz = ca. 6 Monate postpartal
- Anzahl der Interventionseinheiten = 6
- Zeit zw. Interventionsende und Interviewtermin = 16 Wochen

5.4. Frau D

„Was glaube ich in Gang gekommen ist: -Ich hab‘ echt ein Recht zu existieren. Auch als Mutter eines kleinen Kindes.-“ (648-649)

5.4.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau D)

Frau D erlebte die Schwangerschaft als sehr stressreich, da der Vater des Kindes sich im fünften Schwangerschaftsmonat von ihr trennte. Sie erfuhr dadurch eine starke psychische Labilisierung, verbunden mit einem Zusammenbruch.

„Ähm, große Stress-Situationen in der Schwangerschaft war, dass der Vater des Kindes mich verlassen hat, als ich im fünften Monat schwanger war. Und da hab‘ ich einen ziemlichen Zusammenbruch gehabt und immer nur gedacht..., also ich bin völlig zusammengeklappt und hab‘ nur geheult und gedacht: -Mein armes Kind, mein armes Kind.-. (weint) Und mich dabei auch völlig vergessen im Grunde genommen, (weint weiter) und hab‘ gedacht, ich mach‘ erstmal weiter.“ (10-16)

Hinzu kamen finanzielle Probleme, die das Stresserleben weiter verstärkten. Als besonders belastend empfand sie die sehr ablehnende Haltung der Mutter gegenüber der Schwangerschaft.

„Und als ich es ihr dann gesagt habe im fünften Monat, war so ihre erste Antwort: -Kannst du es nicht wegmachen lassen?- und da war ich dann auch komplett bedient.“ (22-24)

Die Geburt empfand sie als ein schockierendes Erlebnis.

„Die Geburt war eine Katastrophe. Also, das war der absolute Horror, das war so schlimm“ (24-26) Sie fühlte sich einsam, allein und stark verunsichert. Die Geburt begann in einem Geburtshaus und musste dann wegen Komplikationen (protrahierte Geburt, 18 Stunden Dauer) im Krankenhaus fortgesetzt werden. Dort erfolgte dann ein Kaiserschnitt. Sie erlebte starke Versagensgefühle wegen der operativen Geburt und empfand die sofortige Separation vom Kind als sehr belastend. Nach der Geburt litt sie unter einer ausgeprägten Bewegungseinschränkung.

„... und äh, die ersten zwei Nächte, dass er eben nicht bei mir gewesen ist und als er bei mir war, ich konnte mich überhaupt nicht bewegen und so. Ich das als völliges Versagen auch empfunden. Das war wirklich ganz stark das Gefühl: -Ich kann mein Kind nicht richtig auf die Welt bringen.- Und dann ähm, ich hab‘ mich in meinem ganzen Leben noch nicht so stark verunsichert gefühlt, obwohl ich schon oft verunsichert gewesen bin. Aber so extrem verunsichert und so einsam und alleine hab‘ ich mich in meinem ganzen Leben noch nicht gefühlt.“ (38-46)

Schon seit der Geburt zeigte das Kind Durchschlafprobleme, da es alle zwei Stunden aufwachte. Ab dritten Lebensmonat stellte sich ein stündliches Aufwachen ein.

In den ersten zwei Lebensjahren erreichte das Kind eine maximale Durchschlafdauer von drei Stunden und zeigte eine Aufwachhäufigkeit von bis zu zehnmal pro Nacht.

„Also, dieses Kind hat innerhalb von zwei Jahren nie länger als drei Stunden, vielleicht einmal vier Stunden... Vielleicht alle Jubeljahre mal ‘ne Stunde länger. Also, der ist bis zu zehnmal wach geworden...“ (1100-1102)

Zwei Wochen nach der Geburt stellte sich ein ausgeprägtes Schreiverhalten des Kindes ein. Es zeigte sich ein intensives und langandauerndes Schreien (zwei Stunden), welches hauptsächlich in

liegender Position, sowie vor dem Einschlafen auftrat.

„Also, als er ganz klein war, hat er immer geschrien, wenn ich ihn irgendwo hingelegt habe. Und er hat immer geschrien, wenn er einschlafen sollte, immer. Und dann eben unterschiedlich. Manchmal is‘ er mir dann auf‘m Arm oder beim Singen oder sonstwie eingeschlafen. Und dann aber zur Strafe nach ‘ner dreiviertel Stunde wach geworden und dann nochmal zwei Stunden die Arie.“ (1085-1090)

Frau D hatte auch ausgeprägte Stillprobleme wegen einer Zyste im Brustbereich, so dass sie die Ernährung des Kindes allmählich auf eine Flaschenkost umstellen musste. Das Zufüttern mit Flaschennahrung war dringend notwendig, um eine Unterernährung des Kindes zu verhindern.

„... und dann hab‘ ich auch noch massive Stillprobleme gehabt. Also ich hab‘ so‘ne komische Zysten an der Brust gehabt, die hatte ich vorher schon, die dann wieder eiterte. Dann sagte die Ärztin nach drei Wochen schon: -Das Kind ist unterernährt, da muss zugefüttert werden.-. Und das hab‘ ich überhaupt nicht über mich gebracht, weil ich gedacht habe: -Jetzt haste ihn schon nicht ordentlich auf die Welt gebracht, jetzt kannst du ihn auch nicht ernähren.-. Dann hab‘ ich mit drei Monaten angefangen, ihm die Flasche zu geben und da weiß ich noch, dass ich da total geweint habe, als ich ihm die erste Flasche gegeben habe.“ (57-66)

In dieser Krisenzeit erlebte sie ein Schlafdefizit, verbunden mit dem Verlust von Traumphasen.

„Was ich gemerkt habe, ich hab‘ nicht mehr geträumt.“ (187)

Rheumaähnliches Schmerzen in den Handgelenken stellten sich auch ein.

„Und diese Hand, ich hatte super Schmerzen in den Handgelenken gehabt.“ (192-193)

Sie erlebte einen Dauerstress und eine zunehmende psychische Labilisierung, verbunden mit einer permanenten Anspannung. Sie zeigte jedoch eine mangelhafte Selbstwahrnehmung, so dass sie den Ausprägungsgrad ihrer damaligen Erschöpfung erst hinterher einschätzen konnte.

„Und auch gar nicht so wahrgenommen hab‘, unter was für‘n Stress ich die ganze Zeit stehe.“ (174-175)

„Also, ich weiss so jetzt im Nachhinein, es ging mir echt nicht besonders. Ich hab‘, ich weiß, ich hab‘ extrem unter Stress gestanden von morgens bis abends.“ (211-213)

Ihre Liebe zum Kind konnte sie nicht so leben, wie sie es sich gewünscht hatte.

„Ansonsten, ich liebe dieses Kind über alles und ich denke das ist mhm, das, das war auch da. Das hab‘ ich runtergeschluckt, weil ich unter Stress bin.“ (235-237)

Sie erlebte sehr aggressive Gefühle, verbunden mit einem gelegentlich aggressiven Impulsdurchbruch gegen das Kind.

„..., also, ich konnte den gar nicht schreien lassen, weil mir dann trotzdem die Ohren abgefallen sind und mich das auch wahnsinnig aggressiv gemacht hat natürlich. Und dann hab‘ ich es irgendwann mal gebracht, dann hab‘ ich meine Bettstadt in die Küche gelegt und hab‘, ich weiß nicht wie lange, eine ganze zeitlang allerdings, in der Küche geschlafen und hab‘ die Türen zugemacht.“ (465-471)

Danach empfand sie ein starkes Mitleid mit dem Kind, sowie starke Schuldgefühle und Versagensgefühle. Sie fühlte sich als Mutter erziehungsunfähig, da sie unter diesen Bedingungen kein angemessenes pädagogisches Handlungskonzept finden konnte.

„Was mich sehr verunsichert hat, war, dass ich gespürt hab‘, ich kann das gar nicht, ein Kind erziehen. Weil ich das nie gelernt habe und auch kein pädagogisches Konzept habe.“ (244-247)

Andererseits hatte sie Erziehungsvorstellungen, die eine freie Entwicklung und ein angstfreies Aufwachsen des Kindes beinhalteten. Ein Schwerpunkt war auch die Vermeidung der Weitergabe eigener neurotischer Strukturen.

„Also, dass er so wenig wie möglich von meinen Neurosen abkriegt.“ (248-249)

Zwischen ihrem Erziehungsanspruch und der Realität zeigte sich zunehmend eine Diskrepanz, die sie in dieser Situation nicht beseitigen konnte.

„Also, es gab so Phasen, wo ich ihn ganz oft angeschrien habe und dann so im Nachhinein das Gefühl hatte, obwohl ich immer so versucht habe, mich in ihn hinein zu versetzen, was ich dann letztendlich doch gar nicht gemacht habe.“ (277-281)

Sie erlebte in dieser Zeit dennoch einen guten, aber sehr ambivalenten Kontakt zum Kind. Sie empfand zwar liebevolle Gefühle, zeigte aber auch aggressive Impulse. Die Kindesentwicklung

gestaltete sich insgesamt normal. Allerdings zeigte sich eine vorübergehende Angstentwicklung beim Kind wegen der gelegentlich aggressiven Impulsdurchbrüche der Mutter.

Wegen der Trennungserfahrung in der Schwangerschaft empfand sie in dieser Krisenzeit eine ausgeprägte Kränkung, verbunden mit der Sehnsucht nach einer intakten Partnerschaft.

„Und trotzdem merke ich irgendwie, wie sehr mich das kränkt, dass sein Vater eben weg ist. Manchmal krieg‘ ich auch die Krise, dass ich meinem Kind das zumute, ohne Vater auszuwachsen.“ (326-329)

„... gemerkt, wie traurig mich das macht, zu sehen da ist Papa, Mama, Kind... und ich bin da halt so wieder dieser scheiß Einzelkämpfer.“ (306-307, 308-309)

Es kam in dieser Zeit zu einer allmählichen Kontaktverbesserung zu ihrer Mutter, aber dadurch zeigte sich auch ein größeres Streitpotential. Sie begrüßte die positive Auseinandersetzung der Mutter mit der Oma-Identität.

„..., da kam dann so ihre Grossmuttergeschichte so raus. Da hat sie sich auch echt Mühe gegeben...“ (339-340)

„Und dadurch, dass sie halt ihren Enkel sehen will, habe ich auch sehr viel mehr Kontakt mit ihr und auch sehr viel mehr Streit mit ihr, als ich den letzten Jahren gehabt habe.“ (348-351)

Zum Freundeskreis hatte sie kaum Kontakte. Sie bekam dort wenig Unterstützung und erlebte einen Rückzug der Freundinnen. Nur durch ihren Mitbewohner erfuhr sie eine partielle Unterstützung.

Um die Krise zu bewältigen, nutzte sie verschiedene Hilfsangebote. Sie begann mit einer eigenen Körpertherapie. Sie versuchte das verhaltenstherapeutische Schlafprogramm, jedoch ohne Erfolg.

„Und hab‘ dann dieses Schlafprogramm gemacht mit so gut wie keinem Erfolg.“ (106-107)

Sie fuhr zu einer Mutter-Kind-Kur, erlebte dort allerdings einen Aggressionsdurchbruch.

„Dann bin ich in Kur gefahren..., da hab‘ ich gedacht, da kann ich mich irgendwie erholen und entspannen und so. Da ist es aber leider dazu gekommen, dass ich ihn eine Nacht, gleich am zweiten Tag, dermaßen geohrfeigt habe, dass er echt ein (weint doll) Hämathom im Ohr gehabt hatte.“ (130-131, 132-135)

Sie suchte eine Psychologin vom Bezirksamt auf und konsultierte eine antroposophische Ärztin. Ein Kinderarzt riet ihr, die Tür zu schliessen und das Kind schreien zu lassen.

„Also ich hab mein..., mein Arzt meinte dann: -Also Tür zu und schreien lassen, damit sie mal ein paar Stunden schlafen.- aber selbst wenn ich gewollt hätte, das geht in meiner Wohnung leider nicht so. Und vor allen Dingen kann er durch drei Türen durchbrüllen.“ (117-121)

Auch eine medikamentöse Behandlung konnte ihr und dem Kind nicht helfen.

„Und der Kinderarzt hat ihm auch so‘n Einschlafzeug..., und das hat alles nichts genützt.“ (129-130)

Allmählich wuchs ihre Unzufriedenheit mit diesen Hilfsmöglichkeiten wegen eines mangelhaften Erfolges.

Nach einem langen Durchhalten kontaktierte sie dann die Schreibabyambulanz, obwohl sie immer dachte, diese sei nur für ganz junge Kolikbabys. Sie fürchtete bis dahin, die Schreibabyambulanz sei für ihre Problematik nicht zuständig und daher erwartete sie eine entsprechende Weitervermittlung bzw. andere Kontakthinweise.

„Ich hab‘ mich immer nicht an die Schreibabyambulanz gewendet, weil ich gedacht hab‘, dass betrifft nur Kolikkinder, aber mein Kind ist kein Kolikkind.“ (136-139)

„Dann hab‘ ich halt erst festgestellt, dass ich da an der richtigen Stelle bin. Das hab‘ ich halt vorher nicht gewusst. Und hab‘ auch vor allen Dingen gedacht, dass das auf sehr viel jüngere Kinder sich bezieht.“ (155-158)

5.4.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau D)

Während der Krisenintervention zeigte sich eine diskrete positive Veränderung im Schlafverhalten. Bei der Schrei- und Ernährungsproblematik zeigte sich kein Soforteffekt.

Sie selbst erlebte eine zunehmende körperliche Entspannung, verbunden mit der Möglichkeit eines Loslassen könnens.

„... ich da relativ gut loslassen. Also weil, die kann das ja auch total gut, die Paula.“ (436-437)

„Das hat mir total gut getan. Also ich konnte da richtig gut tanken.“ (445-446)

Frau D erfuhr eine allmähliche Reflexion und Korrektur eigener Abgrenzungsmöglichkeiten und wurde in ihrer persönliche Weiterentwicklung angeregt. Es gelang ihr der Abbau von Schuldgefühlen und Verzweiflung, verbunden mit einer zunehmenden psychischen Stabilisierung. Ihr psychisches Wohlbefinden während der Sitzungen konnte sie allmählich in den Alltag übernehmen.

„Und ich kann mich noch gut dran erinnern, das ging mir wenn ich da war, gings mir immer total gut. Je öfter ich hinging, desto länger konnte ich das Gefühl mit nach draußen nehmen. Also, nach dem Motto, am Anfang habe ich es halt da gelassen und beim zweiten Mal konnt‘ ich‘s bis zur U-Bahn mitnehmen und beim dritten Mal eben drei Stunden und so halt.“ (424-429)

„Das hat mich unheimlich gestärkt.“ (432)

Sie erfuhr eine Aufwertung und Bestätigung in ihrer Mutterrolle und eine Identitätsentwicklung von der Versagermutter zur guten Mutter wurde spürbar.

„Ich bin so von der Versagermutter in die gute Mutter eingetaucht.“ (554-555)

Sie erhielt auch Anregungen für die Erziehung und einen besseren Umgang mit Grenzsetzungen.

„Und das war für mich eine völlig neue Perspektive. Sie sagte, dass es wichtig ist: -Dass du klar und deutlich bei deinem nein bleibst, aber dafür musst du doch nicht den anderen töten.-. Und das war 40 Jahre meines Lebens meine feste Überzeugung. (lacht) Und dadurch nimmt man sich ja auch so die Arschlochigkeit, wenn man seine Grenzen setzt und das konnt‘ ich ja eben auch nie. Weil das ist ja verboten. Wenn man das aber so sagen kann, ohne dass das den Andern jetzt gleich vernichtet. Also, mir Platz zu nehmen, ohne den Andern automatisch zu vernichten, dass fand ich doch..., da hat es echt klick gemacht in meinem Kopf.“ (670-679)

Dadurch gelang ihr die Korrektur bisher unangemessener Erziehungsmaßnahmen und sie entwickelte mehr Verständnis für die kindliche Situation und erlebte ein starkes Bewusstwerden der Liebe zum Kind.

„Also, ich kann mich nur an eine Situation erinnern, wo Paula sagte, sie könne das richtig spüren, was da für eine Liebe von mir fließt. Ich weiss noch, dass ich das natürlich unheimlich gut fand. Und das hab‘ ich irgendwie doch auch stark so dann im Bewusstsein gehabt. Das gehört so in die Kategorie: -Bist ja doch nicht so‘ne schlechte Mutter.-.“ (544-549)

Allmählich entwickelte sie eine Struktur in ihrem Alltag und integrierte dabei neue Lösungsstrategien. Sie nutzte das Angebot einer Tagesmutter und ging aktiv an die Bewältigung existenzieller Probleme heran. Im weiteren Verlauf der Intervention stellte sie allmählich einen Kontakt zu alten Freunden her und ermöglichte sich eine angemessene Freizeitgestaltung. Sogar die Bindung an einen neuen Partner wurde ihr möglich. In der Beziehung zu ihrer Mutter zeigten sich weiterhin Probleme, dennoch räumte sie ihr gerne die Omarolle ein.

„... ganz am Anfang hab ich gedacht: -Die lass‘ ich an mein Kind nicht ran. Die soll nicht noch ‚nen Kind verderben. Das gönn‘ ich ihr nicht.- und mittlerweile denk‘ ich so, die Großmutter-Enkel-Ebene ist ‚ne völlig andere als unsere. Und ich kann ihr das auch gönnen und ich gönn‘ das auch meinem Kind. Wenn er schon keinen Vater hat, dann soll er sich wenigstens mit seiner Großmutter amüsieren. Und ich glaub‘, das kann die mit ihm wahrscheinlich viel besser als mit mir.“ (359-366)

Frau D erlebte einen großen Einfluss der Krisenintervention auf ihre persönliche Entwicklung durch die erfahrene Entspannungsmöglichkeit und die positive Korrektur ihrer Mutteridentität. Sie erfuhr eine Bestärkung in ihren Kompetenzen und entdeckte verschiedene eigene Ressourcen. Die Intervention erlebte sie als beruhigend und unterstützend, besonders durch eine nicht defizitorientierte, sowie nicht bewertende Haltung der Fachfrau.

„Ich hab‘ sie als sehr beruhigend erlebt, aber eben ohne zu hypnotisieren und einzuschläfern. Und als sehr unterstützend, irgendwie nicht so der Finger zeigt drauf, wo man‘s besser machen kann, sondern eben das hervorkehrt, wo man‘s eben schon gut macht.“ (644-648)

Es konnte ein guter Kontakt und ein Vertrauensverhältnis zu Frau Diederichs aufgebaut werden. Die Ausstrahlung und Persönlichkeit der Fachfrau wurde von Frau D als förderlich empfunden.

„Mhm, ich denk‘ mal erstmal ganz entscheidend ist ihre Art überhaupt, also wie sie als Person ist.“ (640-641)

Besonders ihr spielerischer und witziger Umgang mit dem Kind erlebte sie als entlastend und hilfreich.

„Was mich völlig fasziniert hat, wie sie mit dem Kind umgegangen ist. Wo ich gedacht hab‘: -Ich hab‘ noch nie ‘nen Erwachsenen gesehen, der sich so wunderbar auf so‘ne Kinderebene einbringen kann, ohne die so klein zu machen.-“ (418-422)

„Und auch die ganze Atmosphäre irgendwie..., und fand sie auch so witzig und spielerisch. Was ich toll fand, wie sie mit meinem Kind umgegangen ist.“ (653-655)

In der letzten Sitzung erlebte sie ambivalente Gefühle. Sie hatte Angst vor einem Kontaktabbruch und gleichzeitig das Gefühl, die Intervention kann beendet werden.

5.4.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau D)

Die Krisenintervention empfand Frau D als angenehme zusätzliche Unterstützung parallel zur eigenen Körpertherapie. Langzeiteffekte wurden für sie deutlich spürbar, da eine positive langfristige Entwicklung bei ihr und dem Kind angeregt wurde.

„Ich würd‘ sagen, dass is‘ halt irgendwie so ein oder zwei oder drei Mosaiksteine irgendwie zu dem... also, ich hab‘ schon so das Gefühl, dass ich auf ‚nem Weg bin, der vor langer Zeit angefangen hat, aber so gerade in letzter Zeit ganz besonders ins Rollen gekommen ist. Und ich glaube auch also, dass ich schon so als angenehm empfunden habe, meine Therapeutin und Paula parallel zu haben.“ (1057-1063)

Die Schmerzen in den Handgelenken liessen endgültig nach.

„Ja, also völlig weg sind meine Schmerzen in den Handgelenken.“ (764-765)

Es zeigte sich ein langfristiger Rückgang des Aggressionserlebens, sowie eine Steigerung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Auch ihre Handlungskompetenz konnte langfristig gestärkt und eine anhaltende Strukturierung im Tagesablauf gewahrt werden, verbunden mit einer angemessenen Integration des Kindes in den Alltag einer alleinerziehenden Mutter. Es gelang ihr, die Reduktion existenzieller Unsicherheiten durch Eigeninitiative langfristig zu sichern.

„... ähm, es ist super anstrengend, also morgens aufstehen, Kind wegbringen, dann wieder Kind abholen und dann erst einkaufen.... Aber trotzdem funktioniert das irgendwie. Weil ich denke, da ist jetzt ‘ne Struktur drin und es hängt auch damit zusammen, dass ich ganz stolz auf mich war, mir ‘nen anständigen Job zu suchen...“ (949-951, 953-956)

In Stress-Situationen half ihr lange Zeit das Aktivieren des imaginären Hilfesystems durch das Erinnern der, während der Intervention erfahrenen, Unterstützung und Aufwertung.

„Ja, weil so die Erinnerung daran, dass ich schon mal so‘ne Unterstützung habe und dass mich schon mal jemand so gut gefunden hat und mir das auch rübergebracht hat... das ist jetzt nicht ständig und permanent da, aber das..., wenn‘s mir fehlt, kann ich mich immer kurz umdrehen und das aus ‚nem Koffer rausholen: -Da war doch mal was.-“ (781-786)

Eine langfristige positive Entwicklung bei der Identifikation mit der Mutterrolle konnte erreicht werden. In der Beziehung zum Kind konnte von Frau D nun eine wechselseitige Interaktion bewusst reflektiert werden und sie setzte sich zunehmend für ein Mitgestaltungsrecht des Kindes in der gemeinsamen Beziehungsdynamik ein.

„... dass er dann eben auch so‘n Gestaltungsrecht hatte und nicht eben so unterschwellig, so zugeschoben, sondern ganz explizit. Ich glaub‘ auch, dadurch hat er sich auch zu ‘nem total prächtigen Kerlchen entwickelt.“ (982-985)

Die Kontaktqualität in der Mutter-Kind-Beziehung verbesserte sich deutlich.

„... dass es sich verändert hat, oder noch ‘ne größere Qualität gekriegt hat.“ (56-567)

Langfristig zeigte sich eine quantitative und qualitative Veränderung im kindlichen Schreiverhalten. Seit der Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation stellte sich eine endgültige Beseitigung der Ein- und Durchschlafstörungen des Kindes ein.

„... jetzt schläft er irgendwie fast durch. Wird maximal so zweimal wach nachts und schläft auch ordentlich ein.“ (916-917)

Das Kind zeigte insgesamt eine positive Entwicklung, verbunden mit einer Angstreduktion, sowie einem sozial angemessenen Verhalten.

„..., der teilt unheimlich gerne, der ist unheimlich liebevoll, kricht keine Schreikrämpfe. Und wenn, dann lässt er sich auch relativ gut wieder beruhigen. Also das ufert nicht so aus. Und total hilfsbereit. Also ich find‘, dass das ein total nettes Kerlchen ist.“(986-990)

In ihrer Partnerschaft erlebte sie eine erneute Trennungserfahrung (nach einem Jahr), nach vorausgegangener Gewalterfahrung in dieser Partnerschaft. Dieser Kontaktabbruch wurde daher eher als eine Entlastung empfunden.

Die Omarolle der eigenen Mutter akzeptierte sie weiterhin und war auch in der Lage, die Unterstützung durch die Mutter (z.B. Delegation der Aussichtspflicht) langfristig anzunehmen.

Zu alten Freunden außerhalb ihres derzeitigen Wohnortes nahm sie Kontakt auf, da ihr ein gelegentlicher Ortswechsel in der Freizeit Erholung und Entspannung brachte.

Sie organisierte sich Unterstützung durch einen Ex-Freund und dessen Frau, die einmal wöchentlich das Kind beaufsichtigten, damit sie an ihrer eigenen Therapie oder anderen persönlich bedeutsamen Aktivitäten teilnehmen konnte.

Die erfahrene Krisenintervention erlebte sie als empfehlenswert für alle Betroffenen. Diese sollten allerdings rechtzeitig die Schreibabyambulanz aufsuchen.

„Ich würd‘ sie immer zu Paula schicken. Hab‘ ich Freitag erst eine geschickt. (lacht) Ja, also im Grunde genommen, immer zu Paula schicken, weil die sollen sich Hilfe holen und zwar rechtzeitig und nicht warten bis aus irgendwelchen Gründen, bis das Kind, im wahrsten Sinne des Wortes, in den Brunnen gefallen ist. Und zwar die richtige Hilfe. Und denk‘ ich das ist zu Paula gehen: -Geh zu Paula.-.“ (1073-1078)

Die Raumgestaltung in der Schreibabyambulanz könnte verbessert und die Anzahl der Interventionseinheiten erhöht werden.

Anmerkungen zu Frau D:

- Beginn der Schreiproblematik = ca. 2 Wochen postpartal
- Beginn des Krisenerlebens = unmittelbar zeitgleich
- Kontaktaufnahme mit der Schreibabyambulanz = ca. 1,5 Jahre postpartal
- Anzahl der Interventionseinheiten = 9
- Zeit zw. Interventionsende und Interviewtermin = 30 Wochen

5.5. Frau E

„Ich seh‘ das sozusagen ‘nen bisschen als äh..., so die psychologische Betreuung. Die ist hier nun gar nicht gegeben, der Kinderarzt, der hat ja gar keine Zeit und ist auch gar nicht die richtige Person dafür. Und Frauenärzte sind auch überhaupt keine Psychologen, da kommt eher immer Druck. Diese Entspannungsphasen sozusagen, ja auch ‘nen natürliches Gefühl, ‘nen Kind zu kriegen, das wird eigentlich eher von den Ärzten unterbunden und verstärkt den Druck. Also ich seh‘ das als ein großes Problem.“ (960-967)

5.5.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau E)

Frau E erlebte eine problematische Schwangerschaft, da sie eine starke Ablehnung und Entwertung durch den Arbeitgeber und im Freundeskreis erfuhr.

„..., ja ich wurde ja abgelehnt als Schwangere.“ (9)

„Ganz stark im Beruf, also von meinem Arbeitgeber, der dann wirklich in jedem zweiten Satz äußerte: -Mit ihnen kann man nicht arbeiten. Sie sind ja schwanger.- Ja auch bezogen auf den Freundeskreis, da bei allen eigentlich klar war, dadurch, dass der Vater das Kind nicht wollte, äh, dass das keine Zukunft hat und dass das auch sehr schwer werden würde für mich.“ (20-25)

Der Vater des Kindes entschied sich gegen das Kind und sie trennte sich daher von ihm.

„Dann bin ich schwanger geworden, von einem Mann, der aber keine Kinder mehr haben wollte.“ (36-37)

„Ich ihm das aber gesagt hab‘, dass mir das sehr wichtig ist und da er eben daran auch kein Anteil genommen hat und auch nicht gefragt hat, wie es mir geht, hab‘ ich mich dann halt von ihm getrennt.“ (40-43)

Häufig hatte sie Kopfschmerzen und Kreislaufprobleme. Die Geburt war sehr belastend, da eine Zangengeburt gemacht werden musste und sie im Genitalbereich geschnitten wurde und gerissen war. Mit der Naht hatte sie noch sechs Monate nach der Geburt Probleme.

„..., dass ich eine sehr schwere Geburt hatte mit K(E), dadurch dass er mit der Zange geholt wurde und ich denn zusätzlich zu dem Schnitt überall gerissen bin und der Schnitt dann zusätzlich danach aufgegangen ist und ich in den ersten sechs Monaten nicht sitzen konnte.“ (12-16)

Bis zum fünften Lebensmonat entwickelte sich allmählich ein intensives und langandauerndes kindliches Schreien, verbunden mit einer maximalen Schreidauer von fünf bis sechs Stunden.

„Die ersten fünf Monate hat er so fünf bis sechs Stunden am Stück meist geschrien und vor den Mahlzeiten.“ (183-184)

Dieses Schreiverhalten zeigte sich meist nachmittags und vor den Mahlzeiten. Bei einer ausgeprägten abendlichen Erschöpfung des Kindes wurde das Schreiverhalten besonders intensiv. Es entwickelte sich ebenfalls eine allmähliche Zunahme der Durchschlafproblematik. Ein Höhepunkt zeigte sich im vierten Lebensmonat, verbunden mit einer Aufwachfrequenz von bis zu zehnmal pro Nacht.

„Es gab halt Phasen, wo er sogar zehnmal in der Nacht wach wahr. Vor allem immer schwieriger war, ihn ruhig zu bekommen.“ (174-176)

Sie stillte das Kind bis zum zehnten Lebensmonat und hatte dann auch Probleme beim Zufüttern. Nach dem ersten Zufüttern stellte sich eine beginnende Neurodermitis ein.

Das Kind zeigte anfangs eine regelrechte Entwicklung. Allmählich zeigte sich eine körperliche (Gewicht, Größe) und sprachliche Retardierung.

„Die war eigentlich sehr zeitgerecht, würd‘ ich jetzt mal sagen. Das Einzige war halt nachher in der Krisenzeit. Da hab‘ ich eine Untersuchung gemacht und da kam halt raus, dass er zu klein und zu leicht ist und sprachlich nicht sehr weit ist.“ (220-223)

Frau E erlebte ein zunehmendes körperliches Unwohlsein, verbunden mit einem ausgeprägten Schlafdefizit, sowie einer körperlichen Abneigung gegen die Trostfunktion der Brust. Sie schlief mit dem Kind in einem gemeinsamen Bett, wodurch sie kaum zur Ruhe kam.

Sie fühlte sich häufig hilflos und hoffnungslos, sowie kraftlos, verbunden mit ambivalenten Gefühle gegenüber dem Kind. Ihre Liebe zum Kind konnte in dieser Zeit nicht gelebt werden. Sie wollte alles mit Liebe machen, konnte aber teilweise auf Grund der Überforderung nur das Gegenteil davon leben. Es entstand ein Konflikt zwischen Anspruch und Realität, den sie zum damaligen Zeitpunkt nicht lösen konnte.

„Dadurch, dass ich eben selber wie im Nebel gewesen bin, die ganze Zeit, war das für mich sehr schwierig, mit ihm überhaupt zu befassen, ja ich hab‘ mich manchmal mehr gezwungen gefühlt, da positiv auf ihn zu reagieren. Hab‘ aber eben versucht, meine eigenen Emotionen runterzudrücken, weil sie eher negativ waren. Wo ich mich mehr gezwungen gefühlt habe und überfordert gefühlt habe, dieses Positive, was ich mir immer gewünscht habe, gar nicht mehr so hochkam. Weil ich halt einfach überfordert war, übermächtig war, keine Kraft mehr hatte.“ (107-115)

Der Kontaktaufbau zum Kind gestaltete sich zunehmend problematisch. Das Stillen fungierte als einziges Kontakt- und Trostmittel. Sie fühlte sich, auf Grund der stressbedingten psychischen Labilisierung, teilweise zum Kontakt mit dem Kind nur noch gezwungen.

Es zeigte sich ein allmählicher Verlust der Handlungs- und Copingkompetenz.

„..., weil ich einfach nur gestresst war und eigentlich gar nicht mehr richtig handeln konnte. Und auch meine ganzen Gefühle unterdrückt habe, damit ich überhaupt klar kam,...“ (123-126)

Sie fühlte sich in einem Teufelskreis gefangen, verbunden mit Verzweiflung und Gewaltphantasien gegen das Kind.

„Aber nachher war dann schon keine Kraft mehr dafür da und war halt einfach dieses..., ja, dass das immer so weiter gehen würde, dass es ein Teufelskreis bleiben würde. Das war einfach zu erdrückend, zu erstickend.“ (133-136)

„Ja, es hatte sich inzwischen so angestaut, dass ich gedacht habe: -Wenn jetzt nicht bald was passiert, dann dreh‘ ich durch oder ich nehm‘ das Kind und schmeiss‘ es aus dem Fenster.-. Es war schon manchmal ziemlich heftig.“ (259-262)

Frau E machte auch Konkurrenzerfahrungen in einer Mutter-Kind-Gruppe, verbunden mit einem zusätzlichen Leistungsdruck.

„Und mit der Zeit war das dann nicht mehr Erholung und toll, dass die Kinder miteinander spielen, sondern eher so: -Das Kind kann das noch nicht und das schläft noch nicht durch. Jetzt musst du aber mal das machen und jenes machen.- Und der Druck wurde halt immer größer gegenseitig.“ (158-162)

Auch durch das verhaltenstherapeutische Schlafprogramm erlebte sie einen zunehmenden Leistungsdruck, der sie sehr belastete.

„Das war sehr heftig und eben über dieses Buch, was alle da gelesen haben, von wegen: -Jedes Kind kann schlafen lernen-, war dann der Druck auch so massiv, weil ich gemerkt hab‘, dass das für uns überhaupt nicht zutrifft.“ (162-165)

Sie konsultierte auch verschiedene Kinderärzte, die ihr keine adäquate Unterstützung geben konnten.

„Ja die Kinderärzte, ich war bei sehr vielen verschiedenen und hab‘ jedesmal das erzählt und dann haben die halt immer nur gesagt, das Einzige was hilft ist, das Kind durchschreien zu lassen und dann abzustillen. Das war das Einzige, was die dazu gesagt haben. Ob ich nun antroposophische oder was weiss ich wen aufgesucht habe.“ (296-300)

In dieser Zeit entschied sie sich auch eine eigene Körperpsychotherapie zu beginnen.

Sie war zum damaligen Zeitpunkt auch damit beschäftigt, die Trennung vom Kindsvater zu verarbeiten und es wurde ihr bewusst, dass sie einen unterstützenden Partner sehr vermisste.

„Dass ich eben keinen Partner hatte, hat mir sehr viel Kraft genommen. Wo ich denn auch gespürt habe einfach, dass das in der Praxis nochmal ganz anders aussieht.“ (154-156)

Zu ihrem Elternhaus hatte sie damals noch einen guten Kontakt. Allerdings zeigte sich, dass ihr Vater die Unehelichkeit und das Geschlecht des Kindes als problematisch empfand.

„Mit meinem Vater ist es weitgehend schwierig gewesen, weil er mit der Unehelichkeit Schwierigkeiten hatte, das wird auch immer weniger. (lacht) Und dann wollte er noch ein Mädchen, das kam noch hinzu, er wollte keinen Enkel.“ (89-93)

Ihre Mutter zeigte eine große Freude über das Kind, verbunden mit einer positiven Auseinandersetzung mit der Omarolle. Von ihr erhielt sie auch gelegentlich Unterstützung bei der Gewährleistung der Aussichtspflicht.

„Mit meiner Mutter war es ganz unproblematisch, die hat sich sehr doll gefreut. Sie wollte schon immer Oma werden und hat das sehr angenommen.“ (93-94)

Schon vor ihrem Umzug nach Berlin stellte sich ein allmählicher Kontaktrückgang im Freundeskreis ein, verbunden mit einer Isolation, auch wegen der bestehenden Schreiproblematik.

„... und ich hatte dann nur noch eine Freundin, die selber kein Kind hatte und die damit absolut überfordert war, als es mir dann zum Schluss auch immer schlechter ging.“ (54-57)

Seit dem Umzug nach Berlin bemühte sie sich um eine Vernetzung mit anderen alleinerziehenden Müttern in der weitläufigen Nachbarschaft. Hier erfuhr sie eine zunehmende Unterstützung.

„Ja die Leute, die hier wohnen. Also es ist so, dass wir 25 Leute insgesamt sind, davon fünf Kinder, die hier in den Nachbarhäusern wohnen.“ (72-74)

Frau E erlebte in der Krisenzeit einen Dauerstress mit massiver Zuspitzung, der sich schon vor dem Umzug nach Berlin entwickelte. Allerdings gab es an ihrem ehemaligen Wohnort kein angemessenes Therapieangebot. Sie entwickelte zunehmend den Wunsch nach einer kompetenten und unterstützenden Hilfe.

„Na eigentlich hatte ich keine richtige Lösung. Ich hab‘ zwar dieses Buch da gelesen und hab‘ das dann versucht zu machen. Wobei das eben für mich auch immer schwierig ist, weil eher so‘n Ansprechpartner gebraucht hätte. ...Dann kam auch so der Gedanke: -Ich möchte jemanden an meiner Seite haben.“ (232-235, 238-239)

Unmittelbar nach dem Umzug nach Berlin wendete sie sich an die Schreibabyambulanz. Sie war allerdings sehr besorgt, dass sie dort wegen des fortgeschrittenen Kindesalter keine Unterstützung mehr erfahren würde.

„Wobei ich mir nicht so sicher war, weil er ja nun kein richtiges Baby mehr war, ob es uns

überhaupt noch trifft oder ob ich nicht sozusagen schon viel zu spät komme.“ (251-254)

Von der angebotenen Krisenintervention hatte sie keine feste Vorstellung. Sie erhoffte sich eine Verbesserung der Schlaf- und Schreiproblematik, sowie eine Wiederherstellung der Deutungskompetenz hinsichtlich des Schreiens.

„... Ich hatte gar keine festen Vorstellungen. Ich hatte mir innerlich die Ziele gesetzt, zu sagen, ich würde gerne, dass er durchschläft nachts oder dass er zumindestens weniger schreit, dass ich früher einhaken kann, dass ich verstehe, worum das tatsächlich geht. Und das ich das auch ein bisschen durchschaue, was eigentlich passiert.“ (305-310)

5.5.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau E)

Während der Intervention zeigten sich qualitative und quantitative Veränderungen im Schreiverhalten des Kindes, verbunden mit einem Rückgang der nächtlichen Schreiatacken.

„Ähm, ja sein Schreien selber ist anders. Also sein Schreien ist sehr viel..., also er hat vorher so'n Ton drauf gehabt, wo ich sagen würde, so hilflos und ganz wahllos... Und jetzt ist es sehr viel bewusster.“ (515-517, 520)

Sie fasste den Entschluss, vom Kind getrennt zu schlafen und vollständig abzustellen. Es zeigte sich dadurch eine starke Veränderung im Schlafverhalten. Dem Kind gelang allmählich ein besseres Ein- und Durchschlafen. Beim nächtlichen Aufwachen war es nun in der Lage, sich selbst zu beruhigen.

„Aber zum Beispiel ist es inzwischen auch so, dass er auch wenn er nur so kurz aufweint, ich gar nicht erst hingehe und er im Nu wieder einschläft.“ (551-553)

Durch das Getrenntschlafen vom Kind konnte auch sie mehr Erholung finden und ihr Schlafdefizit ausgleichen.

„Ja, es wurde, also natürlich mit dem Abstillen noch besser. ...,... das Gefühl, die Stunden, die ich eben alleine verbracht habe, dass das halt schon viel mehr Kraft eben gegeben hatte.“ (380, 382-384)

Die Nahrungsaufnahme gestaltete sich allerdings weiterhin problematisch.

Zu Beginn der Krisenintervention zeigten sich bei ihr eine Verschlechterung des Allgemeinbefindens, verbunden mit einem zunehmenden Krisenbewusstsein.

„Also, die ersten Wochen ganz bestimmt nicht. Da ging's mir teilweise ein bisschen schlechter, weil ich mir dieser Krise erstmal richtig bewusst geworden bin.“ (324-326)

Zunehmend war sie in der Lage, zu einer körperlichen Entspannung zu finden und loslassen zu können.

„Ja also, ich hab' ja auch immer mehr gemerkt, ich bin ja mit Begeisterung da auch hingegangen, das war immer so, ja: -Endlich ist Mittwoch.-, da war so'n bisschen Entspannung drin.“ (336-338)

„Ja, da is' es halt in dem Sinne körperlich besser geworden, weil ich eben entspannter wurde und ich entschieden hatte, ohne ihn zu schlafen.“ (370-372)

Es zeigten sich eine zunehmende Mobilisierung von Kraftreserven, verbunden mit einer Steigerung des körperlichen Wohlbefindens. Eine verbesserte Selbstwahrnehmung förderte eine psychische Stabilisierung. Sie konnte sich dann auch in verschiedenen Rollen besser hab' mich einfügen und wahrnehmen.

„Na, ich hab' mich sehr geborgen gefühlt, sehr angenommen, hab' mich klarer wieder wahrgenommen, wirklich als Frau und als Mensch und als Mutter, so in verschiedenen Situationen. Und konnte auch einfach besser loslassen,...“ (403-407)

Es zeigte sich auch eine allmähliche Bewusstwerdung des erlebten Leistungsdrucks.

„Ja, also auf der einen Seite ist mir natürlich bewusster geworden, was für'n Druck ich doch empfunden habe oder den die meisten Mütter definitiv empfinden. Weil so'n bisschen Erwartungshaltung doch da ist, von der Gesellschaft, also wenn man sich für ein Kind entscheidet, dann muss man auch wissen, wie es geht (lacht).“ (354-359)

Sie empfand ein zunehmendes Vertrauen in ihr Handeln als Mutter, verbunden mit einer Stressreduktion und einer abnehmenden Gereiztheit.

„Dass ich mehr so das Vertrauen habe, ihn halt in manchen Situationen, ihn so machen zu lassen. Also es wirkt sich auf alles aus und dadurch bin ich nicht ständig überreizt. Mein Gefühl wär so,

dass ich viel entspannter bin.“ (409-412)

Eine Verbesserung des Problembewusstseins förderte eine zunehmende Lösungskompetenz.

„..., also am Anfang war ich ja so wie im Nebel und dann bin ich erstmal klarer geworden und ein bisschen verzweifelt zuerst. Und dann halt so: -Jetzt hab ich ‘nen Bild und jetzt weiß ich auch, wo es lang geht und jetzt muss nur noch konkret daran arbeiten.-“ (389-393)

Frau E erhielt auch Anregung zur Erziehung bezüglich einer notwendigen Grenzsetzung, so wurde beispielsweise auch das Neinsagen mit ihr geübt.

„Es ist so, dass ich jemand bin, der nie nein gesagt hat...“ (492-493)

„Ja, da haben wir richtig Übungen gemacht, wo ich denn auch durch den Raum gegangen bin und dann einfach mal das Neinsagen geübt habe...“ (504-505)

Auch das gemeinsame Durchstehen einer konkreten kritischen Situation wurde als sehr unterstützend erlebt.

„..., da einfach mal so‘ne Krisensituation zusammen durchzustehen. Das war schon mal ganz gut.“ (619-621)

Anfallende Fragen zur Mutterschaft wurden bewusst gemacht und gemeinsam durchgesprochen.

„Erstmal weil ich mit Paula ganz gut konnte und da einfach auch so‘n Geborgenheitsgefühl war. Und zwar kamen ja auch soviel Muttersachen raus, Fragen, die ich als eigene Mutter habe...“ (343-345)

Es zeigten sich eine zunehmende Verbesserung und Intensivierung sozialer Kontakte. Durch das Getrenntschlafen vom Kind wurden dann auch abendliche Besuche möglich, was zu einer Verbesserung der Lebensqualität führte.

„Ja, ist ja klar, dadurch dass ich ihn halt getrennt habe schlafen lassen, konnte ich überhaupt wieder jemanden hier mit reinnehmen. ... Und das hat sich natürlich wesentlich positiv ausgewirkt, dass ich das Gefühl hatte, also jetzt kann ich mal was für mich machen.“ (446-447, 449-451)

Sie war nun auch in der Lage, das Kind zunehmend anderen Personen anzuvertrauen, um sich gelegentlich eine Auszeit zu ermöglichen.

In dieser Zeit war ihr die Bindung an einen neuen Partner möglich. Diese Partnerschaft erlebte sie als sehr unterstützend und kraftspendend.

„Das kam halt auch noch dazu und daraus hat sich dann gleichzeitig noch ‘ne Partnerschaft entwickelt, die mir halt die nötige Kraft gegeben hat...“ (427-429)

Es stellte sich auch eine kritische Reflexion der Beziehung zu den eigenen Eltern ein. Die Großelternrolle konnte sie ihnen trotzdem zugestehen und ihnen auch das Kind anvertrauen.

„Äh, in der Zeit hab‘ ich angefangen, meine Mutter selber mit andern Augen auch zu sehen, oder meine Eltern insgesamt anders zu sehen. Aber das ist natürlich schwer davon zu trennen, was ich in der sonstigen Therapie mache und ich würd‘ mal sagen, ich lass‘ sie mehr machen mit sich sozusagen und ihn. Aber ich kann schlechter mit ihnen zusammensein.“ (459-464)

Insgesamt zeigte die Krisenintervention bei Frau E einen deutlich positiven Einfluss auf die Bewältigung dieser Lebenssituation. Sie fand dort Geborgenheit, Unterstützung und Entspannung, was eine angemessene Hilfe und Entlastung für sie darstellte.

„Das ich ‘ne Stunde lang das Gefühl hatte: -Also jetzt bin ich nicht alleine und egal was jetzt kommt...-“ (615-617)

Die körperliche Intervention bei ihr und dem Kind empfand sie als wirksam und wohltuend.

„Dann ist natürlich auch so‘n bisschen wie, also wenn es ihm körperlich nicht so gut ging, dass sie ihm eben den Nacken massiert hat, also Körperaufnahme über ihn. War für ihn sehr wichtig Kontakt zu ihr und dass ich dadurch auch immer mehr loslassen konnte.“ (611-615)

„Gerade wenn man sehr verspannt ist, ist es sehr gut, nicht nur auf der reinen Gesprächsebene zu bleiben.“ (628-629)

Ein guter Kontakt und das Vertrauensverhältnis zu Frau Diederichs war dafür eine Grundvoraussetzung. Die individuelle Gestaltung der Intervention empfand sie als sehr vorteilhaft.

„Mhm, also ich fand den Kontakt dort ganz toll und ich fand auch gut, dass es ‘nen bisschen persönlich gestaltet werden kann.“ (667-668)

Auch die Ausstrahlung und Persönlichkeit der Fachfrau wurde von ihr als förderlich empfunden.

„..., ich denke, was sehr wichtig war, dass Therapeut und Patient gut zusammen konnten.“ (610-611)

„Ich würd‘ sagen, die Persönlichkeit, die macht ‘ne ganze Menge aus.“ (625-626)

Ein regulärer Abschied nach zehn Sitzungen war für Frau E zu früh, daher wurde eine Verlängerung der Intervention in Erwägung gezogen.

„Dann war ich aber noch nicht soweit, also es hat ein bisschen länger gedauert bei mir, denn hat sie mir das Angebot gemacht, das zu verlängern und dadurch ging‘s mir halt nochmal wesentlich besser.“ (393-396)

Den Abschied nach dieser Verlängerung empfand Frau E als sehr angenehm. Es wurde der richtige Zeitpunkt gewählt, nach einer erfolgreichen Problemlösung.

„Also, wir haben einen ganz schönen Abschluss hinbekommen. Das fand ich sehr angenehm. Also, dieses Abschiednehmen, was für mich auch ‘ne ziemlich neue Erfahrung so war. Ähm, wir haben zum richtigen Zeitpunkt sozusagen aufgehört, für mich war ja bis dahin schon einiges richtig umgesetzt, also nicht nur geklärt im Kopf, sondern halt auch einfach umgesetzt. Dadurch, dass ich halt auch das mit dem Schlafen sehr viel besser hinbekommen habe und jetzt auch wieder frohen Mutes war, dass es weiter geht.“ (681-688)

Frau E schlägt eine Verbesserung des Informationsflusses in der Öffentlichkeit vor, damit Betroffene besser erreicht werden und Berührungsängste abbauen können.

„Ich denke mal, die meisten fühlen sich nicht so angesprochen davon. Ich hab‘ ja selber die Erfahrung gemacht, dass die meisten davor zurückschrecken, weil alles, was mit Psychologie zu tun hat, eher so‘n Hauch von: -Ich bin ja nicht verrückt. Ich komme ja klar.-“ (636-640)

In dieser Art sozialer Arbeit sollten auch andere kritische Aspekte dieser Entwicklungsphase einbezogen werden, um eine Reduktion auf Schreikinder zu vermeiden.

„Es müsste eigentlich umfangreicher sein. Also, das ist nicht nur auf das Schreien alleine, das ist halt ein bestimmter Bereich.... Ich denke, es ist ein sehr viel größeres Spektrum noch.“ (649-650, 653-654)

Dieser Problemkreis sollte gesamtgesellschaftlich intensiver thematisiert werden. Einer individuellen Erhöhung der Interventionseinheiten sollte keine Grenze gesetzt werden.

„Aber auf der andern Seite, für manche ist eben doch auch nötig, dass das länger läuft...“ (674-675)

5.5.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau E)

Frau E erlebte verschiedene Langzeiteffekte der Krisenintervention. Ihr Schlafdefizit konnte langfristig kompensiert werden, wodurch sie sich wesentlich ausgeruhter und kraftvoller fühlte.

„Ja also dadurch, dass ich jetzt besser geschlafen habe, fühle ich mich jetzt halt den neuen Krisen besser gewachsen. Ich kann bewusster handeln und fühle mich nicht so ohnmächtig wie vorher.“ (694-696)

Das allgemeine körperliche Wohlbefinden konnte dauerhaft gesteigert werden, verbunden mit einer Verbesserung des Körpergefühls und einem Kontaktaufbau zu sich selbst.

„..., dass ich nicht nur in der Krise drin stecke und gar keine Wahrnehmung mehr habe. Körperlich, dass ich überhaupt ein Körpergefühl zu mir habe, das ich überhaupt nicht mehr hatte.“ (925-927)

Ohnmachtsgefühle wurden abgebaut, verbunden mit einer erhöhten Sicherheit und dem Erleben von Geborgenheit, sowie einer verbesserten Abgrenzung gegenüber dem Leistungsdruck der Umwelt.

„Also, ich bin sehr viel sicherer innerlich.... „ (711)

„Aber auch, dass ich auch im Kontakt mit Andern ganz anders auftreten kann. Also auch andern Müttern gegenüber, die teilweise sehr viel Druck machen.“ (946-948)

Das imaginäre Hilfesystem zeigte sich langfristig als unterstützend und stressreduzierend.

„Also, wenn ich an Paula denke, dann ist da halt Kraft da, sag‘ ich jetzt mal so‘n bisschen. Ein Bewusstwerden, und ja, es ist mehr Geborgenheit so da. Also dieses Alleinesein vorher, das war ganz extrem. Und das hat sich halt äh..., ich bin natürlich diejenige, die da alleine dasteht in dem Moment, aber äh so‘n Mensch, der wirklich so an deiner Seite gestanden hat, das hat mir eben die

ganze Zeit gefehlt.“ (713-719)

Sie zeigte langfristig eine verbesserte Krisenwahrnehmung und Steigerung der Handlungskompetenz. Durch den Abbau des Erschöpfungssyndroms zeigte sich eine Stärkung der Handlungsfähigkeit.

Beim Kind zeigte sich weiterhin eine Verbesserung des Schlafverhaltens, verbunden mit einem ständigen Rückgang der Schreiproblematik.

„Und jetzt verändert sich das zum Beispiel, dass es immer besser wird. Es wird immer kürzer, dass er schreit.“ (856-858)

„Also er schläft meistens schläft er durch.“ (874)

Es zeigte sich auch eine allmähliche Verbesserung des Sprachverhaltens, sowie eine Gewichtszunahme.

„..., also erstmal hat er jetzt zugenommen. Das ist jetzt aber erst im Nachhinein. Und ich denke auch in den letzten Wochen kommt auch ein bisschen mehr Sprache rein. Aber das ist einfach so, dass er bis dahin auch nicht in dem Sinne gemacht hat. Ich denke mal, wenn sein Schreitonus anders geworden, das war vielleicht auch 'ne Voraussetzung dafür, dass er überhaupt Sprache in dem Sinne wahrnimmt.“ (597-603)

Das Kind zeigte zunehmend Zärtlichkeit im Umgang mit der Mutter und anderen Personen (Kindern). Der Mutter-Kind-Kontakt verbesserte sich deutlich. Die Kontaktmöglichkeit blieb nun nicht mehr auf den Stillvorgang begrenzt.

„Langanhaltende..., ja erstmal das Schlafen, dann den Kontakt, den ich mit ihm haben wollte. Also, ich hatte ja das Gefühl, dass das so'n bisschen zwanghaft vorher war, Kontakt aufzunehmen oder in Krisen damit umzugehen. Weil ich mich auch immer sehr hilflos gefühlt habe. Das sozusagen als einziges Mittel zu haben, ihn trösten zu können und erreichen zu können. Das halt nicht mehr ist, sondern dass es halt verschiedene Möglichkeiten für mich gibt.“ (917-924)

Schon seit dem Abstillen stellte sich allmählich ein sehr bewusstes Kuscheln ein.

„Und das verändert sich jetzt eigentlich immer stärker auch, dass wir eben richtig bewusst kuscheln. Das fing ein bisschen auch schon in der Phase an, weil das sehr gemütlich war bei Paula. Da hat er so Kissen und so gehabt und da fing er eben auch an, sich selber Kissen zu holen und es wird halt jetzt immer mehr..., also es ist so, dass er eben weiterhin nicht so'n Typ ist, der sich so ganz doll knuddeln lässt, aber er ist da schon viel umgänglicher geworden. Es ist sehr viel gefühlsmässiger und es ist sehr viel echter, wie ich jetzt mal so sagen... Also das sich schon ausgewirkt, dass äh, er da einfach auch empfänglicher für so'ne Sachen ist.“ (753-758, 762-766, 777-778)

Frau E gelang zunehmend eine Akzeptanz und Integration kindlicher und mütterlicher Emotionen innerhalb eines Beziehungssystems. Es zeigte sich die Entwicklung einer Deutungskompetenz gegenüber kindlichen Signalen (Schreien).

Es entwickelte sich auch ein kritischer Umgang mit dem Muttermythos, sowie eine kritische Gesellschaftsreflexion. Sie bemühte sich zunehmend um einen Kontaktaufbau zu Müttern mit gleichen Erziehungsvorstellungen.

„... Ich gehe jetzt eigentlich sehr viel kritischer damit um. Ich meine, dass unsere Gesellschaft nicht sehr kinderfreundlich ist, das war mir vorher schon bewusst, ja. Aber das ist jetzt auch nicht nur 'ne Kritik an die Gesellschaft in dem Sinne. Ich denke, das kann man nur als Einzelner versuchen zu verändern. Ich versuche halt, Kontakt überwiegend mit den Frauen zu haben, äh die genauso auf der Suche sind, das anders leben zu dürfen. Eben die Gefühle der Kinder nicht zu unterdrücken, sondern das ernst zu nehmen.“ (732-740)

Der Kontakt zum neuen Freundeskreis wurde weiterhin intensiviert und sie konnte Freundschaften, jetzt nicht nur als Mutter, sondern auch als Frau genießen.

„Also, das ist für mich ein ganz wichtiger Punkt, dass ich eben nicht nur Mutter bin, dass ich eben auch andere Gefühle habe, dass aber eben dadurch, dass ich das anders erlebe auch wiederum vielleicht 'ne bessere Mutter für mich bin.“ (741-744)

Sie erhielt weiterhin eine Unterstützung durch den Freundeskreis, indem sie einmal wöchentlich ihr Kind in die Obhut der Freunde gab, um in dieser Zeit persönlichen Interessen nachzugehen.

„Aber auch gleichzeitig, dass ich ihn auch mehr abgebe, auch hier. Also, so einmal in der Woche

habe ich ihn zwei bis drei Stunden mindestens nicht. Das habe ich so für mich durchgesetzt.“ (820-823)

Die Partnerschaft blieb weiterhin intakt und zeigte sich als sehr unterstützend.

„Ja, also ich empfinde das absolute Unterstützung.“ (797).

Zum Elternhaus zeigte sich weiterhin ein Kontaktrückgang, verbunden mit einer kritischen Sicht auf die Beziehungsdynamik der Eltern, sowie einer Auseinandersetzung mit der überbehütenden Mutter.

„..., ich lass‘ sie mehr für sich und kann‘ s schwerer ertragen, wie sie miteinander umgehen. Und deshalb habe ich wenig Kontakt zu ihnen... Auch zum Beispiel meine Mutter, die für mich ‘ne Übermutter ist, uns immer noch sehr schwer loslassen kann.“ (831-833, 837-838)

Insgesamt zeigten sich bei Frau E und ihrem Kind deutlich positive Kurz- und Langzeiteffekte der Krisenintervention. Frau E hält diese Intervention als empfehlenswert für andere Betroffene, die dieses Hilfsangebot allerdings rechtzeitig aufsuchen sollten.

„..., jeder zukünftigen Mutter oder jeder Mutter, die vielleicht..., wo ich das jetzt mitkriege, da würd‘ ich da doch eher mutiger sein und sagen: -Hier, da gibt es Hilfe.-“ (951-953)

„Also, auch möglichst rechtzeitig diese Hilfe holen.“ (958)

Anmerkungen zu Frau E:

- Beginn der Schreiproblematik = sofort postpartal
- Beginn des Krisenerlebens = ca. 8 Monate postpartal
- Kontaktaufnahme mit der Schreibabyambulanz = ca. 1,9 Jahre postpartal
- Anzahl der Interventionseinheiten = 17
- Zeit zw. Interventionsende und Interviewtermin = 14 Wochen

5.6. Frau F

„..., das war so ein furchtbares Erlebnis, da mit diesem schreienden Baby in die Klinik zu fahren und mit diesem schreienden Baby wieder wegzufahren. ..., dann ist man am verzweifeln. Man fängt wirklich an, an sich selbst zu zweifeln.“ (556-558, 564-565)

5.6.1. Die Erfahrungen vor Interventionsbeginn: Krisenentwicklung (Frau F)

Frau F erlebte eine unproblematische Schwangerschaft. Sie und ihr Ehemann freuten sich auf ein langersehntes Wunschkind.

„Also, ich hatte ‘ne traumhafte Schwangerschaft, überhaupt gar keine Probleme.“ (12-14)

„Weil sie ist ja ein absolutes Wunschkind und wir haben zweieinhalb Jahre auf sie hinarbeiten müssen.“ (18-20)

Dadurch hatte sie eine positive Einstellung gegenüber der bevorstehenden Geburt, machte dann allerdings eine sehr negative und traumatische Geburtserfahrung.

„Und bin eigentlich ganz frohen Mutes in die ganze Geburtsgeschichte reingegangen und ja, war nachher ziemlich erschreckt darüber, wie die Geburt verlaufen ist.“ (20-22)

Das Kind war sehr groß und das Fruchtwasser stark reduziert. Es entwickelte sich ein verzögerter Geburtsverlauf, verbunden mit einer Verschlechterung der kindlichen Vitalsituation.

„..., sie haben keine Herztöne mehr von ihr, sonst müssten sie sie holen. Tja und dann, hab‘ ich sie aber noch ein Glück rausgeschoben mit der letzten Wehe. Ja, also ziemlich traumatisch gewesen,...“ (49-51)

Ein plötzliches Ausbleiben der kindlichen Herztöne führte zu einem massiven mütterlichen Angsterleben, verbunden mit Alpträumen in der Postpartalzeit.

„Und ich hatte auch noch wochenlang nach der Geburt Alpträume. Also wirklich dieses CTG-Ticken, was nicht mehr da war, auch so immer noch gespürt. Das war also..., diese Angst, das war Wahnsinn.“ (58-61)

Es zeigte sich bei ihr ein Groll auf die Ärzte wegen des erlebten diagnostischen Versagens.

„... den Moment, wo ich das Gefühl hatte, dass die Ärzte versagt haben, da mit dem zu großen Kopf, da hab‘ ich furchtbar gelitten.“ (654-656)

Schon drei Wochen nach der Geburt zeigte sich ein ausgeprägtes Schreiverhalten des Kindes, welches langsam anstieg und eine maximale Schreidauer von 18 Stunden erreichte. Dieses Schreiverhalten zeigte sich nur tagsüber. In den Nachtstunden fand das Kind Ruhe.

„Und dann fing es halt an, dass sie viel geschrien hat, dass sie nur geschlafen hat, wenn ich sie getragen hab‘. Und sobald ich sie abgelegt hat, ging das halt wieder los.“ (69-72)

Auch das Schlafverhalten am Tage wurde zunehmend unregelmäßig bis gestört. Das Kind schlief tagsüber nur beim Umhertragen auf dem mütterlichen Arm und im Kinderwagen. In der Nacht zeigten sich wegen der totalen kindlichen Erschöpfung keine Schlafstörungen.

„Aber nur tagsüber. Nachts hat sie durchgeschlafen. Aber das kam dadurch, dass sie wirklich nur geschrien hat und denn abends wirklich fix und alle war.“ (98-100)

Dennoch zeigte das Kind insgesamt eine gute Allgemeinentwicklung. Auch der Mutter-Kind-Kontakt wurde als deutlich positiv erlebt. Es entwickelte sich ein sehr enger Kontakt, da das Kind in den mütterlichen Armen meist zur Ruhe kam.

„Ja trotzdem sehr eng, weil dadurch, dass sie halt jedesmal in meinen Armen so die Ruhe gefunden hat. Also, es war schon zwar manchmal sehr belastend, aber es war auch ein schönes Gefühl, zu wissen, dass ich ihr halt die Erleichterung bringen kann, dass sie einschläft. Also, das war so der Widerspruch irgendwo.“ (188-192)

Frau F hatte in dieser Zeit große Probleme mit der Geburtsnaht und musste daher fast täglich den Arzt aufsuchen. Es zeigte sich eine starke stressbedingte Gewichtszunahme von circa 40 Kilo („Stressesser“).

„Ja immense Gewichtszunahme. Weil, ich hab‘ halt angefangen, um mich rum zu futtern. Also ich bin so‘n Stressesser...“ (117-118)

Sie empfand in dieser Zeit starke Selbstzweifel und fühlte sich wie eine Rabenmutter, verbunden mit Schuld- und Versagensgefühlen.

„Ziemlich hilflos. Und man kommt sich so vor wie ‘ne Rabenmutter, weil irgendwas muss man ja verkehrt machen. Wenn so‘n Baby nur schreit und ..., ja man geisselt sich.“ (137-139)

Hinzu kam eine ständige Sorge um das Kind, sowie eine Unsicherheit und Hilflosigkeit. Der Verlust der Deutungskompetenz wurde von ihr als eine massive Belastung empfunden.

„Ja und diese Hilflosigkeit, dass dieser Wurm nur am Schreien ist und man denkt: -Um Gottes willen, der hat Hunger, er hat irgendwas, es muss irgendwas sein und man kann ihm nicht helfen.-“ (146-148)

Auf diese kritische Situation fühlte sie sich völlig unvorbereitet und in einem Teufelskreis gefangen.

„Ja, egal wo man hingekommen ist oder wenn man unterwegs war, immer nur ein schreiendes Baby zu haben. Und darauf ist man einfach nicht vorbereitet.“ (558-561)

Ursprünglich hatte sie eine gelassene und abwartende Herangehensweise an die Mutterschaft. In der Erziehung wollte sie einem Förderungswunsch folgen.

„... nun endlich schwanger war und dass sie endlich da war und wollt‘ das alles ganz langsam auf mich zukommen lassen. Und ich hab‘ viel gelesen oder ich lese halt immer noch sehr viel über Erziehung und wie man Kinder fördern kann und so weiter.“ (163-166)

Die Partnerschaft blieb weiterhin intakt und wurde durch das Krisenerleben nicht negativ beeinflusst. Angehörige und Freunde zogen sich zunehmend wegen der Schreiproblematik zurück, da sie dadurch sehr verunsichert wurden. Eine Unterstützung war nicht zu erwarten.

„... und die waren alle so unbeholfen, dass sie sich alle zurückgezogen haben.“ (199-200)

„Das war immer alles auf Abstand. Und dann die aufbauenden Kommentare: -Wenn ich so‘n Kind hätte, wie deins, würde ich mich erschiessen.-, das war schon ziemlich heftig, was da so gekommen ist.“ (203-206)

Um die Situation in den Griff zu bekommen, suchte Frau F Hilfe in Ratgeberbüchern und versuchte ihre Ernährung auf nichtblähende Nahrungsmittel umzustellen. Sie machte mit dem Kind viele Außenaufenthalte, da es meist auch im Kinderwagen zur Ruhe kam. Allerdings wurde sie deswegen von einem Arzt kritisiert, was ihr wiederum ein schlechtes Gewissen bereitete.

„Tja, das war eigentlich mit viel draußen sein. Es war noch schönes Wetter, weil im Wagen hat sie halt auch geschlafen. Durch dieses Hinundherschuckeln. Wobei ich da auch schon wieder ‘nen

schlechtes Gewissen hatte, weil mein Kinderarzt sagte: -Ist ja kein Wunder, dass sie so aktiv ist, weil die Umwelt ist so unruhig. Man kann gar nicht in Ruhe schlafen in so 'nem Wagen.-. Und er hat mir ein total schlechtes Gewissen suggeriert. Ja, das war, wie gesagt hunderttausend Ratschläge und was macht man nun richtig?“ (176-183)

Bei einer 18-stündigen Schreiatacke suchte sie in einem Krankenhaus Hilfe, was ihr weder Klärung noch Entlastung brachte.

„Und der Höhepunkt der ganzen Geschichte war eigentlich, dass sie 18 Stunden an einem Stück geschrien hat. Ich mit ihr ins Krankenhaus gefahren bin, weil ich dachte: -Sie muss irgendwas haben.-, die Ärztin sie untersucht hat und sie mir dann das Kind in den Arm gedrückt hat und gesagt hat: -Tut uns leid, da müssen sie durch.-. Und ich mit diesem schreienden Kind halt wieder nach Hause fahren musste.“ (72-78)

Die, von ihrer betreuenden Hebamme angewendete „Bonding“-Wickeltechnik schien das kindliche Leiden nur noch zu verstärken.

„Und dann fing sie hier an mit Bonding und sie hat so gelitten, so eingeschnürt. Es war so furchtbar. Weil mir die Hebamme erklärte, das Kind schreit soviel, weil ihr die Enge aus dem Mutterleib fehlt.“ (595-599)

Auch die Bevormundung durch die Hebamme stellte eine zusätzliche Belastung dar.

„... sie hat nur noch mehr geschrien und mir ist das Herz geblutet. Und die Hebamme saß wirklich hier und sagte: -Da muss sie jetzt durch. Da muss sie durch, sie muss das lernen. Sie kann ihren Kopf nicht durchsetzen, noch nicht in dem Alter.-.“ (606-609)

„Dann hat sie so geschrien, dann sag ich: -Die muss doch Hunger haben.-, -Nein, sie dürfen sie jetzt nicht nochmal anlegen.-.“ (592-594)

Als alle Hilfsmöglichkeiten versagten und sie keine angemessene medizinische Unterstützung erfuhr, wendete sie sich an die Schreibabyambulanz.

Die Adresse der Schreibabyambulanz hatte sie auf einem Babybasar gefunden. Sie zeigte eine abwartende Haltung, verbunden mit Skepsis.

„... und wollte mir die Sache erstmal ansehen. Weil, man kann sich ja auch gar nichts drunter vorstellen, weil, man ist ja selbst in so 'nem Teufelskreis drin, das geht ja immer auf und ab. Man denkt erstmal gucken, was das wird (lacht) und ob's wirklich Besserung bringt.“ (219-223)

Sie erhoffte sich eine Ursachenklärung, sowie die Möglichkeit, neue Beruhigungstechniken kennenzulernen.

„Ja, für mich selbst vielleicht herausfinden, woran das liegt mit dieser Kolik und 'nen Weg finden, um sie dann wieder zu beruhigen.“ (234-235)

5.6.2. Das Erfahren der Krisenintervention (Frau F)

Schon nach der Hälfte der Sitzungen zeigte sich eine massive Verbesserung des Schreiverhaltens.

„... Ich würd' sagen, nach ungefähr der Hälfte der Sitzungen ganz extrem. Das war ganz eigenartig, so als ob so'n Riegel oder Stein weggeschoben wurde. Es ging am Anfang sehr langsam voran und denn ab ungefähr der Hälfte der Sitzungen, in riesen Schritten. Also, das war schon ganz toll.“ (343-347)

Das körperliche Befinden von Frau F entwickelte sich deutlich positiv. Sie wurde ruhiger und konnte mit der Situation adäquater umgehen.

„Ich bin wesentlich ruhiger geworden, ich selbst in der Zeit. Und hab' halt durch die Gespräche mit Paula Diederichs gelernt, besser mit der Situation umzugehen“ (240-243)

Ihr emotionales Wohlbefinden verbesserte sich und sie erlebte eine bewusste Reflexion der Kopplung zwischen ihrem eigenem und dem kindlichem Wohlbefinden.

„... Ich fand das schon ziemlich erstaunlich, dass gleich bei der ersten Sitzung, war das glaub ich, die Paula, die K(F) auf den Arm genommen hat und mit ihr durch den Raum marschiert ist. Und sie beruhigt hat und das Kind wirklich seelenruhig bei ihr auf dem Arm eingeschlafen ist. Und ich selbst halt in dem Moment auch soviel Entspannung gefunden hab', weil ich gemerkt hab, dass sich das Kind wohlfühlt bei Paula.“ (248-254)

Vor wichtigen Ereignissen im Alltag empfand sie allerdings weiterhin eine deutliche Angst wegen

der Rückfallgefahr (z.B. vor Behördenkontakt).

„Also, wenn irgendwas bevorstand, was nicht so in den Rhythmus reingepasst hat, dann totale Panik.“ (287-288)

Frau F erlebte eine allgemeine Verbesserung ihrer Lösungsstrategien. In kritischen Situationen konnte sie mehr Geduld aufbringen und sie integrierte die neu gelernten Körpertechniken in die Alltagsbewältigung, zur Förderung der eigenen und der kindlichen Entspannung.

„..., dass man alles mit Abstand nehmen soll und dass man viel Geduld aufwenden muss. Atemtechnik, dass man darauf achtet. Und bei ihr Handgriffe, die man ansetzen kann, dass sie sich besser entspannt.“ (260-263)

Die Beziehung zum Kind konnte weiterhin gefestigt und intensiviert werden, verbunden mit einer ausgeprägten Freude über das Kind.

„Das ist nur intensiver geworden. Vielleicht auch durch die ganzen Probleme.“ (301-302)

Der Partner zeigte eine große Zufriedenheit mit dem Interventionserfolg.

„Er hat gemerkt, sie wird ruhiger und damit war das okay.“ (315-316)

Nach dem Abklingen der Symptomatik kam es zu einer intensiven Kontaktaufnahme zum Freudeskreis.

„Ja, also nachdem K(F) kein sogenanntes Schreibaby mehr ist, pflegen wir genauso Kontakte, wie vorher auch. Also, bevor sie da war.“ (321-323)

Bei den Eltern zeigten sich allerdings weiterhin Berührungsängste.

„Nee, das war meiner Mutter noch nicht so geheuer oder meinen Eltern halt.“ (333-334)

Frau F zeigte eine deutliche Zufriedenheit mit der erfahrenen Krisenintervention. Die Erfahrung, dass auch eine andere Person das Kind beruhigen kann, empfand sie sehr entlastend.

„Das mir jemand das Kind abgenommen hat, also in dem Moment und ich gesehen hab‘, dass das Kind durch diese Person auch Ruhe gefunden hat. Dass ich gemerkt hab‘, dass ich nicht die Einzige bin, die für dieses Verhalten sorgen kann, sondern dass es auch andere Menschen gibt. Dieser Kreis wurde irgendwo..., das war ja doch ein Teufelskreis.“ (369-374)

Die Entspannungsmöglichkeit für sich selbst und das Kind durch körpertherapeutische Techniken erlebte sie als sehr unterstützend.

„Das war halt das Schöne, Paula hatte K(F) mit Massagegriffen beruhigt. Also, das war Massage an der Wirbelsäule und damit konnte sie halt unheimlich gut entspannen. Und das Schöne war halt auch, nicht nur wenn K(F) dann Ruhe gefunden hat, dann hat Paula auch dafür gesorgt, dass sich die Spannungen bei mir ein bisschen lösen mit Massage.“ (374-379)

Das Erlernen einer Massagetechnik für das Kind wurde von ihr als praktische Hilfe für den Alltag empfunden. Auch die Möglichkeit einer Delegation der Aufsichtspflicht während der Intervention an Frau Diederichs brachte ihr Entlastung. Sie konnte sich dadurch ausruhen und abschalten.

„Und das war so toll, so diese eine Stunde wirklich auch fallenlassen, abschalten können und wenn sie geschrien hat, nicht gleich wieder aufspringen zu müssen, sondern zu wissen, da ist jemand, der sorgt dafür, dass es ihr gut geht.“ (379-382)

Für das Gelingen der Intervention zeigte sich eine gute Vertrauensbasis als sehr bedeutsam.

In der letzten Sitzung empfand sie ambivalente Gefühle. Sie erlebte eine Festigung ihres Selbstvertrauens, verbunden jedoch mit der Angst vor einem Rückfall. Dennoch empfand sie eine deutliche persönliche Stärkung nach der letzten Sitzung.

„Ja, das war so’n Widerspruch in mir nach der letzten Sitzung. Weil, auf der einen Seite dachte ich, dass ich die Kraft hätte, das jetzt alleine zu schaffen und auf der andern Seite, die Angst, mir da den Riegel vorzuschieben und zu sagen: -Mhm jetzt is es vorbei, jetzt hilft mir keiner mehr.-. Oder: -Was ist, wenn diese Situation halt wieder- kommt? Ob ich das wieder bewältige oder halt nicht?-. Aber alles in allem bin ich gut gestärkt aus der letzten Sitzung rausgegangen und auch immer mit dem Hintergedanken, falls es wieder kommt, geh‘ ich halt wieder hin.“ (419-427)

Frau F empfand den bestehenden Informationsmangel in der Öffentlichkeit als kritikwürdig.

„Kritik..., glaub‘ ich da ist gar nichts, weil, das muss man miterlebt haben, das ist so faszinierend, so toll. Ja, Lob auf jeden Fall, für jeden zu empfehlen, der Probleme hat mit seinem Kind in dem Maße. Es ist halt nur schade, dass zu wenig publik ist von der Schreiambulanz, dass so viele Mütter

wirklich damit allein gelassen werden, weil sie halt nicht die Möglichkeit haben, sich zu informieren.“ (391-397)

Mütter sollten über verschiedene Hilfsmöglichkeiten in Krisensituationen nach der Geburt schon im Krankenhaus informiert werden.

„... ich wünschte mir, dass zum Beispiel gleich, wenn man entbunden hat in der Klinik, anstatt die ganzen Werbeleute kommen, wirklich Leute vorbeikommen, die einem Ratschläge geben: -Was ist, wenn das Baby ein Schreibaby wird? Was ist, wenn ein Unfall passiert? Was ist, wenn solche Ausnahmesituationen...?-, dass man da besser drauf vorbereitet wird.“ (547-552)

Eine Zusammenarbeit mit Kliniken und Ärzten sollte daher verbessert werden. Auch die finanzielle staatliche Unterstützung sollte unbedingt weiterhin abgesichert werden.

5.6.3. Die Erfahrungen nach der Krisenintervention (Frau F)

Frau F erlebte positive Langzeiteffekte bei sich und dem Kind. Sie praktizierte langfristig die erlernte Atemtechnik zur Stressreduktion. Es stellte sich ein ruhigeres und entspannteres Wohlbefinden auf Dauer ein.

„Dass ich halt wesentlich ruhiger geworden bin und es halt auch eher zu deuten weiß, was es ist.“ (434-435)

Die langfristige Zunahme der Deutungskompetenz gegenüber kindlichen Äußerungen führte auch zu einer konstanten Verbesserung der Handlungskompetenz.

„Also, wie gesagt, ich hab‘ halt gelernt, mit ihr besser umzugehen und weiß halt auch durch dieses Erlebnis, das Schreien eher zu deuten. Ob es mehr Unzufriedenheit ist oder ob sie übermüdet ist oder was nun ist.“ (471-474)

Es gelang ein langfristiger Abbau von Hilflosigkeit, sowie eine Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein.

„Sie hat auch mein Selbstbewusstsein wieder aufgebaut.“ (447-448)

In ihrer Mutterrolle erlebte sie eine Aufwertung und Festigung, verbunden mit einem Beibehalten ihrer ursprünglichen Erziehungsvorstellungen.

„Ja. Also, wenn heute jemand mit guten Ratschlägen kommt in Sachen Erziehung oder Essen oder sonst irgendwas mit Ernährung bei dem Kind, dann sag ich: -Ihr könnt mir Ratschläge geben, aber was ich mache, ist letzten Endes meine Sache. -. Also ich verstehe, das jetzt mehr alles auf Abstand zu nehmen.“ (452-456)

Es zeigte sich langfristig eine konstante Verbesserung des Schreiverhaltens, verbunden mit einem massiven Rückgang der Schreiattacken.

„Es ist wesentlich weniger geworden.“ (517)

Langfristig stellten sich auch normale Schlafphasen am Tage ein, die Mutter und Kind gut taten.

„... sie schläft jetzt auch am Tage. Sie schläft zweimal am Tag zwischen einer Stunde und anderthalb Stunden. Und das hat sie vorher gar nicht gemacht.“ (525-527)

Beim Kind zeigte sich weiterhin eine normale Entwicklung und auch die Mutter-Kind-Beziehung gestaltete sich deutlich positiv.

Es stellte sich eine zunehmende Verbesserung des Kontaktes zum Elternhaus ein, verbunden mit einer diskreten Distanzwahrung.

„Ja, nee ist schon besser geworden. Also ähm, zwar alles mit ,nen bisschen Distanz...“ (503-504)

Im Freundeskreis wurde ein Problembewusstsein für das erfahrene Krisenpotential zu Beginn der Elternschaft angeregt.

„Ja, wie gesagt, das ist immer nur dann Thema, wenn im Freundeskreis wieder jemand ein Baby kriegt und dann sagt: -Ach, bei dir war das ja..., hoffentlich wird’s bei mir nicht genauso.-“ (495-497)

Anderen Betroffenen empfiehlt sie, sich rechtzeitig Hilfe zu suchen und dem Leistungsdruck der Umwelt mit Selbstbewusstsein zu begegnen, sowie sich selbst vertrauen zu lernen.

„So früh wie möglich zur Schreiambulanz zu gehen und sich von der Umwelt halt wirklich nicht unterkriegen zu lassen, genug Selbstbewusstsein zu haben.“ (540-542)

Anmerkungen zu Frau F:

- Beginn der Schreiproblematik = ca. 3 Wochen postpartal
- Beginn des Krisenerlebens = ca. 4 Wochen postpartal
- Kontaktaufnahme mit der Schreibbabyambulanz = ca. 3 Monate postpartal
- Anzahl der Interventionseinheiten = 8
- Zeit zw. Interventionsende und Interviewtermin = 14 Wochen

6. Das Kategoriensystem

6.1. I. Zeitebene

* Zeit der Schwangerschaft und der Geburt

* Zeitraum des Krisenerlebens bis Interventionsbeginn

Kategorien:

1. Erleben der Schwangerschaft (Stressoren)
2. Erleben der Geburt
3. Krisenbedingte körperliche Auswirkungen
4. Emotionales Befinden vor Interventionsbeginn
5. Einstellung zur Mutterschaft
6. Vorstellung von Erziehung
7. Lösungsstrategien
8. Beziehung / Kontakt zum Kind
9. Partnerschaft
10. Kontakt zu Freunden
11. Kontakt zum Elternhaus / zur Verwandtschaft
12. Schreiverhalten des Kindes
13. Nahrungsaufnahme des Kindes
14. Schlafverhalten des Kindes
15. Entwicklung des Kindes
16. Kontaktauslösende Krisensituation
17. Andere genutzte Hilfsangebote
18. Erfahrungen mit den anderen Hilfsangeboten

6.2. II. Zeitebene

* Zeitraum der gesamten Krisenintervention

Kategorien

19. Vorstellungen und Erwartungen vor Beginn
20. Veränderung des körperlichen Befindens (Mutter)
21. Veränderungen des emotionalen Befindens
22. Veränderungen in den Einstellungen zur Mutterschaft
23. Veränderungen in den Einstellungen zur Erziehung
24. Veränderungen in den Problemlösestrategien
25. Veränderungen in der Beziehung zum Kind (Kontaktverhalten)
26. Einfluss auf die Partnerschaft
27. Veränderungen im Kontakt zum Freundeskreis
28. Veränderungen im Kontakt zum Elternhaus
29. Veränderungen im Schreiverhalten des Kindes
30. Veränderungen bei der Nahrungsaufnahme des Kindes
31. Veränderungen des kindlichen Schlafverhaltens
32. Einfluss auf die kindliche Entwicklung
33. Veränderungsforcierendes Vorgehen in der Intervention (was besonders gut half)
34. Kritik an der Intervention
35. Verbesserungsvorschläge
36. Lob

6.3. III. Zeitebene

* Zeitraum vom Interventionsende bis zum Interviewtermin

Kategorien

37. Gefühlsbeschreibung in Verbindung mit der letzten Interventionssitzung
38. Langfristige Veränderungen des körperlichen Wohlbefindens (Mutter)
39. Langanhaltender Einfluss auf das emotionale Befinden
40. Langfristige Veränderungen der Einstellungen zur Mutterschaft
41. Langfristige Veränderungen der Einstellungen zur Erziehung
42. Gestaltung der Lösungsstrategien seit Interventionsende
43. Gestaltung der Mutter-Kind-Beziehung seit Interventionsende (Kontaktverhalten)
44. Langanhaltender Einfluss auf Partnerschaft
45. Langfristige Veränderungen im Kontakt zum Freundeskreis
46. Langfristige Veränderungen im Kontakt zum Elternhaus / zur Verwandtschaft
47. Langfristige Veränderungen des kindlichen Schreiverhaltens
48. Langfristige Veränderungen der Nahrungsaufnahme
49. Langfristige Veränderung des kindlichen Schlafverhaltens
50. Langfristiger Einfluss auf die kindliche Entwicklung
51. Reflexion von Langzeiteffekten
52. Ursachen der Langzeiteffekte
53. Empfehlungen an andere Betroffene

7. Die Synopsis: Vergleich und Gegenüberstellung der Einzelfakten

7.1. I. Zeitebene

* Zeit der Schwangerschaft und der Geburt

* Zeitraum des Krisenerlebens bis Interventionsbeginn

1. Kategorie: Erleben der Schwangerschaft (Stressoren)

Frau A:

- problemlose Schwangerschaft
- Übelkeit bis zum dritten Schwangerschaftsmonat
- bejahende Einstellung zum Kind, verbunden mit Freude

Frau B

- Risikoschwangerschaft wegen Zustand nach Totgeburt
- ständige Gefahr des plötzlichen Kindstodes aufgrund der Vorerfahrung
- Misstrauen gegenüber medizinischer Diagnostik
- Schmerzkoliken wegen Eierstocksabdrrehungen

Frau C

- stressbetonte Schwangerschaft
- massive Hyperemmesis gravis bis fünften Schwangerschaftsmonat
- Hypertonus, Einweisung ins Krankenhaus
- gegen ärztlichen Rat dann in ambulanter Behandlung
- ständige Gefahr der Unterversorgung des Kindes
- Gefahr einer Frühgeburt
- ständige Angst um das Kind

Frau D

- sehr stressreich
- Trennung des Partners im fünften Schwangerschaftsmonat
- starke psychische Labilisierung (Zusammenbruch)
- finanzielle Probleme
- sehr ablehnende Haltung der Mutter gegenüber der Schwangerschaft

Frau E

- starke Ablehnung und Entwertung durch den Arbeitgeber
- Trennung vom Vater des Kindes
- Ablehnung der Schwangerschaft im Freundeskreis
- Kopfschmerzen und Kreislaufprobleme

Frau F

- unproblematische Schwangerschaft
- lange geplantes Wunschkind (zweieinhalb Jahre)

2. Kategorie: Erleben der Geburt

Frau A:

- positives Geburtserlebnis
- keine medizinischen Probleme

Frau B

- verfrühte Öffnung der Fruchtblase durch Hebamme
- Kind drehte sich falsch ein, „Sternguckerkind“ (Gesicht nach vorne)
- Geburtsverzögerung durch Kindslage
- fast Kaiserschnitt
- Geburt als traumatischen Gewaltakt erlebt (Kind wurde mit Macht herausgepresst, Ärzte drückten auf Bauch)

Frau C:

- Frühgeburt in der 34. Schwangerschaftswoche
- sofortige Trennung vom Kind
- 13 Tage Aufenthalt des Kindes auf der Neonatologie
- eigener Aufenthalt nur bis zum vierten Tag postpartal
- starke Erschöpfung nach der Geburt

Frau D

- schockierendes Erlebnis
- fühlte sich einsam, allein, stark verunsichert
- Geburtsbeginn im Geburtshaus, dann Komplikationen (protrahierte Geburt, 18 Stunden)
- Kaiserschnitt im Krankenhaus
- starke Versagensgefühle wegen operativer Geburt
- Separation vom Kind (zwei Nächte)
- postpartal massive Bewegungseinschränkungen

Frau E

- schwere Geburt (Forceps, große Episiotomie und Riss)
- Nahtprobleme, konnte sechs Monate nicht sitzen

Frau F

- positive Voreinstellung
- negative, traumatische Geburtserfahrung
- Kind zu groß, Fruchtwasser zu wenig
- verzögerter Geburtsverlauf
- plötzliches Ausbleiben der kindliche Herztöne, massives mütterliches Angsterleben (noch lange Alpträume)
- Groll auf Ärzte wegen diagnostischen Versagens
- fast Kaiserschnitt, auch PDA
-

3. Kategorie: krisenbedingte körperliche Auswirkungen

Frau A:

- Störung des eigenen Schlafrhythmus
- massiver Schlafmangel, Schlafentzug
- Erschöpfungssyndrom
- Unruhe
- Schmerzen in der Wirbelsäule, teilweise Gehbehinderung (streßbedingt)
- Stillprobleme

Frau B

- unmittelbar postpartale OP wegen Eierstocksabdrrehungen/ große Zyste

- Einweisung ins Krankenhaus, Trennung vom Kind
- dadurch stark geschwächt
- Schlafdefizit, permanente Müdigkeit und körperliches Unwohlsein

Frau C:

- Schlafdefizit (max. zwei Stunden Schlaf)
- andauernde Müdigkeit
- massive Gewichtsreduktion (stressbedingt)

Frau D

- rheumaähnliches Schmerzerleben (Handgelenke)
- Schlafdefizit
- Verlust der Traumphasen

Frau E

- Schlafdefizit
- körperliche Abneigung gegen die Trostfunktion der Brust

Frau F

- Nahtprobleme
- starke stressbedingte Gewichtszunahme („Stressesser“), ca. 40 kg

4. Kategorie: emotionales Befinden vor Interventionsbeginn

Frau A:

- Hilflosigkeit
- emotional labil, überfordert, depressiv
- verunsichert in der Mutterrolle
- Versagensängste, Selbstzweifel
- unvorbereitet auf die aktuellen Probleme
- fühlte sich selber wie ein Kind
- brauchte körperlichen Halt, Unterstützung, Zuwendung
- Leistungsdruck wegen Stillmythos und Mutterbild in den Medien
- starkes Ruhebedürfnis
- teilweise aggressive Gefühle (ohne Impulsdurchbruch)

Frau B

- Leistungsdruck wegen Mutterbild in Medien
- Schamgefühle und schlechtes Gewissen
- Identitätsverlust und Depression
- Aggressionsaufbau und Hass gegen das schreiende Kind
- diskreter Impulsdurchbruch, verbunden mit Schock
- Versagensgefühle, Schuldgefühle und Vorwürfe
- Selbstbild der starken Frau zerbricht
- Gefühl, gestraft zu werden
- enormer Stress und Frustration
- Konkurrenzgefühle gegenüber Müttern mit Nicht-Schreikindern
- zunehmendes Minderwertigkeitsgefühl
- Verzweiflung und Panik
- Einsamkeit wegen Isolation

- Mitleid der Umwelt als Belastung und Abwertung empfunden
- Hoffnung auf Rückgang der Schreiproblematik nach dritten Lebensmonat

Frau C:

- hilflos, verzweifelt
- starkes Mitgefühl für das Kind
- große Sorge um das Kind
- Versagensgefühle
- aggressive Gefühle (ohne Impulsdurchbruch)

Frau D

- Mitleid für das Kind
- aggressiver Impulsdurchbruch gegen das Kind
- starke Schuldgefühle wegen Aggressionsdurchbruch
- Versagensgefühle
- permanente Anspannung
- Liebe zum Kind konnte nicht gelebt werden
- Dauerstress und psychische Labilisierung
- mangelhafte Selbstwahrnehmung von Erschöpfung

Frau E

- starker Leistungsdruck
- ambivalente Gefühle gegenüber dem Kind
- Liebe zum Kind konnte nicht gelebt werden
- hilflos, hoffnungslos, kraftlos
- Verlust der Copingkompetenz
- Gewaltphantasien gegen das Kind und Aggressionsstau

Frau F

- starke Selbstzweifel, gefühlt wie Rabenmutter
- Schuld- und Versagensgefühle
- Unsicherheit und Hilflosigkeit
- schlechtes Gewissen wegen Umfeldreaktion
- ständige Sorge um das Kind
- Verlust der Deutungskompetenz als massive Belastung empfunden
- fühlte sich unvorbereitet auf kritische Situation
- in Teufelskreis gefangen

5. Kategorie: Einstellung zur Mutterschaft

Frau A:

- verunsichert in der Mutterrolle
- Liebe zum Kind musste sich erst entwickeln

Frau B

- starke Ablehnung gegenüber Kind während der Geburt empfunden
- Versagensgefühl als Mutter
- Distanzierung vom Vorbild der eigenen Mutter
- Korrektur des Mutterperfektionismus
- Abschied vom Urmutter-Selbstbild

Frau C:

- große Vorfreude auf das Kind
- hohe Ansprüche an sich selbst, alles richtig zu machen
- Bereitschaft, eigene Bedürfnisse in den Hintergrund zu stellen

Frau D

- massive Versagensgefühle
- fühlte sich erziehungsunfähig

Frau E

- Konflikt zwischen Anspruch und Realität
- wollte alles mit Liebe machen, hat das Gegenteil gelebt

Frau F

- gelassene, abwartende Herangehensweise

6. Kategorie: Vorstellung von Erziehung

Frau A

- keine festen Erziehungsprinzipien
- wollte alles auf sich zukommen lassen
- wollte dem Kind viel Liebe geben
- freie und individuelle Entfaltung des Kindes gewährleisten
- individuelle Persönlichkeitsentwicklung des Kindes fördern

Frau B

- Erziehungsmaßnahmen in der ersten Zeit nicht notwendig
- Schutz, Orientierung und Halt geben
- regelmäßigen Tagesablauf sichern
- Deutungskompetenz gegenüber kindlichen Signalen notwendig

Frau C

- freie und individuelle Entfaltung des Kindes gewährleisten
- individuelle Persönlichkeitsentwicklung des Kindes fördern
- alle Bedürfnisse des Kindes befriedigen

Frau D

- Versagensgefühle wegen mangelhaften pädagogischem Konzept
- freie Entwicklung und angstfreies Aufwachsen des Kindes
- Vermeidung der Weitergabe eigener neurotischer Strukturen

Frau E

- Konflikt zwischen Grenzsetzung und dem Wunsch nach starker emotionaler Bindung
- wollte alles mit Liebe machen

Frau F

- Förderungsgedanke

7. Kategorie: Lösungsstrategien

Frau A

- Kind herumtragen
- verschiedene Halte- und Lagerungsversuche
- Teegabe und Homöopathie
- ruhiges Umfeld beim Stillen schaffen

Frau B

- Härte gegen sich selbst
- Durchhaltetaktik (Zähne zusammenbeißen)
- bei aggressivem Impulsdurchbruch Hilfe aufgesucht

Frau C

- verschiedene Halte- und Lagerungsversuche (Tragesack)
- Petziballhopsen mit Kind an der Schulter
- Unterstützung durch Mutter und Partner

Frau D

- verschiedenste Hilfsangebote genutzt
- eigene Körpertherapie begonnen
- VT-Schlafprogramm erfolglos probiert

Frau E

- VT-Schlafprogramm erfolglos probiert
- gemeinsam mit dem Kind in einem Bett schlafen
- keine richtigen Lösungen gefunden (Verlust der Copingkompetenz)
- unterstützenden Partner vermisst

Frau F

- Umstellung auf nichtblähende Nahrungsmittel
- Hilfe gesucht, Ratgeberbücher, Ärzte
- viel Außenaufenthalte, denn Kind schlief im Kinderwagen

8. Kategorie: Beziehung / Kontakt zum Kind

Frau A

- Kontakt als belastet bis gestört empfunden
- dennoch viel Blickkontakt
- guter Kontakt beim Wickelakt

Frau B

- ambivalente Gefühle gegenüber dem Kind
- während der Schreiattacken – Angst und Ablehnung
- in Ruhephasen liebevolle Gefühle und Gedanken

Frau C

- enger Kontakt beim Stillakt
- spät einsetzender, sehr sparsamer Blickkontakt (erst ab dritten, vierten Lebensmonat)

Frau D

- guter Kontakt, stark ambivalent
- tiefe Liebe empfunden und Aggressionsdurchbruch

Frau E

- Stillen als einziges Kontakt- und Trostmittel
- problematischer Kontaktaufbau
- fühlte sich zum Kontakt gezwungen

Frau F

- enger Kontakt
- Kind fand in ihren Armen Ruhe

9. Kategorie: Partnerschaft

Frau A

- Partner beruflich sehr eingespannt, einschließlich längerer Dienstreise in der ersten Zeit
- fühlte sich mit Verantwortung allein gelassen und überfordert

Frau B

- teilweise Unterstützung
- Elternschaft brachte neue Aspekte in Partnerschaft
- gemeinsame Trauerverarbeitung der vorangegangenen Totgeburt
- angemessenere und ruhigere Reaktion des Mannes auf das schreiende Kind, steigerte eigene Versagensgefühle und Neid

Frau C

- Partner beruflich sehr eingespannt, (Dienstreisen)
- dadurch entstehende Belastung

Frau D

- Kränkung wegen Trennungserfahrung in Schwangerschaft
- häufig Sehnsucht nach intakter Partnerschaft

Frau E

- Trennung verarbeitet
- Unterstützender Partner vermisst

Frau F

- intakte Partnerschaft

10. Kategorie: Kontakt zu Freunden

Frau A

- Isolation wegen Schreiverhalten

Frau B

- Isolation wegen Schreiverhalten
- keine Unterstützung
- Sündenbock- und Alibifunktion, bzw. Projektionsfläche im Freundeskreis

Frau C

- Anerkennung der Schreiproblematik durch den Freundeskreis – als Bestätigung und mentale Entlastung empfunden
- Unterstützungsversuche der Freunde versagten

Frau D

- kaum Sozialkontakte
- wenig Unterstützung
- Rückzug der Freundinnen
- partielle Unterstützung durch den Mitbewohner

Frau E

- vor Umzug nach Berlin allmählicher Kontaktrückgang
- Isolation wegen Schreikind
- seit Umzug nach Berlin, Vernetzung mit anderen alleinerziehenden Müttern in der weitläufigen Nachbarschaft

Frau F

- Rückzug der Freunde wegen Schreiproblematik (fühlten sich unbeholfen)
- Kontaktabbruch

11. Kategorie: Kontakt zum Elternhaus / zur Verwandtschaft

Frau A

- Unterstützung durch Anwesenheit der Mutter und Schwiegermutter

Frau B

- schlechter Kontakt zu den Eltern wegen Unehelichkeit des ersten Kindes
- keine Anteilnahme oder Trauer seitens der Eltern
- Einstellung der Eltern wurde als Fluch erlebt, daher Heirat in der zweiten Schwangerschaft
- keine Unterstützung von den Eltern zu erwarten
- Härte wird angeboten und erwartet

Frau C

- guter Kontakt zum Elternhaus
- Unterstützung durch Mutter

Frau D

- allmähliche Kontaktverbesserung, aber mehr Streitpotential
- positive Auseinandersetzung der Mutter mit der Oma-Identität

Frau E

- Vater hatte Probleme wegen Unehelichkeit und Geschlecht des Kindes
- Freude der Mutter
- positive Auseinandersetzung der Mutter mit der Oma-Identität
- Unterstützung durch die Mutter bei der Aufsichtspflicht

Frau F

- Rückzug der Angehörigen (unbeholfen)
- keine Unterstützung

12. Kategorie: Schreiverhalten des Kindes

Frau A

- massive langanhaltende Schreiattacken
- keine Beruhigungsmöglichkeit

Frau B

- langsam ansteigend auf vier Stunden Schreidauer
- ab zwei Wochen postpartal
- in den Abendstunden

Frau C

- langsamer Beginn des exzessiven Schreiens nach vierter Lebenswoche
- viele Schreisequenzen (Dauer einer Sequenz 30-60 min)

Frau D

- Beginn zwei Wochen postpartal
- intensives, lang andauerndes Schreien (zwei Stunden)
- immer in liegender Position und vor dem Einschlafen

Frau E

- bis fünften Lebensmonat intensives, langandauerndes Schreien (fünf bis sechs Stunden)
- meist nachmittags und vor den Mahlzeiten
- bei abendlicher Erschöpfung des Kindes besonders ausgeprägtes Schreien

Frau F

- langsam ansteigend auf 18 Stunden Schreidauer
- ab drei Wochen postpartal
- nur tagsüber

13. Kategorie: Nahrungsaufnahme des Kindes

Frau A

- massive Stillprobleme (z.B. 10-stündiger Stillmarathon)
- nach dritter Lebenswoche kindliche Verweigerungshaltung gegenüber der Brust

Frau B

- keine Probleme

Frau C

- problemlose Nahrungsaufnahme, gutes Stillverhalten

Frau D

- Stillprobleme wegen Zyste im Brustbereich
- Zufüttern, dabei Kind fast unterernährt
- Umstellung auf Flaschennahrung

Frau E

- Stillen bis zehnten Monat
- Probleme beim Zufüttern

Frau F

- keine Probleme, nach Zeitplan gestillt

14. Kategorie: Schlafverhalten des Kindes

Frau A

- massive Schlafprobleme (10-12 Stunden Wachphase)
- Kind schlief meist nur im Kinderwagen

Frau B

- Durchschlafstörungen
- Aufwachen alle vier Stunden
- Schlaf am Tage nachgeholt

Frau C

- allmählich zunehmende Schlafprobleme
- Verlust des Schlafrhythmus
- maximale Durchschlafdauer zwei Stunden

Frau D

- Durchschlafprobleme seit Geburt (alle zwei Stunden aufwachen)
- ab dritten Lebensmonat stündliches Aufwachen
- in den ersten zwei Lebensjahren maximale Durchschlafdauer drei Stunden (bis zehnmal Aufwachen pro Nacht)

Frau E

- allmähliche Zunahme der Durchschlafproblematik
- Höhepunkt im vierten Lebensmonat (bis zu zehnmal Aufwachen pro Nacht)

Frau F

- Schlafverhalten am Tag unregelmäßig bis gestört
- Kind schlief nur beim Tragen und im Kinderwagen (Tag)
- nachts keine Schlafprobleme wegen totaler Erschöpfung

15. Kategorie: Entwicklung des Kindes

Frau A

- gute, normale kindliche Entwicklung

Frau B

- allgemein gute Entwicklung
- Hüftprobleme, Behandlung durch Krankengymnastik

Frau C

- gute, normale kindliche Entwicklung

Frau D

- normale Entwicklung
- aber Angstentwicklung wegen gelegentlicher aggressiver Impulsdurchbrüche der Mutter

Frau E

- anfangs regelrechte Entwicklung

- allmählich körperliche (Größe, Gewicht) und sprachliche Retardierung
- Neurodermitis seit erstem Zufüttern

Frau F

- allgemein gute Entwicklung

16. Kategorie: kontaktauslösende Krisensituation

Frau A

- sehr schnell in Schreibabyambulanz Hilfe aufgesucht (zwei bis zweieinhalb Wochen postpartal)
- Zunehmen des Chaos im Tagesablauf (Strukturverlust)
- allgemeine Rat- und Hilflosigkeit

Frau B

- schlechtes Gewissen
- Erschöpfung und Überforderung
- Schock wegen aggressiven Impulsdurchbruch führte zur Kontaktaufnahme

Frau C

- durch langsame Zuspitzung der Krise Hilfesuch erst nach vier bis fünf Monaten

Frau D

- kaum Erinnerungen
- langes Durchhalten
- mangelhafte Wahrnehmung der Dauerstress-Situation

Frau E

- Dauerkrise mit massiver Zuspitzung (Gewaltphantasien)
- Dauerbelastung schon vor Umzug nach Berlin, aber außerhalb Berlins kein entsprechendes Therapieangebot
- nach Umzug nach Berlin Kontaktaufnahme mit Schreibabyambulanz
- Sorge wegen fortgeschrittenem Kindesalter

Frau F

- keine medizinische Hilfe erfahren
- Vorwürfe und negative Reaktionen im Umfeld
- Adresse der Schreibabyambulanz auf Babybasar gefunden und dann Versuch gestartet

17. Kategorie: andere genutzte Hilfsangebote

Frau A

- Hebamme
- Kinderarzt
- Homöopathie

Frau B

- Hebamme
- Kinderarzt
- verhaltenstherapeutisches Schlafprogramm

Frau C

- Hebamme
- Kinderarzt
- Babymassagekurs
- Fachberatung im „Haus des Säuglings“/ Kiezoase
- Craniosakraltherapie
- Frühchengruppe

Frau D

- Mutter-Kind-Kur
- Bachblüten, Homöopathie
- klassische Musik
- psychologischen Unterstützung beim Bezirksamt
- Kinderarzt (medikamentöse Behandlung)
- anthroposophische Ärztin
- verhaltenstherapeutisches Schlafprogramm

Frau E

- Mutter-Kind-Gruppe
- Kinderarzt
- verhaltenstherapeutisches Schlafprogramm
- Beginn einer eigenen Therapie

Frau F

- Kinderarzt
- Hebamme
- Ratgeberbuch

18. Kategorie: Erfahrungen mit den anderen Hilfsangeboten

Frau A

- viele verschiedene Ratgeber steigern die Verwirrung
- Hebamme selber ratlos
- Kinderarzt: „Da muss man durch!“

Frau B

- Mutter-Kind-Kur wurde von Behörden mehrfach abgelehnt
- Bagatellisierung durch Kinderarzt
- unbrauchbare Ratschläge von allen Seiten
- ärztlich empfohlene Darmmassage blieb erfolglos
- Hebamme empfahl Schreibabyambulanz, was anfänglich als Demütigung empfunden wurde

Frau C

- Kinderarzt :“Da muss man durch!“
- gute Erfahrung mit Craniosakraltherapie
- Psychologengespräch im „Haus des Säuglings“, nur an das Elternteil gerichtet, Kind nicht direkt mit einbezogen

Frau D

- Aggressionsdurchbruch während Mutter-Kind-Kur

- Unzufriedenheit mit allen anderen Hilfsmöglichkeiten, mangelnder Erfolg
- Kinderarzt: „Tür zu und schreien lassen!“

Frau E

- Konkurrenzerfahrung in Mutter-Kind-Gruppe (Leistungsdruck)
- zunehmender Leistungsdruck durch verhaltenstherapeutisches Schlafprogramm
- Kinderarzt: „Durchschreien lassen und abstillen!“

Frau F

- Krankenhausbesuch bei 18-stündiger Schreiattacke brachte keine Klärung und Entlastung
- Kinderarzt :“Da muss man durch!“
- Kritik an ihrer Beruhigungstechnik (Kind draußen im Kinderwagen spazieren fahren) durch ambulanten Kinderarzt, dadurch schlechtes Gewissen verstärkt
- „Bonding“-Wickeltechnik der Hebamme verstärkte kindliches Leiden
- Bevormundung durch die Hebamme bei mütterlichen Reaktionen auf das Schreien
- Kontaktabbruch der Hebamme

7.2. II. Zeitebene

* Zeitraum der gesamten Krisenintervention

19. Kategorie: Vorstellungen und Erwartungen vor Beginn

Frau A

- Hilfe für das Kind, Rückgang der Schreiproblematik
- Verbesserung des Wohlbefindens der Eltern
- keine Vorstellung von der angebotenen Praktik

Frau B

- Reaktivierung der Handlungskompetenz
- wünschte Kritik und Hilfe der Fachfrau
- erwartete Korrektur der bisherigen Lösungsstrategien

Frau C

- Tipps für Reduktion der Schreiproblematik
- Verbesserung des Schlafrhythmus des Kindes
- vertraute auf die Erfahrung der Schreibabyambulanz

Frau D

- Befürchtung (SBA) sei nicht zuständig wegen fortgeschrittenem Kindesalter
- erwartete nur Weitervermittlung bzw. Kontakthinweise

Frau E

- keine feste Vorstellung
- Zielsetzung: Durchschlafen, Abnahme des Schreiens, Erlangung der Deutungskompetenz hinsichtlich des Schreiens

Frau F

- abwartende Haltung, verbunden mit Skepsis
- Ursachenklärung
- andere Beruhigungsmöglichkeiten kennenlernen

20. Kategorie: Veränderung des körperlichen Befindens (Mutter)

Frau A

- anfangs fortschreitender Erschöpfungsprozess (bis sechste Woche postpartal)
- körperlicher Zusammenbruch nach vierter Interventionssitzung
- danach allmähliche Stressreduktion

Frau B

- bewusstes Wahrnehmen körperlicher Verspannungen und Erschöpfungen
- Entspannung gefunden

Frau C

- Ruhe und Entspannung gefunden (konnte besser abschalten)

Frau D

- wieder körperliche Entspannung möglich
- Loslassen können

Frau E

- durch zunehmendes Krisenbewusstsein anfangs Symptomverstärkung
- erst allmähliche Besserung des Schlafes
- wieder körperliche Entspannung möglich
- Loslassen können
- Mobilisierung von Kraftreserven
- zunehmendes körperliches Wohlbefinden
- Verbesserung des körperlichen Befindens, auch durch Rückzugsmöglichkeit vom Kind und Abstillen
-

Frau F

- positive Veränderungen
- ruhiger geworden, wegen adäquaten Umgang mit Situation

21. Kategorie: Veränderungen des emotionalen Befindens

Frau A

- nach Zusammenbruch Bewusstwerdung der gesamten Problemsituation
- Eingeständnis und Akzeptanz eigener Schwachstellen
- konnte Hilfewunsch zulassen
- massive Besserung des emotionalen Wohlbefindens
- Stressreduktion und Entlastung erfahren
- Lösung von Spannungszuständen
- wieder offen für positive Gefühlszustände
- diskretes Überforderungserleben blieb dennoch länger bestehen

Frau B

- Stärkung des Selbstbewusstseins
- Steigerung der Handlungskompetenz
- Bewältigung der Trauerarbeit
- Verarbeitung des Geburtstraumas
- Entlastung und Entspannung gefunden
- besser loslassen können
- Identitätsverlust ausgeglichen

Frau C

- Verbesserung des emotionalen Befindens
- Aggressionen konnten angesprochen, herausgelassen und so abgebaut werden
- fühlte sich emotional aufgefangen

Frau D

- Reflexion und Korrektur eigener Abgrenzungsmöglichkeiten
- persönliche Weiterentwicklung angeregt
- Abbau von Schuldgefühlen und Verzweiflung
- psychischen Stabilisierung (auftanken und stärken)
- psychisches Wohlbefinden während der Sitzungen allmählich zunehmend in den Alltag exportiert

Frau E

- bessere Selbstwahrnehmung, Wahrnehmung verschiedener Rollen bzw. Identitäten
- Bewusstwerdung von Leistungsdruck
- Bewusstwerdung und besserer Umgang mit Aggressionspotential
- Abnahme der Gereiztheit
- Verbesserung des Problembewusstseins und zunehmende Lösungskompetenz
- klarere Abgrenzung gegenüber Kind möglich (auch mal Brust verweigern)

Frau F

- bewusste Reflexion der Kopplung zwischen eigenem und kindlichem Wohlbefinden
- Verbesserung des emotionalen Befindens
- allerdings Panik vor wichtigem Ereignis (Behördenkontakt wegen Rückfallgefahr)

22. Kategorie: Veränderungen in den Einstellungen zur Mutterschaft

Frau A

- Mutterrolle bekam Konturen
- Abschied vom Stillideal, selbstverantwortliche Entscheidung

Frau B

- massive Veränderung
- für sich selbst zu sorgen, ist Schutz für das Kind
- Akzeptanz des eigenen Handelns
- gelungene Abgrenzung vom Mutterbild der eigenen Mutter
- allmähliche Entwicklung einer eigenen Mutteridentität
- gelungene Integration von Mutterbild und Beruf im Alltag
- Aufwertung und Bestätigung in der Mutterrolle
- Identitätsentwicklung von der Versagermutter zur guten Mutter

Frau C

- Bestätigung in Mutterschaft

Frau D

- Aufwertung und Bestätigung in der Mutterrolle
- Identitätsentwicklung von der Versagermutter zur guten Mutter

Frau E

- Fragen zur Mutterschaft wurden bewusst gemacht und angesprochen
- Leistungsdruck bei der Auseinandersetzung mit der Mutterschaft wurde bewusst reflektiert
- Identitätsbewusstsein nicht nur auf die Mutterrolle beschränkt

Frau F

- keine Veränderung

23. Kategorie: Veränderungen in den Einstellungen zur Erziehung

Frau A

- keine Veränderungen

Frau B

- gegenseitiges Erziehen wird bewusst
- Dialogbewusstsein wächst (wechselseitiges Geben und Nehmen)
- Einsicht in Notwendigkeit von Grenzsetzung

Frau C

- Bestätigung in Erziehungsvorstellungen

Frau D

- mehr Verständnis für die kindliche Situation entwickelt
- Anregungen für die Erziehung bezüglich Grenzsetzung
- Korrektur bisher unangemessener Erziehungsmaßnahmen

Frau E

- Anregungen für die Erziehung bezüglich Grenzsetzung

Frau F

- keine Veränderungen
- weiterhin große Freude über das Kind

24. Kategorie: Veränderungen in den Problemlösestrategien

Frau A

- allmähliche Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, verbunden mit viel Freude
- lernte Aufgaben zu delegieren
- organisierte sich ein praktisches und emotionales Hilfesystem im Umfeld
- sorgte für ständige Anwesenheit einer weiteren Person
- Inanspruchnahme der Hilfe des Partners zur Nachtzeit
- Bewusstseinswandel bei Auseinandersetzung mit Stillmythos (Abstillen)
- Abstillen befreite von Leistungsdruck

Frau B

- kritische Sicht auf den eigenen Leistungsdruck
- Zunahme der Veränderungsbereitschaft
- kritischer Umgang mit Perfektionismusanspruch
- aktives Aufsuchen von Entspannung
- bewusstes Anknüpfen an alte Entspannungsstrategien
- bewusstes Gestalten der neuen Rollenidentität
- bewusstes Einsetzen der reaktivierten Deutungs- und Handlungskompetenz

- Förderung der kindlichen Entspannung (Anwendung der erlernten Massagetechniken/Atemtechnik)

Frau C

- allmähliche Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit, verbunden mit viel Freude
- Mann im Erziehungsurlaub
- bessere Arbeitsaufteilung

Frau D

- Angebot einer Tagesmutter genutzt
- verbesserte Möglichkeiten zur Grenzsetzung
- bessere Kontrollmechanismen bei paradoxen Handlungen
- Wiederherstellung des Kontaktes zur Außenwelt

Frau E

- vom Kind getrennt schlafen
- zeitweise Delegation der Aufsichtspflicht an andere Personen
- Verbesserung und Intensivierung sozialer Kontakte
- Eingehen einer neuen Partnerschaft (Kraftquelle)
- Erfüllung eigener Bedürfnisse

Frau F

- allgemeine Verbesserung der Lösungsstrategien
- mehr Geduld in kritischen Situationen
- Förderung der kindlichen Entspannung (Anwendung der erlernten Massagetechniken/Atemtechnik)

25. Kategorie: Veränderungen in der Beziehung zum Kind (Kontaktverhalten)

Frau A

- viele Veränderungen bemerkt
- Mutter-Kind-Kontakt verbessert
- Kind öffnete sich mehr der Welt

Frau B

- Liebe entwickelte sich
- Wunsch, das Schreien zu verstehen
- intensivere Beobachtung des Kindes
- neue Kontaktmöglichkeiten erschlossen (Nachahmung kindlicher Geräusche)
- Steigerung der Deutungskompetenz kindlicher Blicke und Äußerungen
- Aufwertung des Kindes durch, die von Paula Diederichs ermöglichte veränderte Sicht auf das Kind

Frau C

- keine Veränderung

Frau D

- starkes Bewusstwerden der Liebe zum Kind

Frau E

- Kind als eigene Person wahrgenommen
- Interaktion/ Wechselwirkung bewusst reflektiert
- allmähliche Annäherung im Körperkontakt
-

Frau F

- Festigung und Intensivierung der Beziehung

26. Kategorie: Einfluss auf die Partnerschaft

Frau A

- suchte beim Mann mehr Hilfe
- forderte mehr Unterstützung durch den Mann
- machte dem Mann gegenüber ihre Bedürfnisse deutlich

Frau B

- Überlastung durch partnerschaftliche Ansprüche wird bewusst
- Vernachlässigung eigener Bedürfnisse wird bewusst
- Reflexion der mangelhaften Unterstützung und Frustration

Frau C

- kein Einfluss bemerkt
- beide mit Interventionserfahrung zufrieden

Frau D

- Bindung an einen neuen Partner wurde möglich

Frau E

- Bindung an einen neuen Partner wurde möglich

Frau F

- kein Einfluss
- Zufriedenheit des Partners mit Interventionserfahrung

27. Kategorie: Veränderungen im Kontakt zum Freundeskreis

Frau A

- organisierte sich ein Hilfesystem im Freundeskreis
- Freundschaften wurden dadurch enger

Frau B

- Anerkennung situativer Veränderungen
- große Neugierde im Freundeskreis
- keine Zunahme an Unterstützung
- ehemalige Sündenbockfunktion im Freundeskreis bleibt unverzeihlich

Frau C

- keine Veränderungen

Frau D

- Kontaktaufnahme im Freundeskreis

Frau E

- Entwicklung und Gestaltung eines neuen Freundeskreises
- durch Getrenntschlafen vom Kind abendliche Besuche möglich (Verbesserung der Lebensqualität)

Frau F

- nach Abklingen der Symptomatik, Intensivierung der Kontaktaufnahme

28. Kategorie: Veränderungen im Kontakt zum Elternhaus / zur Verwandtschaft

Frau A

- weiterhin Unterstützung durch die Mutter

Frau B

- Leistungsdruck wird bewusst
- Verlust der Unterstützung wird bewusst
- Abschied vom Muttermodell

Frau C

- keine Veränderungen

Frau D

- weiterhin Beziehungsproblem mit der Mutter, aber Omarolle zugestanden

Frau E

- kritische Reflektion der Beziehung zu den Eltern beginnt
- Großelternrolle zugestanden, Kind wird ihnen gern anvertraut

Frau F

- weiterhin Berührungsängste der Eltern

29. Kategorie: Veränderungen im Schreiverhalten des Kindes

Frau A

- nach acht Wochen postpartal

Frau B

- zunehmende Verbesserung (Normalisierung) des Schreiverhaltens

Frau C

- allmählicher Rückgang exzessiven Schreiens
- Kind konnte sich besser entspannen und wurde allgemein ruhiger

Frau D

- noch keine Veränderung

Frau E

- qualitative und quantitative Veränderung
- Rückgang der nächtlichen Schreiattacken
-

Frau F

- massive Verbesserung des Schreiverhaltens nach der Hälfte der Sitzungen

30. Kategorie: Veränderungen bei der Nahrungsaufnahme des Kindes

Frau A

- abgestillt in der sechsten Woche postpartal

Frau B

- weiterhin problemlos
- Kind hat großes Stillbedürfnis

Frau C

- keine Veränderungen
- abgestillt erst nach der Krisenintervention

Frau D

- noch keine Veränderungen

Frau E

- gestaltete sich immer noch schwierig

Frau F

- kein Einfluss

31. Kategorie: Veränderungen des kindlichen Schlafverhaltens

Frau A

- seit dem Abstillen (sechs Wochen postpartal) schläft das Kind bis heute durch (Ruhe gefunden)

Frau B

- wenig Veränderung
- Eigenheiten des kindlichen Schlafverhaltens bis heute
- kein Durchschlafen

Frau C

- rasche Verbesserung der Ein- und Durchschlafstörung
- nach der zweiten Sitzung vier Stunden durchgeschlafen
- nach den weiteren Sitzungen Verlängerung der Durchschlafphase

Frau D

- diskrete Veränderungen

Frau E

- starke Veränderungen
- besseres Ein- und Durchschlafen
- Kind beruhigt sich auch selbst nach dem Aufwachen

Frau F

- Kind schläft weiterhin durch

32. Kategorie: Einfluss auf die kindliche Entwicklung

Frau A

- ein deutliches Wahrnehmen der Umwelt wurde sichtbar

- Kind wurde entspannter und gelöster (mittelbarer Einfluss durch die Mutter)
- viele Entwicklungen zeigten sich

Frau B

- gute motorische Entwicklung

Frau C

- positiver Einfluss durch die Möglichkeit zur körperlichen Entspannung

Frau D

- keine Veränderungen

Frau E

- allmähliche Gewichtszunahme
- allmähliche Entwicklung des Sprachverhaltens

Frau F

- kein Einfluss

33. *Kategorie: Veränderungsforcierendes Vorgehen in der Intervention (was besonders gut half)*

Frau A

- Geborgenheit, Zuflucht, Nestwärme erfahren
- keine Bevormundung
- Raum zum Loslassen können erhalten
- Problembewusstsein angeregt
- Unterstützung und Halt erfahren
- Halten und Tragen des Kindes durch Frau Diederichs
- das Singen von Tönen hatte positiven Einfluss auf das Kind

Frau B

- die Problematik wurde ernst genommen
- Problemklärung machte handlungsfreier
- Handlungsalternativen gefunden
- Verarbeitung des Geburtstraumas
- Trauerarbeit
- Eingeständnis der Aggression brachte Entlastung (wertfreier Umgang)
- Aggressions- und Wutabbau durch Schlagen auf einen Block
- Bestätigung des Problems brachte Entlastung
- Entspannung, Atemarbeit
- Massage des Kindes
- Aufwertung als Mutter
- Aufwertung des eigenen Handelns

Frau C

- die Problematik wurde ernst genommen
- emotional aufgefangen werden
- Hilfestellung für das Kind
- Körperarbeit hatte positiven Einfluss auf das Kind
- Ausstrahlung und Persönlichkeit von Frau Diederichs als förderlich empfunden

- ihr spielerischer und witziger Umgang mit dem Kind als entlastend und hilfreich empfunden
- Entlastung durch gemeinsame Reflexion der Zeit zwischen den Sitzungen
- Vermittlung der Massagegriffe für den Hausgebrauch

Frau D

- großer Einfluss auf die persönliche Entwicklung durch Entspannungsmöglichkeit und positive Korrektur des eigenen Mutterbildes
- Bestärkung in Kompetenzen und Entdecken von eigenen Ressourcen
- Beruhigung und Unterstützung durch nicht defizitorientiertes bzw. bewertendes Intervenieren erhalten.
- guter Kontakt/ Vertrauensverhältnis zu Frau Diederichs
- Ausstrahlung und Persönlichkeit von Frau Diederichs als förderlich empfunden
- ihr spielerischer und witziger Umgang mit dem Kind als entlastend und hilfreich empfunden

Frau E

- guter Kontakt/ Vertrauensverhältnis zu Frau Diederichs
- Ausstrahlung und Persönlichkeit von Frau Diederichs als förderlich empfunden
- Geborgenheit, Unterstützung und Entspannung gefunden
- körperliche Intervention als wirksam beurteilt
- kritische Situation zusammen durchgestanden
- das Neinsagen geübt
- Abschied nach zehn Sitzungen war zu früh, daher Verlängerung

Frau F

- gute Vertrauensbasis
- Entspannungsmöglichkeit, Atem-/Massagetechnik
- Erlernen kindlicher Massagetechnik als praktische Hilfe für den Alltag empfunden
- Möglichkeit der Delegation der Aufsichtspflicht an Frau Diederichs brachte Entlastung (Ausruhen, Abschalten)
- Erfahrung, dass auch eine andere Person das Kind beruhigen kann, gemacht (Entlastung), Teufelskreis durchbrochen
- Beruhigung und Entspannung des Kindes durch Entspannung an der Wirbelsäule

34. Kategorie: Kritik an der Intervention

Frau A

- Sitzungen zu selten

Frau B

- schlechte Erreichbarkeit
- lange Wartezeit war belastend, wegen Gewaltphantasien in akuter Schreikrise

Frau C

- Intervention als optimal empfunden, keine Kritik

Frau D

- Raum könnte heller und freundlicher sein

Frau E

- keine Kritik

Frau F

- Informationsmangel in der Öffentlichkeit

35. Kategorie: Verbesserungsvorschläge

Frau A

- Sitzungen sollten öfter stattfinden
- Termine sollten schneller möglich sein
- Interventionspersonal sollte immer erreichbar sein, vor allem in den Abendstunden
- Intervention sollte mehr publik gemacht werden

Frau B

- weiterhin Absicherung der Kostenübernahme durch den Staat für die Zukunft
- vollständige Selbstfinanzierung wäre vernichtend gewesen
- Projekt sollte bundesweit ausgebaut werden
- Erweiterung durch Zusatzangebote (z.B. Elternschule, Entspannungstraining) zur Verbesserung der Lebensqualität

Frau C

- Intervention als optimal empfunden

Frau D

- Steigerung der Anzahl der Interventionseinheiten

Frau E

- Verbesserung vom Informationsfluss (Betroffene im öffentlichen Diskurs besser ansprechen)
- auch andere kritische Aspekte dieser Entwicklungsphase einbeziehen, keine Reduktion auf Schreikinder
- diese Probleme gesamtgesellschaftlich thematisieren

Frau F

- über Hilfsmöglichkeiten in Krisensituationen nach der Geburt schon im Krankenhaus informieren
- Zusammenarbeit mit Kliniken und Ärzten verbessern
- finanzielle staatliche Unterstützung weiterhin absichern

36. Kategorie: Lob

Frau A

- Depressionsprophylaxe
- Aggressionsprophylaxe und Gewaltprophylaxe
- positiver Einfluss auf die Entwicklung des Mutter-Kind-Verhältnisses

Frau B

- als Langzeitprävention bewertet
- Förderung einer optimalen Kindesentwicklung
- optimaler Schutz des Kindes vor Drogen- und Missbrauchserfahrungen (durch Abbau der elterlichen Langzeitüberforderung)
- Gewaltprophylaxe
- Verbesserung der gesamten Lebensqualität

Frau C

- große Zufriedenheit mit der Arbeit von Frau Diederichs

Frau D

- richtige Hilfe gefunden
- Intervention für andere Betroffene empfehlenswert

Frau E

- mit Begeisterung hingegangen
- guter Kontakt, angemessene persönliche Gestaltung, gutes Angebot (empfehlenswert)

Frau F

- faszinierendes Erlebnis
- richtige Hilfe gefunden
- Intervention für andere Betroffene empfehlenswert

7.3. III. Zeitebene

* Zeitraum seit Interventionsende bis zum Interview

37. Kategorie: Gefühlsbeschreibung in Verbindung mit der letzten Interventionssitzung

Frau A

- kaum Erinnerungen
- Intervention war nicht länger nötig

Frau B

- Lösung des akuten Krisenproblems war erreicht
- positive Entwicklung war angeregt
- positive Veränderungen waren voll bewusst
- empfand Dankbarkeit und diskreten Abschiedsschmerz

Frau C

- positive Erinnerungen an letzte Sitzung
- Verbesserung des kindliche Zustandes
- Wohlbefinden und Befriedigung von Mutter und Kind erreicht
- guter Abschluss
- Ziele erreicht

Frau D

- ambivalent
- Angst vor Kontaktabbruch
- gleichzeitig das Gefühl, die Intervention kann beendet werden

Frau E

- positive Reflektion des Abschieds, angenehme Gefühle
- richtiger Zeitpunkt gewählt (Problemklärung erfolgreich)

Frau F

- ambivalente Gefühle
- Festigung des Selbstvertrauens, dennoch Angst vor Rückfall
- persönliche Stärkung empfunden
- imaginäres Hilfesystem entdeckt

38. Kategorie: Langfristige Veränderungen des körperlichen Wohlbefindens (Mutter)

Frau A

- kaum körperliche Beschwerden

Frau B

- bewusster Reflexion körperlicher Warnsignale (z.B. Atmung beachten)

Frau C

- positive körperliche Veränderung
- Schlafdefizit ausgeglichen
- mehr Lebensfreude
- Abnahme von Reizbarkeit, mehr Geduld

Frau D

- Nachlassen der Schmerzen in den Handgelenken

Frau E

- Schlafdefizit kompensiert, wesentlich ausgeruhter
- gesteigertes körperliches Wohlbefinden
- durch Abstillen positive körperliche Entwicklung

Frau F

- Anwendung der Atemtechnik zur Stressreduktion
- ruhigeres und entspannteres Wohlbefinden

39. Kategorie: Langanhaltender Einfluss auf das emotionale Befinden

Frau A

- Halt in sich selbst gefunden
- keine Unsicherheit mehr
- fühlt sich ganzheitlich (gelungene Integration von Beruf in Mutterschaft)
- gelungen Anpassung an neue Situation

Frau B

- gelassenerer Umgang mit Kritik von außen
- fühlte sich kompetenter und handlungsfähiger
- Abbau von Hilflosigkeit und Ohnmachtsgefühlen
- langfristiger Abbau eines Schuldkomplexes
- Zunahme von Optimismus und Freude
- bewusste Reflexion von Aggressionen
- Akzeptieren eigener Grenzen
- Aufwertung des Kindes

Frau C

- Steigerung des psychischen Wohlbefindens
- keine Hilflosigkeit mehr
- fühlt sich ausgeglichener und stressresistent
- Zunahme der Lebensfreude
- Steigerung des Selbstvertrauens

Frau D

- Rückgang des Aggressionserlebens
- Steigerung von Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Steigerung der Handlungskompetenz
- häufiges Erinnern der, während der Intervention erfahrenen, Unterstützung und Aufwertung (imaginäres Hilfesystem)

Frau E

- Steigerung der Handlungskompetenz
- Rückgang der Ohnmachtsgefühle
- fühlt sich sicherer, kraftvoller, ausgeruhter
- empfindet mehr Geborgenheit

Frau F

- Abbau von Hilflosigkeit
- Stärkung von Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein
- Aufwertung und Festigung der Mutterrolle

40. Kategorie: Langfristige Veränderungen der Einstellungen zur Mutterschaft

Frau A

- deutliche Verbesserung im Umgang mit der Mutterrolle
- Entwicklung als Lernprozess definiert

Frau B

- Einsicht in anstrengende Aspekte der Mutterschaft
- zunehmendes Selbstbewusstsein als Mutter
- zunehmende Sicherheit in Mutterrolle
- Aufwertung als gute Mutter erfahren
- Einsicht: Mutterschaft erfordert neue Kompetenzen, unabhängig von der Vorbildung

Frau C

- Bestätigung des intuitiven mütterlichen Handelns
- weiterhin Bestätigung in Mutterrolle

Frau D

- langfristige positive Entwicklung bei Identifikation mit Mutterrolle

Frau E

- kritischerer Umgang mit Muttermythos, Beginn einer kritischen Gesellschaftsreflexion
- Kontaktaufbau zu Müttern mit gleichen Erziehungsvorstellungen

Frau F

- - Aufwertung der Mutterrolle

41. Kategorie: Langfristige Veränderungen der Einstellungen zur Erziehung

Frau A

- Bestärkung der anfänglichen Vorstellungen
- lehnt weiterhin Machtkampf mit Kind ab
- bemüht sich um adäquate Reaktionen auf kindliche Signale

Frau B

- Abschied von festen Vorstellungen
- eigenen Erziehungsstil finden und festigen
- Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch mit anderen Eltern als Orientierungshilfe

Frau C

- Bestärkung der anfänglichen Vorstellungen

Frau D

- kindliches Mitgestaltungsrecht innerhalb der Beziehung erkannt und zugestanden
- wechselseitige Interaktion innerhalb der Beziehungsdynamik bewusst reflektiert
- Angstreduktion beim Kind

Frau E

- Akzeptanz und Integration kindlicher und mütterlicher Emotionen innerhalb einer Beziehung

Frau F

- keine Veränderungen

42. Kategorie: Gestaltung der Lösungsstrategien seit Interventionsende

Frau A

- Steigerung der Deutungskompetenz und des Deutungswunsches der kindlichen Signale
- Verbesserung der Entspannungsfähigkeit (besser im Loslassen)
- Korrektur des Perfektionsanspruches
- Steigerung der Lösungskompetenz
- Eingestehen der eigenen Hilfsbedürftigkeit möglich
- Delegieren von Aufgaben und Annahme von Unterstützungsangeboten möglich

Frau B

- Selbstbeobachtung und -wahrnehmung
- eigene Belastungsgrenzen erkennen
- Notwendigkeit einer angemessenen Entspannung
- Bedürfnis nach entspannender Freizeitaktivität
- größere Flexibilität bei Alltagsbewältigung
- verbesserter Umgang mit Stresspotentialen und ambivalenten Gefühlen
- Aggressionsstau auch über körperliche Aktivität ausgleichen

Frau C

- verbesserte Arbeitsteilung mit Partner

Frau D

- Aktivieren des imaginären Hilfesystems in Stress-Situationen
- Reduktion existenzieller Unsicherheiten durch Eigeninitiative (z.B. Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit)
- Reduktion finanzieller Probleme
- angemessene Struktur im Tagesablauf bei gleichzeitiger Integration des Kindes
- Therapiefinanzierung durchgesetzt

Frau E

- durch Abbau des Erschöpfungssyndroms, Stärkung der Handlungskompetenz
- Entwicklung einer Deutungskompetenz gegenüber kindlichen Signalen (Schreien)

Frau F

- Stressreduktion mit erlernter Atemtechnik
- Zunahme der Deutungskompetenz (Schreien)
- Verbesserung der Handlungskompetenz

43. *Kategorie: Gestaltung der Mutter-Kind-Beziehung seit Interventionsende (Kontaktverhalten)*

Frau A

- zunehmende Verbesserung
- sehr guter Mutter-Kind-Kontakt entstanden
- liebevolles Verhältnis entwickelt

Frau B

- gute und stabile Beziehung zum Kind
- gelassener Reaktion auf anstrengendes kindliches Verhalten
- Einheit mit Kind empfunden
- mehr Freude an Mutterschaft gefunden

Frau C

- gute Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung
- Intensivierung des Mutter-Kind-Kontaktes
- kontaktaufsuchende Haltung des Kindes entwickelt
- entspannter Umgang miteinander möglich

Frau D

- Verbesserung der Qualität
- Angstreduktion beim Kind

Frau E

- seit Abstillen sehr bewusstes Kuscheln
- allmählich zunehmende körperliche Annäherung

Frau F

- weiterhin sehr enge Beziehung („Mamakind“)

44. *Kategorie: Langanhaltender Einfluss auf Partnerschaft*

Frau A

- Halt in Partnerschaft erfahren
- Verbesserung der Beziehung
- dennoch Partnerschaft immer mit erneuten Herausforderungen verbunden

Frau B

- Partner zunehmend in Aufsichts- und Erziehungspflicht integriert
- eigene Auszeiten geschaffen
- keine Bereitschaft zur permanenten Überschreitung eigener Belastungsgrenzen

Frau C

- kein Einfluss

Frau D

- erneute Trennungserfahrung (nach einem Jahr), nach Gewalterfahrung in Partnerschaft
- Entlastung durch Kontaktabbruch

Frau E

- Partnerschaft weiterhin intakt
- positive Entwicklung und absolute Unterstützung

Frau F

- kein Einfluss

45. Kategorie: Langfristige Veränderungen im Kontakt zum Freundeskreis

Frau A

- Verbesserung des Kontaktes
- gemeinsame Freizeitaktivität wieder möglich
- Unterstützung nicht mehr notwendig

Frau B

- Ernüchterung in freundschaftlichen Beziehungen
- weiterhin Kontaktrückgang
- empfindet Kritik des Freundeskreises an kindlicher Persönlichkeit (sog. Problemkind) als langanhaltende Verletzung

Frau C

- Verbesserung des Kontaktes
- gemeinsame Freizeitaktivität wieder möglich
- große Freude über Kontaktzunahme

Frau D

- zunehmende Kontaktaufnahme zu alten Freunden außerhalb des Wohnortes
- viele Kontaktabbrüche
- Unterstützung durch einen Ex-Freund und dessen Frau (Delegation der Aufsichtspflicht, Finanzierung eines gemeinsamen Urlaubs)

Frau E

- zunehmende Kontaktaufnahme im neuen Freundeskreis
- genießt Freundschaften nicht nur als Mutter, sondern auch als Frau
- Unterstützung durch Freunde (Delegation der Aufsichtspflicht einmal wöchentlich)

Frau F

- Problembewusstsein im Freundeskreis angeregt
- weiterhin guter Kontakt

46. Kategorie: Langfristige Veränderungen im Kontakt zum Elternhaus/ zur Verwandtschaft

Frau A

- Mutter entwickelt sich zur leidenschaftlichen Oma

Frau B

- Anerkennung der Leistung der eigenen Mutter bei gleichzeitiger Abgrenzung von diesem Mutterbild

Frau C

- keine Veränderungen

Frau D

- Omarolle weiterhin akzeptiert
- Unterstützung durch Mutter (Delegation der Aufsichtspflicht)

Frau E

- Kontaktrückgang, Anwachsen des Problembewusstseins (kritische Sicht auf Beziehungsdynamik der Eltern)
- Auseinandersetzung mit überbehütender Mutter

Frau F

- zunehmende Verbesserung des Kontaktes
- allmähliche Annäherung an Omarolle
- weiterhin leichte Wahrung der Distanz

47. Kategorie: Langfristige Veränderungen des kindlichen Schreiverhaltens

Frau A

- allmähliche Besserung bis ca. vierten Lebensmonat
- nur noch begründetes Schreiverhalten (z.B. Hunger, Durst)
- Kind ausgeglichen und fröhlich

Frau B

- Verbesserung seit viertem Lebensmonat
- langfristiges Ausbleiben von Schreiattacken

Frau C

- nur noch gelegentliches kurzes Schreien

Frau D

- allmähliche qualitative und quantitative Veränderung

Frau E

- weiterhin ständige Verbesserung, ständiger Rückgang

Frau F

- wesentliche Verbesserung
- massiver Rückgang der Schreiattacken

48. Kategorie: Langfristige Veränderungen der Nahrungsaufnahme

Frau A

- allmähliche Verbesserung

Frau B

- aktuell: diskrete Verschlechterung

Frau C

- keine Veränderung

Frau D

- keine dramatische Entwicklung

Frau E

- seit Abstillen hat die Brust nur noch Trostfunktion

Frau F

- keine Veränderung

49. Kategorie: Langfristige Veränderung des kindlichen Schlafverhaltens

Frau A

- positive Entwicklung
- konstantes Durchschlafen
- regelmäßiger Schlafrhythmus

Frau B

- langfristige Reduktion der Ein- und Durchschlafstörung

Frau C

- positive Entwicklung
- konstantes Durchschlafen
- Schlafstörung nur bei Körperkrisen (z.B. Zahnbildung)

Frau D

- seit Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation, endgültige Beseitigung der Ein- und Durchschlafstörungen des Kindes

Frau E

- Kind schläft durch, außer im Krankheitsfall

Frau F

- Entwicklung von Schlafphasen am Tage (zweimal täglich eine bis anderthalb Stunden)

50. Kategorie: Langfristiger Einfluss auf die kindliche Entwicklung

Frau A

- positiver Einfluss
- normale Entwicklung

Frau B

- Kind ist gegenüber der Außenwelt interessiert und aufgeschlossen
- gute motorische Entwicklung
- angstfrei und mutig
- Stabilisierung des Immunsystems

Frau C

- sehr positiver Einfluss

- deutliche Entwicklungsfortschritte

Frau D

- reflektiert das positive sozial angemessene Verhalten des Kindes
- Angstreduktion
- gute kindliche Entwicklung

Frau E

- allmähliche Verbesserung des Sprachverhaltens, weiterhin Gewichtszunahme
- Kind zeigt zunehmend Zärtlichkeit im Umgang mit Mutter und anderen Personen

Frau F

- normale Entwicklung

51. Kategorie: Reflexion von Langzeiteffekten

Frau A

- Langzeiteffekte vorhanden
- tiefgreifende Bewusstseinsänderung/Einstellungsänderung

Frau B

- Abbau der Versagensgefühle
- Aufwertung erfahren
- Schärfung des Bewusstseins gegenüber eigenen Ressourcen und Qualitäten
- situative Neuorientierung ermöglicht
- Anregung der Identitätsbildung
- grundsätzliche Neueinstellung ermöglicht

Frau C

- Langzeiteffekte vorhanden
- Auslösung und Beschleunigung positiver Entwicklungen (bei Eltern und Kind)
- Reduktion des Schreiverhaltens
- Verbesserung des Schlafverhaltens

Frau D

- Intervention als angenehme zusätzliche Unterstützung parallel zur eigenen Körpertherapie empfunden
- Langzeiteffekte deutlich spürbar
- positive langfristige Entwicklung wurde angeregt („etwas wurde auf den Weg gebracht“)

Frau E

- Verbesserung des Schlafverhaltens
- Verbesserung des Mutter-Kind-Kontaktes (Stillen nicht mehr das einzige Interaktionsmittel)
- verbesserte Krisenwahrnehmung und Steigerung der Handlungskompetenz
- Verbesserung des Körpergefühls und Kontakt zu sich selbst aufgebaut

Frau F

- positive Effekte bei Mutter und Kind erlebt

52. Kategorie: Ursachen der Langzeiteffekte

Frau A

- Halt und Geborgenheit erfahren
- emotional aufgefangen werden
- Eigenaktivität gefördert
- Selbsterkenntnis angeregt
- Interventionsarbeit nicht nach Patentrezept

Frau B

- bessere Abgrenzung von überfordernden Vorbildern und Ratgebern
- Identitätsbildung und Selbstfindung
- Entspannung zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung
- Aufwertung des Kindes durch Frau Diederichs
- Korrektur alter Vorstellungen
- Selbstvertrauen als Mutter gestärkt
- Stärkung der guten Mutter in sich selbst

Frau C

- Intervention als auslösenden Impuls für positive Entwicklung erfahren

Frau D

- imaginäres Hilfesystem in Stresssituationen bietet langanhaltende Unterstützung

Frau E

- imaginäres Hilfesystem in Stresssituationen bietet langanhaltende Unterstützung

Frau F

- gute Vertrauensbasis
- Entspannungsmöglichkeit, Atem- und Massagetechnik
- Erlernen kindlicher Massagetechnik als praktische Hilfe für den Alltag empfunden
- Möglichkeit der Delegation der Aufsichtspflicht an Frau Diederichs brachte Entlastung (Ausruhen, Abschalten)
- Erfahrung, dass auch eine andere Person das Kind beruhigen kann, gemacht (Entlastung), Teufelskreis durchbrochen
- Beruhigung und Entspannung des Kindes durch Entspannung an der Wirbelsäule

53. Kategorie: Empfehlungen an andere Betroffene

Frau A:

- gründliche Vorbereitung auch auf kritische Aspekte der Elternschaft (z.B. Übernahme von Verantwortung, Möglichkeit exzessiven Schreiens)
- eigenes Bedürfnis nach Halt, Geborgenheit und Unterstützung einplanen und zulassen
- ausreichend Unterstützung organisieren
- Schreibabys finden Hilfe in der Schreibabyambulanz, Weiterempfehlung an andere Betroffene

Frau B:

- Problembewusstsein in dieser kritischen Entwicklungsphase entwickeln
- Hilfsmöglichkeiten aktiv aufsuchen und annehmen
- rechtzeitig Hilfe suchen, keine Durchhaltestrategie
- Veränderungen sind lohnenswert

- Mut zum eigenen Erziehungsstil

Frau C:

- Weiterempfehlung an andere Betroffene

Frau D:

- Krisenintervention empfehlenswert für alle Betroffenen
- diese Hilfe sollte rechtzeitig gesucht werden

Frau E:

- Krisenintervention empfehlenswert für alle Betroffenen
- diese Hilfe sollte rechtzeitig gesucht werden
- Mut haben, Hilfe anzunehmen

Frau F:

- rechtzeitig Hilfe suchen, keine Durchhaltestrategie (so früh wie möglich)
- dem Leistungsdruck der Umwelt mit Selbstbewusstsein begegnen
- sich selbst vertrauen lernen

8. Die Darstellung der Ergebnisse (in Anlehnung an die komparative Paraphrasierung)

8.1. Das Erleben von Schwangerschaft und Geburt

8.1.1. Die Schwangerschaft

Vier Frauen erlebten eine stressreiche Schwangerschaft. Sie berichten über eine Vielzahl von Risikofaktoren.

Hierzu zählen die folgenden medizinischen Aspekte:

- Hyperemesis gravis
- Zustand nach Totgeburt mit ständiger Gefahr des plötzlichen Kindstodes
- Schmerzkoliken wegen Eierstocksabdrrehungen
- Hypertonus mit ständiger Gefahr einer kindliche Unterversorgung
- drohende Frühgeburt

Als emotional belastend wurden auch die folgenden Aspekte empfunden:

- Misstrauen gegenüber medizinischer Versorgung
- ständige Angst und Sorge um das Kind
- Trennung vom Partner mit psychischer Labilisierung
- Ablehnung der Schwangerschaft im Freundeskreis und Elternhaus, sowie durch den Arbeitgeber
- finanzielle Probleme

Die anderen beiden Frauen berichten von einer schönen und problemlosen Schwangerschaft.

8.1.2. Die Geburt

Fünf Frauen berichteten von einem negativen Geburtserlebnis. Die Geburt wurde von ihnen als ein traumatischer Gewaltakt erlebt.

In diesem Zusammenhang finden sich die folgenden Geburtskomplikationen:

- verfrühte Öffnung der Fruchtblase, verbunden mit falscher Eindrehung des kindlichen Körpers
- Frühgeburt, verbunden mit sofortiger Trennung vom Kind
- Kaiserschnitt; verzögerter Geburtsverlauf
- plötzliches Ausbleiben kindlicher Herztöne, verbunden mit massivem mütterlichen Angsterleben
- starke postpartale Erschöpfung
- massive Versagensgefühle wegen operativer Geburt
- massive postpartale Bewegungseinschränkungen
- langanhaltende Traumatisierung, verbunden mit Alpträumen
- Nahtprobleme (bis sechs Monate postpartal)

Nur eine Frau erlebte eine angenehme Geburt ohne Komplikationen oder belastende Nachwirkungen.

8.2. Das Krisenerleben der Betroffenen

8.2.1. Das emotionale Befinden

In Verbindung mit der massiven Schrei- und Schlafproblematik der Kinder zeigte sich bei jeder Betroffenen ein massives Krisenerleben. Es wurden in diesem Zusammenhang psychische Erlebensdimensionen berichtet, die bei allen Frauen ähnlich waren. Sie erzählten von massiver Hilflosigkeit und Verunsicherung. Es zeigte sich ein deutliches Überforderungserleben mit dem Gefühl der Verzweiflung und Panik. Die Betroffenen erfuhren eine permanente Anspannung auf

Grund des Dauerstress. Bei fortschreitender Erschöpfung kam es zu einem Nachlassen der Selbstwahrnehmung. Eine progrediente emotionale Labilisierung zeigte sich bei häufig auftretenden depressiven Verstimmungen.

Die betreffenden Mütter erwähnten Versagensängste, Selbstzweifel, Vorwürfe und Minderwertigkeitsgefühle. Bei ihnen zerbrach allmählich das alte Selbstbild, sie erlebten einen Identitätsverlust. Gleichzeitig erfuhren sie einen enormen Leistungsdruck auf Grund des Stillmythos, des tadellosen Mutterbildes in den Medien und der bewertenden Kommentare im sozialen Umfeld. Häufig wurde ein schlechtes Gewissen gegenüber dem Kind durch kritische Umweltreaktionen provoziert. Im Kontakt mit Müttern von Nicht-Schreikindern entwickelten einige Betroffene Konkurrenzgefühle.

Alle Betroffenen waren nicht auf dieses Problem vorbereitet und erlebten ein allmähliches Versagen ihrer Lösungsstrategien. Gleichzeitig wuchs die große Sorge um das Kind, da sie das Schreiverhalten nicht beeinflussen konnten.

In dieser Entwicklungsphase sehnten sich die meisten Betroffenen selber nach Halt, Unterstützung, Zuwendung und Ruhe. Allerdings erfuhren sie häufig einen allmählichen Rückgang der sozialen Kontakte. Sie fühlten sich zunehmend isoliert und einsam. So schienen sie, in einem Teufelskreis gefangen zu sein.

Bei einigen Frauen konnte wegen der enormen psychischen Belastung die Liebe zum Kind nicht gelebt werden. Sie nahmen auffällig ambivalente Gefühle gegenüber dem Kind in sich wahr. Die Schreiattacken lösten einerseits ein starkes Mitgefühl, andererseits aber auch Wut und Verzweiflung aus. Drei Frauen entwickelten Gewaltphantasien und aggressive Gefühle gegenüber dem Kind. Bei zwei weiteren Frauen kam es sogar zu einem aggressiven Impulsdurchbruch.

8.2.2. Die Auswirkungen auf das körperliche Wohlbefinden

Alle Frauen berichteten von krisenbedingten körperlichen Veränderungen. Fünf Betroffene entwickelten eine Störung des Schlafrhythmus, in Verbindung mit einem langanhaltenden Schlafdefizit. Ständige Müdigkeit verstärkte ein sich entwickelndes Erschöpfungssyndrom mit starker Unruhe. Zwei Frauen litten unter Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule und in den Handgelenken.

Bei einer Frau stellte sich eine stressbedingte massive Gewichtsreduktion ein. Bei einer anderen Frau kam es zu einer stressbedingten Gewichtszunahme von 40 Kilo.

8.2.3. Die Veränderungen in den sozialen Beziehungen

8.2.3.1. Die Partnerschaft

Zwei Frauen berichteten von Trennungserfahrungen in der Schwangerschaft. Die Verarbeitung der dadurch erlittenen Kränkung stellte sich erst allmählich ein und beeinträchtigte das Krisenerleben. Beide empfanden während der Krise eine große Sehnsucht nach einem unterstützendem Partner und einer intakten Familie. Drei andere Frauen fühlten sich wegen der vollen Berufstätigkeit der Partner mit der Verantwortung für das Kind allein gelassen. Dies wurde als ein zusätzlich belastender Faktor erlebt. Besonders negativ erlebten sie längere Dienstreisen der Partner.

8.2.3.2. Die Eltern/Verwandschaft

Die Hälfte der betroffenen Frauen haben eine Unterstützung durch die Mutter bzw. Schwiegermutter als entlastend empfunden. Die anderen drei Frauen erlebten in der Krisenzeit eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Mutter.

Inhalte dieser Auseinandersetzungen waren:

- die Unehelichkeit des Kindes
- die Unterstellung der Unfähigkeit, selbst Mutter zu sein
- Leistungsdruck durch das erlebte Muttervorbild

Eine betroffene Frau erlebte einen Rückzug der Verwandschaft wegen der Schreisympomatik, da die Angehörigen eine zunehmende Verunsicherung empfanden. Das Ausbleiben von Unterstützung

im Verwandtschaftskreis wurde als defizitär erlebt.

8.2.3.3. Der Freundeskreis

Fünf der betroffenen Frauen erlebten eine wachsende soziale Isolation wegen des Schreiverhaltens der Kinder. Der Rückzug der Freunde und das damit verbundene Ausbleiben ihrer Unterstützung wirkte belastend. Eine Frau erhielt verschiedene Unterstützungsversuche durch Freunde und Kollegen, die leider erfolglos blieben.

Eine Anerkennung der Schreiproblematik im Freundeskreis wurde als Bestätigung erlebt und brachte eine gewisse mentale Entlastung. Eine Frau berichtete allerdings von einer Sündenbockfunktion im Freundeskreis und empfand die Degradierung ihres Kindes zum Problemkind als massiv kränkend. Auch das Mitleid der Freunde wurde in diesem Zusammenhang eher als Demütigung empfunden.

8.2.3.4. Der Mutter-Kind-Kontakt

Bei fünf Mutter-Kind-Paaren gestaltete sich der Kontaktaufbau zum Kind in der Krisenzeit problematisch. Er wurde als belastend bis gestört eingeschätzt.

Teilweise fühlten sich die betroffenen Frauen zu einem Kontakt gezwungen. Meistens entwickelte sich eine ambivalente Gefühlslage. Während der Schreiatacken empfanden die Mütter hauptsächlich Angst und Ablehnung.

In den Ruhephasen konnten sich hingegen liebevolle Gefühle einstellen und der Kontaktaufbau gestaltete sich positiv. Eine Frau berichtet von einem sehr engen Kontakt, da ihr Kind nur in ihren Armen Ruhe finden konnte.

8.2.4. Die Symptome des Kindes

8.2.4.1. Das Schreiverhalten

Der früheste Beginn eines ausgeprägten Schreiverhaltens ereignete sich zwei Wochen postpartal. Bei allen Kindern stellten sich zunehmend massive langanhaltende Schreiatacken von zwei bis achtzehn Stunden Dauer ein. Fünf der betroffenen Kinder schrieten hauptsächlich in den Abendstunden, verbunden mit einer ausgeprägten Erschöpfung des Kindes. Ein weiteres Kind zeigte sein ausgeprägtes Schreiverhalten nur am Tage. Bei allen Kindern waren weder eine Beruhigungsmöglichkeit noch eine erkennbare Ursache zu auszumachen.

8.2.4.2. Das Schlafverhalten

Fünf der betroffenen Kinder entwickelten massive Ein- und Durchschlafstörungen, verbunden mit einem wiederholten nächtlichem Aufwachen (bis zu zehnmal pro Nacht). Sie zeigten nur kurze Schlafphasen, und es kam zu einem allmählichen Verlust des Schlafrhythmus. Ein Kind entwickelte zwar keine nächtlichen Schlafprobleme, konnte allerdings tagsüber nicht den notwendigen Schlaf finden.

8.2.4.3. Die Nahrungsaufnahme

Drei Kinder hatten keine Probleme bei der Nahrungsaufnahme durch die Mutterbrust. Bei zwei weiteren Frauen zeigten sich massive Stillprobleme (z.B. zehnstündiger Stillmarathon) vor und während der Krisenzeit. Ein Kind verweigerte die mütterliche Brust vollständig. Bei zwei anderen Kindern zeigten sich auch Probleme beim späteren Zufüttern während der Umstellung auf die Flaschennahrung.

8.2.4.4. Die kindliche Entwicklung

Eine gute, problemlose Entwicklung stellte sich bei vier Kindern ein. Ein weiteres Kind zeigte eine Angstentwicklung wegen der gelegentlichen Aggressionsdurchbrüche der Mutter. Bei einem Kind kam es nach anfänglicher regelrechter Entwicklung zu einer allmählichen körperlichen und sprachlichen Retardierung während der Krise.

8.3. Die Auseinandersetzung mit der Mutterrolle und den Erziehungsidealen während der Krisenzeit

8.3.1. Die Mutterrolle

Eine zunehmende Verunsicherung in der Mutterrolle, verbunden mit Versagensgefühlen, berichten fünf Frauen. Bei drei Betroffenen entwickelte sich ein Konflikt zwischen dem Anspruch an das Muttersein und der Realität.

Zwei der Frauen beschreiben einen Mutterperfektionismus, bei dem eine Korrektur notwendig wurde (z.B. Abschied vom Mutter selbstbild).

8.3.2. Die Erziehungsideale

Die Erziehungsvorstellungen der Mütter beinhalteten die folgenden Ziele:

- freie und individuelle Entfaltung des Kindes gewährleisten
- individuelle Persönlichkeitsentwicklung fördern
- Förderungsgedanke
- Liebe, Schutz, Orientierung, Halt geben
- regelmäßigen Tagesablauf sichern
- vollständige Bedürfnisbefriedigung des Kindes sichern
- die Weitergabe eigener neurotischer Strukturen vermeiden

Eine Frau berichtet, von einem sich entwickelnden Konflikt im Zusammenhang mit der Verwirklichung ihres Erziehungsideals, zwischen einer notwendigen Grenzsetzung und dem gleichzeitigen Wunsch nach starker emotionaler Bindung.

8.4. Die Erfahrungen mit Hilfsmöglichkeiten bis zum Erstkontakt mit der Schreibabyambulanz

8.4.1. Die eigenen Lösungsstrategien

Alle Betroffenen berichten, dass sie eine Vielzahl an Lösungsstrategien ausprobierten, die sich allerdings meist als erfolglos erwiesen. Meist bemühten sie sich, ein ruhiges Umfeld zu schaffen oder mit verschiedenen Halte- und Lagerungsversuchen das Kind zu beruhigen. Dazu gehörten auch das Umhertragen des Kindes auf dem Arm oder im Tragesack, sowie das Umherfahren des Kindes im Kinderwagen. Auch die Umstellung auf nichtblähende Nahrungsmittel erwies sich als eher erfolglos.

Nur drei Frauen suchten und fanden Unterstützung im sozialen Umfeld (z.B. durch den Partner, Mutter, Freunde). Eine vollständige Kompensation der erfahrenen Belastung konnte dadurch nicht erreicht werden.

Es stellte sich ein zunehmender Verlust der Copingkompetenzen ein. Besonders gravierend stellte sich ein Zusammenbruch der Lösungsstrategien beim Verlust der Deutungs- und Handlungskompetenz ein. Durch einen Appell an das Durchhaltevermögen bis zur totalen Erschöpfung wurde der Teufelskreis verstärkt. Beim Zusammenbruch aller Lösungsstrategien kam es zu Gewaltphantasien oder aggressiven Impulsdurchbrüchen.

8.4.2. Die professionellen Helfer

Die betroffenen nutzten eine ganze Palette professioneller Hilfsmöglichkeiten. Drei Frauen bemühten sich um eine Umsetzung des verhaltenstherapeutischen Schlafprogramms. Jedoch zeigte sich ein mangelnder Erfolg, was den Leistungsdruck noch verstärkte. Alle Frauen konsultierten mehrfach Kinderärzte, erlebten aber auch hier die Unterstützung als mangelhaft. Meist wurden sie mit einem Appell an ihr Durchhaltevermögen („Da müssen sie durch!“) konfrontiert.

Selbst bei einer 18-stündigen Schreiatacke wurde eine solche Bagatellisierung des Problems erfahren. Hilfsangebote, wie eine ärztlich empfohlene Darmmassage, sowie eine verordnete Tee- und Medikamentengabe blieben erfolglos. Auch alternative Heilmethoden, wie Bachblütentherapie, Homöopathie, und die Konsultation anthroposophischer Ärzte konnten die erforderliche Hilfe nicht leisten. Soziale Kontakte in einer Mutter-Kind-, einer Frühchengruppe und in einem Babymassagekurs zeigten kaum Unterstützung, sondern brachten Konkurrenzerfahrung und einen zusätzlichen Leistungsdruck.

Das Aufsuchen psychologischer Unterstützung beim Bezirksamt oder im „Haus des Säuglings“ konnten das Problem nicht lindern. Die dort angebotene Unterstützung wurde als eine unangemessene Therapieform empfunden. Es handelte sich nur um ein Gesprächsangebot an die Mutter, jeglicher therapeutischer Kontakt mit dem Kind blieb aus, das Kind wurde nicht direkt mit einbezogen. Der Kontakt zu Hebammen war ebenfalls wenig hilfreich, da diese meist selber ratlos waren. Es kam auch vor, dass Hebammen die Mütter und ihre Reaktionen auf das kindliche Schreien bevormundeten. Die von einer Hebamme praktizierte Bonding-Wickeltechnik verstärkte nur das kindliche Leiden. Die vielen verschiedenen Ratgeber steigerten nur die Verwirrung und brachten keine Entlastung. Der mangelhafte Erfolg von unbrauchbaren Ratschlägen verstärkte die Unzufriedenheit.

8.4.3. Der Erstkontakt mit der Schreibabyambulanz

8.4.3.1. Die kontaktauslösende Krisensituation

Bei den meisten Frauen stellte sich eine allgemeine Rat- und Hilflosigkeit, verbunden mit einem zunehmenden Chaos, ein. Es entwickelte sich eine Dauerkrise, deren Zuspitzung zu Gewaltphantasien oder vereinzelt zu aggressiven Impulsdurchbrüchen führte. Damit waren ein schlechtes Gewissen oder ein Schock verbunden, was sich durch Vorwürfe und negative Reaktionen im sozialen Umfeld weiter verstärkte.

8.4.3.2. Die Vorstellungen und Erwartungen

Alle Betroffenen erhofften sich Hilfe für das Kind, verbunden mit einem Rückgang der Symptome (z.B. Schreiproblematik, Schlafstörungen) und einer Verbesserung des eigenen Wohlbefindens. Sie erwarteten Hilfe und Tipps, Kritik und eine Ursachenklärung durch die Fachfrau. Sie wünschten sich, neue Beruhigungsmöglichkeiten und Lösungsstrategien zu finden. Damit verbanden sie auch die Wiedererlangung ihrer Handlungsfähigkeiten und ihrer Deutungskompetenz für das kindliche Schreien. Sie hatten allerdings keine festen Vorstellungen von der angebotenen Praktik, jedoch Vertrauen in die Erfahrungswerte von Paula Diederichs.

8.5. Die Veränderungen während der Krisenintervention

8.5.1. Die Veränderungen im körperlichen Wohlbefinden der Mutter

Bei zwei Frauen zeigte sich anfangs eine Symptomverschlechterung, hervorgerufen durch ein zunehmendes Krisenbewusstsein. Eine der beiden Frauen hatte einen kurzzeitigen Zusammenbruch, in dessen Folge sich dann eine zunehmende Stressreduktion einstellte. Die andere der beiden Frauen konnte allmählich besser schlafen und sich zunehmend besser entspannen, was wiederum Kraftreserven in ihr mobilisierte. Die vier anderen Frauen konnten zunächst ihre körperlichen Verspannungen und die damit verbundene Erschöpfung bewusst wahrnehmen. Sie fanden während der Interventionen von Frau Diederichs Ruhe und Entspannung. Sie konnten auch besser Loslassen und bemerkten insgesamt eine Verbesserung ihres Wohlbefindens.

8.5.2. Die Veränderungen im emotionalen Befinden der Mutter

Alle Frauen beschreiben eine Verbesserung des emotionalen Befindens und eine psychische Stabilisierung. Diese Effekte bemerkten sie anfangs nur während der Sitzungen, konnten sie dann nach und nach in den Alltag transportieren. Eine Frau zeigte auch weiterhin diskretes Überforderungserleben in stressreichen Situationen, eine weitere Frau erlebte eine wiederkehrende Rückfallangst vor bedeutenden Ereignissen (z.B. Behördenkontakt).

Folgende Effekte werden von den Betroffenen in diesem Zusammenhang berichtet:

- eine Lösung von Spannungszuständen
- eine zunehmende Offenheit gegenüber positiven Gefühlszuständen
- ein Aggressionsabbau, eine Abnahme der Gereiztheit
- eine Reduktion von Schuldgefühlen

Für diese positiven Veränderungen geben sie folgende Ursachen an:

- das Erfahren einer Stressreduktion und Entlastung
- das Eingeständnis und das Akzeptieren eigener Schwachstellen und Hilfebedürftigkeit
- die Bewusstwerdung der gesamten Problemsituation
- die Bewusstwerdung und der besserer Umgang mit dem Aggressionspotential
- die Bewusstwerdung von und Auseinandersetzung mit dem Leistungsdruck
- die Stärkung des Selbstbewusstseins
- die Anregung einer persönlichen Weiterentwicklung
- das Ausgleichen des Identitätsverlustes
- die Steigerung der Handlungs- und Lösungskompetenz
- die Bewältigung von Trauerarbeit und Verarbeitung von Geburtstraumata
- das Finden von Entspannung
- die Reflexion und Korrektur eigener Abgrenzungsmöglichkeiten
- die verbesserte Selbstwahrnehmung
- die Reflexion der Kopplung zwischen eigenem und kindlichen Wohlbefinden

8.5.3. Der Einfluss auf die kindlichen Symptome

8.5.3.1. Das Schreiverhalten

Fünf Frauen bemerkten bei ihren Kindern einen Rückgang bzw. einen Abbau der Schreiproblematik. Eine Frau bemerkte in dieser Phase noch keine Veränderungen. Insgesamt wurden alle Kinder ruhiger und konnten sich besser entspannen. Dadurch konnte sich eine massive qualitative und quantitative Verbesserung des Schreiverhaltens einstellen.

8.5.3.2. Das Schlafverhalten

Bei vier Kindern zeigte sich ein Rückgang der Ein- und Durchschlafstörung. Sie konnten sich nach einem nächtlichen Aufwachen besser selbst beruhigen. Ein Kind zeigte weiterhin Durchschlafprobleme.

8.5.3.3. Die Nahrungsaufnahme

Die zwei Frauen mit Stillproblemen haben in dieser Zeit abgestellt. Eine dieser Frauen bemerkte eine unmittelbare Beendigung der Probleme bei der Nahrungsaufnahme, das andere Kind zeigte weiterhin diese Probleme.

Bei einem anderen Kind mit Fütterschwierigkeiten konnte in dieser Zeit noch keine durchschlagende Besserung erzielt werden.

8.5.3.4. Die kindliche Entwicklung

Bei zwei Kindern zeigte sich kein Einfluss auf die Entwicklung. Bei vier Kindern stellte sich ein positiver, entwicklungsfördernder Einfluss ein. Sie zeigten ein deutlicheres Wahrnehmen der Umwelt und eine gute motorische Entwicklung. Das Kind mit Retardierungen zeigte nunmehr eine langsame Gewichtszunahme und eine allmähliche Entwicklung des Sprachverhalten. Die positiven Einflüsse auf die kindliche Entwicklung wurde von den Betroffenen mit der wiedererlangten Fähigkeit zur körperlichen Entspannung in Verbindung gebracht.

8.5.4. Der Einfluss auf die sozialen Beziehungen

8.5.4.1. Die Partnerschaft

Zwei Frauen bemerkten keinen Einfluss auf die Partnerschaft, die Partner zeigten sich mit der Krisenintervention zufrieden. Den beiden Frauen mit der Trennungserfahrung in der Schwangerschaft konnten sich in der Folge an einen neuen Partner binden. Eine andere Frau forderte fortan mehr Unterstützung durch ihren Mann und machte ihm gegenüber eigene Bedürfnisse deutlicher.

Eine von sechs Frauen reflektierte die mangelhafte Unterstützung durch den Partner ausgiebig, was

zu Frustration und zum Bewusstwerden vernachlässigter eigener Bedürfnisse führte.

8.5.4.2. Die Eltern/Verwandtschaft

Zwei Frauen hatten weiterhin ein gutes und unterstützendes Verhältnis zum Elternhaus. Drei weitere Frauen erlebten während der Krise eine intensive Auseinandersetzung und eine kritische Reflexion der bestehenden Beziehungsproblematik zwischen ihnen und den Eltern. Zwei dieser Frauen gaben trotzdem der Großelternrolle Raum. Eine weitere Frau erlebte wegen der Schreiproblematik fortdauernd starke Berührungängste von Seiten der Eltern.

8.5.4.3. Der Freundeskreis

Eine Frau organisierte sich ein komplexes Hilfesystem im Freundeskreis. Die Freundschaften wurden dadurch enger und intensiver. Bei drei Frauen kam es nach dem Rückgang der Symptomatik wieder zu einer Kontaktaufnahme mit dem Freundeskreis.

Einer weiteren Frau mit guten freundschaftlichen Beziehungen gelang es, diese weiter aufrechtzuerhalten. Bei einer Frau wurde eine große Neugierde im Freundeskreis ausgelöst, und die Veränderung fand Anerkennung. Jedoch blieb für diese Frau die erfahrene Sündenbockfunktion in diesem Freundeskreis unverzeihlich.

8.5.4.4. Der Mutter-Kind-Kontakt

Bei fünf Mutter-Kind-Paaren zeigte sich eine deutliche Verbesserung im Kontakt zum Kind und eine Intensivierung der Beziehung. Sie hatten sich neue Kontaktmöglichkeiten erschlossen und erfuhren vereinzelt auch eine Annäherung im Körperkontakt. Die Mütter erlebten eine Steigerung der Deutungskompetenz kindlicher Signale und waren noch besser in der Lage, das Kind bewusst als eigene Person wahrzunehmen. Es konnten eine starke Liebe zum Kind gelebt und die Wechselwirkung ihrer Interaktionen bewusster wahrgenommen werden. Eine weitere Frau mit einem engen Kontakt zum Kind beschrieb eine Intensivierung und Festigung dieser Beziehung.

8.5.5. Der Einfluss auf die Vorstellungen von Mutterrolle und Erziehung

8.5.5.1. Die Mutterrolle

Fünf Frauen erlebten eine massive Veränderung in ihrer Mutterrolle. Die Mutterrolle bekam allmählich Konturen, die Mütter fühlten sich in ihrer Mutterschaft aufgewertet und bestätigt. Sie wurden sich während der Krisenintervention über verschiedene Fragen ihrer Mutterschaft bewusster und klarer. Eine Identitätsentwicklung von der „Versagermutter“ zur „guten Mutter“ wurde angeregt. Ihnen gelang eine konstruktive Auseinandersetzung mit Leistungsdruck und Perfektionismus in der Mutterschaft. Sie waren auch zu einer Korrektur von rigiden Vorstellungen über die Mutterschaft in der Lage (z.B. Abschied vom Stillideal). Drei Frauen gelang eine allmähliche Integration von Mutterbild und beruflicher Entwicklung im Alltag.

8.5.5.2. Die Erziehungsideale

Bei zwei Frauen zeigte sich keine Veränderung in ihrem Erziehungsstil. Eine dritte Frau erlebte eine deutliche Bestätigung ihrer Erziehungsvorstellungen.

Drei weitere Frauen erhielten Anregungen für einen angemesseneren Umgang mit notwendigen Grenzsetzungen. Alte Erziehungsmuster wurden korrigiert. Gleichzeitig entwickelten sie mehr Verständnis für die kindliche Situation. Die Gegenseitigkeit des Erziehens wurde ihnen bewusst.

8.5.6. Der Einfluss auf die Entwicklung eigener Lösungsstrategien

Bei allen Frauen kam es zu einer allgemeinen Verbesserung der Lösungsstrategien, verbunden mit einer Korrektur und Erweiterung des bisherigen Repertoires. Vier Frauen nahmen ihre berufliche Tätigkeit wieder auf und erlebten dabei viel Freude und eine Steigerung ihres Wohlbefindens. Sie erlebten eine gelungene Integration von Mutterschaft und Berufsausübung im Alltag. Sie lernten, Aufgaben zu delegieren und organisierten sich teilweise ein emotionales und praktisches Hilfesystems im Umfeld. Die Kontaktaufnahme zur Außenwelt wurde wiederhergestellt. Es gelang

die Umgestaltung von Strukturen in der Alltagsbewältigung (z.B. Tagesablauf, Arbeitsteilung in Partnerschaft). Unterstützend wirkte hierbei auch der kritische Umgang mit dem Leistungsdruck und Perfektionismusanspruch.

Teilweise gelang es den Frauen, sich an alte Entspannungsstrategien zu erinnern, Entspannung aktiv aufzusuchen, und ihre eigenen Bedürfnisse besser zu erfüllen. Die Förderung der kindlichen Entspannung und die Anwendung der erlernten Massage- und Atemtechniken erwies sich ebenfalls als hilfreich. Die Mütter konnten somit ihre wiederlangte Deutungs- und Handlungskompetenz bewusster einsetzen.

8.5.7. Das veränderungsforcierende Vorgehen der Krisenintervention

8.5.7.1. Die mütterliche Seite: psychisches Wohlbefinden

Die betroffenen Frauen erfuhren Geborgenheit, Zuflucht und Nestwärme. Sie fühlten sich emotional aufgefangen, erfuhren Unterstützung und Halt. Ihre Problematik wurde von der Fachfrau ohne Bevormundung anerkannt und ernstgenommen. Sie empfanden das nicht-defizitorientierte bzw. bewertende Intervenieren als unterstützend und beruhigend. Die Bestätigung der Realität ihres Problems brachte eine Entlastung bei gleichzeitiger Intensivierung des Problembewusstseins.

Dadurch wurde eine Lösung angeregt, die sie wieder handlungsfähiger machte. Handlungsalternativen konnten erschlossen werden. Sie erlebten eine Aufwertung als Mutter, sowie eine Aufwertung des eigenen Handelns. Dadurch wurden sie in ihren Kompetenzen bestärkt und entdeckten wieder eigene Ressourcen. Die erfahrene Entspannungsmöglichkeit und die konstruktive Korrektur des eigenen Mutterbildes hatten einen fördernden Einfluss auf die persönliche Entwicklung.

Die Mütter fanden einen Raum, in dem sie loslassen konnten und eine kurzzeitige Delegation der Fürsorgeaufgabe an Paula Diederichs gelang. Auch diese Erfahrung brachte eine Entlastung, verbunden mit der Möglichkeit auszuruhen und abzuschalten. Die Erfahrung, dass auch eine andere Person das Kind beruhigen kann, half den Teufelskreis zu durchbrechen.

Ein bedeutender Aspekt während der Krisenintervention war die Auseinandersetzung mit den Gewaltphantasien und angestauten Aggressionen. Das Eingeständnis der Aggression und ein wertfreier Umgang damit brachte große Entlastung.

Ein Aggressions- und Wutabbau gelang durch das Schlagen auf einen Schaumstoffblock in den Räumen der Schreibbabyambulanz.

Auch die verbale Aufarbeitung der Geburtstraumata und eine intensive Trauerarbeit führte zu einer emotionalen Entlastung der Frauen.

Teilweise wurden in den Interventionseinheiten kritische Situationen zusammen durchgestanden. Diese Erfahrungen hatten einen stärkenden Effekt. Gegebenenfalls wurden Abgrenzungsmöglichkeiten gemeinsam erarbeitet (z.B. das Neinsagen geübt). Eine Entlastung brachte auch die gemeinsame Reflexion der Zeit zwischen den Sitzungen. Hierbei konnten Probleme besprochen, Erfolge mitgeteilt und weitere Anregungen diskutiert werden.

Als einen sehr wichtigen und fördernden Faktor wurde mehrfach die Ausstrahlung und Persönlichkeit von Paula Diederichs empfunden. Für den Erfolg der Intervention war der gute Kontakt und ein stabiles, tragendes Vertrauensverhältnis zu Frau Diederichs von großer Bedeutung.

8.5.7.2. Die mütterliche Seite: körperliches Wohlbefinden

Für das körperliche Wohlbefinden war die geleitete Entspannungs- und Atemarbeit wesentlich. Insgesamt wurde die körperliche Intervention durch die angewendeten Entspannungs-, Atem- und Massagetechniken als wirksam beurteilt.

8.5.7.3. Die kindliche Seite

Das Halten und Tragen des Kindes und das Singen von Tönen durch Paula Diederichs hatte einen sichtbar positiven Einfluss auf das Kind. Auch ihr spielerischer und witziger Umgang mit dem Kind entlastete die Atmosphäre und den Kontakt aller Beteiligten.

Die Beruhigung und Entspannung des Kindes durch die Anwendung von Massagetechniken wurde als große Hilfestellung für das Kind erlebt. Das Erlernen kindlicher Massagetechniken stellte eine praktische Hilfe für den Alltag dar. Insgesamt wurde die Körperarbeit von den Müttern als wirksam beurteilt, da sie einen deutlich positiven Einfluss auf das Schreiverhalten des Kindes zeigte.

8.5.8. Die zusammenfassende Einschätzung der Krisenintervention

Befragt über ihre Gefühle unmittelbar nach der letzten Sitzung äußerten vier Frauen, dass sie damit positive Erinnerungen verbinden. Sie hätten ihre Ziele erreicht. Eine Verbesserung des kindlichen Zustandes, sowie ein Wohlbefinden und eine Befriedigung von Mutter und Kind hatten sich eingestellt. Zwei weitere Frauen verknüpften mit dem Abschied ambivalente Gefühle. Sie nannten Angst vor dem Kontaktabbruch und vor einem Rückfall. Dennoch hatten auch sie ihre Ziele erreicht und freuten sich darüber. Ihr Selbstvertrauen war gefestigt und sie fühlten sich persönlich gestärkt. Eine der beiden Frauen entdeckte in dieser Phase schon das imaginäre Hilfesystem durch die erfahrene Intervention.

8.5.8.1. Die Kritik

Vier Frauen kritisierten äußere, strukturelle Bedingungen. Die Sitzungen hätten zu selten stattgefunden und die Wartezeit bis zum Interventionsbeginn wäre zu lange gewesen. Dies war besonders wegen der drängenden Gewaltphantasien belastend.

Eine Verbesserung der Raumgestaltung wurde vereinzelt vorgeschlagen. Kritisiert wurde der Informationsmangel in der Öffentlichkeit.

Zwei Frauen empfanden die Krisenintervention als optimal.

8.5.8.2. Die Verbesserungsvorschläge

Fünf Frauen empfahlen eine ständige Erreichbarkeit der Schreibabyambulanz, besonders in den Abendstunden. Eine Verbesserung des Terminangebotes wurde angeregt. Die Absicherung der Kostenübernahme sollte auch in der Zukunft gewährleistet sein.

Darüber hinaus wurde ein bundesweiter Ausbau des Projektes und seine Erweiterung durch Zusatzangebote zur Verbesserung der Lebensqualität (z.B. Elternschule) vorgeschlagen. Es sollten auch andere kritische Aspekte dieser Entwicklungsphase in die Arbeit einbezogen werden. Die Reduktion der Arbeit auf die Problematik der Schreikinder sollte ausgeglichen werden.

Eine Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit sollte erreicht werden, um die Betroffenen besser zu informieren. Über Hilfsmöglichkeiten in Krisensituationen nach der Geburt schon im Krankenhaus informiert werden. Dafür sollte die Zusammenarbeit mit Kliniken und Ärzten optimiert werden.

8.5.8.3. Das Lob

Alle Frauen empfanden eine große Zufriedenheit mit der erfahrenen Krisenintervention.

Sie erlebten einen guten und fördernden Kontakt. Sie hatte die richtige Hilfe gefunden und dies als ein faszinierendes Erlebnis empfunden. Die Arbeit der Schreibabyambulanz stellt für sie ein empfehlenswertes und gutes Angebot dar, das zu einer Verbesserung der gesamten Lebensqualität beigetragen hat.

Die Krisenintervention wurde als eine Depressions- Aggressions- und Gewaltprophylaxe erlebt. Durch den Abbau der elterlichen Langzeitüberforderung konnte ein optimaler Schutz des Kindes erzielt werden.

Die Intervention zeigte einen positiven Einfluss auf die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung und die Förderung einer optimalen Kindesentwicklung. Sie wurde ebenfalls als eine Langzeitprävention bewertet.

8.6. Die Langzeitauswirkungen der Krisenintervention

8.6.1. Das körperliche Wohlbefinden der Mutter

Alle sechs Frauen erlebten eine langfristige positive Veränderung im körperlichen Wohlbefinden. Hierzu gehörten das dauerhafte Ausgleichen von Schlafdefiziten, ein ruhigeres und entspannteres

Allgemeinbefinden, sowie das Abklingen von stressbedingten körperlichen Schmerzen (z.B. Frau D: ein Nachlassen der Schmerzen in den Handgelenken). Es stellte sich eine überdauernde bewussterer Wahrnehmung körperlicher Warnsignale (z.B. das Beachten der Atmung) ein. Die in der Krisenintervention erlernten Atem- und Entspannungstechniken wurden auch über diese Phase hinaus angewendet. Dadurch wurde eine langfristige Stressreduktion gefördert.

8.6.2. Das emotionale Befinden der Mutter

Alle sechs Frauen erlebten eine langanhaltende Verbesserung des emotionalen Gleichgewichts, sowie eine Steigerung und Stabilisierung des psychischen Wohlbefindens. Es entwickelte sich die Fähigkeit, wieder Halt in sich selber zu finden, verbunden mit einem Abbau von Unsicherheits- und Hilflosigkeitsgefühlen. Sie erlebten sich selbst ausgeglichener und stressresistenter und ihre Lebensfreude, ihr Optimismus und ihr Selbstvertrauen nahmen deutlich zu. Dadurch stellte sich ein gelassenerer Umgang mit Kritik und Leistungsdruck von außen ein. Es gelang eine Steigerung der Handlungskompetenz und das Akzeptieren eigener Belastungsgrenzen.

Es wurden eine Aufwertung und Festigung in der Mutterrolle erlebt, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen wurden langfristig abgebaut. Aggressive Empfindungen nahmen ab, konnten besser reflektiert und gehandhabt werden

8.6.3. Die Symptome des Kindes

8.6.3.1. Das Schreiverhalten

Es zeigten sich bei allen sechs Kindern eine langanhaltende Veränderung im Schreiverhalten, verbunden mit einer Normalisierung, sowie einem Abklingen dieser Symptomatik. Das Schreiverhalten veränderte sich qualitativ und quantitativ.

8.6.3.2. Das Schlafverhalten

Bei allen sechs Kindern zeigten sich eine Verbesserung im Schlafverhalten, d.h. ein Abbau von Ein- und Durchschlafstörungen. Bei einem Kind bezog sich die ursprüngliche Schlafproblematik nicht auf die Abend- und Nachtstunden. Selbst in diesem Fall stellten sich langfristig Schlafphasen am Tage ein.

8.6.3.3. Die Nahrungsaufnahme

Bei zwei Frauen mit Stillproblemen konnte eine optimale Lösung durch das Abstillen erzielt werden und somit eine dramatische Verschlechterung des kindlichen Ernährungszustandes verhindert werden. Probleme beim Zufüttern konnten ebenfalls langfristig bewältigt werden.

8.6.3.4. Die kindliche Entwicklung

Es zeigte sich bei allen sechs Kindern ein deutlich positiver Entwicklungsverlauf. Dieser Prozess wurde durch die Krisenintervention angeregt, gefördert und beschleunigt. Bei einem Kind zeigten sich gravierende Entwicklungsfortschritte.

Bei einem Kind mit ursprünglicher sprachlicher und körperlicher Retardierung zeigte sich eine allmähliche Verbesserung dieser Symptomatik. Bei zwei Kindern wurde eine positive psychische Entwicklung beobachtet. Sie zeigten sich angstfrei und mutig, ausgeglichen und offen für soziale Kontakte.

8.6.4. Die sozialen Beziehungen

8.6.4.1. Die Partnerschaft

Zwei Frauen mit ursprünglich intakter Partnerschaft berichteten keinen Einfluss der Krisenintervention. Bei den vier anderen Frauen zeigte sich ein deutlicher Einfluss auf die Partnerschaft. Eine Frau erlebte erneut eine Trennung nach Gewalterfahrung in der Partnerschaft. Der Kontaktabbruch wurde daher als entlastend empfunden. Drei Frauen erfuhren zunehmend Halt in der Partnerschaft.

Die Qualität der Beziehung verbesserte sich, und es gelang eine zunehmende Integration des

Partners in die Aufsichts- und Erziehungspflicht. Durch diese Veränderungen wurde eine Entlastung der betroffenen Frauen erzielt und einer langfristigen Überforderung entgegengewirkt. Sie konnten sich eigene Auszeiten ermöglichen und ein Überschreiten eigener Belastungsgrenzen verhindern.

8.6.4.2. Die Eltern/Verwandtschaft

Bei einer Frau zeigte sich keine Veränderung im Kontakt zum Elternhaus. Eine weitere Frau erlebte eine langfristig positive Identifikation der Mutter mit ihrer Omarolle („leidenschaftliche Oma“). Eine dritte Frau erfuhr eine zunehmende Kontaktverbesserung, verbunden mit einer allmählichen Annäherung der Mutter an ihre Omarolle. Zwei Frauen setzten sich langfristig kritisch mit der eigenen Mutter auseinander. Es kam hierbei teilweise zu einem weiteren Kontaktrückgang, verbunden mit der Auseinandersetzung mit dem Mutterideal der eigenen Mutter und mit ihren überbehütenden Verhaltenstendenzen.

Das Bewusstsein für diese Beziehungsdynamik wurde intensiviert. Eine weitere Frau konnte die Omarolle weiterhin akzeptieren und Unterstützung annehmen, trotz einer kritischen Auseinandersetzung mit der eigenen Mutter.

8.6.4.3. Der Freundeskreis

Fünf Frauen konnten den Kontakt zum Freundeskreis zunehmend reaktivieren und langfristig stabilisieren. Gemeinsame Freizeitaktivitäten wurden möglich. Es stellte sich ein zunehmender Genuss der freundschaftlichen Beziehungen ein. Bei einer Frau etablierte sich eine kritische Reflexion der freundschaftlichen Verhältnisse, verbunden mit einem Kontaktrückgang auf Grund der von den Freunden in der Krise geäußerten Abwertung des Kindes. Sie erlebte eine Ernüchterung in den freundschaftlichen Beziehungen und eine langanhaltende Verletzung.

8.6.4.4. Der Mutter-Kind-Kontakt

Bei allen sechs Frauen wurde der Kontakt zum Kind stabilisiert und intensiviert. Es entwickelten sich tragfähige Mutter-Kind-Beziehungen, verbunden mit einer gefühlten und gelebten Liebe zum Kind. Zwei Kinder nahmen deutlich mehr Kontakt mit der Mutter auf als vorher. Den Betroffenen wurde ein entspannterer Umgang mit den Kindern auch in kritischen Situationen möglich. Sie zeigten gelassener Reaktionen auf anstrengendes kindliches Verhalten. Eine intensive Freude im Mutter-Kind-Kontakt konnte sich entfalten, da ein entspannterer und ausgeglichenerer Umgang möglich wurde.

8.6.5. Die Langzeitentwicklung von Mutterrolle und Erziehungsstilen

Alle sechs Frauen wuchsen deutlich besser in ihre Mutterrolle hinein. Sie erfuhren eine Bestätigung der Mutteridentität und des intuitiven mütterlichen Handelns. Der Umgang mit kritischen Aspekten des Mutterdaseins verbesserte sich. Sie erlebten mehr Sicherheit in der Mutterrolle und ein gesteigertes Selbstbewusstsein als Mutter. Von großer Bedeutung war die während der Krisenintervention erfahrene Aufwertung als gute Mutter.

Diese Entwicklung wurde von einer Frau als Lernprozess beschrieben. Eine weitere Frau konnte eine langfristige Einsicht in anstrengende Aspekte der Mutterschaft gewinnen, verbunden mit der Notwendigkeit, neue Kompetenzen unabhängig von der Vorbildung zu entwickeln, um den Aufgaben der Mutterschaft gerecht werden zu können.

Eine andere Betroffene setzte sich kritisch mit dem Muttermythos auseinander, und es entwickelte sich daraus eine intensive Gesellschaftsreflexion. In der Konsequenz ermöglichte sie sich eine Kontaktaufnahme zu Müttern mit gleichen Erziehungsvorstellungen.

Drei Frauen erlebten durch die Intervention eine lang anhaltende Bestätigung ihrer ursprünglichen Erziehungsvorstellungen. Darüber hinaus erfolgte eine Bestätigung ihres pädagogischen Handelns (z.B. Förderungsgedanke, Bemühen um adäquate Reaktionen auf kindliche Signale, Ablehnung eines Machtkampfes mit dem Kind).

Drei weitere Frauen erfuhren neue Aspekte in ihren Erziehungsvorstellungen, einhergehend mit einer Korrektur ihres Erziehungsstils. Es zeigte sich die Möglichkeit und Notwendigkeit, einen

eigenen Erziehungsstil unabhängig von rigiden allgemeingültigen Vorstellungen zu finden und zu festigen. Hieraus entwickelte sich das Bedürfnis nach einem Erfahrungsaustausch mit anderen Eltern als Orientierungshilfe.

Bei einer der Frauen zeigte sich eine Zunahme an Akzeptanz und Integration kindlicher und mütterlicher Emotionen innerhalb dieser Beziehung. Eine weitere Frau tolerierte zunehmend das kindliche Mitgestaltungsrecht und empfand den Mutter-Kind-Kontakt seither als wechselseitige Interaktion.

8.6.6. Die Langzeiteffekte bei den Lösungsstrategien

Alle sechs Frauen erfuhren eine grundlegende und langanhaltende Korrektur ihrer bisherigen Lösungsstrategien, verbunden mit einer Veränderung und Erweiterung ihres problemlösenden Verhaltens. Sie erlebten eine Steigerung der Deutungs- und Handlungskompetenz.

Folgende Verhaltensweisen wurden langfristig in die individuellen Copingstrategien integriert:

- Eingestehen der eigenen Hilfsbedürftigkeit
- Entspannungsmöglichkeiten aufsuchen
- Korrektur des Perfektionismusanspruchs
- Delegieren von Aufgaben und Annahme von Unterstützungsangeboten
- Selbstbeobachtung und Selbstwahrnehmung
- Erkennen und Berücksichtigen eigener Belastungsgrenzen
- Steigerung der Flexibilität bei der Alltagsbewältigung
- verbesserter Umgang mit Stresspotentialen und ambivalenten Gefühlen
- Aggressionsstau auch über körperliche Aktivitäten ausgleichen
- verbesserte Arbeitsteilung mit dem Partner
- imaginäres Hilfesystem in Stress-Situationen aktivieren
- Reduktion existenzieller Unsicherheiten und finanzieller Belastungen durch Eigeninitiative
- Finden einer angemessenen Struktur im Tagesablauf
- Stressreduktion durch erlernte Atemtechnik

8.6.7. Die zusammenfassende Einschätzung der Langzeiteffekte

Alle sechs betroffenen Frauen erlebten deutlich positive Langzeiteffekte bei sich und dem Kind nach Abschluss der Krisenintervention. Im mütterlichen Erleben zeigten sich eine Einstellungs- und Bewusstseinsänderung und eine grundsätzliche Neuorientierung in der Situation. Sie erlebten eine Aufwertung ihrer Mutterrolle und eine Anregung zur Identitätsbildung, verbunden mit einer lang anhaltenden Steigerung der Handlungskompetenz. Weiterhin zeigte sich eine langfristige Verbesserung des körperlichen und psychischen Wohlbefindens.

Sie erlebten ebenfalls die Auslösung und Beschleunigung einer positiven Kindesentwicklung. Es zeigten sich eine langanhaltende Reduktion des Schreiverhaltens und eine Verbesserung des Schlafverhaltens. Auch der Mutter-Kind-Kontakt konnte langanhaltend stabilisiert und verbessert werden.

Als Ursachen für die beschriebenen Langzeiteffekte werden folgende Aspekte genannt:

- imaginäres Hilfesystem für Stress-Situationen
- gesamte Intervention als auslösender Impuls für den positiven Entwicklungsprozess empfunden
- das Erfahren von Halt und Geborgenheit
- das Fördern von Eigenaktivität und Selbsterkenntnis
- die Verbesserung der Entspannung
- die Stärkung von Selbstvertrauen und dem guten Mutterbild
- individuelle Interventionsarbeit (nicht einem Patentrezept folgend)

8.7. Die Empfehlungen an andere Betroffene

Alle sechs Frauen empfahlen die Krisenintervention in der Schreibabyambulanz allen anderen Betroffenen. Sie rieten allerdings zu einem rechtzeitigen Aufsuchen dieser Hilfsmöglichkeit und warnten vor einer unangemessenen Durchhaltestrategie.

Zwei Frauen regten eine gründliche Vorbereitung auch auf kritische Aspekte der Elternschaft für diese Entwicklungsphase an (z.B. Übernahme von Verantwortung, Möglichkeit des exzessiven Schreiens). Eine weitere Frau betonte, eigene Bedürfnisse nach Halt, Geborgenheit und Unterstützung in dieser Zeit einzuplanen und zuzulassen.

Eine andere Betroffene ermunterte dazu, dem Leistungsdruck der Umwelt mit Selbstbewusstsein zu begegnen und das Selbstvertrauen in das eigene Handeln als Mutter zu stärken.

9. Die Diskussion der Ergebnisse und Ausblicke

9.1. Die Zusammenfassung

Fast alle betroffenen Frauen erlebten eine stressreiche Schwangerschaft und/oder Geburt. Bei diesen Ereignissen waren sie enormen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt, die sie nur mühsam kompensieren und erst allmählich verarbeiten konnten. Es ist daher zu vermuten, dass diese Faktoren sich auch auf das postpartale Krisenerleben auswirken und einen Nährboden für das Krisenerleben darstellen könnten.

Alle betroffenen Mütter suchten die Schreibabyambulanz wegen eines ausgeprägten kindlichen Schreiverhaltens auf. Die Schreiproblematik entwickelte sich in der Regel zwischen zwei und vier Wochen postpartal. Es traten in dieser Zeit zunehmend ausgeprägte und lang anhaltende Schreiatacken auf. Auch Ein- und Durchschlafstörungen gehörten zum Symptombild der betroffenen Kinder. Teilweise zeigten sich auch Probleme bei der Nahrungsaufnahme (z.B. Still- und Fütterprobleme), was eine zusätzlich Belastung für Mutter und Kind darstellte.

Auf Grund dieser Symptomkonstellation entwickelten die betroffenen Mütter einen gestörten Schlafrhythmus, sowie ein massives Schlafdefizit. Es kam dann zu einem fortschreitenden Erschöpfungsprozess, verbunden mit Unruhe, Schmerzerleben und ausgeprägten Gewichtsschwankungen.

Hinzu kamen eine allmähliche psychische Labilisierung und ein ausgeprägtes Überforderungserleben. Sie erlebten dann Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle, sowie Verzweiflung und Panik. Der erfahrene Dauerstress führte zu einer nachlassenden Selbstwahrnehmung und/oder zu einer depressiven Verstimmung. Sie fühlten sich auf das Problem absolut unvorbereitet und litten auch unter einer großen Besorgtheit um das kindliche Wohlbefinden, da ihnen Ursachen und Folgen der kindlichen Symptomatik unbekannt waren. Auch der Verlust der Deutungskompetenz gegenüber dem kindlichen Schreien bewirkte eine ausgeprägte Verunsicherung.

Der Mutter-Kind-Kontakt gestaltete sich in der Krisenzeit zunehmend problematisch und war mit ambivalenten mütterlichen Gefühlen verbunden. In dieser Verzweiflungsspirale gefangen, entwickelten fast alle Mütter Gewaltphantasien. Teilweise kam es auch zu aggressiven Impulsdurchbrüchen gegenüber dem Kind.

Meist entstand eine Identitätskrise, da Verunsicherung, Selbstzweifel und Versagensängste ausgeprägte Minderwertigkeitsgefühle hervorriefen. Dieser Prozess wurde auch durch das Empfinden eines starken Leistungsdrucks begünstigt. Der Leistungsdruck entwickelte sich auf Grund eigener überhöhter Anforderungen an die Mutterschaft, dem in den Medien vermittelten tadellosen Mutterbild, und unangemessenen Reaktionen der sozialen Umwelt. Es stellten sich teilweise auch Konkurrenzgefühle gegenüber Müttern von Nicht-Schreikindern ein.

Eine mangelhafte Unterstützung im sozialen Umfeld war keine Seltenheit und steigerte das Krisenerleben. Als besonders belastend wurde eine längere Abwesenheit oder das Fehlen eines Partners empfunden. Auch andere soziale Kontakt, reduzierten sich wegen der Schreiproblematik. Einsamkeit und Isolation waren häufig die Folge.

Zur Bewältigung der Krise entwickelten die betroffenen Frauen verschiedene Lösungsstrategien, die allerdings meist erfolglos blieben. Daraus resultierte ein zunehmender Verlust der Coping- und Handlungskompetenz. Eine häufig praktizierte Durchhaltetaktik mündete in einer totalen Erschöpfung. Beim Zusammenbruch aller Lösungsstrategien entwickelten sich dann auch Gewaltphantasien gegenüber dem Kind.

Die Erfahrungen mit anderen professionellen Helfern zeigten sich kritikwürdig. Statt einer

angemessenen Hilfe und Unterstützung wurde meist ein zusätzlicher Leistungsdruck ausgeübt. Ärztliche Ratschläge beschränkten sich auf einen Appell an die Durchhaltetaktik. Die Hoffnung auf eine angemessene Unterstützung und Bewältigung der Krisensituation motivierte die Betroffenen, sich an die Schreibbabyambulanz zu wenden.

Während der Krisenintervention in der Schreibbabyambulanz zeigte sich bei den betroffenen Frauen eine deutliche Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens. Ihr Schlafdefizit konnte kompensiert werden und durch eine dort erfahrene Entspannung, wurden sie zunehmend ruhiger. Es stellte sich ebenfalls eine psychische Stabilisierung ein, verbunden mit einem Aggressionsabbau, sowie der Zunahme von Optimismus und Freude. Es folgte eine positive Auseinandersetzung mit und Festigung in der Mutterrolle als konstruktive Bewältigung des Identitätskonfliktes. Es mehrte sich das Selbstvertrauen in das eigene Handeln als Mutter.

Im Mutter-Kind-Kontakt zeigten sich deutlich positive Veränderungen, verbunden mit der Intensivierung der Beziehung, sowie einer Erweiterung der Kontaktmöglichkeiten im Umgang miteinander. Mit der Steigerung der Deutungskompetenz gegenüber kindlichen Signalen verbesserte sich das Kompetenzerleben. Auch die Liebe zum Kind konnte jetzt gelebt werden.

Durch die erfolgreiche Krisenintervention zeigte sich in Verbindung mit der psychischen Stabilisierung auch eine allgemeine Verbesserung der Lösungsstrategien. Das Repertoire an Copingstrategien konnte korrigiert und erweitert werden.

Hierzu gehörte auch die aktive Kontaktaufnahme zur Außenwelt. Die Verbesserung der sozialen Kontakte wurde ebenfalls durch die Reduktion der Schreiproblematik unterstützt. Das bewusste Aufsuchen von Entspannungsmöglichkeiten und die Förderung der kindlichen Entspannung durch die neu erlernten Massagetechniken stellten nun eine wichtige Bewältigungsstrategie dar. Es bildeten sich eine bessere Arbeitsteilung in der Partnerschaft und ein bewussterer Umgang mit den eigenen Belastungsgrenzen heraus.

Die kindliche Symptomatik zeigte sich schon während der Interventionsphase rückläufig. Das Schreiverhalten veränderte sich qualitativ und quantitativ, die Schreiatacken reduzierten sich. Eine deutliche Reduktion der Ein- und Durchschlafstörungen wurde ebenso sichtbar.

Auch nach Beendigung der Krisenintervention zeigten sich bei allen Mutter-Kind-Paaren langfristige positive Veränderungen. Das körperliche und psychische Wohlbefinden der betroffenen Frauen zeigte eine konstante Steigerung und Stabilisierung.

Alle kindlichen Symptome wurden langfristig reduziert bzw. vollständig abgebaut. Eine positive Kindesentwicklung, verbunden mit tragfähigen Mutter-Kind-Beziehungen, war festzustellen.

Die befragten Frauen beurteilten die Krisenintervention insgesamt als eine unterstützende Maßnahme und angemessenes Hilfsangebot und betonten ihre entwicklungsfördernden und die Lebensqualität verbessernden Aspekte. Die Arbeit der Schreibbabyambulanz leistete einen Beitrag zur Depressions- und Gewaltprophylaxe. Sie empfanden diese Intervention daher als empfehlenswert für andere Betroffene, denen sie allerdings zu einem rechtzeitigen Aufsuchen raten.

Die Nutzerinnen fordern eine Optimierung der Öffentlichkeitsarbeit zur Verbesserung des Informationsflusses und der Aufklärung über die Schreibbabyproblematik. Sie wünschen sich eine Absicherung der Kostenübernahme, aber auch einen Ausbau bzw. eine Erweiterung dieser Maßnahme.

9.2. Die Gesamteinschätzung der vorgestellten Krisenintervention - Schlusswort

Die Arbeit der Schreibbabyambulanz ist aus entwicklungspsychologischer Sicht als eine gesundheitsfördernde und -erhaltende Maßnahme für Mutter und Kind zu beurteilen.

Die eruierten Einstellungsänderungen und der ermittelte Zuwachs an angemessenen Problembewältigungsstrategien der Mütter stellen einen wertvollen Beitrag zur konstruktiven Entwicklung der Mutteridentität dar. Durch die Festigung in der neuen Rolle wächst das Vertrauen in das eigene Handeln als Mutter. Auch bislang unberücksichtigte Lösungs- und Handlungsalternativen können nun gesehen und genutzt werden.

Einer dramatischen Krisenentwicklung wird somit entgegengewirkt und aggressive Verhaltenstendenzen, als Ausdruck einer vorherigen Verzweiflung und Hilflosigkeit in einer Dauerstress-Situation, verhindert.

Die im Interventionsangebot enthaltene emotionale und praktische Unterstützung bietet den Betroffenen eine Akut- und Langzeithilfe beim Umgang mit dem Krisenerleben. Durch den erfolgreichen Symptomabbau auf Seiten des Kindes werden das psychische und physische Wohlbefinden von Mutter und Kind verbessert und eine Entlastung in der aktuellen Lebenssituation bewirkt. Mit dem Erreichen eines entspannteren Zustandes und dem Abbau der Erschöpfungssymptomatik wird das emotionale Gleichgewicht der Mütter wieder hergestellt. Sie sind dadurch in der Lage, positive Gefühle zu entwickeln und diese intensiver zu leben. So wird eine Steigerung der Lebensqualität erreicht, die statt von Verzweiflung und Panik jetzt von Freude und Optimismus geprägt ist.

Auf der Grundlage dieser verbesserten Gesamtsituation erfährt die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung eine qualitative Verbesserung. Das wechselseitige Kontaktverhalten wird bewusster erlebt und durch neu erschlossene Kontaktmöglichkeiten bereichert. Die in der Intervention geförderte Deutungskompetenz gegenüber kindlichen Signalen leistet hierbei einen wesentlichen Beitrag.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen eine erfolgreiche Verknüpfung von Körperarbeit und Gesprächsangebot. Die praktizierten Massage- und Atemtechniken regen zur Entspannung von Mutter und Kind an, wodurch sich eine zunehmende Ruhe einstellt und der Symptomabbau gefördert wird. Diese wertvolle Erfahrung wird von den betroffenen Frauen in den Alltag transportiert, da ihnen die Bedeutung der Entspannung nun bewusst ist. Das aktive Aufsuchen von Entspannungsmöglichkeiten und das Fördern der kindlichen Entspannung sind Strategien, die nun in das Problemlöseverhalten aufgenommen werden. Dabei helfen die in der Intervention erlernten Massagegriffe und Atemtechniken, da sie von den Frauen auch zu Hause angewendet werden können. Ein wichtiger Aspekt beim Bemühen um Entspannung ist Beachten und Akzeptieren eigener Belastungsgrenzen.

Dieser Erkenntnisgewinn und der daraus resultierende verbesserte Umgang mit den eigenen Kraftressourcen stellen eine wichtige Schutzfunktion dar und begünstigen eine adäquate Stressbewältigung.

Durch das Gesprächsangebot im Rahmen der Interventionsarbeit werden sowohl praktische Probleme als auch überfordernde Einstellungen und Ansichten thematisiert. Dies ist ein Beitrag zur akuten Problembewältigung und zur Förderung des Verständnisses krisenbedingter und krisenverursachender Faktoren. Dadurch werden Einstellungsänderungen angeregt und vorhandene Entwicklungspotentiale belebt. Nicht zu vergessen ist der entlastende Aspekt der Gesprächsführung, da auch Trauer- und Trennungserfahrungen, sowie unangenehme Geburtserlebnisse angesprochen werden können.

Ein interessanter Aspekt der vorliegenden Studie ist der Einklang zwischen den Interventionserfahrungen der Betroffenen und den Arbeitszielen der Therapeutin. Er zeigt deutlich, dass in dieser angebotenen Krisenintervention nicht an den Betroffenen vorbeigearbeitet, sondern beide Interaktionspartner ein befriedigendes Miteinander erleben.

Der Forderung der interviewten Nutzerinnen und der Projektleiterin nach einer Optimierung der Arbeit durch Ausbau und Förderung kann an dieser Stelle zugestimmt werden, da diese Krisenintervention einen Beitrag zur Förderung und zum Schutz von Mutter und Kind in dieser frühen Entwicklungsphase darstellt.