

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät für Wirtschaft und Soziales

Departement Soziale Arbeit

**Die Begleitung von Eltern Frühgeborener im Rahmen
der stationären intensivmedizinischen Phase**

Das Potenzial des Konzepts der Sozialen Unterstützung

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 29.03.2019

Vorgelegt von: Anna-Lena Wieg

[REDACTED]

[REDACTED]

Betreuender Prüfer: Herr Prof. Dr. Georg Schürgers

Zweiter Prüfer: Herr Prof. Dr. Gunter Groen

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	1
2.	Frühgeburtlichkeit	4
2.1	Begriffsklärung.....	4
2.2	Ursachen und Vorkommen.....	6
2.3	Folgen und Risiken für das Kind (medizinisch/psychosozial).....	7
2.4	Frühe Eltern-Kind-Interaktion.....	8
2.5	Elterliche psychosoziale Krise	10
	2.5.1 Krisentheoretische Überlegungen.....	10
	2.5.2 Stresstheoretische Überlegungen	14
	2.5.3 Studienergebnisse	19
	2.5.4 Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion.....	22
3.	Soziale Unterstützung als Handlungskonzept.....	25
3.1	Begriffsklärung.....	25
	3.1.1 Terminologische Begriffsauslegung	25
	3.1.2 Inhaltliche Begriffsauslegung	26
3.2	Leitende Perspektiven und Ansätze	29
	3.2.1 Dimensionen sozialer Unterstützung: wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung	29
	3.2.2 Soziale Unterstützung und Stress (Wirkungswege)	31
4.	Unterstützungsformen und ihre Bedeutung für die Elternbegleitung und die Professionellen der Sozialen Arbeit	38
4.1	Emotionale Unterstützung.....	38
4.2	Instrumentelle Unterstützung	41
4.3	Informationelle Unterstützung	42
4.4	Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung	42
4.5	Positiver sozialer Kontakt	44
5.	Der Experte als Quelle sozialer Unterstützung: Voraussetzungen, Hindernisse und Einflussgrößen.....	47
5.1	Professionelle der Sozialen Arbeit als soziale Unterstützungsgeber	47
5.2	Potentielle Hindernisse bei sozialen Unterstützungsprozessen	48

5.3	Geschlechterunterschiede und dyadisches Coping.....	49
5.4	Personen-und umweltbezogene Einflussgrößen	51
6.	Diskussion	53
7.	Literaturverzeichnis	i
8.	Eidesstattliche Erklärung.....	xviii
9.	Anhang.....	xix

1. Einleitung

„Die Geburt unseres ersten Kindes hat uns völlig überrumpelt. In der 28. SSW wurde nach einer bis dato schönen Schwangerschaft unser Sohn mit einem Notkaiserschnitt geholt. Ich empfand damals massive Schuldgefühle, dass ich ihm nicht die Zeit zur Reifung geben konnte. Der behutsame Umgang mit uns Eltern in dieser Ausnahmesituation hat eine große Rolle gespielt- nämlich Vertrauen in uns und in unser Kind zu haben“ (Kade 2018, o.S.).

Weltweit erblickt etwa jedes zehnte Kind zu früh das Licht der Welt (vgl. World Health Organization 2012, 1). Im Jahre 2012 konstatierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in fast allen Ländern einen weltweiten Anstieg der Frühgeborenenrate (vgl. WHO 2012, 1). Eine reguläre Schwangerschaft umfasst etwa vierzig Schwangerschaftswochen (vgl. Von der Wense/Bindt 2013). Ein Kind wird dann als „Frühgeborenes“ bezeichnet, wenn es vor der Vollendung der siebenunddreißigsten Schwangerschaftswoche geboren wird (vgl. WHO 2018, o.S.; Von der Wense/Bindt 2013, 22; Herting o.J., 70). Laut der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die sich hier auf die Perinatalstatistik des AQUA-Instituts bezieht, wurden in Deutschland im Jahr 2013 von insgesamt 658.735 im Krankenhaus zur Welt gekommenen Kindern etwa 58.627 (8.9%) zu früh geboren (vgl. Robert Koch Institut/Statistisches Bundesamt 2015, 104). Die Rate an Frühgeborenen sei zwar „mit 9%“ innerhalb der letzten zehn Jahre konstant geblieben, dennoch befände sie sich auf einem „eher hohen Niveau“ (vgl. Schleußner 2013, 227). Die Frühgeburt stellt den „bedeutendsten Risikofaktor“ für Krankheit und Sterblichkeit um die Geburt herum dar (vgl. Schleußner, 2013, 227; Von der Wense/Bindt 2013, 19). So ist sie eine der Hauptursachen für den Tod von Neugeborenen innerhalb der ersten Lebensmonate (vgl. Liu [u.a.] 2012, 2151). Zwar sind die Überlebenschancen, insbesondere für „sehr kleine Frühgeborene“ aufgrund des medizinischen Fortschritts immer mehr gestiegen (vgl. Porz, 2010,43), gleichwohl ist das Risiko für medizinische Komplikationen in Anbetracht der sehr frühen Lebenserhaltungsmaßnahmen durchaus sehr hoch (vgl. Lohaus/Vierhaus o.J., 81). Es geht insofern nicht nur um die Frage des Überlebens der Kinder, sondern auch um die Frage nach möglichen Entwicklungsbeeinträchtigungen (vgl. Von der Wense/Bindt 2013, 19), die neben dem Kind, das Familienleben nachhaltig beeinflussen können (vgl. McDonald [u.a.] 2014, Abstract). Das Ausmaß der Belastung der betroffenen Eltern lässt sich bereits erahnen. So verglichen Hynan und Hall in ihrer Studie zur psychosozialen Versorgung von Eltern Frühgeborener, die Frühgeborenen-Intensivstation mit einem

„Raum des Traumas“ (vgl. Hynan/Hall 2015, 1). Während die frühgeborenen Kinder um ihr Überleben und Gedeihen ringen, befinden sich Eltern und Familien in einem ambivalenten emotionalen Zustand (vgl. Hynan/Hall 2015,1). Frühgeborene Kinder tragen das Risiko zukünftiger medizinischer und psychosozialer Probleme (vgl. Porz 2010, 43). Um eine bestmögliche Entwicklung für das betroffene Kind sicherzustellen, müssen Experten aller beteiligten Professionen, im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit, eine umfassende Betreuung und Begleitung des Kindes und seiner Eltern bereits während der stationären intensivmedizinischen Phase bereitstellen (vgl. Porz o.J., 255-256, 262-263). Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat im Jahre 2013 in einer neuen Richtlinie die Verpflichtung einer psychosozialen Betreuung der Eltern Früh- und Neugeborener in Perinatalzentren der Stufe 1 und 2 ausdrücklich geregelt (vgl. GBA 2013, 5, 10). Neben Ärzt*innen und Psycholog*innen, werden hier konkret auch Sozialpädagog*innen und Sozialarbeiter*innen als Vertreter*innen dieser psychosozialen Betreuung genannt (vgl. GBA 2013, 5, 10). Eltern frühgeborener Kinder gelten als wesentliche protektive Faktoren für die Entwicklung ihrer Kinder (vgl. Kißgen [u.a.] 2012, 259; Jotzo/Reichert o.J., 268). Kißgen [u.a.] plädieren in diesem Zusammenhang für eine psychosoziale Begleitung der Eltern während der „*Neonatalzeit*“, mit dem Ziel der „*Abmilderung der Auswirkungen des kritischen Lebensereignisses Frühgeburt [...]*“ (vgl. Kißgen [u.a.] 2012, 259). Es gibt einige Faktoren, die die Eltern als „Schutzfaktoren“ destabilisieren und insofern die Eltern-Kind-Interaktion in der Zeit der stationären intensivmedizinischen Phase erschweren können. Hierzu zählt u.a. die akute psychosoziale Krisensituation der Eltern, die regelmäßig zu einer Belastungs- und Stressreaktion führt und die Eltern-Kind-Interaktion erschwert (Bundesverband „Das frühgeborene Kind e.V. 2010, 5, 7,9-14; Von der Wense/Bindt 2013, 73). Die elterliche Bewältigung dieses kritischen Lebensereignisses ist jedoch für die weitere Entwicklung ihres frühgeborenen Kindes ausschlaggebend (vgl. Von der Wense/Bindt 2013, 68). Ersichtlich wird, dass die Notwendigkeit einer bestmöglichen psychosozialen Begleitung der Eltern vorliegt (vgl. Herting o.J., 76), woraus sich u.a. ein Tätigkeitsfeld für Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen eröffnet. Fraglich ist, auf welcher konzeptuellen Grundlage diese sozialarbeiterische/-pädagogische Begleitung basieren könnte, die zu einer Reduzierung der elterlichen Stressreaktion beiträgt und somit die Eltern-Kind-Interaktion erleichtert. In diesem Zusammenhang wurde bereits auf die Notwendigkeit einer fundierten Reflexion sozialer Prozesse während der stationär-intensivmedizinischen Versorgung von Frühgeborenen und ihren Familien im

Rahmen einer Studie verwiesen (vgl. Coppola [u.a.] 2013, 1737). Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Überprüfung des Potenzials des Konzeptes der „Sozialen Unterstützung“ im Hinblick auf die Reduktion der Belastungs- und Stressreaktion von Eltern Frühgeborener während der intensivmedizinischen stationären Phase, woraus eine Erleichterung der Eltern-Kind-Interaktion erfolgen könnte. Der aus dieser Arbeit resultierende Erkenntnisgewinn bietet der Praxis der intensivmedizinischen neonatologischen Versorgung möglicherweise eine Grundlage, um eigene Konzepte zu überdenken oder zu ergänzen. Ferner könnten die Ergebnisse als Grundlage für weitere Forschungsinteressen fungieren. Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine Literaturarbeit, welche sich neben Bücherquellen, insbesondere auch auf Studien stützt, die überwiegend von der medizinischen Datenbank *Pubmed* stammen. Der erste Teil der Arbeit befasst sich mit einer theoretisch-wissenschaftlichen Auseinandersetzung im Hinblick auf das Thema „Frühgeburtlichkeit“. Hier soll zunächst Hintergrundwissen bezüglich der Ursachen einer Frühgeburt, ihrer Häufigkeit sowie ihrer Folgen für das Kind generiert werden. Anschließend wird die psychosoziale Krisensituation der Eltern vor dem Hintergrund krisen- und stresstheoretischer Aspekte beschrieben und durch Studienergebnisse unterstützt. In dem zweiten Teil der Arbeit wird das Konzept der „Sozialen Unterstützung“ erläutert und in diesem Rahmen sein Potenzial hinsichtlich der elterlichen Stressreduktion und somit Erleichterung der Eltern-Kind-Interaktion während der stationären intensivmedizinischen Phase untersucht.

Aus diesen Überlegungen ergeben sich folgende Fragestellungen:

(1) *„Trägt das Konzept der „Sozialen Unterstützung“ das Potenzial in sich die Stress- und Belastungsreaktion von Eltern frühgeborener Kinder zu reduzieren und insofern positiv auf die Eltern-Kind-Interaktion während der stationären intensivmedizinischen Phase einzuwirken“?*

(2) *„Könnten Professionelle der Sozialarbeit/-pädagogik als Quelle sozialer Unterstützung während der Zeit der stationär-intensivmedizinischen Phase fungieren“?*

2. Frühgeburtlichkeit

2.1 Begriffsklärung

Eine Geburt wird dann als Frühgeburt bezeichnet, wenn diese vor Eintritt der 37. Schwangerschaftswoche erfolgt (vgl. WHO 2018, o.S./Rass 2011, 67; Straßburg/Dacheneder/Kreß 2018, 51). Neugeborene, die vor der 37. Schwangerschaftswoche geboren werden und insofern als „Frühgeborene“ gelten, werden weiter klassifiziert in „*extremely preterm*“, „*very preterm*“ und „*moderate to late preterm*“ (vgl. WHO 2018, o.S.). Bei den sogenannten extrem frühgeborenen Kindern („*extremely preterm*“) handelt es sich um Frühgeborene, die vor der 28. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen (vgl. DIMDI 2018, o.S.; WHO 2018, o.S.), während sehr kleine Frühgeborene („*very preterm*“) zwischen der 28. und 32. Schwangerschaftswoche geboren werden. Als moderate oder späte Frühgeborene („*moderate to late preterm*“) werden jene Kinder bezeichnet, die zwischen der 32. und 37. Schwangerschaftswoche das Licht der Welt erblicken (vgl. WHO 2018, o.S.). Diese Form der Klassifikation basiert auf dem sogenannten „Gestationsalter“, welches durch die vollendeten Schwangerschaftswochen bei Eintritt der Geburt definiert wird (vgl. Herting o.J., 70).

Eine weitere Form der Klassifikation von Frühgeborenen richtet sich nach ihrem Geburtsgewicht: „*Low birthweight has been defined [...] as weight at birth less than 2,500 grams (5.5. pounds)*“ (WHO 2004, 1). Ein niedriges Geburtsgewicht kann sowohl als Folge einer Frühgeburt als auch als Konsequenz von Entwicklungsbeeinträchtigungen im Mutterleib auftreten (vgl. WHO 2004, 1). Gelegentlich treten auch beide eben genannten Ursachen eines niedrigen Geburtsgewichts gleichzeitig auf (vgl. WHO 2004, 3). Genau wie bei der Klassifikation auf Grundlage des Gestationsalters, wird bei der Klassifikation nach Geburtsgewicht eine weitere Subklassifikation vorgenommen. Ein Geburtsgewicht unter 2,500 Gramm wird als „*low birth weight*“ (*LBW*) bezeichnet (vgl. Herting o.J. 71; WHO o.J., 63). Kinder, die zum Zeitpunkt ihrer Geburt weniger als 1,500 Gramm wiegen, werden als „*very low birthweight infants*“ (*VLBWI*) betitelt, während Kinder mit einem Geburtsgewicht weniger als 1,000 Gramm als „*extremely low birthweight infants*“ (*ELBWI*) klassifiziert werden (vgl. WHO 2004, 21; WHO o.J., 63; Herting o.J., 71). Ein Review, das sich auf das Belastungserleben von Müttern ehemals sehr früh geborener Kinder bezieht, führt beide Formen der Klassifikation zusammen.

So heißt es dort, dass „sehr frühgeborene Kinder“, die ein Gestationsalter weniger als 32 vollendete Schwangerschaftswochen konstatieren, in der Regel ein Geburtsgewicht unter 1,500 Gramm aufweisen (vgl. Gehrman [u.a.] 2010, 99). Als extrem unreif geborene Kinder („extremely preterm“) werden nach Gehrman [u.a.] jene bezeichnet, die mit einem Gewicht unter 1000 Gramm („extremely low birtweight“) geboren werden (vgl. Gehrman [u.a.] 2010, 99). Deutlich wird, dass diese Studie einen Zusammenhang zwischen beiden Klassifikationssystemen herstellt.

Fraglich ist, welche Vorteile Subklassifikationen, wie sie bei dem Gestationsalter und bei dem Geburtsgewicht zu finden sind, hervorbringen und, weshalb diese überhaupt existieren. Laut Gehrman [u.a.] hängt die Prognose des Frühgeborenen hinsichtlich etwaiger neurologischer, sensorischer und mentaler Entwicklungsstörungen, wesentlich von dessen „*Reifegrad*“ ab (vgl. Gehrman [u.a.], 2010, 99). Ferner sind lebenserhaltende Maßnahmen in Deutschland ab einem Gestationsalter von 22 vollendeten Schwangerschaftswochen dann verpflichtend, wenn das Frühgeborene eine konkrete Überlebenschance hat (vgl. Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI) 2019, o.S.). Zwischen 22 und 23 vollendeten Schwangerschaftswochen steigt die Möglichkeit des Überlebens der Kinder von ca. 10% auf 50% an, wobei etwa 20-30% der überlebenden Frühgeborenen schwere körperliche und geistige Behinderungen aufweisen. Aufgrund der etwaigen schweren Langzeitfolgen dieser „extremen Frühchen“ empfiehlt die GNPI, abgesehen von den kindlichen Interessen, auch jene der Eltern in die Entscheidung lebenserhaltender Maßnahmen miteinzubeziehen (vgl. GNPI 2019, o.S.). Die Überlebenschance von Frühgeborenen, die nach der vollendeten 24. Schwangerschaftswoche geboren werden, liegen etwa bei 60% (vgl. Von der Wense/Bindt 2013, 26; GNPI 2019, o.S.) Es gilt der Grundsatz, dass bei jenen Frühgeborenen die Vitalfunktion auch gegen den Elternwillen aufrechtzuerhalten ist, sofern keine lebensbedrohlichen Beeinträchtigungen vorliegen (vgl. GNPI 2019, o.S.). Die Einteilung der Frühgeborenen nach ihrem Gestationsalter hat insofern nicht nur den Zweck frühgeburtsbedingte Langzeitfolgen je nach Reifegrad einschätzen zu können, sondern fungiert auch als ethisch-rechtlicher Rahmen für die Entscheidung lebenserhaltender ärztlicher Maßnahmen nach Eintritt einer Frühgeburt. Die Einteilung nach dem Geburtsgewicht bietet zwar keine Grundlage, um über lebenserhaltende Maßnahmen zu entscheiden, gleichwohl hat das Geburtsgewicht einen prognostischen Wert, hinsichtlich der Risikoeinschätzung möglicher Gesundheitsstörungen des

Kindes (vgl. Gehrman [u.a.] 2010, 99). Ein niedriges Geburtsgewicht wird eng in Verbindung gebracht mit *„foetal and neonatal mortality and morbidity, inhibited growth and cognitive development, and chronic diseases later in life“* (WHO 2004, 1) und ist generell eher von Nachteil für das betroffene Kind (vgl. WHO 2004, 3). Insgesamt kann festgehalten werden, dass als Frühgeburt jene Geburt bezeichnet wird, die vor der vollendeten 37. Schwangerschaftswoche eintritt und zwei bekannte Klassifikationssysteme (Gestationsalter und Geburtsgewicht) mit ihren Subklassifikationen sowohl entwicklungsbezogene prognostische Aussagen ermöglichen als auch einen ethisch-rechtlichen Handlungsrahmen für den Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen, innerhalb der Versorgung von Frühgeborenen und ihren Eltern in Deutschland, bieten.

2.2 Ursachen und Vorkommen

„Despite the reported associations between preterm birth and a wide range of socio-demographic, medical, obstetric, fetal and environmental factors, approximately two-thirds of preterm births occur without an evident risk factor“ (Vogel [u. a.] 2018, Abstract).

Dieses Zitat stammt aus einer sehr aktuellen Studie von Vogel [u.a.], die besagt, dass der Anteil der Frühgeburten im Hinblick auf die weltweite Geburtenrate etwa 11% beträgt. Zwei Drittel dieser Frühgeburten treten spontan ohne nachweisbaren vorangegangenen Risikofaktor auf (vgl. Vogel [u.a.] 2018, Abstract). Laut der WHO liegen jedoch verschiedene potentielle Ursachen vor, die eine Frühgeburt bedingen können. Mehrlingsschwangerschaften, Infektionen sowie chronische Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck und sogar eine genetische Beeinflussung werden als Ursachen von Frühgeburten diskutiert (vgl. WHO 2018, o.S.; Herting o.J., 71-72). Die WHO plädiert in diesem Zusammenhang für das zukünftige Erforschen von Ursachen, um eine Verbesserung innerhalb der Prävention erzielen zu können (vgl. WHO 2018, o.S.). Rass führt weitere mögliche Ursachen auf, die eine Frühgeburt verursachen können: *„[...] vorangegangene Frühgeburten, Infertilitätsbehandlungen, Plazenta-Ablösungen, Blutungen, vorausgegangene Tod-oder Fehlgeburten“* (Rass 2011, 68). Als nicht-medizinische Risikofaktoren kommen u.a. *„das Alter, Arbeitsbelastungen, Ernährungsfehler, Alkoholkonsum, Rauchen, starkes Übergewicht, psychische Belastungen ohne Unterstützung und Partnerschaftsprobleme“* als auslösende Faktoren in Frage (vgl. Rass 2011, 68). In dem aus dem Jahre 2015 stammenden Gesundheitsbericht des Bundes, der in Kooperation mit dem Robert Koch Institut (RKI) und DESTATIS

entstand, wird eine Arbeit von Rasenack/Zink (2011) zitiert, die sich mit dem Thema „Alkohol-und Tabak in der Schwangerschaft“ befasst. Demzufolge haben Frauen, die rauchen, ein erhöhtes Risiko, eine Frühgeburt zu erleiden. Diese bringen regelmäßig Kinder mit einem niedrigen Geburtsgewicht zur Welt (vgl. Rasenack/Zink o.J., o.S. zit. n. Robert Koch Institut/Statistisches Bundesamt 2015, 104-105). Ein Review aus dem Jahre 2018 bekräftigt diesen Zusammenhang zwischen dem Rauchen in der Schwangerschaft und dem mütterlichen Risiko einer Frühgeburt (vgl. Ioakeimidis [u.a.] 2018, 1-2). Gleichwohl wird ersichtlich, dass kein einheitliches Bild hinsichtlich der Frage nach den Ursachen und Risikofaktoren im Zusammenhang mit einer Frühgeburt entsteht, da die Angaben aus den verschiedenen Quellen variieren. Aussagekräftig erscheint die Studie von Vogel [u.a.], die die Mehrheit der weltweit auftretenden Frühgeburten als spontanes Phänomen, ohne nachweisbare Ursache, einstuft (vgl. Vogel [u.a.] 2018, Abstract).

2.3 Folgen und Risiken für das Kind (medizinisch/psychosozial)

Eine Frühgeburt bedeutet für das betroffene Kind zunächst eine verfrühte Trennung von der Mutter und seiner physiologischen intrauterinen Umgebung sowie einen Übergang in eine Phase intensivmedizinischer Betreuung (vgl. Rass 2011, 70). Die akute intensivmedizinische Versorgung beinhaltet für das Kind u.U. schmerzhaftes Verfahren, die zu einem unmittelbaren Anstieg der Herzfrequenz, des Stresslevels, des Kortisolspiegels sowie zu einer Abnahme der Magen-Darm-Aktivität führen können (Field 2017, Abstract). Die neuronale Schmerzverarbeitung von Frühgeborenen ist noch unzureichend entwickelt, sodass die Schmerzreize das Gehirn beinahe in vollem Umfang erreichen (vgl. Rass 2011, 72). Dies kann wiederum negative Auswirkungen zur Folge haben, wie z. B. eine mangelnde Gewichtszunahme (Field 2017, Abstract). Überdies stellt diese Studie einen Zusammenhang, zwischen den schmerzhaften Eingriffen, einer übermäßigen Stress-Antwort sowie einer dünnen grauen Hirnsubstanz in manchen Hirnbereichen her (vgl. Field 2017, Abstract). Langzeitfolgen, wie motorische und kognitive Entwicklungsverzögerungen konnten in dieser Studie bereits bei einem Alter von acht Monaten beobachtet werden (vgl. Field 2017, Abstract). Frühgeborene haben ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung von Entwicklungsstörungen (vgl. Hupertz-Kessler/Verveur/Pöschl 2010, 236). Hierzu gehören u.a. neurologisch-sensorische Beeinträchtigungen („*Zerebralparesen, Blindheit, Taubheit*“), geistige Behinderungen,

„*Verhaltensauffälligkeiten*“ sowie Probleme im emotionalen, kognitiven und motorischen Bereich (vgl. Huppertz-Kessler/Verveur/Pöschl 2010, 236). Ein Review aus dem Jahre 2017, welches die möglichen Langzeitfolgen einer Frühgeburt erforscht hat, benennt ausdrücklich, dass eine Frühgeburt die physiologische Organreifung des Kindes unterbricht und insofern negative Folgen nach sich ziehen kann (vgl. Luu/Rehman Mian/Nuyt 2017, Abstract). In diesem Sinne bekundet auch Rass, dass Erkrankungen während der Frühgeborenenperiode auf der Basis unreifer Organsysteme entstehen, „*die für das Leben außerhalb der Gebärmutter noch nicht ausreichend entwickelt sind*“ (Rass 2011, 71). Organe wie die Lungen, der Magen-Darm-Trakt, die Augen und besonders das Gehirn befinden sich in einem sehr vulnerablen Entwicklungsabschnitt (vgl. Rass 2017, 71). Die Folgen und Risiken einer Frühgeburt betreffen nicht nur die Phase der intensivmedizinischen Versorgung, sondern haben einen Einfluss auf die folgenden Entwicklungsphasen des Kindes (vgl. Hawson/Kinney/Lawn o.J., 9). Ehemalige Frühgeborenen weisen im Schul- und Erwachsenenalter zwischen 30-50% entwicklungsneurologische Defizite auf, die spezielle Bildungs- und Lernangebote erforderlich machen (vgl. Luu/Rehman Mian/Nuyt 2017, Key Points). Neben medizinischen Problemen, können insofern auch psychosoziale Beeinträchtigungen erfolgen, was die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Betreuung auf der Grundlage einer bio-psycho-sozialen Sichtweise hervorhebt.

2.4 Frühe Eltern-Kind-Interaktion

Fraglich ist, ob die Folgen einer Frühgeburt, die sowohl das Kind als auch seine Eltern betreffen, besondere Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion nehmen können. Es ist anzunehmen, dass die frühe Eltern-Kind-Interaktion auf evolutionsbiologisch determinierten Abläufen sowohl auf Seiten der Eltern als auch auf Seiten des Kindes, basiert (vgl. Lohaus/Vierhaus o.J., 105). Einerseits geht es um spezifische „*frühkindliche Verhaltensweisen*“, wie z. B. das Weinen, das Lächeln, der Blickkontakt und die frühkindliche Imitation (vgl. Lohaus/Vierhaus o.J. 206). Andererseits handelt es sich um elterliche automatisierte Verhaltensprogramme, die das Überleben des Kindes gewährleisten (vgl. Lohaus/Vierhaus o.J. 108). Hierzu gehören u.a. das „*Einhalten eines optimalen Reaktionszeitfensters, verbales und präverbales Verhalten der Eltern, Herstellen und Aufrechterhalten von Blickkontakt*“ sowie die „*Regulation des Wachheits- und Erregungszustandes*“ (Lohaus/Vierhaus o.J., 108).

Diese frühe Eltern-Kind-Interaktion führt im besten Fall zu einem Bindungsaufbau zwischen Eltern und Kind (vgl. Lang 2009, 1). Zunächst ist fraglich, wie das Phänomen „Bindung“ beschrieben werden kann. Lohaus/Vierhaus definieren Bindung über eine Abgrenzung zu dem sog. Bindungsverhalten: *„Bindungsverhalten bezieht sich auf Verhaltensweisen des Kindes, um die Nähe der Bezugspersonen zu sichern während mit Bindung das emotionale Band zwischen Kind und Bezugsperson gemeint ist“* (Lohaus/Vierhaus o.J., 109). Weiter kann davon ausgegangen werden, dass sich die Bindungsentwicklung von Seiten des Kindes im Hinblick auf seine Eltern erst später vollzieht. Die Eltern binden sich indessen bereits sehr schnell an ihr Kind (vgl. Lohaus/Vierhaus o.J., 109). Für die Entstehung einer beiderseitigen Bindungsentwicklung ist das Fürsorgeverhalten der Eltern von größter Bedeutung (vgl. Lohaus/Vierhaus o.J., 109). Grundlegend zeichnet sich das Fürsorgeverhalten der Eltern dadurch aus, dass es dem Kind *„Wärme und Sicherheit“* vermittelt und *„Lernerfahrungen“* bereitstellt (vgl. Lohaus/Vierhaus o.J., 108-109). Als biologische Grundlage für den Aufbau einer Beziehung zwischen Eltern und Kind wird das sog. „Bonding“ betrachtet. Nach Ahnert beschreibt dieser Begriff eine *„soziale Beziehung“*, die durch bestimmte Verhaltensmuster generiert wird (vgl. Ahnert o.J., 63). Das Ziel dieser Verhaltensmuster ist das Herstellen von Intimität zwischen einem Kind und seiner *„Bezugsperson“* (vgl. Ahnert o.J., 63; Szymanska 2017, 693). Der Bonding-Prozess vollzieht sich insbesondere während der ersten Tage nach der Geburt und zeichnet sich dadurch aus, dass die Mutter eine einzigartige Bindung zu ihrem Kind empfindet, welches sie umsorgen und schützen möchte (vgl. Szymanska 2017, 693). Mütterliche Verhaltensweisen, die auf Grundlage dieser Empfindungen erwachsen sind u.a. das Beruhigen des Kindes, das Herstellen von Intimität mit dem Kind sowie die verbale Kontaktaufnahme (vgl. Szymanska 2017, 693). Es ist wichtig zu erwähnen, dass der Verlauf des Bonding-Prozesses von Kontextfaktoren wie z. B. von der elterlichen Biographie sowie ihrer Wahrnehmung von *„Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und den ersten Lebensmontanen des Kindes“* abhängt (vgl. Lang 2009, 1). Als biologische Grundlage des Bondingprozesses werden insbesondere hormonelle und neuronale Mechanismen diskutiert (vgl. Ahnert o.J., 64-67). Als hormoneller Mechanismus wird hier besonders die Ausschüttung des Hormons Oxytocin hervorgehoben. Während der Geburt erfolgt eine starke Ausschüttung dieses Hormons, welches in Folge die Milchproduktion antizipiert (vgl. Ahnert o.J., 65). Oxytocin ist ein wesentlicher Regulator im Zusammenhang mit der Qualität des Bondingprozesses zwischen Kind und Eltern (vgl.

Szymanska [u.a.] 2017, Abstract). Oxytocin scheint einen positiven Einfluss auf das elterliche Fürsorgeverhalten auszuüben, indem es feindselige Gefühle gegenüber dem Kind reduziert, angstlindernd wirkt und die elterliche Verfügbarkeit beeinflusst (vgl. Szymanska [u.a.] 2017, 691). Neurochemische Mechanismen des Bonding-Prozesses werden im Zusammenhang mit endogenen Opiaten diskutiert (vgl. Ahnert o.J., 65-66). Sie scheinen besonders bei der Emotionsregulation zwischen Mutter und Kind eine bedeutende Rolle einzunehmen (vgl. Ahnert o.J., 65-66).

Nun muss allerdings darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich die vorangegangenen theoretischen Beschreibungen auf den Beziehungsaufbau zwischen reifgeborenen Kindern und ihren Eltern beziehen. Insofern müsste nun geklärt werden, ob eine Frühgeburt die soeben beschriebenen Voraussetzungen für die Interaktion und Entwicklung einer Bindung zwischen Eltern und Kind in irgendeiner Form beeinträchtigen könnte.

2.5 Elterliche psychosoziale Krise

2.5.1 Krisentheoretische Überlegungen

„Eine sehr unreife Geburt bedeutet [...] nicht nur [...] ein erhöhtes Risiko für die Ausbildung von Entwicklungsstörungen beim Kind, sondern stellt auch für die Eltern eine erhebliche emotionale Belastung und Gefährdung ihrer psychosozialen Stabilität dar (Gehrmann [u.a.] 2010, 100).

Eine Frühgeburt führt die betroffenen Eltern regelmäßig in eine psychosoziale Krisensituation (vgl. Henze o.J., 107; Von der Wense/Bindt 2013, 72-73; Gloger-Tippelt 1988, 129; Hynan [u.a.] 2015, 14).

Die Krisendefinition von Gerald Caplan besagt, dass die Entstehung einer Krise maßgeblich auf einer Dysbalance zwischen den Anforderungen einer Situation und jenen zur Verfügung stehenden individuellen Bewältigungsressourcen basiert (vgl. Caplan 1964, 39). Es handelt sich insofern um eine Überforderungssituation, in welcher die bisherigen Bewältigungsmöglichkeiten eines Individuums nicht mehr für die Lösung eines Problems ausreichen (vgl. Caplan 1964, 39). Weiter wird die Krise als *„Verlust des seelischen Gleichgewichts durch Ereignisse und Lebensumstände, die ein Mensch im Augenblick nicht bewältigen kann“*, definiert (vgl. Laux o.J., 564). Krisen sind nach Laux somit *„bedrohliche kritische Lebenssituationen“*, die sich auf der

Grundlage „akuter Belastungen“ entwickeln (vgl. Laux o.J., 564). Dieses Problem der Nicht-Bewältigung führt zu einer Stressreaktion, die sich nach Caplan in Affekten wie Angst und Panik sowie in Scham-, Schuld- und Hilflosigkeitsgefühlen äußern kann (vgl. Caplan 1964, 40). Bei einem anhaltende Stresserleben, aufgrund der Nichtbewältigbarkeit eines Problems, muss mit negativen Folgen für die betroffene Person gerechnet werden (vgl. Caplan 1964, 41). In diesem Zusammenhang bekundet Pauls, dass jene Stressreaktion im schlimmsten Fall zu einer „*Störung, Erkrankung*“ oder zum „*Suizid*“ führen kann (vgl. Pauls 2011, 349). Pauls merkt jedoch an, dass eine Krise nicht prinzipiell als „*negatives Ereignis*“ betrachtet werden sollte, sondern auch ein Ausgangspunkt für positive Veränderungen und Lernprozesse sein kann. „*Entwicklung und Reifung*“ können als etwaige positive Resultate aus Krisen hervorgehen, welche eine Entfaltung neuer Bewältigungsfertigkeiten ermöglichen (vgl. Pauls 2011, 349). Ob eine Krise bewältigt werden kann, ist von mehreren Faktoren abhängig. Hierzu gehört u.a. die Fähigkeit der betroffenen Person, *psychische, soziale und ggf. materielle Ressourcen* mobilisieren zu können (vgl. Pauls 2011, 349). Pauls übersetzt dies in die Frage nach „*psychischen Kompetenzen, der Vulnerabilität, der sozialen Integration und der Tragfähigkeit der sozioökonomischen Lage*“ (vgl. Pauls 2011, 348). Krisen lassen sich in sog. „*Veränderungskrisen*“ und „*traumatische Krisen*“ kategorisieren (vgl. Pauls 2011, 351/Laux, Gerhard o.J., 564). Eine traumatische Krise ereignet sich regelmäßig in Folge plötzlicher Ereignisse, wie z.B. durch einen abrupten „*Verlust einer geliebten Person*“ (vgl. Pauls 2011, 351). Hingegen wird die Entstehung einer Veränderungskrise eher auf Überforderungssituationen zurückgeführt (Laux o.J., 564). Diese Überforderungssituationen entstehen aus zukunftssträchtigen Veränderungen, die sich über einen längeren Zeitraum entwickeln. Bei einer Veränderungskrise kann das Individuum oder die Familie i.d.R. im Voraus Gegenmaßnahmen treffen (vgl. Pauls 2011, 351). Beide Krisensituationen haben unterschiedliche Reaktionen zur Folge (vgl. Pauls 2011, 351/Laux o.J., 564). Nach Laux mündet eine traumatische Krise in eine akute Belastungsreaktion (Laux o.J., 564). Nach Maßgabe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) handelt es sich bei einer akuten Belastungsreaktion um eine „*vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt*“, welche i. d. R. „*innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt*“ (DIMDI, F43.0, 2019, o.S.). Das Auftreten und der Schweregrad dieser akuten Belastungsreaktion ist sowohl von der „*individuellen Vulnerabilität*“ als auch

von den vorhandenen „*Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien)*“ abhängig (vgl. DIMDI 2019, o.S./Pauls 2011, 352). Pauls beschreibt einen typischen Verlauf traumatischer Krisen, in dem initial nach dem auslösenden Ereignis ein Schock auftritt. Auf diese Schockphase folgen die sog. „*Reaktionsphase*“, die „*Bearbeitungs-*“ sowie eine „*Neuorientierungsphase*“ (vgl. Pauls 2011, 351). Für den Fall, dass die Neuorientierungsphase eintritt, kann die traumatische Krise als günstiger Ausgangspunkt für Neues (Entwicklung, Lernprozesse) fungieren (vgl. Pauls 2011, 351). Das klinische Bild einer akuten Belastungsreaktion ist recht heterogen (vgl. DIMDI 2019, o.S.). So kann sich zunächst ein Zustand emotionaler „*Betäubung*“ i. V. m. einer Bewusstseinsengung und verminderter Aufmerksamkeit, Desorientiertheit und einer Unfähigkeit Reize zu verarbeiten, einstellen (vgl. DIMDI 2019, o.S.). Überdies kann sich einerseits eine Tendenz des Betroffenen zur Isolation, oder aber vielmehr eine Tendenz zur „*Überaktivität*“ und „*Unruhe*“ abzeichnen (vgl. DIMDI 2019, o.S.). Ferner verweist DIMDI auf typische Symptome, die durch das vegetative Nervensystem getriggert werden und insbesondere bei Angst und Panik auftreten, wie z. B. Herzrasen, „*Schwitzen und Erröten*“ (vgl. DIMDI 2019, o.S.). Pauls differenziert ebenfalls zwischen psychischen und körperlichen Anzeichen einer Krise (vgl. Pauls 2011, 352). Als psychische Anzeichen nennt er u.a. „*erhöhte Spannung, Nervosität, Aufregung (arousal), [...] Ängstlichkeit, Aggressivität oder Autoaggressivität, Depressivität, affektiv-kognitive Verwirrtheit [...] (Pauls 2011, 352)*. Beispiele körperlicher Symptome ordnet er verschiedenen Organsystemen zu: Störungen des Respirationstrakts, des Verdauungssystems, des Urogenitalsystems, der Haut, des neurologischen Systems sowie des Hormonsystems (vgl. Pauls 2011, 352). Bei der Veränderungskrise kann ein etwas anderer Verlauf verzeichnet werden, als bei der traumatischen Krise (vgl. Pauls 2011, 351). Eine Integration und Bewältigung der sich abzeichnenden Veränderungen kann der Betroffene nicht erreichen (vgl. Pauls 2011, 351), wodurch sich ein Versagensgefühl und eine Zunahme psychischer Anspannung einstellen kann (vgl. Laux o.J., 564). Gemäß Pauls kann eine Veränderungskrise durchaus mittels adäquater Unterstützungsangebote bewältigt werden. Gleichwohl kann eine nicht bewältigte Veränderungskrise zu Isolationstendenzen und chronisch-depressiven Störungen des Betroffenen führen und sich hinsichtlich der Symptomatik der traumatischen Krise annähern (vgl. Pauls 2011, 351-352). Laux sieht als Folge beider Krisensituationen jeweils zwei Möglichkeiten: die „*Bewältigung*“ auf der einen Seite, und die Entwicklung einer „*Störung*“ oder „*Krankheit*“ auf der anderen Seite (vgl. Laux o.J., 564). Eine Frühgeburt

könnte zu beiden Formen von Krisensituationen führen. Bei einer sog. spontanen Frühgeburt handelt es sich um eine unerwartete Frühgeburt (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 127). Aufgrund ihres plötzlichen Auftretens könnte diese, nach Auslegung der soeben vorgestellten krisentheoretischen Ansätze, eher zu einer traumatischen Krise der betroffenen Eltern führen. Es gibt durchaus Frühgeburten, die sich im Verlauf der Schwangerschaft anbahnen und teilweise auch geplant stattfinden müssen. Hier haben die Eltern u.U. die Möglichkeit, sich auf die herannahenden Veränderungen, wenngleich auch diese höchst belastend sind, vorzubereiten (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 127). Insofern würde hier eher die sog. Veränderungskrise einschlägig werden. Insgesamt kann festgehalten werden, dass bei einer Frühgeburt demnach beide Krisensituationen als Folge in Betracht kommen und mit den typischen psychischen und körperlichen Belastungsreaktionen gerechnet werden muss.

Auch anhand des Phasenmodells von Gabriele Gloger-Tippelt kann die psychosoziale Krisensituation als Folge einer Frühgeburt nachvollzogen werden. Dieses Modell beschreibt vier Schwangerschaftsphasen, die Eltern bei dem Übergang zur Elternschaft durchlaufen. Von Beginn der Schwangerschaft bis zur 12. Schwangerschaftswoche (SSW) befinden sich die werdenden Eltern in der sog. „Verunsicherungsphase“ (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 75). Die sog. „Anpassungsphase“ erfolgt sodann zwischen der 12. und 29. SSW, in der sich die Eltern kognitiv und emotional an die neue Situation anpassen (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 78). Relevant im Kontext einer Frühgeburt sind die letzten beiden Phasen und zwar die sog. „Konkretisierungsphase“ (c. a. 20-32. SSW) (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 81) sowie die sog. „Antizipations- und Vorbereitungsphase“ (c. a. 32-40. SSW) (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 88). Je nachdem, wann ein Frühgeborenes auf die Welt kommt, können diese Phasen elterlicher psychischer Anpassung unterbrochen werden (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 128). Laut Gloger-Tippelt wird der elterliche „*kognitive Erwartungshorizont*“ bei einer Frühgeburt zerstört, was das Vertrauen in eigene Bewältigungskompetenzen hinsichtlich der Geburt und der darauffolgenden Phase mindern könnte (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 128). Überdies wird die Phase unterbrochen, in welcher die Vorstellung des eigenen Kindes und der Elternrolle konkreter wird (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 128). Die vorzeitige Geburt des Kindes führt bei den Eltern regelmäßig zu Enttäuschungs-, Schuld- und Schamgefühlen (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 129; Henze o.J., 109). An dieser Stelle kann ein Zusammenhang mit dem einleitenden Zitat von Kade hergestellt werden („[...] ich empfand damals massive

Schuldgefühle [...]“). Sowohl Mütter als auch Väter weisen in der ersten Zeit nach einer Frühgeburt Gefühle ausgeprägter emotionaler Labilität, depressiver Verstimmungen, „*Trauer, Hilflosigkeit*“ sowie „*Verzweiflung*“ auf (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 131). Im selben Zuge können obendrein psychosomatische Beschwerden auftreten (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 131). Die Bewältigung der elterlichen Gefühle von Enttäuschung und Verlustangst stellt eine große Herausforderung nach einer Frühgeburt dar (vgl. Gloger-Tippelt 1988, 130).

2.5.2 Stresstheoretische Überlegungen

Wie eingangs bereits erwähnt, führt das Erleben einer krisenhaften Situation zu einer Stressreaktion (vgl. Pauls 2011, 349). Stress tritt bei Eltern frühgeborener Kinder bereits während der akuten stationären Phase auf (vgl. Howe [u.a.] 2014, Abstract).

Bei der Suche nach einer Definition von Stress sind verschiedenste Theorien zu finden (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 85), die sich in „*primär biologisch-physiologisch[e]*“ (reaktionsbezogen), „*stimulusorientiert[e]*“ und in „*transaktional[e]*“ Ansätze differenzieren lassen (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 85-86).

Ansätze, die eher die primär-biologische Perspektive vertreten und Stress als körperliche Reaktion betrachten, können mit den Namen Cannon und Selye in Verbindung gebracht werden (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 86; Faltmaier 2005, 73). Cannon begründete den Ausdruck des sog. „*fight-or-flight Syndroms*“ (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 86; Faltmaier 2005, 73). Dieses „*Syndrom*“ sah er als „*zentralen biologischen Anpassungsmechanismus*“ des Körpers (Flucht oder Kampf) angesichts bedrohlicher Situationen an (vgl. Faltmaier 2005, 73). Um diese beiden Reaktionsoptionen (Flucht oder Kampf) ausführen zu können, triggert dieses Syndrom die jeweiligen körperlichen Voraussetzungen, indem alle körperlichen Funktionen, die für Kampf und Flucht benötigt werden, aktiviert werden (vgl. Faltmaier 2005, 73). Dabei handelt es sich vorrangig um die Aktivierung des Herz-Kreislauf-Systems und die Drosselung von körperlichen Funktionssystemen, die für die beiden spezifischen Reaktionsmöglichkeiten nicht notwendig oder gar hinderlich sind (u.a. das Verdauungssystem) (vgl. Faltmaier 2005, 73). Knoll/Scholz/Rieckmann verweisen in dem Rahmen der Vorstellung von Cannons Ansatz auf das sog. „*Hypothalamus-Nebennierenmark-System*“, welches bei starker Beanspruchung des Körpers antizipiert wird und zu einer

Freisetzung der Hormone Adrenalin und Noradrenalin führt (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 86). Insbesondere körperliche Funktionssysteme, wie das Respirations-, das Herzkreislauf- und das Stoffwechselsystem, werden durch die Freisetzung der Hormone determiniert (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 86).

Ein weiterer Ansatz dieser Theoriegruppe geht auf Hans Selye zurück, welcher das sog. „*General Adaption Syndrome (G.A.S.)*“ beschrieb (vgl. Selye o.J., 27-35). Innerhalb dieses Ansatzes kann biologischer Stress durch verschiedenste Arten von Stressoren ausgelöst werden (vgl. Selye o.J., 31). Bei einer Stressreaktion handelt sich insofern eher um eine unspezifische Reaktion des Organismus (vgl. Selye o.J., 31; 27-28). Diese Stressreaktion wird durch die Freisetzung des Hormons Kortisol aus der Nebennierenrinde induziert (vgl. Selye o.J., 33), welche unabhängig von der Art der Stressquelle abläuft (vgl. Lyon o.J., 27). Selye beschreibt drei aufeinanderfolgende Reaktionsmuster: „*alarm reaction*“, „*stage of resistance*“ und „*stage of exhaustion*“ (vgl. Selye o.J., 32-33). Knoll/Scholz/Rieckmann stellen eine übersichtliche Erläuterung dieser drei Phasen von Selye bereit. Innerhalb der „*Alarmphase*“ („*alarm reaction*“) kommt es zu einem Schock, der sich u.a. durch körperliche Reaktionen, wie „*Blutdruckabfall, Herzrasen, Unterzuckerung*“ und verminderte „*Widerstandskraft*“, abzeichnet (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 88). Im Anschluss generiert der Körper eine sog. „*Gegenschockphase*“ („*stage of resistance*“), in welcher insbesondere das „*Stresshormon*“ Kortisol ausgeschüttet wird (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 89). Falls der Organismus der Stressquelle weiterhin ausgesetzt ist, kämpft er in der darauffolgenden Widerstandsphase dagegen an, indem Energie mobilisiert wird (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 89). Der Körper befindet sich demnach weiterhin in einer anhaltenden Kampfphase (Sympathikusaktivität und Produktion von Stresshormonen) (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 89). In der dritten Phase, der „*Erschöpfungsphase*“, („*stage of exhaustion*“) kann der Körper sich nicht mehr an die Stressexposition anpassen, was in eine Erschöpfung mündet. Die Produktion und Freisetzung von Kortisol sowie eine Drosselung der Abwehr des Immunsystems kann die Gesundheit des Betroffenen gefährden (vgl. Knoll/Schol/Rieckmann 2017, 89). Es zeigte sich, dass v. a. Mütter frühgeborener Kinder von stressbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen betroffen sind (vgl. Howe [u.a.] 2014, Abstract).

Stimulusorientierte Stresstheorien sehen nicht die Reaktionen im Vordergrund, sondern die stressauslösenden Stimuli (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 91). Ein diesbezüglich geläufiger theoretischer Zugang ist die Theorie der kritischen Lebensereignisse nach Holmes und Nahe (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 91). Als stressauslösende Stimuli (Stressoren) gelten hier Lebensveränderungen oder Lebensereignisse (vgl. Lyon o.J., 29), wobei die Bewertung dieser durch das Individuum nicht maßgeblich ist (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann, 91). Innerhalb dieses Ansatzes besteht die Hypothese, dass mit einem „Übermaß an Veränderungen“ im Leben eines Individuums, ein Ansteigen der Stressbelastung resultiert und das Erkrankungsrisiko zunimmt (vgl. Lyon o.J., 29; Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 91). Als Assessment fungiert hier die sog. Social Readjustment Rating Scale, mit welcher Stress als sog. Anpassungsaufwand, im Hinblick auf kritische Lebensereignisse, erfasst werden soll (vgl. Lyon o.J., 29; Koll/Scholz/Rieckmann, 92). In Anbetracht dieses theoretischen Ansatzes könnte eine Frühgeburt durchaus ein stressauslösendes Lebensereignis darstellen, welches mit einem Übermaß an Veränderungen für das betroffene Individuum verbunden ist.

Bei beiden theoretischen Ansätzen nimmt das Individuum eher eine passive Rolle ein, indem seine Fähigkeit der kognitiven Auseinandersetzung mit dem potentiellen stressauslösenden Ereignis nicht betrachtet wird. Diesen Aspekt würdigt der hier als letztes vorzustellende transaktionale stresstheoretische Ansatz von Richard Lazarus.

Gemäß Lazarus ist Stress keine festgelegte Größe, sondern eher ein Resultat aus einem Wechselspiel (Transaktion) zwischen Individuum und Umwelt: *„Psychological stress, [...], is a relation between the person and the environment that is appraised by the person taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well-being“* (Lazarus/Folkman 1984, 21). Ob die Interaktion zwischen Umwelt und Individuum als stressvoll bewertet wird, hängt insofern von der individuellen kognitiven Einschätzung ab (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 21). Im Sinne dieses Konzeptes gibt es verschiedene Bewertungsformen („Cognitive Appraisal“): die sog. „Primärbewertung“, die sog. „Sekundärbewertung“ sowie die sog. „Neubewertung“ (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 31-38). Bei dem Prozess der Primärbewertung handelt es sich um eine erste Beurteilung der Situation (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 32). Dabei kann die Situation im Hinblick auf das eigene Wohlbefinden als irrelevant, positiv oder stressauslösend bewertet werden (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 32). Nach Lazarus sind die wichtigsten

Bewertungsvariablen für das etwaige Auslösen psychischen Stresses „*Schädigung/Verlust, Bedrohung und Herausforderung*“ (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 32). Bei den sog. „*Schädigungs-und Verlustbewertungen*“ handelt es sich um Einschätzungen, die bereits einen Schadenseintritt annehmen (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 32). Im Gegensatz dazu handelt es sich bei der sog. „*Bedrohungsbewertung*“ um die Einschätzung, dass ein Schaden zukünftig erfolgen könnte (vgl. Lazarus o.J., 239). Eine Frühgeburt könnte aus Sicht der Eltern durchaus den Eintritt eines Schadens oder eines Verlustes bedeuten. Sowohl die frühzeitige physische Trennung des Kindes aus dem Mutterleib als auch die räumliche Trennung zwischen Mutter und Frühgeborenem (vgl. Henze o.J., 107-108) könnten diese Schadens-und Verlusteinschätzung bedingen. Auch die Form der Bedrohungsbewertung ist bei Eltern frühgeborener Kinder sehr wahrscheinlich. So muss stets mit dem Verlust des Kindes durch Versterben oder mit einer Schädigung/Beeinträchtigung der kindlichen Entwicklung mit nachhaltigen Folgen für das familiäre Leben gerechnet werden (vgl. Von der Wense/Bindt 2013, 19; vgl. McDonald [u.a.] 2014, Abstract;). Die Einschätzung, dass eine Situation eine Herausforderung („*Herausforderungsbewertung*“) sein könnte, geht mit der Erwartung einher, die Situation bewältigen zu können (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 33). Wichtig zu erwähnen sei, dass die Bewertung einer Frühgeburt als Herausforderung ebenfalls möglich sein könnte. Dies wäre dann der Fall, wenn sich die Eltern in der Lage fühlen, mithilfe der verfügbaren Ressourcen diese Situation zu bewältigen. Die verschiedenen Bewertungskategorien stehen i.d.R. in einem engen Zusammenhang (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 32-33). So bekundet Lazarus, dass die Beurteilung einer Situation als Schadenseintritt (Bewertung auf Vergangenheit bezogen) oder Herausforderung auch Bedrohungseinschätzungen (in die Zukunft gerichtet) beinhalten kann (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 32-33). Die Bewertung einer Situation als Schädigung, Bedrohung oder Herausforderung steht in einem engen Zusammenhang mit der individuellen Einschätzung, hinsichtlich der Verfügbarkeit von Bewältigungsressourcen (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 65 ff.). Lazarus nennt folgende Beispielfragen, die den Prozess der Primärbewertung zum Ausdruck bringen sollen: „*Sind meine Ziele, meine wichtigen persönlichen Beziehungen oder meine zentralen Überzeugungen und Wertvorstellungen hier betroffen?*“ (Lazarus o.J., 238). Im Falle, dass jene betroffen sein könnten, formuliert er diese Folgefrage: „*Was habe ich zu erwarten?*“ (Lazarus o.J., 238). Bestünde gegebenenfalls die Einschätzung, dass keine Bedrohung des Wohl-

befindens durch die Situation vorliegt, so wäre der Bewertungsprozess abgeschlossen (vgl. Lazarus o.J., 238).

Der Prozess des „Sekundären Bewertens“ tritt dann ein, wenn das Individuum bei der Primärwertung eine Bedrohung des eigenen Wohlbefindens durch die Situation ermittelt hat. Bei dem Prozess der Sekundärbewertung stellt das Individuum die Anforderungen der Situation in eine Relation mit jenen, zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen („*Bewältigungsoptionen*“) und etwaigen Hindernissen (umwelt- und personenbezogen) (vgl. Lazarus o.J., 238). Lazarus sieht in dem Resultat dieses Bewertungsprozesses und in der individuellen Beurteilung der Relevanz dieser Individuum-Umwelt –Transaktion die kognitive Basis für das „*Bewältigungshandeln*“ (vgl. Lazarus o.J., 238). In diesem Zusammenhang benennt er u.a. jene typischen Fragestellungen der Sekundärbewertungsphase: „*Muss ich wirklich etwas tun?*“, „*Was kann getan werden?*“, „*Ist es machbar?*“, „*Bin ich imstande diese Option umzusetzen?*“ (Lazarus o.J., 238). Es ist wichtig zu erwähnen, dass die Primärbewertung stets in Interaktion mit der Sekundärbewertung steht, sodass beide nicht unabhängig voneinander erfolgen (vgl. Lazarus o.J., 238).

Eine Situationsbewertung kann sich durch eine Neubewertung („*reappraisal*“) jederzeit verändern, was ebenfalls eine Veränderbarkeit der psychischen Situation (z. B. Stress) bedeutet (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 38). Im Rahmen der Neubewertung unterscheidet das Konzept zwischen „*reappraisals*“ und „*defensive reappraisals*“ (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 38). Die Unterschiedlichkeit besteht hier in der Ursache für das Eintreten einer Neubewertung. So kommt es bei den „*reappraisals*“ i. d. R. zu Neubewertungen der Situation, aufgrund neuer Informationen aus der Umwelt. Als Beispiel wäre hier im Kontext des Lebensereignisses „Frühgeburt“ eine Veränderung des gesundheitlichen Zustandes des Kindes zu nennen, der z. B. durch das Ärzte-Team mitgeteilt wird. Diese neue Information könnte die Eltern zu einer negativen oder positiven Neubewertung der Situation veranlassen. Bei den „*defensive reappraisals*“ handelt es sich vornehmlich um eine Art kognitiver Umstrukturierung in Form einer Reinterpretation der Situation, weshalb sich hier eher eine Nähe zum Konzept der kognitiven Bewältigung abzeichnet (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 38). Hier würden die betroffenen Eltern aus sich selbst heraus, unabhängig von Umweltvariablen, ihre Situation neu bewerten. Nun ist fraglich, welche Faktoren die Situationsbewertung determinieren.

Lazarus nennt dies die „*Vorbedingungen der Bewertung*“ (vgl. Lazarus o.J. 239). Diese Vorbedingungen sind zum einen die Person selbst („*Persönlichkeitsdispositionen*“, „*persönliche Ressourcen*“) und zum anderen ihre Kontextfaktoren („*Umweltbedingungen*“). Mit Umweltfaktoren meint Lazarus u.a. Situationsanforderungen, Situationszwänge und -chancen sowie zeitliche Dimensionen (vgl. Lazarus o.J., 239). Als die zentralen Persönlichkeitsanteile, die über die Art der Bewertung der Situation entscheiden, nennt er mit Verweis auf Alfred Bandura die Frage nach dem Selbstvertrauen und dem Selbstwirksamkeitsgefühl einer Person (vgl. Lazarus o.J., 239). Fühlt sich eine Person in der Lage, eine Situation zu bewältigen, so führt dies eher zu der Beurteilung einer Situation als Herausforderung. Hingegen führen ein vermindertes Selbstvertrauen und eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung eher zu der Bewertung einer Situation als Bedrohung (vgl. Lazarus o.J., 239).

Im Anschluss an den Bewertungsprozess schließt sich der sogenannte Bewältigungsprozess („*Coping Process*“) an. Dieser Bewältigungsprozess ist dadurch charakterisiert, dass das Individuum fortwährende kognitive und verhaltensbezogene Anpassungen vornimmt, um interne oder externe Bedingungen zu kontrollieren, die die eigenen Bewältigungsressourcen belasten oder überstrapazieren (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 141). Es geht insofern um die Bewältigung von potentiellen stressauslösenden Situationen. Bedeutsam im Kontext der vorliegenden Fragestellung ist die Frage nach jenen Ressourcen, die in diesem Bewältigungsprozess unterstützend wirken können. Nach Lazarus gehören zu solchen Coping-Ressourcen „*Health and Energy*“, „*Positive Beliefs*“, „*Problem-solving Skills*“, „*Social Skills*“, „*Material Resources*“ und „*Social Support*“ (vgl. Lazarus/Folkman 1984, 157-164).

2.5.3 Studienergebnisse

Ionio [u.a.] kamen in ihrer Studie, die das Belastungserleben von Müttern und Vätern frühgeborener Kinder während der intensivmedizinischen Phase erforschte, zu dem Ergebnis, dass sich die emotionalen Reaktionen bei Eltern reifgeborener und frühgeborener Kinder unterscheiden (Ionio [u.a.] 2016, Abstract). Mütter Frühgeborener zeigten im Vergleich zu Müttern termingerecht geborener Kinder höhere Werte in den Kategorien „Anspannung-Angst“, „Depression“, „Zorn –Feindseligkeit“, sowie in der Kategorie „Erschöpfung“ (vgl. Ionio [u.a.] 2016, 611). Die Väter frühgeborener Kinder

erreichten niedrigere Werte in den Kategorien „Kraft-Aktivität“ und höhere Werte in der Kategorie „Feindseligkeit-Zorn“ im Vergleich zu Vätern termingerecht geborener Kinder (vgl. Ionio [u.a.] 2016, 612). Diese Ergebnisse basieren auf Daten, die mittels verschiedener Assessments erhoben wurden, wie z. B. der Impact of Event-Scale Revised (IES-R), der Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), dem Post-Partum Bonding Questionnaire (PBQ), dem Profile of Mood States (POMS) und der Parental Stressor Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PSS: NICU) (vgl. Ionio [u.a.] 2016, 609-611).

Das systematische Review von Gehrman [u.a.] fasst Studien zusammen, die das Belastungserleben von Müttern Frühgeborener untersuchten und konnte dabei feststellen, dass Mütter während der intensivmedizinischen Betreuung ihres Kindes und vor der Entlassung aus der Klinik einen Anstieg an ängstlichen und depressiven Symptomen aufweisen (vgl. Gehrman [u.a.] 2010, 100). Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass das Belastungserleben der Mütter u.a. von der Unterstützung durch Familie und Stationsteam abhängig war (vgl. Gehrman [u.a.] 2010, 100). Gehrman [u.a.] zitiert weiter die Ergebnisse prospektiver Verlaufsstudien, die zeigen, dass nach der Entlassung der Familien aus der Klinik bei einigen, aber bei weitem nicht allen Müttern, eine sukzessive Stabilisierung des psychischen Wohlergehens eintrat (vgl. Gehrman [u.a.] 2010, 100). Das Belastungserleben der Mütter nach der Entlassung bis hin zum Schulalter des Kindes variierte in den Studien in Abhängigkeit von dem Entwicklungsrisiko des Kindes und sozialen Faktoren. So zeigten sich insbesondere alleinerziehende Mütter sehr belastet (vgl. Gehrman [u.a.] 2010, 100). Auch Mütter, deren Kinder wiederholten Klinikaufenthalten ausgesetzt waren oder jene, die während der akut intensivmedizinischen Phase wenig Kontakt zu ihrem Kind hatten, zeigten hohe Belastungswerte (vgl. Gehrman [u.a.] 2010, 100). Mütter, deren Kindern ein hohes Entwicklungsrisiko prognostiziert wurde, bekundeten negative familiäre Effekte, wie *„finanzielle Probleme, Belastungen der Beziehungen innerhalb der Familie und persönliche Erschöpfung“* (Gehrman [u.a.] 2010, 100).

Mütter frühgeborener Kinder erleiden schwerwiegenden psychischen Stress mit einer erhöhten Rate an ineinandergreifenden depressiven, angst- und stressbedingten Symptomen sowie Anzeichen einer posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Holditch-Davis [u.a.] 2015, 2). Die Studie von Holditch-Davis [u.a.] fand heraus, dass fünf

Parameter psychischen mütterlichen Stresses während des Klinikaufenthalts signifikant miteinander verwoben waren. Jene waren: „*depressiv symptoms, state anxiety, post-traumatic-stress symptoms, stress due to the infants appearance and behavior and stress to the parental role alternations*“ (Holditch-Davis [u.a.] 2015, 8). Die Mütter wurden in dieser Studie in fünf verschiedene Kategorien eingeteilt: niedriges Stresslevel (1), moderates Stresslevel (2), hohes Stresslevel (3), ausgeprägte Depressions- und Angstsymptome (4) und in die Kategorie „extremes Stresslevel (5)“ (vgl. Holditch-Davis [u.a.] 2015, 8). Es konnte festgestellt werden, dass folgende Gruppen von Müttern auch ein Jahr nach der Entlassung noch hohe Stresslevels und zudem eine abgeflaute mütterliche Sensitivität ihrem Kind gegenüber aufwiesen: (3), (4), und (5). Die Autoren dieser Studie vermuten, dass diese drei Gruppen von Müttern, jene der gesundheitlich am schwersten betroffenen Kinder, umfassten (vgl. Holditch-Davis 2015, 10).

Nun wurde bereits auf das Belastungserleben der Mütter eingegangen, fraglich ist, wie sich das Belastungserleben der Väter gestaltet. Eine Metaanalyse von Schappin [u.a.] kam zu dem Ergebnis, dass Mütter etwas mehr Stress im Rahmen der Phase der intensivmedizinischen Betreuung erleben als Väter (vgl. Schappin [u.a.] 2013, 14). Die Studie weist jedoch darauf hin, dass dieser minimale Unterschied vermutlich ein Ergebnis typischer Rollenmuster sowie die geringe empirische Beachtung des Erlebens von Vätern während der intensivmedizinischen Phase sein könnte (vgl. Schappin [u.a.] 2013, 14). Gleichwohl zitiert diese Metaanalyse Studien, die sowohl Mütter als auch Väter einbezogen und ergaben, dass das Stresserleben von Vätern im Allgemeinen von ihrem Familienstand, dem Zustand und Temperament des Kindes abhängig ist (vgl. Schappin [u.a.] 2013, 14). Auf eine etwaige Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Studie auf Väter frühgeborener Kinder wurde hingewiesen (vgl. Schappin [u.a.] 2013, 14). Überdies zeigten die Ergebnisse der Metaanalyse von Schappin [u.a.], dass väterlicher Stress insbesondere aus der Kommunikation mit den Professionellen entsteht (vgl. Schappin [u.a.] 2013, 14). Hingegen wird die emotionale Auseinandersetzung mit der Phase der intensivmedizinischen Betreuung eher den Müttern zugesprochen (vgl. Schappin [u.a.] 2013, 14). Schappin [u.a.] gehen davon aus, dass dieser Unterschied zwischen Müttern und Vätern ebenfalls ein Produkt einer konventionellen Rollenverteilung sein könnte, bei der Väter eher eine instrumentelle Rolle einnehmen. Diese Metaanalyse benennt deutlich, dass es nicht um eine Negierung der väterlichen

emotionalen Betroffenheit geht, sondern schreibt die geringen Unterschiede im Stresserleben von Müttern und Vätern eher den Rollenerwartungen zu (vgl. Schappin [u.a.] 2013, 14). Ionio [u.a.] kamen zu dem Ergebnis, dass Mütter im Vergleich zu Vätern stärker von Intrusionen, hyperaktivem Verhalten und generellem Stresserleben („*Total Stress*“) betroffen sind (vgl. Ionio [u.a.] 2016, 612). Väter zeigten wiederum signifikant höhere Werte von Zorn im Vergleich zu den Müttern (vgl. Ionio [u.a.] 2016, 612). Weitere Unterschiede ergaben sich hinsichtlich der veränderten Elternrolle („*stress related to the perceptions of parent`s strenght to become a caregiver; e.g. „Beeing separated from my baby“*“) und dem Stresserleben bezüglich der äußerlichen Erscheinung ihres Kindes, wo die Mütter höhere Werte als die Väter erreichten (vgl. Ionio [u.a.] 2016, 611,613). Sowohl Mütter als auch Väter reagierten mit negativen Emotionen auf die Länge der Zeit, die das Kind im Krankenhaus verbleiben musste (Stress, Zorn und negative Gefühle) (vgl. Ionio [u.a.] 2016, 613). Die Unterschiedlichkeit im Stresserleben zwischen Müttern und Vätern verringerte sich, sobald das Gestationsalter und das Gewicht des Kindes stiegen (vgl. Shappin [u.a.] 2013, 14). Im Zuge dieser Entwicklung nahm auch der elterliche Stress und Zorn ab (vgl. Ionio [u.a.] 2016, 613).

Wenngleich sich die Ursachen von Stress bei Müttern und Vätern frühgeborener Kinder im Rahmen der intensivmedizinischen Phase teilweise etwas unterscheiden, kann jedoch festgehalten werden, dass beide einem Stresserleben ausgesetzt sind. Fraglich ist, welche Einflüsse dieses Stresserleben auf die Eltern-Kind-Interaktion haben könnte.

2.5.4 Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Interaktion

„Jegliche Art von Komplikationen vor, während und nach der Geburt führt bei den Eltern in der Regel zu extremem Stress und Ängsten. Stress ist aber kein guter Förderer und Faktor für den Aufbau einer sicheren Bindung“ (Brisch 2013, 122).

Brisch charakterisiert eine Frühgeburt als „*Komplikation*“ (vgl. Brisch 2013, 123), die mit massiven Ängsten der Eltern verbunden ist und, welche die Interaktion zwischen Eltern und Kind durchaus beeinträchtigen kann (vgl. Brisch 2013, 123; Jotzo o.J., 127). Er verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass die Unreife des Kindes nicht mit den elterlichen Erwartungen übereinstimmt (vgl. Brisch 2013, 123). Ferner wird der bereits pränatal einsetzende Bonding-Prozess zwischen Mutter und Kind durch eine

Frühgeburt gestört (vgl. Lang 2009, 97; Brisch 2013, 123). Darüber hinaus geht Brisch auf das eigene Bindungssystem der Eltern ein und merkt an, dass Eltern bei Geburtskomplikationen oftmals den „Stress“ und die Nervosität von „Hebammen und Geburtshelfern“ miterleben, was sie in ihrem eigenen „Bindungssystem“ verunsichert (vgl. Brisch 2013, 124). In der Destabilisierung des elterlichen Bindungssystems, entstanden durch prekäre Erfahrungen, sieht Brisch eine Ursache für die Ausbildung eines Traumas im Rahmen von Geburtskomplikationen (vgl. Brisch 2013, 124). Gleichwohl muss beachtet werden, dass nicht selten Frauen mit nicht verarbeiteten Traumatisierungen auch ohne jegliche Komplikation bei der Geburt bis zu drei Monaten nachgeburtlich Anzeichen einer psychischen Traumatisierung aufweisen können (vgl. Brisch 2013, 124).

Ionio [u.a.] zitieren eine Studie von Sansavani/Faldella aus dem Jahre 2013, die zeigt, dass hohe Werte an Feindseligkeit, Angst und Veränderungen im Erleben und Verhalten ungünstige Auswirkungen auf die Elternschaft und die Beziehung zwischen Eltern und Säugling haben (vgl. Sansavani/Faldella 2013 o.S. zit. n. Ionio [u.a.] 2016, 613). Darüber hinaus zitieren Ionio [u.a.] Studien, die auf die Langzeiteffekte erhöhter elterlicher Werte von Stress, Angst, Zorn und Depression auf die Qualität der Eltern-Kind-Interaktion hindeuten (vgl. Ionio [u.a.] 2016, 615). Fernández Medina [u.a.] kamen in ihrer Studie zu dem Resultat, dass der Bonding-Prozess zwischen extremen Frühgeborenen und ihren Müttern nach der Geburt, aufgrund des mütterlichen emotionalen Status und dem speziellen Milieu intensivmedizinischer Versorgung, unterbrochen wird (vgl. Fernández Medina [u.a.] 2017, Abstract). Ein Review von Korja/Latva/Lehtonen verweist auf die Notwendigkeit der Reduktion des mütterlichen Stresserlebens und der Trennung von Mutter und Kind, hinsichtlich der Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung (vgl. Korja/Latva/Lehtonen [u.a.] 2011, Abstract). Mehler [u.a.] sehen in einer zeitnahen (innerhalb der „*sensitive periode*“) Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Frühgeborenem (VLBW) die Chance für die Herstellung einer Basis für die Entwicklung einer sicheren Bindung (vgl. Mehler [u.a.] 2011, 409). Die Studienergebnisse liefern durchaus Anhaltspunkte dafür, dass eine Frühgeburt zu einer Beeinträchtigung der Kontaktaufnahme (Bonding-Prozess, Bindungsentwicklung, Interaktion) zwischen Eltern und Kind führen kann.

Ein wesentlicher Aspekt zur Verhinderung einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion scheint vor allem eine Linderung der Belastungs- und Stressreaktion der Eltern zu sein. Es hat sich gezeigt, dass u. a. eine Mobilisierung Sozialer Unterstützung zu jenen Coping-Strategien gehört, die Eltern Frühgeborener während der intensivmedizinischen Phase regelmäßig einsetzen (vgl. Fowlie/McHaffie 2004, 1337; Affleck [u.a.] 1991, o.S., zit. n. Jotzo o.J., 123). Insofern könnte die Soziale Unterstützung („social support“) innerhalb des Stressbewältigungsprozesses als hilfreiche Ressource fungieren. Im Folgenden wird das Konzept der „Sozialen Unterstützung“ als Modell zur Reduzierung der elterlichen Stress- und Belastungsreduktion, im Kontext der neonatologisch-intensivmedizinischen Phase, untersucht.

3. Soziale Unterstützung als Handlungskonzept

3.1 Begriffsklärung

3.1.1 Terminologische Begriffsauslegung

„Social support is an exchange of resources between at least two individuals perceived by the provider or the recipient to be intended to enhance the wellbeing of the recipient“ (Shumaker/Brownell 1984, 13).

Diese Definition beinhaltet Besonderheiten gegenüber anderen Definitionen sozialer Unterstützung. So verweist diese Auslegung sozialer Unterstützung auf insbesondere drei wichtige Aspekte: Austausch („*exchange*“), Wahrnehmung (perception; hier: „perceived“ i. S. v. wahrnehmen) sowie auf eine Mindestanzahl an Interaktionsteilnehmern („*at least two individuals*“). Demgemäß ist soziale Unterstützung ein Ressourcenaustausch zwischen mindestens zwei Individuen, wahrgenommen von dem Unterstützungsempfänger oder -geber, mit dem Ziel das Wohlergehen des Unterstützungsempfängers zu fördern. Das Besondere an dieser Definition ist, dass sie zwar konkrete Voraussetzungen sozialer Unterstützung nennt, gleichwohl aber sehr offen ist gegenüber den Wirkungen sozialer Unterstützung, indem sie die individuelle Wahrnehmung der beiden Interaktionspartner, im Hinblick auf soziale Unterstützungsleistungen, in den Mittelpunkt stellt. Shumaker und Brownell verweisen in diesem Zusammenhang auf die etwaigen unterschiedlichen Effekte Sozialer Unterstützung: „[...] *support may be positive, negative, or neutral*“ (Shumaker/Brownell 1984, 13). Ferner lässt diese Definition offen, um welche Art von Interaktionspartnern (Quellen sozialer Unterstützung) es sich bei diesem Ressourcenaustausch handelt. Die beiden Autoren bekunden, dass sie soziale Unterstützung nicht allein Mitgliedern des sozialen Netzwerkes zuschreiben (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 13). Dies könnte insofern eine wertvolle Perspektive für die vorliegende Arbeit eröffnen, als dass nach dieser Auslegung der Definition, als Quelle sozialer Unterstützung möglicherweise auch Professionelle in Frage kämen. Shumaker und Brownell konstatieren, dass sie mittels dieser Definition u.a. eine ausschließliche Akzentuierung von Unterstützungsprozessen im Rahmen von Stresssituationen vermeiden (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 13). Bei der vorliegenden Arbeit geht es zwar genau um die Wirkung sozialer Unterstützung auf Stress- und Belastungssituationen. Dennoch ist es begrüßenswert, dass diese Definition eine ganzheitliche Sicht auf Unterstützungsprozesse ermöglicht.

Eine andere Auslegung des Begriffs „Soziale Unterstützung“ erfolgte durch Knoll und Schwarzer in dem im Jahre 2005 veröffentlichten Werk „Enzyklopädie der Psychologie. Gesundheitspsychologie 1“ von Ralf Schwarzer:

„Soziale Unterstützung umfasst die Interaktion zwischen zwei oder mehreren Menschen, bei der es darum geht, einen Problemzustand, der bei einem betroffenen Leid erzeugt, zu beheben oder zu lindern“ (Knoll/Schwarzer o.J., 334).

Auch diese Definition bestimmt als Voraussetzung für soziale Unterstützungsphänomene eine Mindestanzahl von zwei Interaktionspartnern. Im Gegensatz zu der Begriffsdefinition von Shumaker und Brownell geht es hier jedoch bei Unterstützungsleistungen konkret um das Abwenden von Leid durch Beseitigung des leidauslösenden Problems. Weiter steht hier die individuelle Wahrnehmung von Unterstützungsleistungen durch die Interaktionspartner nicht im Fokus und die Wirkung sozialer Unterstützung erscheint ausschließlich positiv (Befreiung aus einem Leidenszustand). Ausgehend von der Annahme, dass Leid mit Stress- und Belastungserleben verknüpft sein könnte, ist diese Definition insofern maßgeblich, als dass sie für die vorliegende Fragestellung spezifischere Hinweise liefert. Dennoch sollte diese Auslegung von sozialer Unterstützung auch im Kontext der hiesigen Fragestellung nicht dazu verleiten, eine einseitige Perspektive auf soziale Unterstützungsphänomene einzunehmen, weshalb die Definition von Shumaker und Brownell sehr wichtig erscheint.

3.1.2 Inhaltliche Begriffsauslegung

Knoll und Schwarzer sowie Ozbay verweisen auf die Relevanz sozialer Beziehungen für die physische und psychische Integrität eines Individuums (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 333; Ozbay [u.a.] 2007, 35). Auch Nestmann bekundet mit Bezugnahme auf Studienergebnisse, dass soziale Unterstützung in Verbindung mit dem individuellen Bewältigungshandeln eines Menschen die wesentliche Ressource zur Aufrechterhaltung dieser psychophysischen Integrität darstellt (vgl. Nestmann 2010, Abstract). Demzufolge ist soziale Unterstützung eine wesentliche Voraussetzung für die „Sicherung von Gesundheit“, für die „Verbesserung von Wohlbefinden“ und für die „Förderung von Lebensführung und Lebensbewältigung in allen Lebensbereichen“ (vgl. Nestmann 2010, 3). Überdies entspricht soziale Unterstützung einer sozialen Ressource, welche sich nach Faltmaier dadurch auszeichnet, dass sie soziale Beziehungen bereitstellt, die bei der Belastungsbewältigung aktiviert werden können und einen positiven Effekt zur

Folge haben (vgl. Faltmaier 2005, 103). Faltmaier sieht in der sozialen Unterstützung die tatsächliche Aktivierung dieser sozialen Ressourcen, innerhalb des sozialen Umfelds, im Zuge einer Belastungssituation (vgl. Faltmaier 2005, 103-104).

Der soziale Unterstützungsbegriff wird von Knoll und Schwarzer durch eine Abgrenzung zu dem Terminus „Soziale Integration“ verdeutlicht. Soziale Integration beschreibt die „*Einbettung*“ von Individuen in soziale Netzwerke und ist eher durch quantitative Merkmale charakterisiert, wie u.a. durch die Menge von Freunden und Verwandten eines Individuums und deren Kontakthäufigkeiten (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 333). Hingegen wird der Begriff der „Sozialen Unterstützung“ eher mit qualitativen Merkmalen assoziiert. Es kommt weniger auf die Menge von Unterstützungsbeziehungen an, die ein Individuum hat, sondern darauf, wie die Qualität der einzelnen Unterstützungsinteraktionen beschaffen ist (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 334). In der Forschung wurde ermittelt, dass eben diese qualitativen Merkmale einen größeren Einfluss auf die Gesundheit haben als die quantitativ strukturellen Aspekte, wie z.B. die Netzwerkgröße (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 37). Der Begriff der „Sozialen Unterstützung“ wird in der Literatur zwar relativ heterogen ausgelegt, gleichwohl verweist Kupfer in ihrem Buch „Wer hilft helfen? Einflüsse Sozialer Netzwerke auf Beratung“ darauf, dass eine qualitative Auslegung des Begriffs, wie soeben aufgeführt, wohl am häufigsten auftritt (vgl. Kupfer 2015, 131), weshalb sich diese vorliegende Arbeit auf jene qualitativ-funktionale Auslegung bezieht. Wichtig zu erwähnen sei jedoch, dass die soziale Integration und die soziale Unterstützung in einem engen Zusammenhang stehen. Die Einbettung in ein Netzwerk sozialer Beziehungen gilt als erforderlich für die „*Wahrnehmung*“, „*Verfügbarkeit*“ und den „*Erhalt Sozialer Unterstützung*“ (vgl. Gahleitner 2017, 116). So wird z. B. vermutet, dass die Netzwerkgröße eines Individuums die „*Menge*“ an sozialer Unterstützung determiniert (vgl. Kupfer 2015, 131). An dieser Stelle verweist Kupfer darauf, dass große Netzwerke mehr Regulationsmöglichkeiten für das Bewältigen zur Verfügung stellen, jedoch auch eine größere Grundlage für Konflikte schaffen (vgl. Kupfer 2015, 131). Insofern hat u.a. die Netzwerkdicht einen bedeutenden Einfluss auf den Zugang und die Verfügbarkeit eines Individuums zu seinen sozialen Ressourcen, was die Wechselbeziehung zwischen sozialer Integration und sozialer Unterstützung verdeutlicht. Es bestehen diverse inhaltliche Auslegungen des Begriffs der „Sozialen Unterstützung“. Für die Soziale Arbeit könnte u. a. der theoretische Zugang von Gerald Caplan interessant sein. So geht Caplan von sog. „Sozialen

Unterstützungssystemen“ aus, die sich u.a. durch drei spezielle Unterstützungselemente auszeichnen. Hierbei handelt es sich um die Unterstützung bei der Aktivierung psychischer Ressourcen und bei der Bewältigung emotionalen Stresses; um die Hilfe bei bestimmten Aufgaben sowie um die Ausstattung und Versorgung mit finanziellen Mitteln, Materialien und Fertigkeiten für die Bewältigung der Situation (vgl. Caplan 1974, 6). Soziale Unterstützungssysteme haben insofern das Potential u.a. bei der Bewältigung emotionaler Belastung zu unterstützen, was im Hinblick auf die These dieser Arbeit besonders relevant erscheint. Auch Faltmaier verweist auf einen, für diese Arbeit wichtigen Zusammenhang und zwar auf den positiven Einfluss sozialer Unterstützung („sozialer Austausch“) auf die Bewältigung von Stress (vgl. Faltmaier 2005, 104).

Caplan nimmt an, dass soziale Unterstützung sowohl dauerhaft als auch nur phasenweise (bei kritischen Lebensereignissen) innerhalb von Sozialen Beziehungen vorkommen kann (vgl. Caplan 1974, 6). Es besteht nach der Darstellung von Studienergebnissen im ersten Abschnitt dieser Arbeit kein Zweifel daran, dass eine Frühgeburt für die betroffenen Eltern solch ein kritisches Lebensereignis bedeuten kann. Caplan unterteilt die Unterstützungssysteme in „*Spontaneous or Natural Support Systems*“ (vgl. Caplan 1974, 8), „*Organized Supports Not Directed by Caregiving Professionals*“ (vgl. Caplan 1974, 16), „*Religious Denominations as Organized Support Systems*“ (vgl. Caplan 1974, 25) und „*Mental Health Professionals*“ (vgl. Caplan 1974, 26). Natürliche Unterstützungssysteme beinhalten nach Caplan Familienangehörige und Verwandte sowie Nachbarn, Bekannte und Freunde (vgl. Caplan 1974, 11). Bei den „Organisierten Unterstützungssystemen“ handelt es sich u.a. um Formen von Selbsthilfegruppen (vgl. Caplan 1974, 20). Als Drittes nennt er Kirchliche Glaubensgemeinschaften als potentielle Unterstützungssysteme (vgl. Caplan 1974, 25). Besonders interessant ist die Beschreibung der „Professionellen Unterstützungssysteme“. Hier geht Caplan insbesondere auf die Funktion von Sozialarbeiter*innen als Mental Health Professionals ein (vgl. Caplan 1974, 111). Insofern könnten Sozialarbeiter*innen dieser Auslegung zur Folge als Quelle sozialer Unterstützung fungieren, was ebenfalls einen wichtigen Aspekt hinsichtlich der Fragestellung dieser Arbeit darstellt. Nach begrifflicher und inhaltlicher Auseinandersetzung mit dem Terminus der sozialen Unterstützung liegen durchaus Hinweise vor, die eine erste Annahme zulassen, dass das Konzept der „Sozialen Unterstützung“ die Eltern bei der Bewältigung des kritischen und stress-

auslösenden Lebensereignisses Frühgeburt unterstützen könnte. Ferner liegen erste Hinweise vor, dass Sozialarbeiter*innen im Rahmen professioneller Hilfe als Quelle sozialer Unterstützung fungieren könnten.

3.2 Leitende Perspektiven und Ansätze

3.2.1 Dimensionen sozialer Unterstützung: wahrgenommene und erhaltene soziale Unterstützung

Bei der sozialen Unterstützung wird u.a. zwischen der sog. wahrgenommenen („*perceived available social support*“) und der erhaltenen („*actually received social support*“) Unterstützung differenziert (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 334). Die wahrgenommene soziale Unterstützung gilt als die individuelle Einschätzung hinsichtlich der grundsätzlichen „*Verfügbarkeit*“ von sozialer Unterstützung innerhalb des sozialen Netzwerks (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 335-336). Insofern handelt es sich um eine prospektive individuelle Einschätzung über das Vorhandensein und die Möglichkeit der Mobilisierung dieser sozialen Ressource. Bei der sogenannten „erhaltenen Unterstützung“ handelt es sich um eine nachträgliche Einschätzung des Unterstützungsempfängers hinsichtlich der tatsächlich geleisteten Unterstützung durch den Unterstützungsgeber (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 337). Knoll und Schwarzer differenzieren an dieser Stelle zwischen der sog. „geleisteten Unterstützung“, die von der Unterstützungsperson (Quelle sozialer Unterstützung) retrospektiv eingeschätzt, bewertet und berichtet wird sowie der „tatsächlich erhaltenen Unterstützung“, die von dem Unterstützungsempfänger retrospektiv eingeschätzt, bewertet und berichtet wird (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 337). Hierbei können die Einschätzungen von Unterstützungsgeber und Unterstützungsempfänger stark „auseinanderdriften“ (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 337). Knoll und Schwarzer stellen in diesem Zusammenhang u.a. folgende Erklärungen bereit: Der Unterstützungsempfänger kann sich zwar an die Unterstützungshandlungen des Unterstützungsgebers erinnern (an die geleistete U.), kommt aber zu dem Ergebnis, dass jene keine Unterstützung für ihn/sie bedeuten (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 338). Es wird vermutet, dass Individuen, die ihr soziales Netzwerk als etwaige Quelle von Unterstützung einschätzen, in krisenhaften Situationen soziale Unterstützung eher aktivieren können (vgl. Kupfer 2015, 135). In diesem Zusammenhang wird eine Wechselbeziehung zwischen wahrgenommener Unterstützung, Gesundheit und Wohlbefinden

gemutmaßt. Diese Annahme wird laut Kupfer durch Studienergebnisse bekräftigt (vgl. Kupfer 2015, 135).

Sowohl wahrgenommene als auch erhaltene Unterstützung können sich nach Knoll und Schwarzer in die emotionale, instrumentelle und informationelle Unterstützung gliedern und mit Assessments erfasst werden, die sich auf die individuelle subjektive Wahrnehmung beziehen (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 334, 336). Die Formen sozialer Unterstützung (emotionale, instrumentelle Unterstützung etc.) werden im Späteren ausführlich dargestellt. Die sog. Berliner Social Support Scala (BSSS) hat als Assessment u.a. das Potenzial, die wahrgenommene Unterstützung zu messen. Hier nennen Schwarzer und Schulz in ihrem Aufsatz „Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen“ als Item für die wahrgenommene Unterstützung folgendes Beispiel: *„Wenn ich Trost und Zuspruch brauche, ist jemand für mich da“* (Schwarzer/Schulz 2013, 8). Diese Dimension sozialer Unterstützung beinhaltet sowohl eine Nähe zu dem „Selbstkonzept“ als auch zu der Bindungsentwicklung während der Kindheit („Bindungsstärke“) (vgl. Schwarzer/Schulz 2013, 9). Als Beispiel für ein Item, hinsichtlich der Messung der erhaltenen Unterstützung, führen die Autoren folgendes an: *„Diese Bezugsperson hat mir das Gefühl gegeben wertvoll und wichtig zu sein“* (Schwarzer/Schulz 2013, 8). Schwarzer und Schulz sehen die erhaltenen Unterstützung als ein *„retrospektives Konstrukt mit großer Situationsnähe“* (Schwarzer/Schulz 2013, 9). Diese Beispiele verdeutlichen die Beschaffenheit dieser beiden Dimensionen (wahrgenommene und erhaltene Unterstützung) sozialer Unterstützung. Über diese beiden Dimensionen hinaus nennen Schulz und Schwarzer weitere Dimensionen sozialer Unterstützung. Hierbei handelt es sich um das *Bedürfnis nach sozialer Unterstützung (need for support)*, die *Suche nach sozialer Unterstützung (mobilization of support)*, das *protektive Abpuffern (protective buffering)* sowie die *geleistete soziale Unterstützung (actually provided social support)*, wobei sie auf die Letztgenannte in ihrer Arbeit nicht näher eingehen möchten (vgl. Schwarzer/Schulz 2013, 5). Dies liegt vermutlich daran, dass es sich dabei nicht um die subjektive Einschätzung des Unterstützungsempfängers handelt. Auch zu den eben genannten Dimensionen bringen sie Beispiele aus der Berliner Social Support Scala. Das Bedürfnis nach sozialer Unterstützung spiegelt sich in folgendem Item wieder: *„Wenn ich niedergeschlagen bin, dann brauche ich jemanden, der mich wieder aufbaut“*. Vermutlich bestehen diesbezüglich große *„interindividuelle“* Differenzen, die auf situationsspezifische und

personenspezifische Ursachen zurückzuführen sind (vgl. Schwarzer/Schulz 2013, 9). Die Suche nach sozialer Unterstützung kann auf Grundlage des folgenden Items ermittelt werden: „*Wenn es kritisch wird, hole ich mir gerne Rat von anderen*“. Hier verweisen Schwarzer und Schulz auf die enge Verbindung zu dem Bewältigungskonzept (Coping) und begründen dies damit, dass es sich um ein individuelles „aktives“ Bestreben nach Aktivierung des sozialen Netzwerkes, im Hinblick auf die Bewältigung von Belastung, handelt (vgl. Schwarzer/Schulz 2013, 10). Das protektive Abpuffern drückt sich durch folgendes Item aus: „*Ich habe mir nicht anmerken lassen, wie verstimmt und niedergeschlagen ich war*“ (Schwarzer/Schulz 2013, 8). Hier handelt es sich um eine Ausprägung indirekter sozialer Unterstützung, bei der eine Person versucht eine andere vor weiterer Beschwerne zu bewahren (vgl. Schwarzer/Schulz 2013, 10). Fraglich ist nun, welche Bedeutung diese Unterstützungsdimensionen und die Verfügbarkeit eines Assessments, wie jenes der BSSS, für die Begleitung von Eltern Frühgeborener während der stationär-intensivmedizinischen Phase, haben könnte. Eine Einteilung sozialer Unterstützung in die soeben aufgeführten Dimensionen könnten einen differenzierten Blick auf die Art und Weise der Interaktion eines Individuums und seines Netzwerkes, hinsichtlich der sozialen Unterstützung, ermöglichen. Mit dem Assessment der BSSS kann das Erleben und Verhalten eines Individuums bezüglich der sozialen Unterstützung ermittelt werden und zugleich Ausgangspunkt von Hilfestellungen im Kontext sozialer Unterstützung sein. Insofern wäre es für den Professionellen, der zum einen selbst als Quelle sozialer Unterstützungsleistungen fungieren und zum anderen solche im Netzwerk des Klienten mobilisieren will äußerst notwendig, das Wissen über die Dimensionen sozialer Unterstützung sowie Kenntnisse über geeignete Assessments zu beherrschen, um Eltern frühgeborener Kinder bestmöglich begleiten zu können.

3.2.2 Soziale Unterstützung und Stress (Wirkungswege)

3.2.2.1 Haupteffekt

Es gibt drei verschiedene theoretische Perspektiven der sozialen Unterstützungsforschung. Die im Kontext der vorliegenden Arbeit zentrale Perspektive ist die sog. „stress and coping perspective“. Sie geht davon aus, dass soziale Unterstützung zur Erhaltung von Gesundheit beisteuert, indem sie Individuen vor diversen negativen Auswirkungen von Stress schützt (vgl. Lakey/Cohen o.J., 29).

Die Stress- und die Supportforschung sind eng miteinander verwoben und haben sich gegenseitig wichtige Erkenntnisse geliefert (vgl. Nestmann 2010, 4). Die Stressforschung fand heraus, dass plötzlich auftretende oder andauernde für das Individuum nicht zu bewältigende „*Belastungssituationen*“ ein psychophysisches Stresserleben verursachen, welches ungünstige Folgen für die Integrität („*Gesundheit*“ und Wohlergehen) generieren kann (Nestmann 2010, 4). Bei der Frage, ob ein potentiell stressauslösendes Ereignis tatsächlich zu einem Stresserleben führt, rückten im Forschungsverlauf zunehmend das individuelle Coping-Verhalten (u.a. Bewältigungsstrategien) sowie die soziale Unterstützung als sog. moderierende Variablen im Stressprozess in den Fokus (vgl. Nestmann 2010, 4). So postuliert Nestmann: *„Hilfe und Unterstützung, die gestresste Personen durch ihre Mitmenschen erhalten, führen dazu, in geringerem Ausmaß an negativem Stress und an schädigenden Stressfolgen zu leiden“* (Nestmann 2010, 4). Allgemein wird angenommen, dass positive und qualitativ hochwertige soziale Unterstützungsleistungen u.a. die Widerstandskräfte, im Hinblick auf Stress optimieren, sowie einen Schutz gegen traumatisch bedingte Störungen und eine Linderung ihrer Folgen ermöglichen (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 35-36). Ferner besteht die Vermutung, dass soziale Unterstützung genetische sowie umweltbedingte Dispositionen abmildert und die Widerstandskraft gegen Stress fördern könnte (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 35).

Eine Studie aus dem Jahr 1997, die die Relation zwischen Stress, sozialer Unterstützung, Bewältigung und Depression von 31 Müttern frühgeborener Kinder (Gestationsalter zwischen der 26 und 36 SSW) untersuchte, kam zu dem Ergebnis, dass soziale Unterstützung einen positiven Einfluss auf die Fähigkeit zur Problembewältigung der Mütter zeigte. Hingegen korrelierte soziale Unterstützung negativ mit Depression (vgl. Younger/Kendell/Pickler 1997, Abstract). Diese Studie beinhaltet zwar eine recht geringe Studienpopulation, dennoch liegen Anhaltspunkte vor, die auf die positive Wirkung sozialer Unterstützung bei der elterlichen (hier mütterlichen) Stressbewältigung im Kontext einer Frühgeburt hinweisen. Auch Patricia W. Underwood verweist in ihrem Aufsatz „*Sozialer Rückhalt: Versprechen und Wirklichkeit*“ auf diese Studie, im Rahmen der Untermauerung eines Wirkmechanismus von sozialer Unterstützung, dem sog. Haupteffekt (vgl. Underwood o.J., 425). Laut Underwood handelt es sich bei diesem Haupteffekt um einen direkten Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung (hier: sozialer Rückhalt) und *„bestimmten Ergebnisvariablen“*. Als Beispiel für

eine Ergebnisvariable nennt sie hier das „*Wohlbefinden*“ (vgl. Underwood, o.J., 425). Underwood führt als Besonderheit des Haupteffekts sozialer Unterstützung ihre Unabhängigkeit, hinsichtlich belastender Situationen an (vgl. Kupfer 2015, 161). Demnach kann soziale Unterstützung, durch die Befriedigung essentieller „*Bedürfnisse*“ („*Bindung*“, „*Kontakt*“, „*Geselligkeit*“, „*Zugehörigkeit*“), unabhängig von Belastungssituationen, einen unmittelbar positiven Einfluss auf das Wohlergehen erzeugen und auf diese Weise der psychophysischen Integrität dienen (vgl. Kupfer 2015, 161). Es muss jedoch daraufhin gewiesen werden, dass die Einbettung in ein soziales Netzwerk und die daraus wahrgenommene soziale Unterstützung ausschlaggebend für die direkte Wirkung des Haupteffekts ist (vgl. Kupfer 2015, 165). Nestmann sieht vor allem in dem strukturellen Aspekt von Unterstützung, also in der sozialen Einbettung, den auslösenden Faktor für den Haupteffekt, dem er hier eine allgemeine Förderung des Wohlergehens und die Konsolidierung von Gesundheit zuordnet (vgl. Nestmann 2010, 16).

Laut Kupfer fördern diese Voraussetzungen die individuelle „*Identität*“, das Selbstwertgefühl und das Wohlergehen, wohingegen deren Abwesenheit (Isolation und Abwesenheit sozialer Unterstützung) selbst eine Belastung darstellt und psychische sowie physische Beeinträchtigungen zur Folge haben kann (vgl. Kupfer 2015, 165). Der Haupteffekt sozialer Unterstützung könnte demnach nur dann im Rahmen der elterlichen Begleitung zum Tragen kommen, wenn diese in ein soziales Netzwerk eingebettet sind und jenes als Quelle sozialer Unterstützung wahrnehmen. Vermutlich würden die betroffenen Eltern einen Professionellen (Sozialarbeiter*in) nur dann als Quelle sozialer Unterstützung einschätzen, wenn sie bereits positive Unterstützungserfahrungen in ihrem Netzwerk gemacht haben. Die Beachtung dieses Aspekts würde insofern für das professionelle Vorgehen bei der Begleitung von Eltern Frühgeborener sehr wichtig sein.

Der Haupteffekt erwirkt zwar keinen unmittelbaren abmildernden Effekt auf Stress- und Belastungssituationen. Gleichwohl kann jener das individuelle „*Bedürfnis nach Sicherheit*“ stillen und das „*Selbstwertgefühl*“ heben (vgl. Kupfer 2015, 161). Infolgedessen könnten diese Wirkungen indirekt auf das Stress- und Belastungserleben Einfluss nehmen, indem dies „abgepuffert“ wird. In diesem Fall würde dieser Haupteffekt das Potenzial sozialer Unterstützung im Hinblick auf die Reduktion der Stress- und Belastungssituation von Eltern Frühgeborener bekräftigen.

3.2.2.2 Puffereffekt

Weitere Wirkmechanismen sozialer Unterstützung sind die sog. mildernden oder dämpfende Effekte. Knoll und Schwarzer verdeutlichen einerseits zwar auch die Unabhängigkeit sozialer Unterstützung von Stresssituationen, im Hinblick auf das Wohlergehen (siehe Haupteffekte). Gleichwohl bekunden sie, dass sich soziale Unterstützung andererseits erst im Zusammenhang mit einer Stressbewältigungssituation auf das Wohlergehen auswirkt (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 340). Die Stressfolgen werden demgemäß mit Hilfe sozialer Unterstützung unmittelbar „abgepuffert“, weshalb hier auch von einem „Puffereffekt“ gesprochen wird (Knoll/Schwarzer o.J., 340; Lakey/Cohen o.J., 30). Fraglich ist, welche Voraussetzungen diesem Puffereffekt zu Grunde liegen. Underwood verweist in ihrem Aufsatz zum einen auf Pearlin, der der sozialen Unterstützung eine generelle Schutzfunktion gegen Stress zuspricht (vgl. Pearlin 1989, o.S. zit. n. Underwood o.J., 426). Zum anderen erwähnt sie die Sichtweise von Chan und Ward, die der sozialen Unterstützung eher den Einfluss auf individuelle kognitive Bewertungsprozesse unterstellen („Stress wird weniger schlimm bewertet“) (vgl. Chan/Ward 1993, o.S. zit. n. Underwood o.J., 426; Lakey/Cohen o.J., 34). Cohen und McKay stellten 1984 eine These auf, die für die vorliegende Arbeit relevant sein könnte. Sie nehmen an, dass psychosozialer Stress die Gesundheit und das Wohlergehen eines Individuums beeinträchtigt, wenn dies nur wenig oder gar keine soziale Unterstützung erhält. Hingegen können diese negativen Effekte psychosozialen Stresses durch soziale Unterstützungssysteme abgemildert oder gar beseitigt werden (vgl. Cohen/McKay 1984, 253). Ferner gehen Cohen und McKay davon aus, dass soziale Unterstützung lediglich dann effektiv erfolgen kann, wenn eine Passung zwischen Bewältigungsanforderung und Bewältigungsressourcen durch diese erzielt wird (vgl. Cohen/McKay 1984, 264; Lakey/Cohen o.J., 31). Dies könnte bedeuten, dass eine emotionale Bewältigungsanforderung, wie z.B. das Erleben einer Frühgeburt, nur dann mit Hilfe sozialer Unterstützung effektiv bewältigt werden kann, wenn diese eine Form emotionaler Unterstützung zur Verfügung stellt. Ferner scheint es vor allem Belege dafür zu geben, dass die stressmildernde Wirkung („Puffereffekt“) sozialer Unterstützung vor allem auf Grundlage der, von einem Individuum, erwarteten (wahrgenommene U.) emotionalen Unterstützung und ihrer Passung hinsichtlich der Bewältigungsanforderung auftritt (vgl. Nestmann 2010, 16).

Der Puffereffekt sozialer Unterstützung erscheint im Zusammenhang mit der These der vorliegenden Arbeit als besonders bedeutsam. So kann soziale Unterstützung vor dem Hintergrund dieser theoretischen Perspektive unmittelbar stress- und belastungs-limitierend wirken. Gleichwohl sollte beachtet werden, dass hier die generelle Einbettung in ein soziales Netzwerk sowie die daraus wahrgenommene soziale Unterstützung voraussetzend für die Wirkung des Puffereffektes ist. So besteht die Möglichkeit, dass Eltern Frühgeborener, die eher soziale Isolationstendenzen aufweisen und demnach nicht auf ein soziales Netzwerk zurückgreifen können, den Professionellen in der Klinik nicht als Quelle sozialer Unterstützung wahrnehmen.

3.2.2.3 Bio-psycho-soziale Wirkungswege

Aus biologischer Perspektive stehen insbesondere „immunologische“ und „(neuro-)endokrine“ Aspekte hinsichtlich des Stresserlebens und sozialer Unterstützungsphänomene im Mittelpunkt des Interesses (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 341). Auf die biologischen Reaktionen im Rahmen des Erlebens von Stress wurde unter dem Kapitel „2.5.2 Stresstheoretische Überlegungen“ bereits eingegangen. Die biologischen Reaktionen innerhalb sozialer Unterstützungsprozesse wurden jedoch noch nicht näher beleuchtet. Eine bereits früh im Leben auftretende Stressexposition wird mit einer Dysregulation des Immunsystems in Verbindung gebracht (Fagundes/Glaser/Kiecolt-Glaser 2013, Abstract). Diese Dysregulation des Immunsystems kann sich u.a. in Entzündungsreaktionen des Körpers (vgl. Fagundes/Glaser/Kiecolt-Glaser 2013, 2-3), in einer Antizipation der Zellalterung (vgl. Fagundes/Glaser/Kiecolt-Glaser 2013, 3), in einer latenten Herpesvirusinfektion (vgl. Fagundes/Glaser/Kiecolt-Glaser 2013, 3-4) sowie in einer Begünstigung von Tumorwachstum widerspiegeln (vgl. Fagundes/Glaser/Kiecolt-Glaser 2013, 4). Studien konnten belegen, dass soziale Unterstützung jene Dysregulation des Immunsystems abmildern kann, die durch Stress verursacht wurde (vgl. Fagundes/Glaser/Kiecolt-Glaser 2013, 5).

Ein Mangel an sozialer Unterstützung wird mit bestimmten körperlichen Reaktionen, wie z.B. einer allgemein höheren Stressantwort in Verbindung gebracht. Eine erhöhte Herzfrequenz, ein erhöhter Blutdruck sowie gesteigerte kardiovaskuläre und neuroendokrine Funktionen können die Folge sein (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 37). Die Wider-

standskraft gegenüber Stress hängt davon ab, ob sich die neurochemischen Stressreaktionen in einem Gleichgewicht befinden (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 36-37). Soziale Unterstützung könnte insofern die Widerstandskraft gegen Stress verbessern, als dass sie die Ausbalancierung dieser neurochemischen Stressantwort optimiert (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 37). Ein Hormon und zugleich Neurotransmitter, welches/er hinsichtlich sozialer Unterstützungsprozesse eine bedeutende Rolle spielen könnte, ist das sog. Oxytozin (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 342; Ozbay [u.a.] 2007, 37). Unter anderem im Zusammenhang mit der Geburt eines Kindes ist die Ausschüttung von Oxytozin im mütterlichen Organismus durchaus ein bekanntes Phänomen (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 342). Tierstudien liefern Hinweise dafür, dass sowohl das Hormon Oxytozin als auch das Hormon Vasopressin einen Einfluss auf die Regulation von sozialen Bindungsphänomenen nimmt und positive soziale Interaktionsprozesse fördert (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 37-38; Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 155). Überdies ist das Hormon Oxytozin bedeutsam im Zusammenhang mit dem Lernen prosozialer Verhaltensweisen sowie hinsichtlich der Förderung mütterlichen Fürsorgeverhaltens (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 38). Studien an Tieren und Menschen belegen, dass Oxytozin im Hinblick auf die gesundheitsbeeinflussenden Effekte sozialer Unterstützung eine wesentliche Funktion zukommen könnte (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 342; Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 155). So wird dem Hormon Oxytozin der ausschlaggebende Einfluss bei einer „*erfolgreichen*“ Stressbewältigung zugesprochen (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 155), welche wiederum von sozialen Unterstützungsprozessen moderiert werden kann (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 39). In diesem Zusammenhang gehen Ozbay [u.a.] davon aus, dass die durch Stress bedingte Ausschüttung von Oxytozin das Bedürfnis nach sozialem Austausch erhöht und in Folge zu einer Reduzierung negativer Bewertungen sowie auch des Stresserlebens führt (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 39). Insofern könnte das Bedürfnis und die Suche nach sozialer Unterstützung mit einer Ausschüttung dieses Hormons im Stressprozess in enger Verbindung stehen.

Weiter werden sog. „*endogene Endorphine*“, ebenfalls der Gruppe der Neuropeptide zugehörig, in eine Relation mit sozialen Unterstützungsprozessen gestellt (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 156). Sie werden im Rahmen positiver sozialer Interaktionen ausgeschüttet, wodurch eine Dämpfung des Sympathikus (Nervensystem, welches bei Stress aktiviert wird) erfolgt und die Stressantwort abgemildert wird (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 156).

Aus psychologischer Perspektive können soziale Unterstützungsprozesse das menschliche Grundbedürfnis nach Bindung befriedigen, was zu Wohlbefinden führt (vgl. Kupfer 2015, 174). Laut Kupfer können soziale Einbettung und soziale Unterstützung ein „*Gefühl von Zugehörigkeit, des Aufgehobenseins und des Akzeptiertwerdens*“ bewirken (vgl. Kupfer 2015, 174). Hingegen wird ein Mangel an sozialer Unterstützung mit einer erhöhten Sterblichkeits- und Erkrankungsrate in Verbindung gebracht (vgl. Ozbay [u.a.] 2007, 38). Soziale Austauschprozesse können die Wahrnehmung und Interpretation von etwaigen Stresssituationen beeinflussen (vgl. Lakey/Cohen o. J., 30).

Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive werden soziale Netzwerke in einen engen Zusammenhang mit der potentiellen Erschaffung von Identität und Selbstwertgefühl gestellt (vgl. Röhrle 1994, 114). Nach Röhrle hängt die Bedürfnisbefriedigung eines Individuums nach Identitätserschaffung und einem stabilen Selbstwertgefühl von mehrerer Netzwerkvariablen ab. Eine dieser Netzwerkvariablen ist das Vorhandensein sozialer Unterstützung im Netzwerk (vgl. Röhrle 1994, 114). Weiter kann, aus sozialwissenschaftlicher Sicht, ein „*wichtiger Anderer*“ positiv auf das Gesundheitsverhalten eines Individuums einwirken, indem er präventiv vor schädlichen Verhaltensweisen schützt und die Bewältigungsprozesse unterstützt (vgl. Kupfer 2015, 174). Der Effekt sozialer Unterstützung tritt bereits mit dem Wissen ein, Teil eines Netzwerkes zu sein, sowie mit der Erwartung, dass soziale Unterstützungsleistungen jederzeit zugänglich und aktivierbar sind (vgl. Röhrle 1994, 125). Es wurde festgestellt, dass bei der Konfrontation mit potentiellen Stresssituationen, soziale Interaktionen zunehmen (vgl. Röhrle 1994, 114). Dies liegt vermutlich an dem Bedürfnis nach „*sozialem Vergleich*“ sowie an dem Bedürfnis, Unterstützung bei der Stressbewältigung und Motivation zu erhalten (vgl. Röhrle 1994, 114). So kann der Stressbewältigungsprozess mittels ermutigender und „*motivierende[r]*“ Unterstützungsleistungen gefördert werden (vgl. Röhrle 1994, 130). Überdies kann sich die Stressbewältigung auch im Rahmen eines gemeinschaftlichen Handlungsprozesses vollziehen. In diesem Kontext verweist Röhrle auf die „*Anteilnahme bei Verlusterlebnissen*“, welche bei der Verarbeitung des Verlusts unterstützend wirken kann (vgl. Röhrle 1994, 130).

4. Unterstützungsformen und ihre Bedeutung für die Elternbegleitung und die Professionellen der Sozialen Arbeit

4.1 Emotionale Unterstützung

In der Literatur sind viele unterschiedliche Formen sozialer Unterstützung zu finden. Helmut Pauls hat in seinem Buch „Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung“ eine übersichtliche Darstellung bereitgestellt, welche sich auch in der Metanalyse „Sozialer Rückhalt und Gesundheit“ von Schwarzer und Leppin wiederfindet. Im Folgenden wird auf jene Ausführungen bezuggenommen. Hinsichtlich der Unterstützungsformen kann zwischen der emotionalen, instrumentellen, informationellen Unterstützung und der Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung sowie dem positiven sozialen Kontakt unterschieden werden (vgl. Pauls 2011, 80-82; Schwarzer/Leppin 1989, 18-20).

Schwarzer und Leppin sehen in der emotionalen Unterstützung, der sowohl Haupt- als auch Puffereffekte zugesprochen werden (vgl. Schwarzer/Leppin 1989, 37), einerseits die Möglichkeit des Erlebens einer „*positiven Sozialbeziehung*“. Andererseits können emotionale Unterstützungsleistungen einen indirekten positiven Einfluss auf die „*Lebensbewältigung*“ eines Individuums ausüben (vgl. Schwarzer/Leppin 1989, 18). Gemäß Pauls umfasst die sog. emotionale Unterstützung u.a. „*Annahme, Wertschätzung, Präsenz und Empathie [...]*“ (Pauls 2011, 80). Ferner definiert er eine emotionale Unterstützungsleistung als das Respektieren und Artikulieren von Gefühlen sowie die Hilfestellung bei der Interpretation und Auseinandersetzung mit eben diesen „*Gefühlsreaktionen und Impulsen*“ (vgl. Pauls 2011, 80-81). Emotionale Unterstützung ist obendrein auch auf eine Stärkung des Selbstwertgefühls gerichtet (vgl. Pauls 2011, 181). Kupfer beschreibt folgende Charakteristika emotionaler Unterstützung: „*positive Gefühle, Nähe, Vertrauen, Mitgefühl und Akzeptanz durch andere*“ (Kupfer 2015, 139). Sie bezieht sich bei ihrer Beschreibung auf die Supportdimensionen von House aus dem Jahre 1981. Viele Menschen gehen im Kontext der Unterstützung durch andere Personen insbesondere von emotionalen Unterstützungsleistungen aus (vgl. House 1981, o.S. zit. n. Kupfer 2015, 139). Kupfer verweist auf weitere wichtige Aspekte dieser Unterstützungsform und zwar auf die Realisierung eines positiven sozialen Kontaktes, die „*generelle Wertschätzung*“ („*esteem support*“) sowie auf das Gefühl der Zugehörigkeit („*belonging support*“) (vgl. Kupfer 2015, 139; Schwarzer/Leppin 1989, 18).

Diese Form sozialer Unterstützung könnte bei der Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder im Hinblick auf eine Reduktion der Stress- und Belastungssituation von großer Bedeutung sein. Eine Studie aus dem Jahre 2015, die Empfehlungen für die sog. „Mental Health Professionals“ (u. a. Sozialarbeiter*innen) (vgl. Hynan [u.a.] 2015, 15) im Kontext der Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder ausspricht, verweist ausdrücklich auf die Notwendigkeit einer emotionalen Unterstützung während der intensivmedizinischen stationären Versorgung („NICU: Neonatal Intensive Care Unit“) (vgl. Hynan [u.a.] 2015, 14,17). Diese Studie besagt weiter, dass Sozialarbeiter*innen und Psychologen*innen bei der elterlichen Begleitung stets Verständnis für den emotionalen Stresszustand aufbringen und der möglichen stressbedingten elterlichen Wahrnehmung einer Stigmatisierung entgegenwirken mögen sowie den Prozess emotionaler Unterstützung antizipieren sollen (vgl. Hynan [u.a.] 2015, 15). Hynan [u. a.] postulieren in diesem Zusammenhang: *Increased levels of support can be given by embedded NMHPs [NICU mental health professionals] as well as other NICU staff trained [...]*“ (Hynan [u.a.] 2015, 15). Die Aufgabe der Professionellen und anderer speziell ausgebildeter Mitarbeiter der Frühgeborenen-Intensivstation ist einerseits das Erkennen etwaiger traumatischer (u.a. PTSD) oder anderer psychischer Störungen und andererseits das Bereitstellen erster emotionaler Unterstützungsleistungen, wie die hier erwähnten „listening visits“ (vgl. Hynan [u.a.] 2015, 15). Bei den sog. „Listening visits (LVs)“ handelt es sich um ein spezielles Kommunikationsmodell, das während der intensivmedizinischen Betreuung bereitgestellt werden kann (vgl. Hall [u.a.] 2015, 32). Diese Interventionsform ist von dem Grundgedanken geprägt, dass die Bereitstellung eines „Raumes“ für den Ausdruck von Gefühlen der betroffenen Mutter, im Rahmen sozialer Unterstützung, zu einer Linderung depressiver Symptome führen kann (vgl. Hall [u.a.] 2015, 32). Ein LV umfasst ca. eine Stunde und beinhaltet sowohl das aktive Zuhören als auch das Lösen von Problemen (vgl. Hall [u.a.] 2015, 32). Studien konnten belegen, dass die Mütter, die diese Intervention in Anspruch nahmen, deutliche Stimmungsverbesserungen aufwiesen (vgl. Hall [u.a.] 2015, 32). Der niedrighwellige Charakter dieses Angebots ermöglicht betroffenen Müttern eine unmittelbare Inanspruchnahme emotionaler Unterstützung während der akuten stationären Phase (vgl. Hall [u.a.] 2015, 32). Im Gegensatz zu der Studie von Hynan und Kollegen werden die LV's hier ausschließlich im Funktionsbereich von Krankenschwestern angesiedelt (vgl. Hall [u.a.] 2015, 32). Hynan [u.a.] sprechen diese Aufgabe sowohl den Mental Health Professionals (u. a. Sozialpädagogen und Psychologen) als auch anderen Mitarbeitern

der NICU zu (vgl. Hynan [u.a.] 2015, 15). Die Übernahme dieser Interventionsdurchführung durch Sozialarbeiter*innen/-pädagog*innen könnte durchaus Vorteile mit sich bringen. Das Krankenpflegepersonal übernimmt bereits verantwortungsvolle Aufgaben im Kontext der medizinischen und pflegerischen Betreuung der Frühgeborenen. Ferner unterstützt es die Eltern bei der Kontaktaufnahme und dem Umgang mit ihrem Kind (vgl. Lam/Spence/Halliday 2007, 19-20). Das Review von Lam/Spence/Halliday zeigte u.a., dass negative Emotionen von Müttern Frühgeborener gegenüber dem Krankenpflegepersonal aufgrund von mangelnder informationeller und emotionaler Unterstützung erwachsen können (vgl. Lam/Spence/Halliday 2007, 20). Psycholog*innen könnten, aufgrund ihres Status, von den akut belasteten Eltern eventuell als einschüchternd empfunden werden. Ein Sozialpädagoge*in/-arbeiter*in als Professioneller der Listening Visits könnte als eine, vom medizinischen Geschehen „unabhängige“ Instanz, eine vertrauensvollere Beziehung zu den betroffenen Eltern aufbauen, wodurch ein „geschützter Raum“ ohne Vorurteile und Erwartungen entstehen könnte. Insofern könnte ein Sozialpädagoge*in/-arbeiter*in hier als geeignete Quelle emotionaler Unterstützung fungieren. Emotionale Unterstützung wird von vielen Eltern während der intensivmedizinischen stationären Phase über das Internet gesucht (vgl. Hynan [u.a.], 17). Daher empfiehlt diese Studie den Professionellen sich mit den Unterstützungswebseiten vertraut zu machen, um die Eltern über seriöse Internetquellen informieren zu können (vgl. Hynan [u.a.] 2015, 17).

Die positiven Auswirkungen einer Fokussierung der professionellen Arbeit auf die Förderung des emotionalen Wohlbefindens der Eltern konnten in Studien belegt werden. So kann die Entwicklung des Frühgeborenen durch eine gesunde Eltern-Kind-Interaktion erleichtert und das emotionale Wohlergehen von Eltern, Babys und Familien nachhaltig gefördert werden (vgl. Hynan [u.a.] 2015, 17). Auch innerhalb des Augsburger Nachsorgekonzepts Bunter Kreis, welches u.a. die Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder umfasst (vgl. Porz o. J., 256; Porz 2008, 6-7), wird die emotionale Unterstützung als Bestandteil der Nachsorge im Rahmen der psychosozialen Beratung ausdrücklich genannt (vgl. Porz o.J., 256; Porz 2008, 7). Diese Beratung fällt nach diesem Konzept eindeutig in den Aufgabenbereich sozialpädagogischer/-arbeiterischer Tätigkeit (vgl. Baur/Podeswik o.J., 160). Dies bedeutet insofern, dass bereits Konzepte hinsichtlich der Begleitung von Eltern Frühgeborener vorliegen, die eine Quelle emotionaler Unterstützung im sozialpädagogischen/-arbeiterischen Professionsbereich ansiedeln.

4.2 Instrumentelle Unterstützung

Bei der sog. „Instrumentellen Unterstützung“, manchmal auch als „Materielle Unterstützung“ bezeichnet, handelt es sich um konkrete Hilfen (vgl. Pauls 2011, 81; Kupfer 2015, 139; Schwarzer/Leppin 1989, 19), die sowohl Haupt- als auch Puffereffekte erzeugen können (vgl. Schwarzer/Leppin 1989, 38-39). Unter konkrete Hilfen werden alle „*beobachtbaren Verhaltensweisen*“ subsumiert (vgl. Kupfer 2015, 140), die bei der „*(alltäglichen)*“ Bewältigung des Lebens unterstützend wirken (vgl. Kupfer 2015, 140; Pauls 2011, 81). Zu diesen beobachtbaren Verhaltensweisen gehören u. a. die Verfügbarmachung finanzieller und anderweitiger materieller Ressourcen (vgl. Kupfer 2015, 139-140; Pauls 2011, 81) sowie praktische Hilfeleistungen im Alltag wie z.B. Transporthilfen, „*Hilfe bei den Hausaufgaben und beim Einkauf*“ (vgl. Pauls 2011, 81). Nun ist fraglich, ob und wie diese Unterstützungsform innerhalb der Begleitung der Eltern während der intensivmedizinischen stationären Phase integriert werden könnte. Es besteht die Vermutung, dass sowohl emotionale als auch instrumentelle Unterstützungsleistungen mit der Permanenz einer belastenden Situation zunehmend wichtiger werden (vgl. Röhrle 1994, 97). Der intensivmedizinische Aufenthalt eines Frühgeborenen ist i. d. R. mit einem langen Klinikaufenthalt verbunden (vgl. Ludwig-Körner o.J., 48; Lissauer/Farnaroff 2011, 69), bei welchem sich die Eltern in einer sehr belastenden Situation befinden (vgl. Lissauer/Farnaroff 2011, 69). Instrumentelle Unterstützungsangebote, wie z.B. u.a. das Angebot einer Geschwisterbetreuung während der stationären Phase, könnten besonders wichtig sein, da sich die Bewältigung des Alltags sowohl emotional als auch logistisch oftmals problematisch gestaltet (vgl. Von der Wense/Bindt 2013, 74). Auch die Übernahme von Transportkosten zur Klinik könnte, je nach finanzieller Lage der Familie, notwendig werden und existenziellen Bedrohungslagen vorbeugen, die zusätzlich zu einer massiven Belastung der Eltern führen können (vgl. Von der Wense/Bindt 2013, 73). Innerhalb des Augsburger Nachsorgekonzepts „Bunter Kreis“ fallen weitere instrumentelle Unterstützungsleistungen in den Aufgabenbereich von Sozialpädagogen*innen/-arbeiter*innen. Zu nennen seien hier die Unterstützung bei Antragstellungen, das Begleiten bei Behördengängen sowie die Kontaktaufnahme und Vermittlung der Eltern an andere Fachstellen und Expertengruppen („*psychosoziale Fachdienste und Beratungsstellen*“) (vgl. Baur/Podeswik o.J., 160-161).

Diese Form von Unterstützungsleistungen könnten durch ihren entlastenden und unterstützenden Charakter zu einer Reduktion der elterlichen Stress- und Belastungsreaktion beitragen.

4.3 Informationelle Unterstützung

Die sog. „Informationelle Unterstützung“ kommt eher einer Unterstützungsleistung gleich, die bei der Hilfe zur Selbsthilfe unterstützend wirkt (vgl. Kupfer 2015, 140). Es handelt sich um informatorische und beratende Unterstützungsleistungen, die den Zugang zu hilfreichen Ressourcen ermöglichen (vgl. Kupfer 2015, 140; Pauls 2011, 81). Es können sowohl Puffer- als auch Haupteffekte durch diese Unterstützungsform angenommen werden (vgl. Schwarzer/Leppin 1989, 39). Ein Beispiel informeller Unterstützung wäre z. B. das bereits erwähnte Informieren der Eltern über seriöse Internetquellen mit emotionalen Unterstützungsangeboten (vgl. Hynan [u.a.] 2015, 17). Ein weiteres Beispiel für eine informationelle Unterstützungsleistung ist die sogenannte „Beziehungsfördernde Begleitung und Beratung“ des Augsburger Nachsorgemodells. Diese hat u.a. zum Ziel, die Eltern frühzeitig bei ihrer Bewältigung des Lebensereignisses Frühgeburt und dessen Folgen zu unterstützen (vgl. Porz o.J., 256). Es scheint wahrscheinlich, dass diese Form der Unterstützung ebenfalls zu einer Reduktion der elterlichen Stress- und Belastungsreaktion beitragen könnte.

4.4 Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung

Vermutlich erfolgt die Suche nach einer Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung insbesondere dann, wenn sich Personen in einer äußerst belastenden Lage befinden, deren Folgen schwer einschätzbar sind (vgl. Schwarzer/Leppin 1989, 20). Ihr werden ausschließlich Puffereffekte zugesprochen (vgl. Schwarzer/Leppin 1989, 39). Bei jener Form sozialer Unterstützung, auch als interpretative Unterstützung („*appraisal support*“) bezeichnet (vgl. Kupfer 2015, 140; Schwarzer/Leppin 1989, 19), handelt es sich um eine Unterstützungsleistung, die dem Betroffenen dabei assistieren soll, das Erlebte einzuschätzen und ggf. neu- oder umdeuten zu können (vgl. Pauls 2011, 82; Schwarzer/Leppin 1989, 20). Röhrle nennt als Beispiel für interpretative Unterstützungsleistungen das Bereitstellen „*korrigierender Hinweise*“ hinsichtlich der „*Bedrohlichkeit eines Stressors*“ (vgl. Röhrle 1994, 130). Bei diesem Prozess sind die eigenen Selbstwirksamkeitsüberzeugungen determinierend, die u.a. auf Grundlage individueller

Bewältigungserfahrungen entstehen (vgl. Pauls 2011, 82). Dabei ist sowohl die individuelle Wahrnehmung und Interpretation der Situation als auch die Erwartung und Bewertung im Hinblick auf die persönlichen und umweltbezogenen Bewältigungsressourcen ausschlaggebend (vgl. Pauls 2011, 82). Kupfer vergleicht diese Unterstützungsform mit der informationellen Unterstützung, jedoch mit der Differenzierung, dass die interpretative Unterstützung Informationen für die eigene Selbsteinschätzung einer Person liefert (vgl. Kupfer 2015, 140). Laut Pauls wird bei der Belastungsbewältigung sowohl „*intrapsychisches*“ als auch „*instrumentelles*“ Verhalten mobilisiert mit dem Ziel, die belastende Situation kontrollieren zu können (vgl. Pauls 2011, 82). Diese Unterstützungsform könnte in einem engen Zusammenhang mit dem Stresskonzept von Lazarus stehen. Bei dem primären Bewertungsprozess („*primary appraisals*“), der darüber entscheidet, ob eine Situation potentiell schädlich ist, einem „*Verlust*“ gleichkommt oder als herausfordernd eingeschätzt wird (vgl. Röhrle 1994, 129), können Unterstützungsinteraktionen modellierend wirken und zu einem besseren Verstehen der Situation verhelfen (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 24). Bei der sekundären Bewertung (tritt ein, wenn die Situation als potentiell stressig eingeschätzt wird) können Unterstützungsinteraktionen, in Form von vermittelten Coping-Strategien, dazu beitragen, den Pool an zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen zu erweitern und die Selbsteinschätzung hinsichtlich der zu bewältigenden Situation zu modellieren (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 24). In diesem Zusammenhang nennen Shumaker und Brownell u.a. das Angebot an emotionalen und verhaltensbezogenen Bewältigungsstrategien, die Ermutigung zur Suche nach Unterstützung sowie die Bereitstellung von Informationen und Techniken zur Lösung von Problemen (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 24). Die Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung könnte bei der Begleitung von Eltern Frühgeborener sehr wertvoll sein. Insbesondere im Rahmen des sekundären Bewertungsprozesses („Kann ich die Situation bewältigen?, Welche Mittel stehen mir hierfür zu Verfügung?“) könnten Interventionen, wie das aktive Zuhören und das Vermitteln von passenden Coping-Strategien, die Selbsteinschätzung im Hinblick auf die Bewältigung der Stress- und Belastungssituation nach einer Frühgeburt positiv beeinflussen.

4.5 Positiver sozialer Kontakt

Pauls nennt eine weitere Unterstützungsform und zwar den sog. „Positiven Sozialen Kontakt“ (vgl. Pauls 2011, 81). Damit meint er den „Zugang zu wichtigen Bezugspersonen in einem persönlichen Netz von Beziehungen“ (Pauls 2011, 81). Dabei können auch zunächst sog. „künstliche Netzwerke“ (z.B. „Selbsthilfegruppen, sowie andere Institutionen und Helfer“) als Quelle des positiven sozialen Kontakts fungieren (vgl. Pauls 2011, 81). Dies würde zunächst insbesondere im Rahmen der Elternbegleitung während der stationären Phase sehr relevant sein, da die Kontaktmöglichkeiten im persönlichen Netzwerk aufgrund des langwierigen Krankenhausaufenthaltes durchaus beschränkt sein könnten. Die Suche nach einem Austausch zwischen Menschen, die sich in der selben Lebenslage befinden, ist während belastender Lebenssituationen besonders ausgeprägt (vgl. Gottlieb o.J., 199). Hall [u.a.] empfehlen in ihrer Studie „Recommendations for peer-to-peer support for NICU parents“ ein flächendeckendes Angebot von Peer-to-Peer-Support für Eltern frühgeborener Kinder während der intensivmedizinischen stationären Phase (vgl. Hall [u.a.] 2015, Abstract). Als Unterstützungsformen innerhalb dieses Peer-to-Peer-Support nennen sie die emotionale, informationelle und instrumentelle Unterstützung (vgl. Hall [u.a.] 2015, 10). Insofern können innerhalb dieser Unterstützungsintervention (Peer-to-Peer), die unter die Unterstützungsform des sog. „Positiven Sozialen Kontaktes“ subsumiert werden kann, einige der bereits vorgestellten sozialen Unterstützungsformen wiedergefunden werden. Support-Gruppen werden in dem Buch von Cohen/Underwood/Gottlieb mit dem Titel „Social Support Measurement and Intervention. A Guide for health and social scientist.“ als konkrete soziale Unterstützungsintervention aufgeführt (vgl. Helgeson/Gottlieb o.J., 221-245). Die emotionale Unterstützung, welche in diesen Gruppen erbracht werden kann, basiert auf der sog. „validation of experience“ und der „validation of feelings“ (vgl. Helgeson/Gottlieb o.J., 231). Die Bestätigung und Wertschätzung der Erfahrung einer Person setzt voraus, dass die Personen das Erleben eines gleichartigen Ereignisses teilen (vgl. Helgeson/Gottlieb o.J., 231). Hingegen erfordert die Bestätigung und Wertschätzung der Gefühle von Personen in einer Support-Gruppe nicht, dass die gleiche Situation durchlebt wurde (vgl. Helgeson/Gottlieb o.J., 231). Gleichwohl hat sich gezeigt, dass die Tragfähigkeit der emotionalen Unterstützung in einer Support-Gruppe insbesondere dann existiert, wenn sich u.a. die Erfahrungen ähneln (vgl. Helgeson/Gottlieb o.J., 237).

Die Vorteile eines Peer-to-Peer-Supports für Eltern und Frühgeborene werden zunehmend durch evidenzbasierte Belege gestützt (vgl. Hall [u.a.] 2015, 9). Es zeigte sich, dass bei Eltern, die Peer-to-Peer-Support in Anspruch nahmen, u.a. eine Verbesserung hinsichtlich des Selbstvertrauens, des Selbstwertgefühls, der Fähigkeiten zur Problemlösung, der Wahrnehmung sozialer Unterstützung und der Akzeptanz der Situation eintrat (vgl. Hall [u.a.] 2015, 9). Ferner fühlten sich diese Eltern bestärkter, interagierten mehr mit ihrem Kind und besuchten ihr Kind öfter, was insgesamt zu einer Verkürzung des Krankenhausaufenthaltes führte (vgl. Hall [u.a.] 2015, 9). Besonders relevant im Kontext der vorliegenden Fragestellung ist, dass die Stress- und Belastungsreaktion sowie depressive Symptome reduziert werden konnten (vgl. Hall [u.a.] 2015, 9). Hall [u.a.] verweisen auf verschiedene Formen des Peer-to-Peer-Supports, wie z. B. In-Person support or Telephone support, Parent support groups und Internet support groups (vgl. Hall [u.a.] 2015, 10-11). In dem Zusammenhang mit dem Funktionsbereich von Sozialpädagogen*innen/-arbeitern*innen sind die Parent-support-groups besonders bedeutend (vgl. Hall [u.a.] 2015, 10). Diese können entweder nur von erfahrenen Eltern („*veteran parents*“) oder Professionellen oder aber in Zusammenarbeit zwischen Professionellen und erfahrenen Elternteilen geführt werden (vgl. Hall [u.a.] 2015, 10). Die *veteran parents* fungieren als Mentoren für die akut betroffenen Eltern (vgl. Hall [u.a.] 2015, 10). Die Stabilität einer Peer-to-Peer-Group wurde insbesondere dann gewährleistet, wenn die Gruppe von einem Mental Health Professional (Psycholog*in oder Sozialarbeiter*in) oder einem NICU staff medical (Arzt*in, Krankenschwester/-pfleger) in Zusammenarbeit mit einem *veteran parent* abgehalten wurde (vgl. Hall [u.a.] 2015, 10). Hall [u.a.] vermuten, dass Eltern als Gruppenleiter eher beratendes oder therapeutisches Personal anstelle von medizinischen Fachkräften bevorzugen könnten (vgl. Hall [u.a.] 2015, 10). Eine wichtige Kompetenz der Führungspersonen ist die Zurückhaltung im Hinblick auf das nach Außenkehren ihrer Expertenrolle, sodass der Austausch an Erfahrungen zwischen den beteiligten Eltern nicht gehindert wird (vgl. Hall [u.a.] 2015, 10). Um Hindernisse bei der Inanspruchnahme des Peer-to-Peer-Supports zu überwinden, sollte es sich um eine aufsuchende Hilfeform handeln, bei der Professionelle und *veteran parents* für die Inanspruchnahme werben und diese ermöglichen (vgl. Hall [u.a.] 2015, 10). Ein weiterer Funktionsbereich u.a. der Sozialpädagogen*innen/-arbeiter*innen ist die Auswahl und das Ausbilden von ehemals betroffenen Eltern zu *veteran parents* (vgl. Hall [u.a.] 2015, 11).

Auch die Koordinationsfunktion der Peer-to-Peer-Angebote wird u.a. dem Funktionsbereich der Sozialarbeiter*innen/-pädagogen*innen zugesprochen (vgl. Hall [u.a.] 2015, 11). Es wird ersichtlich, dass Professionelle der Sozialarbeit/-pädagogik bei dieser Form sozialer Unterstützung, im Rahmen der Begleitung von Eltern Frühgeborener, durchaus als Quelle positiven sozialen Kontakts eine tragende Rolle einnehmen können.

5. Der Experte als Quelle sozialer Unterstützung: Voraussetzungen, Hindernisse und Einflussgrößen

5.1 Professionelle der Sozialen Arbeit als soziale Unterstützungsgeber

Soziale Unterstützungsinteraktionen finden regelmäßig zwischen den Mitgliedern eines spezifischen (z. B. persönlichen) Netzwerkes statt (vgl. Shumaker/Brownell 1984). Gleichwohl können Quellen sozialer Unterstützung auch außerhalb des persönlichen sozialen Netzwerkes eines Individuums angesiedelt sein (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 17). Shumaker und Brownell lehnen bei ihrer theoretischen Auslegung von sozialer Unterstützung eine verengte Perspektive auf die potentiellen Quellen sozialer Unterstützungsleistungen ab und sehen, neben den Mitgliedern aus dem persönlichen Netzwerk, auch Fremde als potentielle Unterstützungsgeber (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 17). Dieser Standpunkt ist für die vorliegende Arbeit insofern sehr bedeutsam, wenn es um die Frage geht, ob ein Sozialarbeiter/-pädagoge als Quelle sozialer Unterstützung im Kontext der stationären Begleitung von Eltern Frühgeborener fungieren könnte. Insbesondere im Zusammenhang mit Stress- und Belastungssituationen weisen Shumaker und Brownell auf das Unterstützungspotential von „Fremden“ hin. In derartigen Situationen wird die „Offenbarung des Selbst“ i. d. R. als Phänomen eingeordnet, das regelmäßig zwischen einander vertrauten Personen auftritt (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 17). Hingegen kann die gewisse Anonymität einer fremden Person für jene Unterstützungsbedürftige von Vorteil sein, die sich engen persönlichen Netzwerkmitgliedern nicht so gerne offenbaren möchten (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 17-18). Nun ist die Frage, ob auch ein Sozialarbeiter/-pädagoge als Experte einer bestimmten Profession unter diese Auslegung von Shumaker und Brownell subsumiert werden kann. Dies kann insofern bejaht werden, als dass sie eindeutig auf die Möglichkeit sozialer Unterstützungsinteraktionen zwischen Unterstützungsempfängern und Experten einer bestimmten Profession als Unterstützungsgeber verweisen (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 18). Bei einer einseitigen Betrachtung sozialer Unterstützung als ein Phänomen innerhalb persönlicher Netzwerke besteht die Gefahr, wertvolle Unterstützungsmöglichkeiten außerhalb des persönlichen Netzwerkes zu übersehen (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 18). Vermutlich besteht bei einer Person, die soziale Unterstützung von einem Fremden oder Experten erhält, nicht so ein ausgeprägtes Schuldgefühl hinsichtlich der Erbringung einer Gegenleistung, wie bei einem Unterstützungsgeber aus dem persönlichen sozialen Netzwerk (vgl. Shumaker/

Brownell 1984, 18). Als Quelle sozialer Unterstützung käme nach dieser theoretischen Auslegung somit ein Professioneller der Sozialarbeit/-pädagogik durchaus in Frage. Die Vorteile eines Experten als Unterstützungsgeber (Anonymität und Verringerung des Schuldgefühls hinsichtlich dem Erbringen einer Gegenleistung) erscheinen sehr einleuchtend.

5.2 Potentielle Hindernisse bei sozialen Unterstützungsprozessen

Ob eine soziale Unterstützungsinteraktion erfolgreich ist (wirksam und von hoher Qualität) hängt u.a. davon ab, ob eine Kongruenz in der Wahrnehmung der Unterstützungsinteraktion zwischen Empfänger und Geber besteht (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 19). Selbst, wenn beide Interaktionspartner die Unterstützungsinteraktion als hilfreich bewerten, kann es sein, dass sie dennoch nicht zu dem gewünschten Effekt führt (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 19). Gleichwohl ist eine Kongruenz in der Wahrnehmung und Bewertung einer sozialen Unterstützungsinteraktion die beste Voraussetzung, um den erwünschten Effekt zu erreichen und um die Beziehung als bereichernd wahrzunehmen (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 20). Inkongruenzen können auftreten, wenn Empfänger und Geber unterschiedliche Ziele verfolgen oder ein differierendes Verständnis von hilfreichen und in der spezifischen Situation notwendigen Unterstützungsleistungen haben (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 20). Darüber hinaus gibt es Personen, die Schwierigkeiten haben, nach Unterstützung zu fragen und ihre Bedürfnisse zu verbalisieren (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 20). Aber nicht nur bei den Unterstützungsempfängern können Hindernisse im Rahmen sozialer Unterstützungsinteraktionen auftreten. So kann es vorkommen, dass Unterstützungsgeber ein mangelndes Einfühlungsvermögen hinsichtlich der Notlage des Bedürftigen aufweisen, den Bedarf an sozialer Unterstützung erst gar nicht erkennen oder aber auf die Wünsche des Bedürftigen im Hinblick auf die Art der Unterstützungsleistungen nicht eingehen (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 21). Unterstützungsinteraktionen können ebenfalls beeinträchtigt werden, wenn der Unterstützungsgeber selbst aufgrund der Belastungssituation des Hilfebedürftigen Stress erfährt und seine erforderlichen Ressourcen nicht mehr aktivieren kann (vgl. Knoll/Scholz/Rieckmann 2017, 148). Diese potentiellen Hindernisse erfordern daher eine stetige Reflexion des Professionellen im Rahmen der Elternbegleitung Frühgeborener, um den Erfolg sozialer Unterstützungsinteraktionen gewährleisten zu können.

5.3 Geschlechterunterschiede und dyadisches Coping

Studien haben gezeigt, dass im Rahmen sozialer Unterstützungsinteraktionen wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede zu finden sind (vgl. Nestmann 2010, 15). Es hat sich erwiesen, dass Frauen i. d. R. zwar eher über kleinere soziale Netzwerke verfügen. Gleichwohl weisen jene ein größeres Unterstützungspotenzial auf, als die strukturell größeren Netzwerke der Männer (vgl. Nestmann 2010, 15). Besonders relevant für die vorliegende Fragestellung ist jener Aspekt, dass Frauen soziale Unterstützung vornehmlich außerhalb ihrer Partnerschaft ersuchen. Hingegen suchen Männer soziale Unterstützung vielmehr innerhalb der Partnerschaft (vgl. Nestmann 2010, 15). Männer betrachten ihre „Ehefrauen bzw. Intimpartner“ als bedeutsamste und überwiegende Unterstützungsquelle (vgl. Knoll/Schwarzer o.J., 338). Fowlie und McHaffie beobachteten diesen geschlechterspezifischen Unterschied auch im Rahmen der intensivmedizinischen Begleitung von Eltern Frühgeborener (vgl. Fowlie/McHaffie 2004, 137). Demnach ersuchen Mütter Frühgeborener, im Gegensatz zu den betroffenen Vätern, eher Unterstützung außerhalb der Partnerschaft während der intensivmedizinischen Phase (vgl. Fowlie/McHaffie 2004, 1337). Diese Differenz scheint sich im Kontext einer anderen Studie aus dem Jahre 2013, welche soziale Unterstützungsinteraktionen eben während dieser Phase untersuchte aufzulösen. Jene kam zu dem Ergebnis, dass sowohl Mütter als auch Väter Frühgeborener soziale Unterstützung („Social sharing“), favorisiert innerhalb der Partnerschaft ersuchen (vgl. Coppola [u.a.] 2013, 1740). In diesem Zusammenhang wird auch von dyadischem Coping gesprochen (vgl. Kupfer 2015, 184). Die Studie verweist hier auf Bedeutsamkeit von Vätern im Kontext der stationären intensivmedizinischen Phase. Die Anwesenheit der Väter ermöglicht dem Elternpaar eine gegenseitige Unterstützung, um sich von dem krisenhaften Ereignis „Frühgeburt“ zu erholen (vgl. Coppola [u.a.] 2013, 1740). Gleichwohl können Unterstützungsinteraktionen misslingen, wenn sich beide Partner in der gleichen belastenden Situation befinden (vgl. Kupfer 2015, 185). Daher sollte eine stetige Reflexion im Hinblick auf Störquellen innerhalb des dyadischen Copings bei der professionellen Arbeit mit den Eltern erfolgen. Gleichzeitig ist die Würdigung des Potentials partnerbezogener sozialer Unterstützungsinteraktionen ausgesprochen wichtig, wie diese Studie belegt („*mothers and fathers reported having shared mostly with their own partners*“) (Coppola [u.a.] 2013, 1739).

Es konnten geschlechtsspezifische Differenzen hinsichtlich des Anlasses des Ersuchens sozialer Unterstützung ermittelt werden. Der Gesundheitszustand des Kindes stand bei Vätern, aber nicht bei Müttern, in einem direkten Zusammenhang mit der Suche nach sozialer Unterstützung („*need to share the event*“), seiner Frequenz und dem erkannten Nutzen durch die soziale Unterstützungsinteraktion (vgl. Copolla 2013, 1740). Hingegen fungierte die emotionale Reaktion der Mütter („*anger and fear*“) als Anlass für die Suche nach sozialer Unterstützung. Je verärgerter die Mütter waren, desto häufiger initiierten sie soziale Unterstützungsinteraktionen und desto mehr profitierten sie davon. Je ängstlicher sie waren, desto mehr lagen Anlässe für das Ersuchen sozialer Unterstützungsinteraktionen vor (vgl. Coppola 2013, 1740). Der geschlechterspezifische Unterschied liegt hier insofern in dem „Trigger“, der die Suche nach sozialer Unterstützung „provoziert“. Bei Müttern scheinen eher emotionale Reaktionen auf das Ereignis und bei Vätern vornehmlich der objektive Gesundheitszustand des Kindes als Auslöser für soziale Unterstützungsinteraktionen zu fungieren (vgl. Coppola 2013, 1740). In diesem Kontext ist ein weiterer wichtiger Aspekt der Studie sehr relevant. Es zeigte sich, dass zwei unterschiedliche Emotionen bei Müttern und Vätern als soziales Unterstützungshindernis identifiziert werden konnten. Je wütender die Väter und je schuldiger sich die Mütter bezüglich der Frühgeburt fühlten, desto später trat das Ersuchen nach sozialen Unterstützungsinteraktionen auf (vgl. Coppola 2013, 1740). So heißt es: „These findings have important practical implications because they suggest that high levels of [...] may be risk factors impending parents ability to search and use effectively social support in the NICU“ (Coppola [u.a.] 2013, 1740). Demensprechend ist es im Rahmen der Arbeit mit Eltern frühgeborener Kinder erforderlich, die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Bewältigung des krisenhaften Erlebens nach einer Frühgeburt zu kennen und stets zu reflektieren.

Ferner zeigte sich, dass die Bindungsstile der Eltern ausschlaggebend für die Suche nach sozialer Unterstützung waren. Ein sicherer Bindungsstil erschien als effektivste Voraussetzung für soziale Unterstützungsinteraktionen (vgl. Coppola 2013, 1740). Dies könnte daran liegen, dass Personen mit einem sicheren Bindungsstil im Gegensatz zu Personen mit einem unsicheren Bindungsstil u. a. positive Erwartungen bezüglich der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung hegen (vgl. Coppola 2013, 1740). Geschlechtsbezogen hat sich herausgestellt, dass insbesondere Väter mit einem unsicher-vermeidenden Bindungsstil das geringste Bedürfnis aufweisen und am wenigsten

dazu tendierten, ihr emotionales Erleben mit anderen zu teilen (vgl. Coppola 2013, 1740). Dies könnte darin begründet liegen, dass sie schlechte Erfahrungen mit der Verfügbarkeit sozialer Unterstützung in ihrem Netzwerk gemacht haben und insofern sozialen Beziehungen als Ressource weniger Bedeutung beimessen (vgl. Coppola 2013, 1740). Da Bindungsstile vermutlich einen Einfluss auf die Bewältigung belastender Ereignisse und die Aktivierung sozialer Unterstützungsressourcen als Bewältigungsstrategie ausüben (vgl. Coppola 2013, 1740), erscheint es umso wichtiger, diesen Einfluss bei der Begleitung von Eltern frühgeborener Kinder maßgeblich zu beachten.

5.4 Personen-und umweltbezogene Einflussgrößen

Sowohl personenbezogene als auch umweltbezogene Faktoren können soziale Unterstützungsprozesse beeinflussen (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 30-31). Shumaker und Brownell unterteilen die personenbezogenen Merkmale in Personen-und Netzwerkmerkmale (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 30). Vermutlich haben bestimmte Charakteristika einer Person einen Einfluss auf soziale Unterstützungsprozesse. Hierzu zählen u. a. das Bedürfnis nach sozialem Austausch und Intimsphäre, Beziehungskompetenzen, die Stabilität des Selbstkonzeptes, Autonomie sowie die eigene Kontrollüberzeugung (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 30). Als demographische Einflussgröße wird hier u. a. das Geschlecht genannt (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 30), auf welches bereits eingegangen wurde.

Die Netzwerkstruktur des Unterstützungsempfängers und des Unterstützungsgebers wird obendrein als Einflussgröße genannt. Sowohl die Dichte und Größe eines Netzwerks als auch die Beziehung zwischen Geber und Empfänger können die Zufriedenheit hinsichtlich der Unterstützungsinteraktion beeinflussen (vgl. Gottlieb 1981, o.S., Gourash 1978, o.S., Hirsch 1979, o.S. zit. n. Shumaker/Brownell 1984, 30).

Die soeben genannten Aspekte sollten daher bei der Elternbegleitung beachtet werden. Der Professionelle sollte stets seine eigenen Überzeugungen reflektieren sowie eine Analyse seines eigenen Netzwerkes durchführen, um potentielle störende Einflüsse auf die Beziehung mit dem Klienten zu verhindern. Gleichzeitig wäre notwendig, eine Netzwerkanalyse mit den betroffenen Eltern durchzuführen, um einen Überblick

über die Größe, Dichte und Qualität des Netzwerkes zu erhalten, welches einen potentiellen Einfluss auf die Beziehung mit dem Professionellen haben könnte.

Als umweltbezogene Einflussgrößen differenzieren Shumaker und Brownell zwischen der organisatorischen und der physischen Umgebung (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 30-31). Innerhalb von Zwangs- oder Pflichtkontexten entwickeln sich soziale Unterstützungsprozesse weniger als innerhalb einer auf Partizipation ausgerichteten Umgebung (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 30). Dies ist ein wichtiger Hinweis für die professionelle Arbeit mit den Eltern. So sollte das Einbeziehen und Mitgestalten der Eltern im Unterstützungsprozess ein wesentliches Arbeitsprinzip des Professionellen sein. Eine weitere Einflussgröße ist die Relation zwischen den einzelnen Netzwerken wie z. B. Nachbarschaft, Familie, Arbeit etc. (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 31). Jene beeinflussen entstehende Netzwerke sowie die Fähigkeit, verfügbare Unterstützungsressourcen effektiv zu nutzen (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 31). Ein entstehendes Netzwerk könnte, auf den Inhalt dieser Arbeit bezogen, z. B. das Netzwerk „Frühgeborenenintensivstation“ sein, welches wiederum aus dem Team, den Eltern, den Frühgeborenen, den Peer-to-Peer support Gruppen etc. besteht. Wenn jenes durch die Relation der bisher bereits bestehenden Netzwerke beeinflusst werden kann und gleichzeitig einen Einfluss auf die elterliche Kompetenz der effektiven Nutzung verfügbarer sozialer Ressourcen hegt, so sollte die Analyse dieser Relation Gegenstand der Arbeit mit den Eltern sein. Darüber hinaus liegen Hinweise dafür vor, dass Umgebungen, die Privatheit, strukturelle Klarheit und den Austausch mit anderen ermöglichen, sowohl Selbstoffenbarung als auch Kommunikation und Problemlösung fördern (vgl. Shumaker/Brownell 1984, 31). Insofern sollte darauf geachtet werden, dass bei der Arbeit mit den Eltern diese umgebungsbezogenen Voraussetzungen vorliegen.

6. Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit war es, eine Antwort auf jene, in der Einleitung vorgestellten Fragestellungen zu erhalten. Im Rahmen der ersten Fragestellung sollte überprüft werden, ob das Konzept der „Sozialen Unterstützung“ ein Potenzial im Hinblick auf eine Reduktion der Stress- und Belastungssituation von Eltern Frühgeborener während der stationären intensivmedizinischen Phase in sich trägt. Fraglich war in diesem Zusammenhang weiter, ob hieraus ein indirekter positiver Einfluss auf die Eltern-Kind-Interaktion angenommen werden kann. Im Rahmen der zweiten Fragestellung sollte geklärt werden, ob ein Professioneller der Sozialen Arbeit als Quelle sozialer Unterstützung fungieren könnte. Die Bearbeitung dieser Fragestellungen umfasste ein systematisches Vorgehen. So wurden dem Leser zunächst umfangreiche Informationen hinsichtlich der allgemeinen Thematik „Frühgeburt“ bereitgestellt, um die Generierung einer Wissensbasis und eines Verständnisses für dieses besondere Lebensereignis zu ermöglichen. Hierbei wurden u.a. neben medizinischen und psychosozialen Folgen der Frühgeburt für das frühgeborene Kind selbst, die psychosozialen Folgen für die betroffenen Eltern ausführlich anhand stress- und krisentheoretischer Bezüge erläutert, um den Bedarf an Hilfen zu untermauern. Dabei dienten u.a. wissenschaftliche Studien als Argumentationsgrundlage. Nach fundierter wissenschaftlicher Untersuchung, dürfte kein Zweifel mehr daran bestehen, dass eine Frühgeburt regelmäßig zu einer Stress- und Belastungssituation der Eltern führt, die je nach Verfügbarkeit individueller Bewältigungsmöglichkeiten in ihrem Schweregrad variieren kann. Es konnte ein gesicherter Zusammenhang zwischen der elterlichen Stress- und Belastungsreaktion und negativen Einflüssen auf die sich entwickelnde Eltern-Kind-Interaktion hergestellt werden, welche indes für eine gesunde Entwicklung des Kindes und des familiären Systems wesentlich ist. Diese Risiken und Gefahren für die Eltern-Kind-Interaktion, die dieser elterlichen Stress- und Belastungssituation entspringen können, wurden ebenfalls durch Studien belegt. Aus dieser psychosozialen Krisensituation und den daraus resultierenden Folgen für Kind und Familie, lässt sich ein akuter Handlungsbedarf während der stationären intensivmedizinischen Phase ableiten. Dieser akute Handlungsbedarf lässt sich ebenfalls auf Grundlage der Forderung einer umfassenden elterlichen psychosozialen Betreuung, durch den Gemeinsamen Bundesausschuss im Jahre 2013, untermauern. Im Rahmen des zweiten Teils der Arbeit sollte nun konkret über

prüft werden, ob sich das Konzept der „Sozialen Unterstützung“ als Handlungsgrundlage zur Verhinderung eben dieser Risiken eignen könnte. Dies erforderte zunächst die Klärung der Begrifflichkeit „Sozialer Unterstützung“ sowie die Erläuterung leitender Perspektiven und Ansätze des Konzeptes. Aufgrund der ausgesprochen großen terminologischen und inhaltlichen Heterogenität des Konzepts war eine spezifische Auswahl bestimmter Konzeptstränge unabdingbar. Bei dieser Auswahl war die Passung im Verhältnis zum Kontext der Arbeit (Frühgeburtlichkeit) und zur Fragestellung maßgeblich. Als wesentlich erschien die Erläuterung der Dimensionen sozialer Unterstützung. Hierbei wurde insbesondere die Bedeutsamkeit der Differenzierung zwischen wahrgenommener und erhaltener sozialer Unterstützung erklärt sowie Beispiele für Assessments zur Erhebung dieser beiden Dimensionen präsentiert. Anschließend wurde der Zusammenhang zwischen sozialer Unterstützung und Stress untersucht. Der positive Einfluss sozialer Unterstützungsprozesse auf die Exposition mit belastenden und stressreichen Situationen konnte belegt werden. In Bezug darauf wurden u.a. Knoll und Schwarzer zitiert, die davon ausgehen, dass die Folgen von Stress unmittelbar durch soziale Unterstützungsprozesse „abgepuffert“ werden können (Knoll/Schwarzer o.J., 340). Dem sog. Haupteffekt sozialer Unterstützung, der zwar nicht stressspezifisch wirkt, konnte jedoch eine indirekte positive Beeinflussung auf das Stress- und Belastungserleben zugesprochen werden, indem er Wohlbefinden und die Steigerung des Selbstwertgefühls fördert. Ferner konnte nachgewiesen werden, dass auch bio-psycho-soziale Wirkungswege sozialer Unterstützungsprozesse stress- und belastungslindernde Effekte erzielen. Insgesamt ließen sich stress- und belastungsreduzierende Effekte sozialer Unterstützung belegen. Limitierungen enthält die vorliegende Arbeit hinsichtlich potentieller negativer Effekte sozialer Unterstützungsprozesse auf das Stress- und Belastungserleben.

Um die soziale Unterstützung als Handlungsgrundlage weiter zu konkretisieren, wurden sodann verschiedene Formen sozialer Unterstützungsprozesse aufgezeigt. Hierbei handelt es sich um die sog. „Emotionale, Informationelle, Instrumentelle, Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung“ und den positiven sozialen Kontakt. In diesem Kontext wurde ihre Bedeutung im Hinblick auf stress- und belastungsreduzierenden Effekte im Rahmen der Begleitung von Eltern Frühgeborener herausgearbeitet. Dabei dienten u.a. konkrete Anhaltspunkte neonatologischer Studien als Bezugsrahmen, in

welchen Formen sozialer Unterstützung empfohlen werden und detaillierte Handlungsvorschläge vorkommen (siehe z. B. „Listening visits“; Peer-to-Peer-Group). Es liegen insgesamt überzeugende Hinweise dafür vor, dass das Konzept der „Sozialen Unterstützung“ ein Potenzial in sich trägt, eine Reduktion der Stress- und Belastungsreduktion von Eltern Frühgeborener im Rahmen der stationären intensivmedizinischen Phase herbeizuführen. Gleichzeitig wäre sodann eine logische Schlussfolgerung, dass im Rahmen dieser Stress- und Belastungsreduktion durch soziale Unterstützungsprozesse die Eltern-Kind-Interaktion indirekt eine positive Beeinflussung erfährt.

Im Rahmen der zweiten Fragestellung sollte untersucht werden, ob ein Professioneller der Sozialen Arbeit/Sozialpädagogik als Quelle sozialer Unterstützung fungieren könnte. Erste Anhaltspunkte, die für ein Bejahen dieser These sprechen, bietet Gerald Caplan, der von Unterstützungssystemen als Quellen sozialer Unterstützung ausgeht, bei denen er deutlich auf sog. „Professionelle Hilfen“ hinwies. Überdies muss diese These unter Bezugnahme der Theorie sozialer Unterstützung von Shumaker und Brownell bejaht werden. Hier wird der Experte als Unterkategorie des Fremden als durchaus geeignete Quelle sozialer Unterstützung gesehen. Sogar auf deutliche Vorteile eines Experten als Quelle sozialer Unterstützung wurde hingewiesen (Anonymität, Verringerung des Schuldgefühls). Gleichwohl war es in diesem Zusammenhang notwendig auf potentielle Hindernisse und Einflussgrößen im Kontext sozialer Unterstützungsprozesse aufmerksam zu machen. So wurde auf Geschlechterunterschiede, dyadische Copingprozesse sowie personen- und umweltbezogene Einflussgrößen im Rahmen sozialer Unterstützungsprozesse verwiesen, aus welchen sich bestimmte Anforderungen an den Professionellen ergeben.

Limitierungen der vorliegenden Arbeit betreffen die Bereiche „negative Folgen sozialer Unterstützung auf das Stress- und Belastungserleben“, der „Transfer des Handlungskonzeptes in die Praxis“ sowie die „Ausgestaltung der Rolle des Professionellen der Sozialen Arbeit, auch unter dem Aspekt der Interdisziplinarität im stationären intensivmedizinischen Kontext“. Die Frage nach der konkreten organisatorischen, administrativen und inhaltlichen Umsetzung des Konzeptes in die Praxis sowie die Frage nach einem konkreten Interventionsablauf, geeigneten Methoden, Techniken, ethischen Prinzipien und professionellen Rollenanforderungen erfordert daher eine weitere

wissenschaftliche Auseinandersetzung und insofern die Erhebung weiterer Studien. Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen:

- (1) Wie könnte das Konzept der „ Sozialen Unterstützung“ innerhalb der Praxis der intensivmedizinischen Versorgung von Frühgeborenen und ihren Eltern konkret umgesetzt werden? Welche organisatorischen, administrativen und inhaltlichen Anforderungen würden sich hieraus ergeben?*
- (2) Welche Methoden, Techniken und ethischen Prinzipien könnten zu einer erfolgreichen Umsetzung des Konzepts der „Sozialen Unterstützung“ im Rahmen der intensivmedizinischen Begleitung von Frühgeborenen und ihren Eltern führen?*
- (3) Wie könnte die Ausgestaltung der Rolle des Sozialarbeiters/-pädagogen als Quelle sozialer Unterstützung in der Praxis aussehen und welche rollen- und professionsspezifischen Anforderungen ergeben sich daraus?*
- (4) Wie würde sich die Umsetzung des Konzepts der „Sozialen Unterstützung“ durch einen Professionellen der Sozialen Arbeit/-pädagogik im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit während der intensivmedizinischen Phase gestalten? Welche Chancen und Probleme könnten hieraus erwachsen?*

Diese Arbeit lässt aufgrund ihrer Ergebnisse die Annahme zu, dass das Konzept der „Sozialen Unterstützung“ ein großes Potenzial hinsichtlich der Reduktion der Stress- und Belastungsreaktion von Eltern Frühgeborener während der intensivmedizinischen Phase in sich trägt. Weiter kann angenommen werden, dass die Eltern-Kind-Interaktion darüber positiv beeinflusst werden kann. Überdies hat sich herausgestellt, dass ein Professioneller der Sozialarbeit/Sozialpädagogik durchaus als Quelle sozialer Unterstützung in diesem Kontext fungieren könnte. Auf Grundlage dieser Ergebnisse wird deutlich, dass es sich lohnt, in weitere Erhebungen von Studien zu investieren, die das Konzept der „Sozialen Unterstützung“ im Kontext der Begleitung von Eltern Frühgeborener weiter erforschen. Die soeben aufgeführten Fragestellungen sollen als Beispiele und als Anregung für eine weitere wissenschaftliche Befassung mit dieser Thematik dienen.

7. Literaturverzeichnis

A

Affleck, Glenn/Tennen, Howard/Rowe, Jonelle (1991): Infants in crisis: How parents cope with newborn intensive care and its aftermath. New York: Springer zit. n. Jotzo, Martina (o.J.): Trauma Früh-und Risikogeburt, in: Reichert, Jörg /Rüdiger, Mario (Hrsg.) (2013): Psychologie in der Neonatologie. Psychologisch- sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 123.

Ahnert, Liselotte (Hrsg.) (2004): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag.

Ahnert, Liselotte (o.J.): Bindung und Bonding: Konzepte früher Bindungsentwicklung, in: Ahnert, Liselotte (Hrsg.) (2004): Frühe Bindung. Entstehung und Entwicklung. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag, 63-81.

B

Baur, Waltraud/Podeswik, Andreas (o.J.): Case Management in der Pädiatrie-Nachsorge bei schwer und chronisch kranken Kindern und Jugendlichen, in: Wendt, Wolf R./Löcherbach, Peter (Hrsg.) (2017): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 3. neu bearbeitete und erweiterte Aufl. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH, 155-170.

Brisch, Karl-Heinz (2013): Schwangerschaft und Geburt. Bindungspsychotherapie-Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Bundesverband „Das frühgeborene Kind e.V.“ (Hrsg.) (2010): Eltern auf der Neonintensivstation. Frankfurt am Main, 3-51. Online unter: <https://www.fruehgeborene.de/publikationen/eltern-auf-der-neointensivstation> (Zugriff: 04.02.2019).

C

Caplan, Gerald (1964): Principles of Preventive Psychiatry. New York [u.a.]: Basic Books, Inc.; Publishers.

Caplan, Gerald (1974): Support Systems and Community Mental Health. Lectures on Concept Development. Behavioral Publications: New York.

Chan, Tzu-Hui/Ward, Susan (1993): A tool to reduce stress and cardiovascular disease. AAOHN Journal, 41, 499-503 zit. n. Underwood, Patricia W. (o.J.): Sozialer Rückhalt: Versprechen und Wirklichkeit, in: Hill Rice, Virginia (Hrsg.) (2005): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und –wissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber, 426.

Cohen, Sheldon/McKay, Garth (1984): Social Support, Stress and the Buffering Hypothesis: A Theoretical Analysis, in: Baum, Andrew/Singer, Jerome/Taylor, Shelly E. (Hrsg.) (1984): Handbook of psychology and health, Volume 4: Social Psychological Aspects of Health. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 253-267.

Cohen, Sheldon/Underwood, Lynn G./Gottlieb, Benjamin H. (Hrsg.) (2000): Social Support Measurement AND Intervention. A Guide for Health and Social Scientists. Oxford [u.a.]: Oxford University Press.

Copalla, Gabriele [u.a.] (2013): In search of social support in the NICU: features, benefits and antecedents of parents' tendency to share with others the premature

birth of their baby. In: The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, Volume 26; Issue 17, 1737-1741. Online unter:

<https://www.researchgate.net/publication/236020724> In search of social support in the NICU Features benefits and antecedents of parents' tendency to share with others the premature birth of their baby

(Zugriff: 30.01.2019).

D

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2018): ICD-10-WHO Version 2016. Kapitel XVI. Bestimmte Zustände die, ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96). Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum (P05-P08). Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht, anderorts nicht klassifiziert (P07). Online unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/chapter-xvi.htm> (Zugriff: 22.03.2019).

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019): Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Online unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f40-f48.htm> (Zugriff: 11.02.2019).

F

Fagundes, Christopher P./Glaser, Ronald/Kiecolt-Glaser, Janice K. (2013): Stressful Early Life Experiences and Immune Dysregulation across the Lifespan. In: Brain, Behavior and Immunity, 27C, 8-12/Online verfüg. 2014, 1-11. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3518756/pdf/nihms398616.pdf> (Zugriff: 10.02.2019).

Faltmaier, Toni (2005): Gesundheitspsychologie. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

Fernandez Medina/Isabel María [u.a.] (2017): Bonding in neonatal intensiv care units: Experiences of extremely preterm infants`mothers. In: Journal of the Australian Collage of Midwives, Volume 31, Issue 4, 325-330.

Field, Tiffany (2017): Preterm newborn pain research review. In: Infant Behavior and Development, Volume 49, 141-150. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/28898671> (Zugriff: 28.01.2019).

Friedrich, Hannes [u.a.] (Hrsg.) (1997): Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Band 1: Lehrbuch. Bern [u.a.]: Verlag Hans Huber.

Fowlie, Peter W./Mc Haffie, Hazel (2004): ABC of preterm birth. Supporting parents in the neonatal unit. In: The British Medical Journal, Volume 329, 1336-1338. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC534850/pdf/bmj32901336.pdf> (Zugriff: 29.01.2019).

G

Gahleitner, Silke Birgitta (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. Weinheim [u.a.]: Beltz Juventa.

Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2013): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der „Vereinbarung über die Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh-und Neugeborenen“. Anlage 2 der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh-und Reifgeborene (QFR-RL): Anforderungen an die Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität in den Versorgungsstufen, 1-12. Online unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-1754/2013-06-20_QFR-RL_Aenderung_BAnz.pdf. (Zugriff: 16.02.2019).

Gehrmann, Armin [u.a.] (2010): Belastungserleben von Müttern sehr frühgeborener Kinder und Zufriedenheit mit der Unterstützung in einem interdisziplinären Nachsorgeprojekt. In: Förderung interdisziplinär, 29. Jg., 99-111.

Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (2019): Behandlung von extrem unreif(en) Frühgeborenen, Stand 2009. Online unter: <https://www.gnpi.de/cms2/index.php/wir-ueber-uns/stellungnahmen/101-> (Zugriff: 29.01.2019).

Gloger-Tippelt, Gabriele (1988): Schwangerschaft und erste Geburt. Psychologische Veränderungen der Eltern. Stuttgart [u.a.]: W. Kohlhammer Verlag.

Gottlieb, Benjamin H. (o.J.): Selecting and Planning Support Interventions, in: Cohen, Sheldon/Underwood, Lynn G./Gottlieb, Benjamin H. (Hrsg.) (2000): Social Support Measurement AND Intervention. A Guide for Health and Social Scientists. Oxford [u.a.]: Oxford University Press, 195-220.

Gottlieb, Benjamin H. (Hrsg.) (1981). *Social networks and social support.* Beverly Hills, CA: Sage. zit. n. Shumaker, Sally A./Brownell, Arlene (1984): Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. In: Journal of Social Issues, Vol. 40, No. 4, 30. Online unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/fc41/ef531e881f3ea80266ab0dc7b7c47e5861e7.pdf> (Zugriff: 01.02.2019).

Gourash, Nancy (1978): Help-seeking: A review of the literature. *American Journal of Community Psychology.* 6(5), 413-423 zit. n. Shumaker, Sally A./Brownell, Arlene (1984): Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. In: Journal of Social Issues, Vol. 40, No. 4, 30. Online unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/fc41/ef531e881f3ea80266ab0dc7b7c47e5861e7.pdf> (Zugriff: 01.02.2019).

H

Hall, Sue L. [u.a.] (2015): Recommendations for peer-to-peer support for NICU parents. In: Journal of Perinatology, Volume 35, 9-13.

Hall, Sue L. [u.a.] (2015): Recommendations for enhancing psychosocial supports of NICU parents through staff education and support. In: Journal of Perinatology, Volume 35, 29-36.

Hawson, Christopher/ Kinney, Mary/ Lawn, Joy (o.J.): Chapter 1. Preterm birth matters. In: WHO (2012): Born too soon. The global action report on preterm birth, 9. Online unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=C8E3CC8A91FEA46528EF308DDA709923?sequence=1 (Zugriff: 22.03.2019).

Helgeson, Vicki S./Gottlieb, Benjamin H. (o.J.): Support Groups, in: Cohen, Sheldon/Underwood, Lynn G./Gottlieb, Benjamin H. (Hrsg.) (2000): Social Support Measurement AND Intervention. A Guide for Health and Social Scientists. Oxford [u.a.]: Oxford University Press, 221-245.

Henze, Karl-Heinz (o.J.): Frühgeburt, in: Friedrich, Hannes [u.a.] (Hrsg.) (1997): Betreuung von Eltern mit belastenden Geburtserfahrungen. Band 1: Lehrbuch. Bern [u.a.]: Verlag Hans Huber, 105-118.

Herting, Egbert (o.J.): Kinder mit besonderen Risiken, in: Jorch, Gerhard/Hübler, Axel (Hrsg.) (2010): Neonatologie. Die Medizin des Früh-und Reifgeborenen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 70-76.

Hill Rice, Virginia (Hrsg.) (2005): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und –wissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 25-47.

Hirsch, Barton J. (1979): Psychological dimensions of social networks: A multi-method analysis. *American Journal of Community Psychology*. 7, 263-277 zit. n. Shumaker, Sally A./Brownell, Arlene (1984): Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. In: *Journal of Social Issues*, Vol. 40, No. 4, 30. Online unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/fc41/ef531e881f3ea80266ab0dc7b7c47e5861e7.pdf> (Zugriff: 01.02.2019).

Holditch-Davis, Diane [u.a.] (2015): Psychological Distress in Mothers of Preterm Infants. In: *Infant Behavior and Development*, 41, 154-163. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4654120/> (Zugriff: 10.02.2019).

House, James S. (1981): Work stress and social support. Reading, Massachusetts et al.: Addison-Wesley Publishing Company zit. n. Kupfer, Anette (2015): Wer hilft helfen? Einflüsse Sozialer Netzwerke auf Beratung. Tübingen: dgvt-Verlag, 139.

Howe, Tsu-Hsin [u.a.] (2014): Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. In: *Research In Developmental Disabilities*, 35 (7), 1749-1756. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24656293> (Zugriff: 04.03.2019).

Huppertz-Kessler, Christina J./Verveur, Doris/Pöschl, Johannes (2010): Intensivmedizinisches Reizumfeld und Stressoren-welchen Einfluss haben sie auf die Gehirnentwicklung frühgeborener Kinder? In: *Klinische Pädiatrie*, 222(4), 236-242.

Hynan, Michael T./Hall, Sue L. (2015): Psychosocial program standards for NICU parents. In: *Journal of Perinatology*, Volume 35, 1-4.

Hynan, Michael T. [u.a.] (2015): Recommendations for mental health professionals in the NICU. In: Journal of Perinatology, Volume 35, 14-18.

I

Ioakeimidis, Nikolas [u.a.] (2018): Smoking cessation in pregnancy. Current concepts and controversies. In: Hellenic Journal of Cardiology, Volume (o.A.), 1-5. Online unter: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1109966618302057?token=1DFF0C3766516B46574BED869683ADA1A47117D09B5C5ECF4AE6BCFD07E7313D346856FDFC287AF0BFFBC4F88DAE3D19> (Zugriff: 30.01.2019).

Ionio, Chiara [u.a.] (2016): Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. In: Europe's Journal of Psychology, Volume 12, Issue 4, 604-621. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5114875/> (Zugriff: 10.02.2018).

J

Jorch, Gerhard/Hübner, Axel (Hrsg.) (2010): Neonatologie. Die Medizin des Früh- und Reifgeborenen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Jotzo, Martina/Reichert, Jörg (o.J.): Psychoneonatologie-Ein Epilog, in: Reichert, Jörg /Rüdiger, Mario (Hrsg.) (2013): Psychologie in der Neonatologie. Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 266-276.

Jotzo, Martina (o.J.): Trauma Früh-und Risikogeburt, in: Reichert, Jörg /Rüdiger, Mario (Hrsg.) (2013): Psychologie in der Neonatologie. Psychologisch- sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 112-139.

K

Kißgen, Rüdiger [u.a.] (2012): Die psychosoziale Versorgung in der Neonatologie in Deutschland: Eine quantitativ-empirische Bestandsaufnahme aus ärztlicher Perspektive. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, 216 (06), 259-268. Stuttgart [u.a.]: Georg Thieme Verlag KG. Online unter: https://www.researchgate.net/profile/Ruediger_Kissgen/publication/233977264_Psychosocial_Care_in_Institutional_Neonatology_in_Germany_A_Quantitative-Empirical_Inventory_from_the_Medical_Professionals'_Perspective/links/00b7d52728f4621f8f000000.pdf (Zugriff: 07.03.2019).

Knoll, Nina/Schwarzer, Ralf (o.J.): Soziale Unterstützung, in: Schwarzer, Ralf (Hrsg.) (2005): Gesundheitspsychologie 1, Enzyklopädie der Psychologie. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag für Psychologie, 333-351.

Knoll, Nina/Scholz, Urte/Rieckmann, Nina (2017): Einführung Gesundheitspsychologie. 4. aktualisierte Aufl. München [u.a.]: Ernst Reinhardt Verlag.

Korja, Riikka/Latva, Reija/Lehtonen, Liisa (2011): The effects of preterm birth on mother-infant interaction and attachment during the infants first two years. In: Acta Obstetrica & Gynecologica Scandinavica, 2012, 9, 164-173. Online unter: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1600-0412.2011.01304.x> (Zugriff: 11.03.2019).

Kupfer, Anette (2015): Wer hilft helfen? Einflüsse Sozialer Netzwerke auf Beratung. Tübingen: dgvt-Verlag.

L

Lahey, Brian/Cohen, Sheldon (o.J.): Social Support Theory and Measurement, in: Cohen, Sheldon/Underwood, Lynn G./Gottlieb, Benjamin H. (Hrsg.) (2000): Social Support Measurement AND Intervention. A Guide for Health and Social Scientists. Oxford [u.a.]: Oxford University Press, 29-52.

Lam, Joanne/Spence, Kaye/Halliday, Robert (2007): Parents' perception of nursing support in the neonatal intensive care unit (NICU). In: Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing, Volume 10, No. 3, 19-25. Online unter: [https://www.researchgate.net/publication/279902487 Parents' perception of nursing support in the Neonatal Intensive Care Unit NICU](https://www.researchgate.net/publication/279902487_Parents'_perception_of_nursing_support_in_the_Neonatal_Intensive_Care_Unit_NICU) (Zugriff: 23.02.2019).

Lang, Christine (2009): Bonding. Bindung fördern in der Geburtshilfe. München: Elsevier GmbH.

Laux, Gerhard (o.J.): Psychotherapie, in: Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerhard/Deister, Arno (2015): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 6. aktualisierte Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 549-585.

Lazarus, Richard S./Folkman, Susan (1984): Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Lazarus, Richard S. (o.J.): Stress, Bewältigung und Emotionen: Entwicklung eines Modells. In: Hill Rice, Virginia (Hrsg.) (2005): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und –wissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 231-262.

Liu, Li [u.a.] (2012): Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000. In: The Lancet, Vol. 379, 2151-2161. Online unter: <http://www.who.int/immunization/diseases/tetanus/lancet-2012-global-child-mortality.pdf>. (Zugriff: 04.03.2019).

Lissauer, Tom/Fanaroff Avory A. (2011): Neonatology at a Glance. Second Edition. Oxford: A John Wiley & Sons, Ltd., Publication.

Lohaus, Arnold/Vierhaus, Marc (2015): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. 3. überarb. Aufl. Berlin [u.a.]: Springer Verlag.

Lohaus, Arnold/Vierhaus Marc (o.J.): Physische Entwicklung, in: Lohaus, Arnold/Vierhaus, Marc (2015): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor, 3. überarbeitete Aufl., 78-92.

Lohaus, Arnold/Vierhaus Marc (o.J.): Frühe Eltern-Kind-Interaktion und Bindung, in: Lohaus, Arnold/Vierhaus, Marc (2015): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor, 3.überarbeitete Aufl., 105-114.

Ludwig-Körner, Christiane (o.J.): Die Frühgeborenenfamilie-Belastung und Bewältigung, in: Reichert, Jörg /Rüdiger, Mario (Hrsg.) (2013): Psychologie in der Neonatologie. Psychologisch- sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 47-59.

Luu, Thuy Mai/Rheman Mian, Muhammad Oneeb/Nuyt, Anne Monique (2017): Long Term Impact of Preterm Birth. Neurodevelopmental and Physical Health Outcomes. In: Clinics in Perinatology, Volume 44, Issue 2, 305-314. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28477662> (Zugriff: 01.03.2019).

Lyon, Brenda L. (o.J.): Stress, Bewältigung und Gesundheit: Konzepte im Überblick. In: Hill Rice, Virginia (Hrsg.) (2005): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und –wissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 25-47.

M

McDonald, Sheila [u.a.] (2014): Cumulative psychosocial stress, coping resources and preterm birth. In: Archives of Women's Health, Volume 17, Issue 6, 559-568. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24948100> (Zugriff: 01.03.2019).

Mehler, Katrin [u.a.] (2011): Mothers seeing their VLBW infants within 3 h after birth are more likely to establish a secure attachment behaviour: evidence of a sensitive period with preterm infants?. In: Journal of Perinatology, 31, 404-410. Online unter: <https://www.nature.com/articles/jp2010139.pdf> (Zugriff: 04.03.2019).

Monat, Alan/Lazarus Richard S. (Hrsg.) (1977): Stress and Coping. AN ANTHOLOGY. New York: Columbia University Press.

Möller, Hans-Jürgen/Laux, Gerhard/Deister, Arno (2015): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 6. aktualisierte Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

N

Nestmann, Frank (2010): Soziale Unterstützung-Social Support. In: Enzyklopädie Erziehungswissenschaft, Online Ausgabe, 1-39.

O

Ozbay, Faith [u.a.] (2007): Social Support and Resilience to Stress. From Neurobiology to Clinical Practice. In: Psychiatry (Edgmont) A peer-reviewed journal providing evidence-based information to practicing clinicians, Volume 4(5), 35-40. Online unter: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2921311/pdf/PE_4_5_35.pdf (Zugriff: 09.02.2019).

P

Pauls, Helmut (2011): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung. 2. überarb. Aufl. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Pearlin, Leonard (1989): The sociological study of stress. Journal of Health and Social Behavior, 30, 241-256 zit. n. Underwood, Patricia W. (o.J.): Sozialer Rückhalt: Versprechen und Wirklichkeit, in: Hill Rice, Virginia (Hrsg.) (2005): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und –wissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber, 426.

Porz, Friedrich/beta Institut für sozialmedizinische Forschung und Entwicklung/2. Kinderklinik für Kinder und Jugendliche des Zentralklinikums Augsburg (2008): Prospektive randomisierte Implementierung des Modellprojekts Augsburg (PRIMA-Studie). Evaluation der individuellen familienorientierten Nachsorge für Früh- und Risikogeborene des Modellprojekts BUNTER KREIS Augsburg, 1-65.

Porz, Friedrich (2010): Entlassung kleiner Frühgeborener aus der Klinik- und was dann? In: Kinder- und Jugendmedizin, 10, 43-47.

Porz, Friedrich (o.J.): Sozialmedizinische Nachsorge für Familien mit Frühgeborenen und kranken Neugeborenen, in: Reichert, Jörg /Rüdiger, Mario (Hrsg.) (2013): Psychologie in der Neonatologie. Psychologisch- sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, 255-265.

R

Rasenack, Regina/Zink, Mathias (o.J.): Alkohol und Tabak in der Schwangerschaft, in: Singer Manfred V./Batra, Anil/Mann, Klaus (Hrsg.) (2011): Alkohol und Tabak – Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 427 -432 zit. n. RKI/DESTATIS (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Online unter: <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf> (Zugriff: 25.02.2019).

Rass, Eva (2011): Bindung und Sicherheit im Lebenslauf. Psychodynamische Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Klett Cotta.

Reichert, Jörg /Rüdiger, Mario (Hrsg.) (2013): Psychologie in der Neonatologie. Psychologisch- sozialmedizinische Versorgung von Familien Frühgeborener. Göttingen [u.a.]: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.

Robert Koch Institut /Statistisches Bundesamt (2015): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Online unter: <http://www.gbe-bund.de/pdf/GESBER2015.pdf> (Zugriff: 22.02.2019).

Röhrle, Bernd (1994): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

S

Sansavini, Alessandra/Faldella, Giacomo (2013). *Lo sviluppo dei bambini nati pre-termine: Aspetti neuropsicologici, metodi di valutazione e interventi.* Milano, Italy: Franco Angeli zit. n. Ionio, Chiara [u.a.] (2016): Mothers and Fathers in NICU: The Impact of Preterm Birth on Parental Distress. In: Europe's Journal of Psychology, Volume 12, Issue 4, 604-621.

Schappin, Renske [u.a.] (2013): Rethinking Stress in Parents of Preterm Infants: A Meta-Analysis. In: PLOS ONE, Volume 8, Issue 2, e54992, 1-19.

Schleußner, Ekkehard (2013): Drohende Frühgeburt. Prävention, Diagnostik und Therapie. Deutsches Ärzteblatt, 110(13): 227-236. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/136012/Drohende-Fruhegeburt> (Zugriff: 22.01.2019).

Schwarzer, Ralf/ Schulz, Ute (2013): Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen, 1-31. Online unter: https://www.researchgate.net/publication/242256215_The_Berlin_Social_Support_Scales_BSSS (Zugriff: 04.03.2019).

Schwarzer, Ralf/Leppin, Anja (1989): Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse. Göttingen [u.a.]: Dr. C. J. Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Selye, Hans (o.J.): Selections from The Stress of Life, in: Monat, Alan/Lazarus Richard S. (Hrsg.) (1977): Stress and Coping. AN ANTHOLOGY. New York: Columbia University Press, 17-35.

Shumaker, Sally A./Brownell, Arlene (1984): Toward a Theory of Social Support: Closing Conceptual Gaps. In: Journal of Social Issues, Vol. 40, No. 4, 11-36.

Online unter: <https://pdfs.semanticscholar.org/fc41/ef531e881f3ea80266ab0dc7b7c47e5861e7.pdf>

(Zugriff: 01.02.2019).

Straßburg, Hans-Michael/Dacheneder, Winfried/Kreß, Wolfram (2018): Entwicklungsstörungen bei Kindern. Praxisleitfaden für die interdisziplinäre Betreuung. 6. Aufl. München: Elsevier GmbH.

Szymanska, Monika [u.a.] (2017): Psychophysiological effects of oxytocin on parent-child-interactions: A literature review on oxytocin and parent-child interactions. In: Psychiatry and Clinical Neurosciences, Volume 71, 690-705. Online unter: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/pcn.12544> (Zugriff: 12.02.2019).

U

Underwood, Patricia W. (o.J.): Sozialer Rückhalt: Versprechen und Wirklichkeit. In: Hill Rice, Virginia (Hrsg.) (2005): Stress und Coping. Lehrbuch für Pflegepraxis und –wissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 419-444.

V

Vogel, Joschua P. [u.a.] (2018): Global epidemiology of preterm birth. In: Best practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Volume 52, 3-12. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29779863> (Zugriff: 05.03.2019).

Von der Wense, Axel/Bindt, Carola (2013): Risikofaktor Frühgeburt. Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln. Weinheim [u.a.]: Beltz Verlag.

W

Wendt, Wolf R./Löcherbach, Peter (Hrsg.) (2017): Case Management in der Entwicklung. Stand und Perspektiven in der Praxis. 3. neu bearbeitete und erweiterte Aufl. Heidelberg: medhochzwei Verlag GmbH.

World Health Organization (2018): Preterm Birth. Key facts. Online unter: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth> (Zugriff: 05.02.2019).

World Health Organization (o.J.): New borns with low birth weight (%). Online unter: <http://www.who.int/whosis/whostat2006NewbornsLowBirthWeight.pdf> (Zugriff: 05.02.2019).

World Health Organization (2004): Low birthweight. Country, Regional and Global Estimates. Online unter: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43184/9280638327.pdf;jsessionid=36F09C684A2B1E675D3FDE8AA4384BFD?sequence=1> (Zugriff: 05.02.2019).

World Health Organization (2012): Born too soon. The global action report on preterm birth. Online unter: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44864/9789241503433_eng.pdf;jsessionid=C8E3CC8A91FEA46528EF308DDA709923?sequence=1 (Zugriff: 28.01.2019).

Y

Younger, Janet B./Kendell, Mary Jean/Pickler, Rita H. (1997): Mastery of Stress in Mothers of Preterm Infants. In: Journal of the Society of Pediatric Nurses, (2) 1, 29-35. Online unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9051637> (Zugriff: 04.02.2019).

8. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

9. Anhang

Erklärung zum Zitat von Kade 2018, Seite 1

Das die Einleitung einführende Zitat stammt aus einem persönlichen Telefonat mit Frau [REDACTED] vom 01.06.2018.