

# „Frühgeborene Eltern“ Gruppenarbeit mit professioneller Begleitung

---

*B. Wolf-von Lüpke*

Frankfurt am Main, Germany

## **Abstract**

A report about experiences with groups of parents of premature born children will be presented. These groups run for 10 meetings under the guidance of a pediatrician/psychotherapist and a nurse/psychologist. The children were between 4 months and 6 years old, most of them without developmental delays or handicaps for organic reasons. During the group process the following phases could be observed:

1. The recollection of pregnancy, birth, the time in the hospital and later at home all mixed with the feelings of failure and guilt.
2. Aggression and the feeling of stress alternating with those of guilt and the inability to set limits for the child can be expressed.
3. The premature birth with all the suffering comes into a context within the parent's biography, is going to have a purpose.

As a result, at the end of the sessions there was a change seen in almost all parents in their own feelings and in their relationship toward the child, the idea of the child. The child appeared less vulnerable and threatened to them but rather more competent and stable. Behavioral problems such as clinging behavior and disturbed sleep were reduced.

## **Zusammenfassung**

Berichtet wird über Erfahrungen mit Gruppen von Eltern frühgeborener Kinder. Es fanden jeweils 10 Sitzungen in einer festen Gruppe

---

Correspondence to: Brunhilde Wolf-von Lüpke, Glauburgstr. 66, 6000 Frankfurt am Main 1, Germany

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

unter Leitung eines Kinderarztes / Psychotherapeuten und einer Kinderkrankenschwester / Psychologin statt. Das Alter der Kinder lag zwischen 4 Monaten und 6 Jahren, bei den meisten bestanden keine organisch bedingten Entwicklungsverzögerungen oder Behinderungen. Im Verlauf des Gruppenprozesses wurden folgende Phasen beobachtet:

1. die Auseinandersetzung mit Schwangerschaft, Geburt, Klinikaufenthalt und der anschließenden Zeit zu Hause, in erster Linie bestimmt von Versagens- und Schuldgefühlen.
2. Aggressionen und ein Gefühl von Überlastung im Wechsel mit Schuldgefühlen und der Unfähigkeit, dem Kind Grenzen zu setzen, konnten offen geäußert werden.
3. die Frühgeburt und das durch sie ausgelöste Leiden erhielten einen Zusammenhang, einen Sinn innerhalb der eigenen Geschichte.

Ergebnis: bei fast allen Eltern hatte sich die Beziehung zur eigenen Geschichte und die Wahrnehmung des Kindes (das Bild vom Kind) am Ende der Gruppenarbeit geändert. Die Kinder wurden weniger verletzlich und bedroht empfunden, anklammerndes Verhalten und Schlafstörungen konnten positiv beeinflusst werden. Eigenschaften wie Stabilität und Kompetenz gewannen in der Einschätzung der Eltern zunehmend an Bedeutung.

### **Beschreibung der Gruppe**

Leiderman et al. (1975) fragte Eltern von frühgeborenen Kindern, von wem sie Hilfen erwarteten. Er fand, daß sich die Hoffnung in erster Linie nicht auf die Professionellen, sondern auf andere Eltern richtete. 90% der Eltern wünschten sich den Kontakt mit einem "senior parent" (Boukydis, 1982). In Kanada, den USA und Deutschland haben sich Elterngruppen gebildet (Boukydis, 1982; Kluitmann, 1991; Minde, 1986; Neubauer, 1987).

Die meisten dieser Elterngruppen arbeiten in mehr oder weniger engem Kontakt mit den Kliniken, vor allem mit den Neugeborenenintensivstationen. Im Gegensatz dazu beziehen sich die hier dargestellten Erfahrungen auf Eltern, deren Kinder bis zu 6 Jahre alt sind.

Bei dieser Gruppenarbeit wird versucht, den Aspekt der Selbsthilfe mit dem einer professionellen „Begleitung“ (von Lüpke, 1989) zu verbinden.

Die Professionellen waren hier ein Kinderarzt / Psychotherapeut (H. von Lüpke) und eine Kinderkrankenschwester / Psychologin (B. Wolf-von Lüpke).

Unsere Erfahrungen beziehen sich auf vier Elterngruppen mit insgesamt 21 TeilnehmerInnen über jeweils 10 Abende. Es handelte sich um feste Gruppen. Diese Form wurde gewählt, um den Eltern einen kontinuierlichen Austausch zu ermöglichen, Vertrauen zwischen den TeilnehmerInnen und den beiden Gruppenleitern aufzubauen und nicht zuletzt um die Entwicklung eines Gruppenprozesses zu ermöglichen. Die Gruppen setzten sich aus Paaren, Müttern in festen Partnerbeziehungen und alleinerziehenden Müttern zusammen.

Das Alter der Kinder lag zwischen 4 Monaten und 6 Jahren. Der überwiegende Teil der Kinder war gesund oder hatte Zeichen einer leichten Entwicklungsverzögerung. Ein junger Säugling litt unter einer hochgradigen Sehbehinderung.

Als Motivation zur Teilnahme an der Gruppe wurde an erster Stelle der Wunsch nach einem Austausch mit anderen betroffenen Eltern genannt. Gründe dafür waren vor allem fortbestehende Insuffizienz- und Schuldgefühle, die Unmöglichkeit, mit der Tatsache der Frühgeburt fertig zu werden, die immer wieder auftauchende Frage nach dem „warum“ und nicht zuletzt das Gefühl: keiner will mir mehr zuhören. Hinzu kamen Beziehungsschwierigkeiten wie fehlende Distanz zum Kind, Probleme mit dem Grenzen-setzen, Schlafstörungen und schließlich Partnerschaftsprobleme.

## 1. Phase

In den ersten Sitzungen berichteten die Eltern zunächst über die Vorgeschichte, die Geburt und den anschließenden Krankenhausaufenthalt. Bei den Müttern ging es vor allem um das Gefühl, in ihrer Rolle als Mutter bereits auf der biologischen Ebene versagt zu haben, eine „unvollständige Frau“ zu sein. Immer wieder stellte sich die Frage nach der Schuld.

Im Hinblick auf die Vorgeschichte konnten wir zwei Gruppen von Müttern unterscheiden. Zum einen Frauen, die ohne vorherige Anzeichen von der Frühgeburt oder der Notwendigkeit einer Sectio überrascht wurden. Andere hatten vorzeitige Wehen, Blutungen und Krankenhausaufenthalte hinter sich und waren dadurch auf eine vorzeitige Geburt vorbereitet.

Mütter der ersten Gruppe fragten sich noch immer, ob sie etwaige Vorzeichen übersehen hatten. Zurück blieb ein Mißtrauen in die eigene Wahrnehmung. Dies wirkte sich auch auf die Beurteilung des Kindes aus. Selbst wenn die Kinder sich weitgehend unauffällig entwickelten, blieb die Angst, Frühzeichen zu übersehen, die Hinweise auf eine Störung oder Behinderung geben könnten.

Die Mütter der Gruppe mit Krankenhausaufenthalten in der Frühschwangerschaft, wehenhemmenden Mitteln und Cerclage sahen in der Tatsache, daß die Kinder all dies überstanden hatten, auch einen Aspekt von Stärke. Die Fähigkeit des Kindes, mit schwierigen Situationen fertig zu werden, bestimmte das Bild vom Kind.

Eine Mutter mußte wegen Blutungen ab der 7. Schwangerschaftswoche Bettruhe einhalten. Zahlreiche Krankenhausaufenthalte folgten. Je länger die Schwangerschaft trotz dieser Schwierigkeiten weiterbestand, desto stärker wurde ihr Vertrauen, daß das Kind eine vorzeitige Geburt und alle daraus sich ergebenden Komplikationen überstehen würde. Als sie das Kind zum ersten Mal im Inkubator an den Schläuchen sah, nahm sie nur den ausladenden Hinterkopf wahr und überlegte, wie sie ihn mit schönen Mützchen kaschieren könne. Danach schämte sie sich, an etwas derart nebensächliches gedacht zu haben, während es beim Kind ums Überleben ging.

Die Gruppe kam gemeinsam darauf, daß auch in dieser Reaktion ein positiver Zukunftsgedanke lag, der ihre Einschätzung zum Ausdruck brachte, daß das Kind stark sei und überleben werde.

Alle Eltern waren mit der medizinischen Versorgung im Krankenhaus zufrieden. Die Überlastung des Personals wurde deutlich registriert und teilweise als Erklärung für die als unzulänglich erlebte emotionale Betreuung herangezogen. Ein Vater meinte: „Für die Schwestern würde ich sofort auf die Straße gehen und kämpfen. Sie können nicht mehr tun.“ Dies sei vorausgeschickt, wenn im folgenden die negativen Erfahrungen zur Sprache kommen.

Frau M. wurde 6 Wochen vor dem Geburtstermin von vorzeitigen Wehen überrascht und in die Klinik eingewiesen. Sie lag mit Wehen auf der Wochenstation und konnte es nicht glauben, daß das Kind schon zur Welt kommen sollte. Eine Schwester meinte, das sei doch nicht schlimm. Sie solle sich melden, wenn die Wehen regelmäßig alle 10. Min. auftreten würden. Frau M. schlief ein, wachte nach einiger Zeit auf und merkte, daß der Wehenabstand sich verkürzt hatte und zwischen 3 und 5 Minuten lag. Daraufhin wurde sie mit den Akten in ein anderes Stockwerk geschickt. Es würde noch eine Weile dauern, bis das Kind käme. Sie ging mitten in der Nacht allein durch lange Gänge, die Türen öffneten sich automatisch. Die Tür zum Kreissaal war verschlossen. Frau M. klingelte. Nach einer Weile fragte eine Stimme aus einem Lautsprecher, was sie denn wolle. Schließlich öffnete sich die Tür. Die Wehen wurden stärker. Die Hebamme untersuchte sie, der Kopf war schon sichtbar, 15 Min. später das Kind geboren. Der Vater erreichte die Klinik erst, als das Kind schon in die Kinderklinik verlegt war. Es bestand Verdacht auf eine Infektion. Frau M. kam in ein Zimmer mit Müttern, die ihre Kinder bei sich hatten und mit Sekt feierten.

Eine andere Mutter berichtete, daß nach der Notsectio in der 27. Schwangerschaftswoche eine Hebamme zu ihr sagte: „Herzlichen Glückwunsch. Sie haben ein Mädchen.“ Das Kind befand sich in einem lebensbedrohlichen Zustand. In dieser Situation kam der Mutter der gut gemeinte Wunsch wie ein grausamer Hohn vor. Diese Beispiele ließen sich fortsetzen.

Die Frühgeborenenintensivstation, ausgestattet mit ihren technischen Geräten und Glaswänden, erschwerte den Eltern durch die unpersönliche Atmosphäre das Kennenlernen ihres Kindes. Noch nie hatten sie ein so kleines Kind gesehen, das zudem an vielen Schläuchen hing. Sie hatten Angst, das Kind anzufassen. Daß sich vom Personal niemand genügend Zeit nehmen konnte, um ihnen in dieser schwierigen Situation zu helfen, wurde von den Eltern immer wieder bedauert. Die ungewohnte Umgebung verstärkte bei manchen das Gefühl, ihrem Kind keine Hilfe zu sein. Eine Mutter beschrieb das Gefühl der Angst, wenn sie die Station betrat: „Was erwartet mich heute? Welche Komplikation könnte aufgetreten sein?“ Und immer die bange Frage im Hintergrund: wieviel Gramm hat das Kind heute zugenommen? Denn der Kampf um das Gewicht entschied letztendlich darüber, wann das Kind nach Hause durfte.

Immer wieder tauchte auch retrospektiv der Gedanke auf, daß es für die Eltern einfacher gewesen wäre, die Tatsache der Frühgeburt zu akzeptieren und Ängste zu überwinden, wenn in der Klinik eine Bezugs- und Vertrauensperson zur Verfügung gestanden hätte.

Auf die Zukunft bezogen bestand die Angst, daß durch die problematische Geburt und die Trennung in den für die spätere Eltern-Kind-Beziehung wichtigen ersten Stunden und Tagen ein nicht mehr aufzuholender Mangel an Vertrauen entstanden sein könnte, daß die belastenden Wochen in der Klinik das Kind für sein weiteres Leben geprägt hätten.

Nach einer Sectio konnte sich Frau B. nicht vorstellen, ein „vollständiges Kind“ geboren zu haben, „es hätte auch irgend etwas anderes sein können“. Bis zum dritten Tag nach der Geburt spürte sie noch immer Kindsbewegungen. Aus der Angst heraus, daß sie eine Bindung zu ihrem Kind aufbauen könnte, die ihr den Verlust, wenn es nicht überleben sollte, nur um so schmerzlicher machen würde, wollte sie es nach der Geburt zunächst nicht sehen. Sie leitete daraus ihre späteren Schuldgefühle her.

Viele Eltern berichteten über zusätzliche Belastungen durch den Druck der Umwelt. Die eigenen Bemühungen, das Kind als „normal“ anzusehen, wurden durch Bemerkungen von Nachbarn und anderen „wohlwollenden“ Mitmenschen zunichte gemacht.

Frau C. ging über ein halbes Jahr nicht aus dem Haus, da sie es nicht mehr ertragen konnte, auf die Kleinheit ihrer Tochter angesprochen zu werden. Andere Eltern gaben ein späteres Geburtsdatum an, machten das Kind einfach jünger. Frau G. meldete ihren nunmehr gutentwickelten, im Verhältnis zu gleichaltrigen Kinder lediglich kleineren 2-jährigen Sohn im Kindergarten an. Als die Erzieherin aus den Unterlagen von der Frühgeburt erfuhr, war ihre erste Reaktion die Frage nach dem Entwicklungsrückstand oder „sonstigen Schäden“.

## 2. Phase

Nach den ersten 3 Sitzungen traten andere Themen in den Vordergrund.

In dem nunmehr vertrauten Rahmen wurde es möglich, über die ständige und dadurch oft unerträgliche Belastung durch das Kind, die daraus resultierenden aggressiven Gefühle und die Paarkonflikte zu sprechen.

Die Schuldgefühle der Eltern und die Tatsache des zeitweilig lebensbedrohlichen Zustandes des Kindes machten es den Eltern schwer, ihm Grenzen zu setzen.

Elias war 1½ Jahre alt. Er lag 4 Wochen in der Kinderklinik, wurde beatmet. Die Eltern beschrieben einen altersgemäß entwickelten pfliffigen Knaben, der den einzigen Nachteil hatte, daß er keine Nacht in seinem Bett schlief. Ein zeitaufwendiges Einschlafritual war jeden Abend nötig. Er schlief maximal 2 Stunden in seinem Bett und verbrachte dann den Rest der Nacht zwischen den Eltern. Auch hier wachte er regelmäßig alle 2 Stunden auf. Die Eltern waren „fertig“. Beide fühlten sich ausgelaugt. Spannungen in der Beziehung waren die Folge, gegenseitige Vorwürfe, zu wenig Freiraum für sich selbst zu haben. Die Erwartungen an den Partner nach Unterstützung und Hilfe blieben unbeantwortet. Es stellte sich eine Bedürftigkeit ein, der sie gegenseitig nicht mehr entsprechen konnten.

In der Gruppe wurde es den Eltern möglich, ihre Wut auf das ständig fordernde Kind auszudrücken. Diese Wut zu spüren, darüber sprechen zu können, ohne dem Kind dadurch einen Schaden zuzufügen, wirkte entlastend. Zusätzlich war es dabei hilfreich, daß sich andere Eltern in einer ähnlichen Situation befanden. Der Kreislauf zwischen schlechtem Gewissen, Überbehütung, Selbst Einschränkung, belastenden Verhaltensweisen der Kinder und den daraus resultierenden Aggressionen konnte unterbrochen werden.

Auch in den Phantasien der Mütter wurden Aggressionen sichtbar. Eine Mutter beschrieb, wie sie beim Stillen in harmonischer Atmosphäre plötzlich von dem Gedanken überfallen wurde, wie einfach es doch wäre, mit den Händen

diesen kleinen Kopf zu zerdrücken. Eine andere mußte ihr Kind auf Treppen besonders festhalten, da sie den Impuls verspürte, das Kind fallen zu lassen. Solche erschreckenden, mit dem Bild einer „guten Mutter“ nicht zu vereinbarende Phantasien in der Gruppe mitzuteilen, setzte Vertrauen voraus; nicht dafür verurteilt zu werden, wirkte besonders befreiend. Im Gespräch entwickelte sich die Vorstellung, daß dieses Zulassen der eigenen aggressiven Gefühle mehr Klarheit in der Beziehung zu den Kindern ermöglicht und damit entwicklungsfördernd wirkt.

### 3. Phase

Jetzt wurde es möglich, sich dem Thema „Schuld“ und dem „warum“ langsam anzunähern, nach Gründen für die Frühgeburt zu suchen. Was hatte die Mutter übersehen, was falsch gemacht? Welche Rolle spielte der Vater dabei? Hatte der Frauenarzt die Befunde nicht richtig interpretiert? Von hier aus gelang es schließlich, sich der Frage anzunähern, welchen Stellenwert die Frühgeburt innerhalb der eigenen Biographie haben könnte, ob sie auch einen „Sinn“ hat.

Dazu ein Beispiel:

Frau A. strahlte Lebensfreude und Humor aus. Sie litt unter dem Gefühl, an der Frühgeburt ihres Sohnes Stefan schuld zu sein. Stefan war ein fröhliches, gut entwickeltes inzwischen 9 Monate altes Kind. Es verging jedoch kein Tag, an dem sie nicht an das „warum“ denken mußte. Sie konnte keine Antwort finden. Der Druck wurde immer größer. In der 6. Sitzung sprachen wir ausführlich über Frau A.s Problem.

Frau A. war im 7. Monat schwanger, als sie zur Hochzeitsreise nach Paris aufbrach. Es ging ihr körperlich und seelisch gut, die Gynäkologin hatte sie zu der Reise ermutigt. In Paris litt Frau A. an Verstopfung und machte sich nach einigen Tagen einen Einlauf, wie sie es mit ihrer Ärztin vorher abgesprochen hatte. Plötzlich setzten die Wehen ein und es kam zur Frühgeburt. Das Kind lag 3 Monate in einer Kinderklinik in Paris. Die Eltern mieteten sich in ein kleines Hotel in der Nähe der Klinik ein und blieben die 3 Monate bei ihrem Kind.

Frau A. machte sich Vorwürfe wegen des Einlaufs. Sie hatte aber das Gefühl gehabt, bis oben hin „voll“ und kurz vor dem Platzen zu sein.

Auf die Frage, ob sie denn viel in sich habe „hineinfressen“ müssen, erfuhren wir ihre Vorgeschichte.

Frau A. stammt aus Griechenland. Ihre Mutter versprach ihrem eigenen Vater – also dem Großvater von Frau A. – am Sterbebett, sich von ihrem alkoholabhängigen Mann zu trennen. Frau A.s Mutter ließ sich scheiden und kam mit den Kindern – Frau A. und ihrem älteren Bruder – nach Deutschland. Frau A.s Mutter studierte hier und versorgte ihre Kinder. Die ursprünglich tatkräftige Frau fühlte sich mehr und mehr überlastet und wurde zunehmend wehleidiger.

Frau A. selbst studierte Pädagogik. Plötzlich lernte sie „den Mann ihres Lebens“ kennen. Sie fuhr mit ihm nach Stockholm und erfuhr dort, daß sie schwanger war, rief in ihrer Freude die Mutter an und stieß bei ihr auf Unverständnis. Frau A. heiratete und fühlte sich überglücklich. Ihre Mutter aber war mit der Eheschließung nicht einverstanden, der ältere Bruder – nach der Tradition ihres Heimatlandes das Familienoberhaupt – fühlte sich übergangen und erschien nicht zur Hochzeitsfeier. Die Mutter warnte sie vor der Reise, das Kind könne unterwegs zur Welt kommen. Frau A. reagierte mit dem Satz: „In Frankreich bekommen die Frauen auch ihre Kinder.“ Als zusätzliche Belastung empfand sie den Kontaktabbruch von zwei Freundinnen. Sie ging strahlend „wie ein Honigkuchenpferd“ – so ihre eigene Formulierung – durch die Welt, war glücklich. Jetzt hatte sie das Gefühl, die Freundinnen hätten ihr aus Eifersucht das Glück nicht

gegönnt. Frau A. hatte ihrer Familie und den Freundinnen gegenüber nie Ärger gespürt, sie war nur traurig über die Kontaktabbrüche.

Wir kamen zu der für Frau A. schlüssigen Interpretation, daß sie mit der Tatsache der Frühgeburt ein unbewußtes Opfer brachte. Durch dieses Opfer wurde sie von ihrer Familie wieder akzeptiert. Sie durfte nicht zu glücklich sein, da sich der Familienzusammenhalt vorwiegend über das Leid definierte. Für ihr Glück mußte sie mit dem Abbruch familiärer und freundschaftlicher Beziehungen bezahlen. Außerdem hatte sie gegen Familienregeln verstoßen, das Familienoberhaupt übergangen. Dieses Vergehen war jetzt gewissermaßen gesühnt. Die Beziehung zwischen Frau A. und ihrer Mutter normalisierte sich, auch der Bruder nahm Kontakt auf und entschuldigte sich. Nicht nur der familiendynamische Aspekt war hier für das Verständnis von Bedeutung, sondern auch die Berücksichtigung der spezifischen kulturellen Tradition.

Bei der nächsten Sitzung sah Frau A. schlecht aus. Es habe sich nichts geändert, erklärte sie. Im Gegenteil: sie sei jetzt noch mehr von ihrer Schuld überzeugt und habe in der vergangenen Woche sehr viel geweint. Was wir über ihre Familientradition herausgefunden haben, hätte sie eigentlich aufgrund ihrer langjährigen Therapie schon wissen müssen. Diesmal griffen wir das Thema „Kontrolle“ auf. Frau A. meinte, sie sei eine überaus kontrollierte Frau. Vor wichtigen Entscheidungen müsse sie alles nach allen Seiten hin abwägen, das könne manchmal Jahre dauern. Ihr Sohn Stefan sei gewollt aber nicht geplant gewesen. Sie bezweifelte, ob sie sich jemals ohne Vorbehalte für ein Kind hätte entscheiden können.

Konnte das für Frau A. bedeuten, daß sie Schwierigkeiten hatte, die Kontrolle außer acht zu lassen? War es ihr nicht möglich, etwas unkontrolliert wachsen und sich entwickeln zu lassen? Wir besprachen mit Frau A. diesen Aspekt und seine Konsequenzen für das Problem der Frühgeburt.

Bei der nächsten Sitzung fehlte Frau A. Die GruppenteilnehmerInnen machten sich Sorgen. Frau A. aber hatte die Sitzung verschlafen. Bei den letzten beiden Treffen wirkte sie sehr entspannt. Sie dachte immer weniger an die Frühgeburt. Einige Monate nach Beendigung der Gruppentreffen sagte sie bei einem Telefonat, sie fühle sich jetzt wie befreit.

## Resultate und Abschluß

Entgegen unserer ursprünglichen Erwartung stellte sich die Heterogenität der Gruppe als sehr fruchtbar heraus. Die alleinerziehenden Mütter fühlten sich in der Gruppe aufgehoben und mit ihren spezifischen Problemen verstanden.

Bei den Vätern in der Gruppe standen die Problembereiche von Schuld und Versagen weniger im Vordergrund. Oft kamen sie mehr aus Gefälligkeit ihren Frauen gegenüber als unter dem Druck eigener Probleme. Doch auch ihre Situation hatte sich durch die Frühgeburt verändert, sie mußten neue Aufgaben übernehmen und Zukunftspläne ändern. Die Beziehungsprobleme betrafen sie ebenfalls. In der Gruppe mußten die anwesenden Väter nicht selten Kritik ertragen, die den Abwesenden galt.

Der Altersunterschied zwischen den Kindern der TeilnehmerInnen erwies sich ebenfalls als günstig. Für die Eltern mit den jüngeren Kindern stellte die positive Entwicklung der älteren eine Beruhigung dar. Die anfangs von einigen geäußerte Befürchtung, daß durch „Horror geschichten“ neue Ängste geweckt werden könnten, bestätigte sich nicht.

Im Anschluß an die Gruppenabende wurden weitere Möglichkeiten für Kontakte angeboten: ein zusätzlicher Gruppenabend in einem größeren Abstand, Treffen der Eltern untereinander zusammen mit den Kindern und schließlich

Einzelkontakte, um angesprochene Themen in einer therapeutischen Begleitung weiter verfolgen zu können. Die Eltern machten von diesen Möglichkeiten in unterschiedlichem Ausmaß Gebrauch.

Die Grenzen der Möglichkeiten unserer Gruppenarbeit wurde in zwei Problembereichen deutlich:

Eine Mutter hatte ein starr fixiertes Bild von ihrem Kind und den ihrer Vorstellung nach organischen Ursachen seiner Beschwerden (nächtliches Schreien). Ein anderes Elternpaar trug in der Gruppe seine Beziehungskonflikte über wechselseitige Vorwürfe aus. Jeder versuchte dem anderen klar zu machen, daß er das gemeinsame zu früh geborene Kind falsch behandle.

In beiden Fällen mißlang die Integration in den Gruppenprozeß, der seinerseits durch diese Schwierigkeit immer wieder blockiert wurde.

Als Resultat läßt sich aus der bisherigen Arbeit festhalten, daß nicht nur die Belastung der Eltern (besonders die der Mütter) mit Schuld- und Versagensgefühlen durch die Gruppe günstig beeinflusst werden konnte. Auch die anfangs erwähnten Beziehungsschwierigkeiten wie mangelnde Abgrenzung vom Kind waren am Ende der Gruppensitzungen weitgehend in den Hintergrund getreten. Die Sorge um die Entwicklung, die Angst vor einer immer noch drohenden Behinderung wich in zunehmenden Maße dem Gefühl, daß gerade die zu früh geborenen Kinder über große Kräfte verfügen. Damit trat das Vertrauen in die Kompetenz ihrer Kinder in den Vordergrund und verminderte den Druck, durch ständige Beobachtung und Kontrolle auf die Entwicklung einwirken zu müssen.

Ziel dieser Darstellung war es nicht, grundsätzliche Aussagen über den Problembereich Frühgeburt zu machen, sondern darüber zu berichten, wie in der Gruppenarbeit gemeinsam mit betroffenen Eltern Konzepte entwickelt wurden, die jeder für sich akzeptieren und als eine Versöhnung mit der eigenen Lebensgeschichte empfinden konnte. Voraussetzung dafür scheint vor allem die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen von Schuld und Aggression und deren wechselseitiger Verflechtung zu sein.

## Literatur

- Boukydis, C. F. Z. (1982). Support groups for parents with premature infants in NICU's. In: Kasman, C. und Cape, L. S. (eds.) *Coping with caring for sick newborns*. Saunders, Philadelphia
- Kluitmann, G. (1991). Bedeutung der Elterngruppen für die Neonatologie. *der kinder-arzt* 22, 1002–1004
- Leiderman, P. H. und Seashore, M. J. (1975). Mother-infant separation: some delayed consequences (with the following discussion). In: *Ciba Foundation Symposium 33: Parent-infant interaction*. Elsevier, Amsterdam
- von Lüpke, H. (1989). Perfekte Therapie oder Begleitung von Familien in der Krise? In: Voß, R. (Hrsg.) *Das Recht des Kindes auf Eigensinn. Die Paradoxien von Störung und Gesundheit*. Reinhardt, München
- Minde, K. K. (1986). Besonderheiten in der Beziehung zwischen frühgeborenen Säuglingen und ihren Eltern: einige neuere Forschungsergebnisse. In: Stork, J. (Hrsg.) *Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings – neue Ergebnisse in der psychoanalytischen Reflexion*. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt
- Neubauer, A.-P. (1987). Gruppenarbeit mit Frühgeborenen-Eltern. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 135, 504–507