

Svenja Wasicek-Beinlich

Systemische Therapie im Klinischen Kontext

Arbeit an einer neonatologischen Intensivstation – zwischen Bindungsförderung und Beistand

In meiner Arbeit als Klinische Psychologin und angehende systemische Familientherapeutin an einer neonatologischen Intensivstation bin ich täglich mit verzweifelten Eltern in akuten Krisensituationen, mit deren Hoffnungen und Erwartungen und deren Verzweiflung und Ohnmacht konfrontiert.

Bindungsförderung zwischen Eltern und Baby und Beistand in einer Krisensituation beschäftigen mich in der Begleitung dieser Familien. Sehr häufig habe ich mich mit unterschiedlichen Erwartungen und Zielen zu beschäftigen – mit jenen der Eltern, jenen der KollegInnen und meinen eigenen –, und dabei bewegen wir uns in einem medizinischen System, dessen Grenzen für alle Beteiligten spürbar sind.

Immer wieder stelle ich mir die Frage, was Familien in dieser Situation benötigen. Dieser Frage möchte ich mich nun aus einem systemischen Blickwinkel nähern.

AUSGANGSSITUATION

Die Geburt eines Kindes ist für Eltern immer ein einschneidendes Erlebnis, welches zu grundlegenden Veränderungen im Leben dieses Elternpaares führt. Den Eltern ist bewusst, dass neue Herausforderungen auf sie zukommen. Oft wird die erste Zeit mit dem Baby noch viel schwerer als erwartet, dann nämlich, wenn ein Kind zu früh oder krank geboren wird. Es kommt zu „einem Aus-

nahmezustand im Ausnahmezustand, denn über die üblichen Anforderungen hinaus erleben die Eltern Enttäuschung, Angst und Sorge.“ (Jotzo, 2003, S. 29)

Meist zeigen Eltern in einer solchen Krisensituation ein stark beeinträchtigtes Empfinden. Mütter berichten von Trauer und Schuldgefühlen, Schock, Angst, Schlaflosigkeit, nicht zu stoppendem Weinen, psychosomatischen Symptomen, Enttäuschung über nicht erfüllte Erwartungen, Schmerz über die Trennung vom Kind, Neid auf Mütter mit normalen Geburten sowie Befürchtungen und Unsicherheit bezüglich des Überlebens des Kindes und seiner Prognose in Bezug auf Entwicklung oder mögliche Behinderung. Aufgrund der Unvorhersehbarkeit und Bedrohlichkeit der Ereignisse nimmt diese Krisensituation für viele Betroffene die Dimension einer traumatischen Krise an. (vgl. Jotzo 2003, S. 29)

Gleichzeitig befinden sich diese Eltern, deren Säuglinge an der Intensivstation aufgenommen sind, bezogen auf ihre Kinder am Beginn des Bindungsaufbaus. Während von ihnen gefordert bzw. erwartet wird, dass sie eine sichere Bindung mit ihren Kindern entwickeln und diesen durch feinfühligere Interaktionen die Möglichkeit geben, sich sicher an sie, Vater und/oder Mutter zu binden, sind die Eltern gleichzeitig in hohem Maße mit der Bewältigung der aktuellen Krisensituation, der traumatischen Erfahrung einer



**MAG. SVENJA
WASICEK-BEINLICH**
ist Klinische und
Gesundheitspsycholo-
gin, Systemische
Psychotherapeutin.

Frühgeburt, einer schweren Erkrankung des Neugeborenen, einer drohenden Behinderung oder sogar dem möglichen Tod ihres soeben erst geborenen Kindes beschäftigt.

BINDUNGSSYSTEM

Nach Bowlby stellt das Bindungssystem ein primäres, genetisch verankertes motivationales System dar, das zwischen den primären Bezugspersonen und dem Säugling in gewisser biologischer Präformiertheit nach der Geburt aktiviert wird und überlebenssichernde Funktion hat. Der Säugling sucht besonders dann die Nähe zu seiner Mutter, wenn er Angst erlebt. Er erhofft sich von der Nähe zu ihr Sicherheit, Schutz und Geborgenheit. Das Kind ist immer ein aktiver Interaktionspartner, der seinerseits signalisiert, wann Bedürfnisse nach Nähe und Schutz auftauchen und befriedigt werden wollen. (vgl. Brisch 2006, S. 36)

Von Seiten der Bindungspersonen bedarf es eines „fein-fühliges Verhalten“, um dem Kind eine sichere Bindung zu ermöglichen.

Das Konzept der Feinfühligkeit wurde von Mary Ainsworth entwickelt. Sie stellte bereits in den 1970er Jahren fest, dass Kinder von Müttern mit feinfühligem Pflegeverhalten häufiger im Bindungstest der „fremden Situation“ das Verhaltensmuster zeigten, das zu einer sicheren Bindungsklassifikation führte. Der umgekehrte Befund, nämlich häufiger eine unsichere Bindung, ergab sich bei Kindern mit wenig feinfühliges Müttern.

Unter feinfühligem Verhalten versteht Ainsworth folgende charakteristische Verhaltensweisen: Die Bindungsperson muss in der Lage sein, die kindlichen Signale mit Aufmerksamkeit wahrzunehmen, sie muss fähig sein, diese richtig zu deuten und in Folge angemessen auf die Signale zu reagieren, und die Reaktion muss prompt, also innerhalb einer für das Kind noch tolerablen Frustrationszeit, erfolgen. (vgl. Brisch 2006, S. 41)

Im Laufe des ersten Lebensjahres bildet der Säugling innere Modelle des Verhaltens und der damit verbundenen Affekte von sich und den Bindungspersonen aus, sogenannte „innere Arbeitsmodelle“. Ein solches Arbeitsmodell ist anfangs noch flexibel, im weiteren Ver-



lauf der Entwicklung wird es zunehmend stabiler und entwickelt sich zu einer psychischen Repräsentanz, der sogenannten „Bindungsrepräsentation“. Arbeitsmodelle und Repräsentationen können teils bewusst, teils unbewusst sein. „Man kann sich leicht vorstellen, dass eine sichere, stabile Bindungsrepräsentation Teil der psychischen Struktur wird und damit auch zur psychischen Stabilität beiträgt.“

(Brisch 2006, S. 37)

Wie sich in vielen Untersuchungen gezeigt hat, bestehen Zusammenhänge zwischen den eigenen Bindungsrepräsentationen der Eltern, ihrem Pflege- und Interaktionsverhalten dem Kind gegenüber sowie der Entwicklung der Bindungsqualität ihrer Kinder. Die Art der Bindung wird also über Generationen weitergegeben. Zusätzlich zur transgenerationalen Weitergabe der Bindung wirken sich aber weitere äußere oder innere Einflussfaktoren positiv oder negativ auf die Bindungsentwicklung aus. Es scheinen einerseits Faktoren des Säuglings selbst zu sein, wie erhöhte Irritabilität (welche häufig bei Früh- und Risikogeborenen und Neugeborenen an der Intensivstation vorhanden ist) und biologisch de-

terminierte Temperamenteigenschaften. Andererseits hat die Persönlichkeit und emotionale Stabilität der Bezugspersonen einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung der Bindung. Durch aktuelle oder vergangene, nicht verarbeitete Traumata kann die emotionale Verfügbarkeit von Bindungspersonen stark beeinträchtigt sein. Es besteht zudem eine hohe Gefahr, durch das Erleben mit dem Säugling re-traumatisiert zu werden.

Eine Frühgeburt und die damit verbundene Trennungserfahrung, die Situation an der Intensivstation und die Inkubator-Situation werden von den Eltern meist als sehr bedrohlich und traumatisch erlebt, und diese Erfahrungen können den Bindungsprozess erheblich erschweren. Durch die Trennungserfahrung können zusätzlich andere unverarbeitete Trennungs- und Verlusttraumata aus der Lebensgeschichte reaktiviert werden. Wenn diese Eltern bei der Verarbeitung der aktuellen und reaktivierten Konflikte keine psychotherapeutische Hilfestellung erfahren, könnte der Aufbau einer befriedigenden Eltern-Kind-Bindung langfristig beeinträchtigt werden. (vgl. Brisch 2006, S. 149)

ELTERLICHE KRISENSITUATION

In Untersuchungen zur elterlichen Traumatisierung durch die Frühgeburt eines Kindes zeigen sich signifikant höhere Werte traumatischen Erlebens und signifikant höhere Werte von Depressivität und Angstsymptomatik im Vergleich zu Eltern gesunder reifgeborener Kinder. (vgl. Jotzo 2003, S. 141)

„Die traumatische Wirkung ist umso größer, je stärker die Belastungen durch die Bedingungen im Setting Neugeborenenintensivstation und das Bedrohungsereignis durch die Frühgeburt sind, je mehr die Copingstrategien Flucht, Minimieren, Selbstbeschuldigung und Sozialer Aufwärtsvergleich eingesetzt werden und je geringer die Ressourcen sind.“ (Jotzo 2003, S. 138)

Wenn dann noch Komplikationen im weiteren Gesundheits- bzw. Krankheitsverlauf des Kindes auftreten, kann es zu einer kumulativen Traumatisierung kommen. Dies birgt ein hohes psychisches Konfliktpoten-

Mitleid im anderen hervorruft, um damit sein eigenes Leid zu vermindern.

Wenn wir jemandem die Chance einer Minderung von Leid dadurch geben könnten, indem wir es uns mitteilen lassen, verfallen wir häufig in einen Zustand der Sprachlosigkeit oder flüchten in die verschiedenen Formen kommunikativer Abwehr. Leid wirkt ansteckend – und davor haben wir Angst. (vgl. Gottschlich 2007, S. 32)

Die Arbeit mit Menschen in akuten Krisensituationen bzw. mit traumatisierten Menschen birgt Gefahr, in eine Problemtrance zu geraten. Ein ressourcen- und lösungsorientierter Blick kann dann schnell verloren gehen, wenn man sich in dem Schrecklichen der geschilderten Geschichten verliert. (vgl. Schweitzer 2012, S. 120)

Es geht also darum, weder in eine totale Abwehrhaltung zu verfallen, noch sich dem Leid des anderen völlig hinzugeben.

„Medizin braucht Mitgefühl“, schreibt Gottschlich, und Mitgefühl sei der Schlüssel für eine glückende und heilvolle Arzt-Patienten-Beziehung. „Aber Mitfühlen, empathische Zuwendung, bedarf nicht unbedingt des Wortes, denn die Sprache der Seele ist nonverbal.“ (Gottschlich 2007, S. 156) Deswegen beginne empathische Kommunikation nicht mit dem Sprechen, sondern mit dem aktiven Zuhören.

Das aktive Zuhören eröffnet dem anderen den psychischen Raum, in dem er „da sein“ kann. Dies setzt Achtung und Akzeptanz voraus. Darin liegt eine der entscheidenden Grundbedingungen empathischer Kommunikation. „Empathische Sprache ist eine Sprache, die berührt und die zum Ausdruck bringt, selbst berührt

zu sein.“ Sie unterscheidet sich daher grundlegend von der Sprache der exakten Wissenschaft, welche die Medizin lehrt. Die empathische Sprache gibt der seelisch-geistigen Befindlichkeit des anderen Raum. (vgl. Gottschlich 2007, S. 168)

Im medizinischen System wird das Angst mindernde Potenzial von Kommunikation vielfach unterschätzt. Ärzte betreiben oft Informationspolitik, die darin besteht, den Patienten nur mit den allernötigsten medizinischen Informationen zu versorgen – in der irrigen Annahme, der Patient könne mit ausführlicher Information ohnehin nichts anfangen.

Information ist wichtig, die Emotion dabei aber entscheidend. Die Bedeutung des emotionalen Engagements in der Arzt-Patienten-Interaktion wird weithin unterschätzt. Die Qualität der Beziehung hängt primär von empathischen Faktoren ab. Dass zufriedene Pa-

Wenn wir jemandem die Chance einer Minderung von Leid dadurch geben könnten, indem wir es uns mitteilen lassen, verfallen wir häufig in einen Zustand der Sprachlosigkeit oder flüchten in die verschiedenen Formen kommunikativer Abwehr. Leid wirkt ansteckend – und davor haben wir Angst.

tial. Es kommt, wenn auch nur selten, vor, dass Eltern ihr frühgeborenes Kind auf der Intensivstation kaum oder gar nicht besuchen, sondern es erst „abholen wollen, wenn es gesund ist“. Es steht zu vermuten, dass hier traumatogene Faktoren eine Rolle spielen. (vgl. Jotzo 2003, S. 142)

Ein schwer traumatisierter Mensch verliert die interne Repräsentation einer „sicheren Basis“. (vgl. Schweitzer 2012, S. 121 zit. nach Woodcock) Es ist nun vorstellbar, wie schwierig es für diese Eltern ist, die „sichere Basis“ für ihre Säuglinge zu sein, wenn die eigene „sichere Basis“ instabil oder gar ganz verloren ist.

MITGEFÜHL IM MEDIZINISCHEN SYSTEM

Wer leidet, versucht sein Leid anderen mitzuteilen – sei es dadurch, dass er dem anderen Leid zufügt oder

tienten schneller gesund werden, weniger zu Komplikationen neigen und früher aus dem Spital entlassen werden können, ist mittlerweile unbestritten.

In Bezug auf Kinder oder Babys als Patienten geht es um die empathische Kommunikation mit deren Eltern. Diese wirkt dann indirekt, indem zufriedene Eltern stabiler sind, ihrem Kind dadurch mehr Halt geben können und sich auf einen Bindungsaufbau mit ihrem Baby besser einlassen können.

Es sind also sowohl der Grad der Informiertheit als auch die empathische Kommunikation, welche für die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung ausschlaggebend sind.

Zwischen Ärzten und Patienten gibt es keine kommunikative Chancengleichheit. Information ist immer noch eine Holschuld der Patienten, währenddessen sie eine Bringschuld der Ärzte sein sollte. Der Informationswunsch von Patienten wird auch nicht geringer, wenn negative Informationen zu erwarten sind. Im Gegenteil – Patienten wünschen die Wahrheit, die ganze und keineswegs ärztlich gefilterte Wahrheit. (vgl. Gottschlich 2007, S. 163)

Ebenso verhält es sich bei Eltern, die einen Anspruch auf Informiertheit über den Gesundheitszustand ihres Kindes haben und auch bei negativen Prognosen die Wahrheit wissen wollen.

Carl Rogers hat darauf aufmerksam gemacht, dass es nicht darum geht, dass wir den anderen verstehen, sondern dass es zunächst darauf ankommt, den anderen von seinem Standpunkt aus zu verstehen, also zu verstehen, was für den anderen die Aussage bedeutet. Das setzt den völligen Verzicht auf Klassifikation und Bewertung des anderen voraus. (vgl. Rogers 1983)

PRAXIS I – TRAUMA VERHINDERTE BINDUNG

Ich erinnere mich an Frau T.¹, Mutter eines Mädchens, welches nach einer problematischen Geburt mit schwerer Asphyxie an unserer Intensivstation aufgenommen war.

Frau T. stand zu Beginn unter Schock, klammerte sich jedoch, wie alle Mütter, in dieser Phase an die Hoffnung, ihr Baby würde doch noch gesund werden. Rasch war jedoch aufgrund der Befunde klar, dass es dem Mädchen viel schlechter gehe als noch in den ersten Tagen angenommen, dass es de facto beim Überleben des Kindes nur um ein Überleben mit schwerster Behinderung gehen würde. Frau T. und ihr Mann, welche bereits zwei gesunde Kinder hatten, entschlossen sich nach vielen Gesprächen und intensivem Auseinandersetzen mit der Situation dazu, die Einwilligung zu

einem medizinischen Behandlungsprotokoll zu geben, in welchem festgelegt wurde, im Ernstfall nicht alle intensivmedizinischen Maßnahmen auszuschöpfen.

In den begleitenden, psychotherapeutischen Gesprächen wurden Themen wie Lebensqualität (was bedeutet Lebensqualität für jeden einzelnen?), Lebensplan (wie sieht der Lebensplan als Familie mit bereits zwei gesunden Kindern aus?), Spiritualität und Glaube („Gott gibt – Gott nimmt“, das Baby soll getauft werden), Schuldgefühle, eigene Verlustgeschichten (es zeigte sich eine eigene Geschichte der Mutter, welche von unverarbeiteten traumatischen Verlusterlebnissen geprägt war) thematisiert.

Nach dieser ersten Phase des Schocks, der Trauer und der intensiven Auseinandersetzung mit der Situation konnten die Eltern sehr einig die Einwilligung in den von den Ärzten vorgeschlagenen Behandlungsplan geben und wirkten danach viel ruhiger. Es schien eine Akzeptanz der Situation eingetreten zu sein.

Wichtig war in dieser Phase der intensive Beistand für die Eltern, die Möglichkeit zur uneingeschränkten Kommunikation zu geben, Dinge aussprechen zu dürfen im geschützten Rahmen, ohne Wertungen zu erfahren, alle Informationen der Ärzte in verständlicher Art in ausreichendem Maß zu erhalten.

Die Eltern – vor allem die Mutter – waren in dieser Phase sehr viel an der Station, konnten einen liebevollen Kontakt zum Baby aufbauen, verbrachten viel Zeit mit intensivem Körperkontakt mit ihrem Kind. Sie konnten ihrem Baby Halt geben und es begleiten. Das Bindungssystem funktionierte trotz schwieriger Situation sehr gut.

Es kam jedoch in der Folge zu einer traumatischen Situation für die Eltern – das Baby „verstarb“ in den Armen der Mutter, es wurde von der Ärztin für tot erklärt, fing aber nach wenigen Minuten wieder zu husten und zu atmen an. Dieses massive Trauma führte in der Folge bei den Eltern zu einer Ablehnung des Kindes.

Im Falle der Mutter kam es einerseits zu einem neuerlichen massiven Trauma in der Gegenwart, sicherlich jedoch auch zu einer Re-Traumatisierung vergangener, unverarbeiteter Verlusterlebnisse.

Die Mutter sah diesen schrecklichen „Film“ permanent ablaufen, konnte daraufhin ihr Baby viele Tage gar nicht mehr im Arm halten, danach nur mehr in Anwesenheit anderer. Sie hatte massive Schuldgefühle, dass sie ihr Baby durch ihren Schmerz und ihr Weinen wieder „zurückgeholt“ hätte, dass sie es nicht gehen lassen konnte. Hinzu kam in der Folge ein großer Konflikt mit dem Partner, welcher sich völlig aus dem Familienleben zurückzog und keine Unterstützung mehr geben konnte, sich in seine Arbeit flüchtete. Auch der Umgang mit Freunden gestaltete sich ange-

¹ Persönliche Angaben wurden aus Gründen der Verschwiegenheitspflicht verändert.

sichts der Dramatik der Situation immer schwieriger. Die Zusammenarbeit der Eltern mit dem Team der Station war in der Folge von Anschuldigungen und Misstrauen geprägt.

Frau T. geriet immer mehr in einen psychischen Ausnahmezustand, äußerte häufig die Befürchtung, verrückt zu werden, konnte nicht mehr schlafen. Sie ließ sich Medikamente zur Beruhigung und zum Schlafen verschreiben und nahm weiterhin die psychotherapeutischen Angebote an, konnte in diesen Stunden ihre Verzweiflung, ihre Ängste, ihre Ohnmacht und ihre Wut artikulieren. Sie schwankte permanent zwischen dem Wunsch, ihr Baby möge überleben und dem Wunsch, es könne endlich gehen. Der Gesundheitszustand des Babys schwankte über Wochen ebenso zwischen Tod und Überleben. In der Unentschlossenheit, wohin der Weg gehen soll, waren Mutter und Kind doch noch verbunden. Nach Wochen stabilisierte sich der Zustand des Kindes in Richtung Überleben mit schwerster Beeinträchtigung.

Aufgrund der massiven Traumatisierung war es den Eltern jedoch nicht möglich, die Bindung zu ihrem Kind zu halten bzw. weiter zu festigen. Die Besuche an der Station fanden nur mehr punktuell statt, und die Eltern entschieden bei Entlassung, das Kind in einem Heim für Schwerbehinderte unterbringen zu lassen anstatt es zuhause zu versorgen. Das Dilemma der Eltern, v. a. der Mutter, war unermesslich groß – einerseits wegen der Schuldgefühle, nicht für das eigene Kind sorgen zu können/wollen, andererseits bestand große Angst (v. a. die Angst davor, das Kind könne zuhause versterben), dieser Aufgabe nicht gewachsen zu sein.

Aus systemischer Sicht betrachtet war das vorrangige Ziel in der Begleitung dieser Familie die Unterstützung und Stabilisierung, welche primär gut gelang. Es konnten Ressourcen aktiviert werden, die Eltern in ihrer Beziehung zueinander gestärkt werden. Mit zunehmender Stabilisierung und Überwindung der ersten Schockphase war es den Eltern möglich, eine Bindung zu ihrem Baby aufzubauen. In dieser Phase lag das Ziel in der therapeutischen Begleitung im Bindungsaufbau zwischen Eltern und Kind. Zu diesem Zeitpunkt waren die Eltern auch stabil genug und bereit, ihr Kind gehen zu lassen.

Durch die neuerliche massive Traumatisierung in der Folge zogen sich die Eltern aus der soeben erst gewachsenen Bindung wieder zurück. Ihre Angst vor einem neuerlichen Verlust des Kindes war zu groß und zu unüberwindbar. Das Ziel des Bindungsaufbaus in der therapeutischen Begleitung war nun ein einseitiges auf Seiten der Therapeutin und des Teams der Station mit Blick auf das Wohl des Babys, welches unserer Meinung nach am besten bei den Eltern aufgehoben

gewesen wäre. Das Ziel der Eltern war, die Bindung zu lösen. In dieser Phase war es wichtig, zur Neutralität in der Therapie zurückzukehren und die Eltern im Hinblick auf ihr eigenes Ziel zu begleiten. Was verändert sich, wenn Neutralität gelebt wird? Die Eltern konnten sich ab diesem Zeitpunkt zumindest den Gesprächen an der Station wieder stellen und signalisierten ihre Mitarbeit, was die Suche nach einer Unterbringungsmöglichkeit für ihr Baby anbelangte.

Das medizinische Helfersystem kommt in einer solchen Extremsituation an seine Grenzen. Für viele Beteiligte ist es schwierig, Empathie „zu leben“, genug Verständnis aufzubringen und eigene Erwartungen völlig zurückzustellen, um den Eltern einen wertfreien Raum zu geben, in welchem sie „da sein“ können.

Was an „Hilfsmöglichkeit“ bleibt, ist in Extremsituationen oft der Beistand, welcher – wie das Wort schon sagt – etwas mit Stehenbleiben zu tun hat. Im medizinischen System (und auch in der systemischen Therapie) sind wir gewohnt, nach Lösungen zu suchen, etwas zu tun. Stillstand ist eher fremd. Beistand wird als Misserfolg gewertet, wenn die Bemühungen in Richtung Ziel fehlgeschlagen sind. Beistand ist aber letztlich keine Resignation, sondern eine kraftvolle Entscheidung, welche eine besondere Haltung erfordert: die des Mitgefühls. Diese Haltung erfordert Demut, nämlich Mut zu dienen jenseits von Erwartungen. Unsere Klienten befinden sich in extremen Krisensituationen in einer Ohnmacht, sind der schmerzvollen Lebensrealität ausgeliefert. Das „unausgesprochene“ Ziel der Klienten in solchen Situationen ist das Ertragen dieser unveränderbaren Situation und dabei stabil zu bleiben.

In solchen Phasen ist oft „nur“ Beistand möglich, aber dringend notwendig und auch hilfreich. Wenn Klienten nach solchen Krisenzeiten wieder zur Reflexionsfähigkeit zurückfinden, sind sie Klienten in der Therapie.

PRAXIS II – ZUSAMMEN WACHSEN VON ELTERN UND BABY

Meistens gelingt es, Eltern so zu unterstützen, dass diese in der Lage sind, eine gute Bindung zu ihrem Baby aufzubauen. Aus Krisenintervention und Beistand entwickelt sich oft Therapie, welche teilweise über längere Zeit fortgesetzt wird.

So zum Beispiel bei Eltern, deren Sohn bei der Geburt an einer schweren Asphyxie litt und nur knapp überlebte. Zunächst gingen die Ärzte davon aus, dass beim Überleben des Kindes mit Folgeschäden zu rechnen sei. Die Eltern, beide beruflich sehr erfolgreich und ehrgeizig, befanden sich in der Anfangszeit in einer massiven Krise. Die Geburt und erste Zeit mit dem

Baby hatten sie genau geplant, dass dann plötzlich alles anders gekommen war, stürzte sie in ein völliges Chaos. Beide waren an Erfolg und Leistung orientiert, was es ihnen schwierig machte, sich emotional auf ihr Baby einzulassen. Vor allem die Möglichkeit einer Beeinträchtigung des Kindes wurde von den Eltern als immense Bedrohung erlebt und war mit ihren Vorstellungen von Lebenskonzept nicht vereinbar. Die Mutter weinte fast ununterbrochen über Tage, konnte kaum aufhören.

Ziele in der therapeutischen Begleitung waren anfänglich der Beistand und damit verbunden die Stabilisierung der Eltern. In vielen Gesprächen ging es darum, Ängste offen aussprechen zu dürfen, einen wertfreien Raum zu haben, um sich sowohl mit den hoffnungsvollen als auch mit den hoffnungslosen Gedanken auseinandersetzen zu dürfen – einen Raum, wo sie nicht stark sein mussten, sich in der momentanen emotionalen Verfassung zeigen durften, wo die Krise und das Weinen normalisiert wurden. Gleichzeitig war es wichtig, die Eltern langsam an ihr Baby heranzuführen, den Körperkontakt zu forcieren, sie zu ermutigen, ihr Baby näher kennen zu lernen und damit Bindung zu fördern.

Der Eindruck entstand, dass diese Eltern eine Hand brauchten, welche sie durch die Krise führte, damit sie ihr krankes Baby gut begleiten konnten.

Es gelang relativ rasch, dass Mutter und Vater sich stabilisierten und eine Bindung zu ihrem Baby aufbauen konnten. Die Verunsicherung aber blieb in vielen Bereichen bei diesen Eltern über lange Zeit. Auch die Prognose, die Entwicklung des Kindes betreffend, war noch lange unklar. Immer wieder, auch lange nach der Entlassung aus dem Krankenhaus, erhielten die Eltern Verdachtsdiagnosen, welche eine ungünstige Entwicklungsprognose in Aussicht stellten. Immer wieder waren diese Eltern in großer Sorge und Angst, zwischen Hoffnung und Verzweiflung.

Die therapeutische Begleitung dieser Familie dauerte insgesamt zwei Jahre. Die Ziele in der Therapie waren, durchgehend die emotionale Stabilität der Eltern zu erhalten, die Aufmerksamkeit immer wieder auf das Kind im Moment zu lenken und damit das Wahrnehmen der vielen kleinen Fortschritte des Babys und das Wahrnehmen seiner Bedürfnisse zu fördern. Es war wichtig, die Eltern in ihrer Elternrolle zu stärken durch das wiederholte Rückmelden über deren bereits gewonnene Kompetenzen als Eltern. Auch andere Themen, wie Partnerschaft, das eigene Herkunftssystem



und die damit verbundenen Rollenvorstellungen und Erwartungen an sich als Mutter oder Vater, berufliche Veränderungen usw. fanden im therapeutischen Prozess ihren Raum. Die Stärkung der Eltern in ihrer elterlichen Kompetenz und die Bindungsförderung wurden dabei aber nie außer Acht gelassen.

Das Kind hat sich völlig altersentsprechend entwickelt, und all die negativen Prognosen sind nicht eingetroffen. Die Eltern sind mittlerweile sehr kompetente, liebevolle, feinfühligere Eltern.

Es scheint tatsächlich, dass diese kleine Familie gut zusammengewachsen ist.

SCHLUSSFOLGERUNG – WAS BRAUCHEN ELTERN UND BABYS?

Ob Menschen auf eine Krise mit Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsreaktion reagieren oder nicht, hängt einerseits von der Resilienz der Person ab und andererseits ganz wesentlich von der Qualität der Unterstützung, die eine Person in ihrem sozialen Umfeld erfährt.

Es ist wichtig, den Blick von Defiziten auf die Qualitäten und Potentiale einer Familie zu richten. Potentiale, welche die Familienresilienz begünstigen sind nach Walsh: familiäre Glaubenssysteme (im Leiden einen Sinn finden, Spiritualität), Organisationsmuster (Flexibilität, Verbundenheit, soziale und wirtschaftliche Ressourcen) und Kommunikationsprozesse (Klarheit, offener Gefühlsausdruck, gemeinschaftliche Problemlösung). (Walsh 1998, vgl. Schweitzer 2012, S. 129)

Tatsächlich sehen wir in unserer Arbeit täglich, dass Familien, welche über oben genannte Potentiale verfügen, die Krisensituation besser bewältigen als Familien, denen solche Kompetenzen fehlen.

Um effektive psychologisch-psychotherapeutische Hilfe leisten zu können, sollten sich die Angebote daher an den individuellen Belastungen, Ressourcen und Wünschen der Familien orientieren.

In einer Studie an der Abteilung für Neonatologie der Universitätsklinik Wien zeigte sich, dass psychologisch-psychotherapeutische Begleitung von der Hälfte der Mütter und einem Drittel der Väter gewünscht wurde (Panagl et al 2002). Diese sollte demnach neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung ein integraler Bestandteil des neonatologischen Betreuungskonzeptes sein.

Stabilisierende Maßnahmen und ein alltagsbewälti-

gendes Vorgehen (Tagesstrukturierung) stehen in der Begleitung der Eltern zunächst meist im Vordergrund. Es gilt, Ermutigung und Hilfestellung bei der Nutzung sozialer Ressourcen zu geben.

Psychoedukatives Vorgehen, wie die Vermittlung von sachlicher Information über die Normalität auch extremer Bewältigungsformen solcher Erfahrungen wird als sehr entlastend und hilfreich erlebt.

Nicht selten haben Menschen in Ausnahmesituationen das Gefühl „verrückt zu werden“, stellen oft auch die Frage: „Bin ich normal?“ „Ist meine Reaktion normal?“ „Sind meine Gedanken normal? Dürfen diese sein?“ Einen wertfreien Raum zu haben, wo all das ausgesprochen werden darf, erleben diese Eltern als hilfreich, und es gibt ihnen das Gefühl, „richtig zu sein“.

Ausreichende und regelmäßige medizinische Information, welche den Eltern zur Verfügung gestellt wird und keine „Holschuld“ ihrerseits ist, gibt Orientierung.

Empathische Kommunikation, welche mit aktivem Zuhören beginnt, und eine Haltung des Mitgefühls, der Achtung und Akzeptanz jenseits jeglicher Erwartungen eröffnen den Eltern einen Raum, der ihnen das Da-sein ermöglicht – im wörtlichen Sinn auch das Da-sein bei ihrem Baby an der Station.

Sobald wie möglich Körperkontakt und Hautkontakt mit dem Baby und frühzeitige Einbeziehung in die Pflege fördern die elterliche Kompetenz und steuern dem Gefühl des Ausgeliefertseins und der Hilflosigkeit entgegen. Bindung wird durch intensiven Körperkontakt und „Känguruhen“ (dabei werden die Frühgeborenen für ein bis mehrere Stunden nackt auf den entblößten Oberkörper der Eltern gelegt und dort gut zugedeckt) sowie, wenn möglich, durch Stillen gefördert. In den Gesprächen ist es wichtig, die Aufmerksamkeit immer wieder auf das Baby zu lenken, die Wahrnehmung der Eltern bezogen auf ihr Kind zu schärfen, sie zu ermutigen, ihr Baby immer besser kennenzulernen. Wenn Eltern sich als Eltern wirksam und damit wichtig erleben fördert das den Bindungsprozess.

In der therapeutischen Beziehung bedeutet das, den Eltern beizustehen, ihnen beim Ertragen ihres leidvollen Zustands einen Raum des Mitgefühls zu eröffnen.

In Bezug auf die therapeutischen Ziele sind das einerseits, Stabilität trotz Krisensituation zu erlangen oder zu wahren, andererseits, den Bindungsaufbau zwischen Eltern und Baby zu fördern, was meist sowohl das Ziel der Eltern als auch des neonatologischen Teams ist. Wenn es Eltern in Extremfällen nicht möglich ist, sich diesem Ziel anzuschließen, gilt es, zur Neutralität zurückzukehren – jenseits unseres Expertenwissens (über die Notwendigkeit der Bindung für das Baby).

Arbeit im klinischen Kontext bedeutet, dass man sich in unterschiedlichen Systemen – dem der Eltern (als Paar), dem der Familie (Eltern mit Baby, evtl. Geschwisterkindern und weiteren Familienmitgliedern), dem der Station und dem des ganzen Spitals – bewegt. Es ist nur allzu klar, dass das häufig ein Bewegen „zwischen den Systemen mit seinen Unterschiedlichkeiten und verschiedenen Erwartungen“ bedeutet.

Letztendlich geht es jedoch immer um die Kinder und deren Bedürfnisse.

WAS BRAUCHEN DIE ZU FRÜH GEBORENEN, TEILS KRANKEN, UMS ÜBERLEBEN KÄMPFENDEN BABYS?

Es braucht viele stabile Hände, die das Baby halten, die es begleiten – die der Eltern, der ganzen Familie, des Pflegepersonals und der Ärzte. Es braucht feinfühligere Eltern, die gut „da sein“, verfügbar sein können. Und dafür braucht es genauso viele stabile Hände, die die Eltern halten.

BIBLIOGRAPHIE:

- Brisch KH (2006) Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brisch KH (2014) Reihe Bindungspsychotherapie. Säuglings- und Kleinkindalter. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brisch KH (2010) SAFE. Sichere Ausbildung für Eltern. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brisch KH (Hrsg.) (2012) Bindungen – Paare, Sexualität und Kinder. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brisch KH (Hrsg.) (2011) Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brisch KH et al (1996) Präventives psychotherapeutisches Interventionsprogramm für Eltern nach der Geburt eines sehr kleinen Frühgeborenen – Ulmer Modell. Monatsschrift Kinderheilkunde 144: 1206–1212
- Gottschlich M. (2007) Medizin und Mitgefühl. Die heilsame Kraft empathischer Kommunikation. Böhlau Verlag, Wien
- Jotzo M. (2003) Trauma Frühgeburt? Ein Programm zur Krisenintervention bei Eltern. Bd./Vol. 720 in Reihe VI Psychologie. Peter Lang, Frankfurt
- Kachler R. (2009) Meine Trauer wird dich finden. Ein neuer Ansatz in der Trauerarbeit. Kreuz Verlag, Freiburg
- Panagl A. et al (2002) Belastungen von Eltern auf neonatologischen Intensivstationen – Selbsteinschätzung versus Fremdeinschätzung. Geburtshilfe Frauenheilkunde 62: 369–375
- Rogers C. (1983) Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie. Fischer, Frankfurt
- Sarimski K. (2000) Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe. Band 1 in Klinische Kinderpsychologie. Hogrefe, Göttingen
- Schweitzer J. & von Schlippe A. (2012) Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung II. Das störungsspezifische Wissen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Stern D. (2006) Mutter und Kind. Die erste Beziehung. Klett-Cotta, Stuttgart
- Fotos Pixabay frei von Urheberrechten