



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Exzessives Schreien: Subjektive Krankheitskonzepte
von Müttern und deren Auswirkung auf die Bewältigung“

verfasst von / submitted by

Claudia Grösser, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2023 / Vienna 2023

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie UG2002

Betreut von / Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck

Danksagung

Ein großes Dankeschön gilt meinem Betreuer Herrn Ass.-Prof. Mag. Dr. Harald Werneck, der mich stets in meinem Vorhaben unterstützt und begleitet hat. Seine Offenheit für die unterschiedlichsten Themenbereiche schätze ich sehr.

Ganz besonders möchte ich mich bei den Müttern bedanken, die mir ihre Zeit schenkten und bereitwillig ihre Geschichten mit mir teilten. Obwohl ich ihnen als fremde Person gegenübertrat, wurde mir mit außerordentlichem Vertrauen Einblick in eine emotionale Zeit gewährt, wofür ich ihnen meine höchste Anerkennung entgegenbringe. Dank eurer Unterstützung war es möglich, neue Erkenntnisse zu diesem Thema zusammenzutragen.

Zuletzt möchte ich mich bei meiner Familie und meinen Freund*innen bedanken, die mich durch das Studium begleiteten. Ich danke Simon für seine wertvollen Anregungen zu meiner Arbeit. Meinem Freund Jean-Pierre danke ich für seine Unterstützung und die gemeinsamen Stunden in der Bibliothek, die damit um ein Vielfaches erträglicher wurden.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	6
2 Theoretischer Hintergrund	6
2.1 Regulationsstörungen.....	7
2.1.1 <i>Diagnose</i>	8
2.1.2 <i>Exzessives Schreien</i>	8
2.1.3 <i>Eltern-Kind-Interaktion</i>	9
2.1.4 <i>Elterliche Belastung</i>	10
2.1.5 <i>Ursachen</i>	11
2.1.6 <i>Verlauf</i>	13
2.2 Unterstützungssysteme	14
2.3 Subjektive Krankheitskonzepte	16
2.3.1 <i>Funktionen von Krankheitskonzepten</i>	18
2.4 Das Erleben von Müttern	19
2.4.1 <i>Bewältigungsstrategien</i>	19
2.5 Fragestellungen.....	20
3 Methodik	20
3.1 Stichprobenrekrutierung und -beschreibung	20
3.2 Durchführung	21
3.2.1 <i>Interviewleitfaden</i>	22
3.3 Auswertung	23
3.4 Falldarstellungen	23
3.4.1 <i>Anna</i>	24
3.4.2 <i>Betti</i>	24
3.4.3 <i>Carolyn</i>	24
3.4.4 <i>Doris</i>	24
3.4.5 <i>Emilia</i>	24
3.4.6 <i>Frieda</i>	24
3.4.7 <i>Grete</i>	25
4 Ergebnisse	25
4.1 Identität	25
4.1.1 <i>Regulationsprobleme</i>	26
4.1.2 <i>High-Need</i>	26
4.1.3 <i>Unzufriedenheit</i>	26
4.2 Ursachen.....	26
4.2.1 <i>Temperament</i>	27

4.2.2 Störung	27
4.2.3 Traumatische Geburt.....	27
4.2.4 Negative Emotionen.....	28
4.3 Verlauf.....	28
4.4 Konsequenzen	29
4.4.1 Bindung	29
4.4.2 Konflikte	30
4.4.3 Einschränkung	30
4.4.4 Isolation.....	31
4.5 Kontrolle.....	31
4.5.1 Ausgeliefertsein	31
4.5.2 Verhalten	31
4.5.3 Ungeduld	32
4.5.4 Entwicklung	32
4.6 Sinnhaftigkeit.....	32
4.6.1 Teilweise bis keinen Sinn.....	32
4.6.2 Sinn.....	33
4.7 Emotion	33
4.7.1 Angst vor sich selbst	33
4.7.2 Erschöpfung	34
4.7.3 Bedürfnis nach Flucht	34
4.7.4 Versagen.....	34
4.7.5 Reue und Schuldgefühle	35
4.7.6 Wut.....	35
4.7.7 Verzweiflung, Hilflosigkeit und Frustration	35
4.7.8 Trauer und Enttäuschung	36
4.7.9 Selbstwirksamkeit und Stolz	36
4.8 Bewältigung.....	36
4.8.1 Funktionieren und Resignation	37
4.8.2 Hoffnung auf Besserung	37
4.8.3 Information.....	37
4.8.4 Abstand.....	37
4.8.5 Gewöhnung.....	37
4.8.6 Akzeptanz.....	38
4.9 Unterstützung	38
4.9.1 Familie und Freund*innen	38

4.9.2 Austausch.....	38
4.9.3 Professionell.....	38
4.10 Hilfsangebote	39
4.10.1 Unzureichend.....	39
4.10.2 Aufwand und Wartezeit.....	39
4.10.3 Negative Erfahrungen	39
4.11 Was Mütter brauchen	40
4.11.1 Aufklärung und Verständnis	40
4.11.2 Auszeit	41
4.11.3 Psychologische Unterstützung.....	41
5 Diskussion	41
5.1 Limitationen und Ausblick	46
6 Fazit	47
7 Literatur	48
8 Anhang	58
Anhang A: Zusammenfassung	58
Anhang B: Abstract.....	59
Anhang C: Flyer	60
Anhang D: Interviewleitfaden	61

1 Einleitung

Der Übergang zur Elternschaft stellt ein bedeutendes Lebensereignis dar, das mit einer Vielzahl an Herausforderungen und Freuden einhergeht (Lévesque et al., 2020). Die Enttäuschung ist groß, wenn die Erwartungen an eine schöne Familienzeit durch einen belasteten Alltag nicht erfüllt werden. Frühkindliche Regulationsstörungen zählen zu den häufigsten Problemen im Säuglings- und Kleinkindalter (Botha et al., 2019; Ziegenhain et al., 2020). So wird in wissenschaftlichen Kreisen davon ausgegangen, dass jeder vierte bis fünfte Säugling zumindest vorübergehend an Schrei-, Schlaf- oder Fütterungsproblemen leidet (Hemmi et al., 2011; Papoušek, 2004). Im elterlichen Fachjargon finden sich meist Begriffe wie „Schreikind“, „schwierige Kinder“ oder „High Need Babys“ und lassen in ihrer Bezeichnung die tiefgreifende Belastung erahnen. Obwohl die Symptome bei den meisten Kindern mit fortschreitender Entwicklung verschwinden, bleiben Erinnerungen an eine enorm belastete Phase zurück (Petzoldt, 2018). Eltern sind häufig von intensiven Gefühlszuständen wie Aggression, Frustration und Schuldgefühlen betroffen (Wiley et al., 2020). Eltern tendieren dazu, die Ursache der kindlichen Regulationsprobleme in eigenem Versagen zu verorten (Georg et al., 2018; McAndrew et al., 2017). Besonders Frauen machen sich große Vorwürfe, wenn sie dem gesellschaftlichen Ideal einer „guten Mutter“ nicht entsprechen und müssen sich häufig mit zahlreichen Ratschlägen konfrontiert sehen (Muller et al., 2023).

Professionelle Unterstützung ist dann erfolgreich, wenn sie Eltern in ihrem subjektiven Verständnis der Störung abholt und begleitet. Allerdings fühlen sich viele Eltern missverstanden und unzureichend betreut (Muller et al., 2023). Ein zentrales Anliegen dieser Arbeit ist daher, das subjektive Erleben von Müttern eines Schreikindes in den Mittelpunkt zu stellen, welches in bisheriger Forschung zu wenig aufgegriffen wurde. Damit sollen Impulse zur Verbesserung bestehender Unterstützungssysteme geschaffen werden, um das Wohlbefinden von Familien zu steigern. Im nachfolgenden Teil der Arbeit sollen wissenschaftliche Erkenntnisse zusammengetragen werden, die über den aktuellen Forschungsstand aufklären sollen. Zusätzlich können die Befunde zur Einordnung der Aussagen aus den Interviews im Ergebnisteil genutzt werden.

2 Theoretischer Hintergrund

Im Laufe unserer Entwicklung sind Menschen stets Anforderungen und Adaptionsprozessen ausgesetzt, die es zu bewältigen gilt. Im frühkindlichen Alter ist das Erlernen der Selbstregulation in verschiedenen Bereichen eine zentrale Entwicklungsaufgabe (Papoušek, 2004). So müssen beispielsweise die Nahrungsaufnahme und Verdauung,

Temperatur, der Tag- und Nachtrhythmus sowie Aufmerksamkeitszustände reguliert werden. Mit fortschreitender Entwicklung und Lernerfahrungen werden die selbstregulatorischen Kompetenzen nach und nach ausgebaut (Papoušek, 2009). Säuglinge und Kleinkinder sind bei der Bewältigung dieser Entwicklungsaufgaben von der Unterstützung der Bezugspersonen noch stark abhängig (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Es liegt in der Verantwortung der Eltern, die individuellen Bedürfnisse des Kindes zu erkennen und festzustellen, in welchen Bereichen das Kind Schwierigkeiten hat, seine Emotionen und Verhaltensweisen selbstständig zu regulieren (Benz & Scholtes, 2012).

Dabei greifen Eltern meist auf ihre intuitiven Fähigkeiten zurück, die ihnen im Umgang mit ihrem Kind helfen (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Beispielsweise können sie anhand des Schreiklangs erkennen, ob ihr Kind müde oder hungrig ist und reagieren dementsprechend. Eine optimale Passung zwischen Eltern und Kind würde bedeuten, dass Eltern die kindlichen Signale deuten können und mit geeigneten Beruhigungsstrategien reagieren (Rank, 2020). Das Kind macht damit die Erfahrung, dass es sich auf seine Bezugspersonen verlassen kann, und diese fühlen sich wiederum in ihren Kompetenzen gestärkt und selbstwirksam. Mit der Zeit und der feinfühligsten elterlichen Unterstützung kann der Säugling seine zunächst als diffus erlebten Gefühlszustände selbst zuordnen und regulieren (Benz & Scholtes, 2012). Da sich das Kind stetig entwickelt und damit andere Bedürfnisse in den Vordergrund rücken, ist eine kontinuierliche Anpassung der elterlichen Strategien notwendig (Papoušek, 2004). Phasen, in denen die Interaktion nicht optimal verläuft, sind als normal anzusehen und keinesfalls ein Indiz für eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung. Solche kurzzeitigen Krisen werden von den Eltern und Kindern meist gut bewältigt und haben keine Konsequenzen für die weitere Entwicklung (Benz & Scholtes, 2012). Problematisch wird es dann, wenn sich diese Phasen häufen und ein annehmbares Ausmaß an Belastung übersteigen (Papoušek, 2009).

2.1 Regulationsstörungen

Von einer Regulationsstörung ist dann die Rede, wenn alterstypische Entwicklungsaufgaben nicht mehr bewältigt werden, Beruhigungsstrategien nicht mehr greifen und die Regulationsfähigkeiten des Kindes sowie die Eltern-Kind-Beziehung massiv beeinträchtigt sind (Papoušek, 2004). Zu ihnen gehören das exzessive Schreien, Ein- und Durchschlafstörungen, Fütterstörungen, persistierende Unruhe, Dysphorie mit Spielunlust, exzessives Klammern, soziale Ängstlichkeit und persistierende Trennungsängste, exzessives Trotzen sowie provokativ-oppositionelles und aggressives Verhalten (Benz & Scholtes, 2012). Aufgrund der hohen Gemeinsamkeiten der einzelnen Störungsbereiche, äußern sich die Regulationsschwierigkeiten häufig nicht isoliert, sondern treten zeitgleich oder nacheinander

altersentsprechend auf. So betrifft exzessives Schreien beispielsweise die frühen Lebensmonate, oppositionelles Verhalten hingegen das spätere Kleinkindalter (Ziegenhain et al., 2020). Angaben zur Prävalenz von Regulationsstörungen variieren stark, da sich Diagnosekriterien unterscheiden, das Störungsbild als solches übersehen wird oder Familien die Situation ohne professionelle Hilfe aussitzen und damit nicht erfasst werden (Ziegenhain et al., 2020). Die Häufigkeitsangaben beim exzessiven Schreien reichen beispielsweise von 2,2% bis 17,8% (Muller et al., 2023; Ziegenhain et al., 2020) und betreffen damit jede 5. Familie (Jenni, 2009). Bei ca. 6% der Säuglinge geht das Schreien über den 3. Lebensmonat hinaus (Olsen et al., 2019).

2.1.1 Diagnose

Regulationsstörungen können in den klassischen Diagnosemanualen wie im ICD-10 und DSM-5 nur in vereinzelten Bereichen vergeben werden. Zudem können die störungsspezifischen Besonderheiten im Säuglings- und Kleinkindalter nicht berücksichtigt werden (Ziegenhain et al., 2020). So ist besonders die Interaktion mit den Bezugspersonen sowie deren Belastungsempfinden für das Störungskonzept essentiell (Groß, 2012). Ausgehend von einer Symptomtrias nach Papoušek (2004) manifestiert sich die Regulationsstörung zum einen in den selbstregulatorischen Schwierigkeiten des Kindes in einem oder mehreren Bereichen, zum zweiten in einer dysfunktionalen Eltern-Kind-Interaktion, zum dritten in einem Überlastungssyndrom bei einem oder beiden Elternteilen. Im diagnostischen Gespräch ist es daher wichtig, die Entwicklungsgeschichte, die aktuelle Symptomatik des Kleinkindes, die damit verbundenen Belastungen und die Familiensituation zu erfragen sowie das Interaktionsgeschehen zu beobachten (Groß, 2012). Nachfolgend soll zunächst spezifisch auf das exzessive Schreien eingegangen werden, um basierend darauf die Symptomtrias zu veranschaulichen.

2.1.2 Exzessives Schreien

In den ersten Lebensmonaten ist Schreien für einen Säugling normal (Barr et al., 2008). Es ist seine einzige Möglichkeit Bedürfnisse auszudrücken und geht einher mit alterstypischen Anpassungs- und Reifungsprozessen (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Wird das Bedürfnis als solches von den Eltern erkannt und feinfühlig beantwortet, hört das Schreien meist auf (Rank, 2020). Auch unspezifisches Schreien, also solches, bei welchem kein ersichtlicher Grund für das Schreien zu erkennen ist, kommt bei den meisten Säuglingen phasenweise vor (Barr et al., 2008). Wenn das Schreien jedoch überhandnimmt und auch diverse Beruhigungsmaßnahmen nicht greifen, spricht man von exzessivem Schreien (Jenni, 2009; Papoušek, 2009). Nach der „Dreierregel“ von Wessel und Kolleg*innen (1954) gelten Säuglinge dann als Schreikinder,

wenn das Schreien mindestens drei Stunden am Tag, mindestens drei Tage in der Woche und über einen Zeitraum von mindestens drei Wochen persistiert. Da je nach familiären Vorbelastungen und Ressourcen der Familie die Toleranzgrenze variiert, sollte die individuelle Belastbarkeit der Familie in der Diagnosestellung besonders berücksichtigt werden (Jenni, 2009). Schreikinder wirken reizempfindlich und unruhig, meist ist für die plötzlich auftretenden Schreiepisoden kein ersichtlicher Grund erkennbar. Es ist kaum möglich den Säugling abzulegen oder ihn in einem ruhigen Zustand zu beobachten. Die Schlafzeit von Schreikindern ist deutlich vermindert und sie schlafen erst meist vor Erschöpfung ein. Die Dauer und Intensität des Schreiens variieren dabei stark. Meist liegt der Beginn um die zweite Lebenswoche, erreicht die stärkste Ausprägung in der sechsten und flacht zum dritten Lebensmonat hin wieder ab (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012; Wolke et al., 2017).

2.1.3 Eltern-Kind-Interaktion

Eltern müssen die alltäglichen Anforderungen unter einer enormen Stressbelastung sowie andauerndem Schlafmangel meistern (Brand et al., 2014; Cook et al., 2017). Trotz dieser Umstände und allgemein niedrigen Lebensqualität, versuchen Eltern alles, ihr exzessiv schreiendes Kind zu verstehen und probieren dabei die verschiedensten Beruhigungsmaßnahmen aus (Botha et al., 2019; Muller et al., 2023). Viele Eltern machen dabei die Erfahrung, dass eine hohe auditive (weißes Rauschen, Staubsaugergeräusche) und vestibuläre (Autofahren, Tragen, Schaukeln) Stimulation die Säuglinge kurzfristig besänftigt. Diese erhöhte Reizzufuhr und der häufige Wechsel zwischen diesen Maßnahmen führen jedoch langfristig meist zur Überreizung und verstärken damit das Schreien ungewollt. Dem Säugling fällt es nun noch schwerer, ohne diese Hilfen zur Ruhe zu kommen (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Hinzu kommt, dass die intuitiven Fähigkeiten von unseren Erwartungen sowie eigenen und kindlichen Temperamenteigenschaften geprägt sind. Ratschläge aus dem Umfeld, eigene Erfahrungen aus der Kindheit oder Informationen aus Ratgebern formen das Verständnis von dem, was wir als „normal“ empfinden und wie unser Kind zu sein hat (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). So kann es sein, dass Eltern eine bestimmte Erwartung haben, wie viel ihr Kind schlafen sollte und unter- oder überschätzen dieses Schlafbedürfnis womöglich. Auch besondere Umstände, wie Überforderung durch Alleinerziehung oder fordernde Geschwisterkinder können die intuitiven Kompetenzen einschränken, da sich die Eltern mitunter nicht feinfühlig auf die Bedürfnisse des Säuglings einstellen können (Papoušek, 2004).

Die enorme Überforderung und überwiegenden Negativerfahrungen wirken sich unvermeidbar auf den Umgang mit dem Säugling aus (Georg et al., 2021). Meist fühlen sich die Mütter von ihrem Kind abgelehnt und sehen sich als schlechter Elternteil. Das schwindende

Vertrauen in die eigenen Kompetenzen, das permanente Schreien des Kindes, sowie der allgemeine Erschöpfungszustand belasten die Eltern-Kind-Beziehung massiv und führen mitunter dazu, dass die Signale des Kindes nur noch inadäquat beantwortet werden können (Poustka et al., 2015; Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Die Abwehrreaktionen der Eltern und des Säuglings verstärken sich gegenseitig, beeinträchtigen die intuitiven elterlichen Kompetenzen und tragen damit zur Aufrechterhaltung der Regulationsstörung bei.

2.1.4 Elterliche Belastung

Die kumulierten Belastungsfaktoren äußern sich in negativen Gefühlszuständen, sowohl gegenüber sich selbst als auch dem Kind (Georg et al., 2018). Im Allgemeinen werden eine ausgeprägte Verzweiflung, Aggressivität, Frustration sowie Depressivität geäußert (Harskamp-Van Ginkel et al., 2022; Landgren & Hallström, 2011; Radesky et al., 2013). Konstante Sorgen um das Wohlbefinden des Kindes sowie Vorwürfe, das eigene Kind nicht beruhigen zu können, prägen das Bild hocherschöpfter Eltern (Megel et al., 2011). In der Regel isolieren sich die Mütter von der Außenwelt, die Scham über ihr empfundenes Versagen als Elternteil überwiegt (Landgren & Hallström, 2011). Die meisten Eltern betonen jedoch die notwendige Unterstützung, die sie zur Bewältigung der Situation benötigen würden (Botha et al., 2019). Zudem beschreiben Mütter die negativen Konsequenzen auf die Partnerschaft, welche häufig durch den Stress und die empfundene Einsamkeit resultieren (Landgren et al., 2012). Eltern fühlen sich der Situation meist nicht gewachsen und müssen mit den enttäuschten Erwartungen an eine schöne Familienzeit zurechtkommen (Cox & Roos, 2008). Auch eigene Ansprüche an die Rolle als Mutter oder Vater werden tagtäglich durch das unstillbare Schreien erschüttert, wodurch die elterliche Selbstwirksamkeitserwartung leidet (Megel et al., 2011).

Regulationsstörungen und die damit einhergehende belastete Eltern-Kind-Beziehung können erhebliche Folgen für den weiteren Bindungs- und Entwicklungsverlauf haben (Lux et al., 2023; Papoušek & von Hofacker, 1998; Postert et al., 2012). Studien zufolge sind selbst nach Einstellen des Schreiens die Depressionswerte von Müttern noch erhöht (Vik et al., 2009) und Eltern geben an, erst nach über einem Jahr Glücksgefühle gegenüber ihrem Kind zu empfinden (Landgren et al., 2012). Generell ist die Belastung bei Regulationsstörungen im Vergleich zu anderen Störungen im Kindesalter außerordentlich hoch (Postert et al., 2012). Für die Entwicklung des Kindes sind positive Interaktionen jedoch essenziell. Die mentale Belastung kann es den Eltern jedoch erschweren, einen positiven Bezug zu ihrem Kind herzustellen und es in weiterer Folge adäquat zu fördern (Fujiwara et al., 2011; Oldbury & Adams, 2015; Sethna et al., 2015). Im schlimmsten Fall ist ein totaler Erschöpfungszustand erreicht, der mitunter zur Kindesmisshandlung führen kann (Harskamp-Van Ginkel et al.,

2022). Exzessives Schreien gilt als häufigste Ursache für ein Schütteltrauma, eine schwere Form der Kindesmisshandlung, welche zu tödlichen Schädel-, Hirn-, und Wirbelsäulenverletzungen führen kann (Barr, 2014; Choudhary et al., 2018; Reijneveld et al., 2004; Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Dramatisch ist der Befund, dass fast alle Eltern einer Studie, die ihr Kind schüttelten, zuvor professionellen Rat aufgrund des unstillbaren Schreiens aufsuchten (Talvik et al., 2008). Trotz dieser Befunde sei betont, dass es vielen Eltern dennoch gelingt, feinfühlig auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren und ein positives Familienmiteinander zu leben (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich Regulationsstörungen durch multiple Belastungsfaktoren aufrechterhalten und manifestieren. Die hohen kindlichen Anforderungen führen meist zu einem elterlichen Erschöpfungszustand. Zudem ist die Eltern-Kind-Beziehung erheblich belastet, wenn Eltern nicht mehr auf ihre intuitiven Kompetenzen vertrauen können, in Folge die kindlichen Bedürfnisse über einen längeren Zeitraum nicht adäquat beantwortet werden und es zu vermehrten Abwehrreaktionen des Kindes kommt (Papoušek & von Hofacker, 1998). Familien sind besonders in dieser Zeit auf soziale Unterstützungssysteme und klinisch-psychologische Interventionen angewiesen.

2.1.5 Ursachen

Nachfolgend sollen einige mögliche Ursachen beziehungsweise aufrechterhaltende Bedingungen für Regulationsstörungen beschrieben werden, die in der Literatur am häufigsten aufgegriffen werden. In der Praxis ist es jedoch nicht möglich, das komplexe Störungsbild auf eine mögliche Ursache zu reduzieren. Vielmehr ist von einem Zusammenwirken mehrerer psychosozialer Belastungsfaktoren auszugehen (Hjern et al., 2020; Kaley et al., 2011).

Organische Einflussfaktoren. Infektionen, Allergien oder gastrointestinale Störungen können exzessives Schreien bedingen, ihr Beitrag zu den möglichen Ursachen ist jedoch eher gering (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Zudem gibt es Befunde, die ein erhöhtes Risiko für frühgeborene Kinder feststellten (Bilgin & Wolke, 2016), sowie ein unausgereiftes Zentralnervensystem und frühkindliche Migräne als Ursache diskutieren (Sarasu et al., 2018). In den diagnostischen Anfängen der frühkindlichen Regulationsstörungen wurde das exzessive Schreien auch häufig mit den „Dreimonatskoliken“ gleichgesetzt. Diese, meist Bauchschmerzen und Blähungen verursachende organische Störung äußert sich zwar im exzessiven Schreien, Koliken sind jedoch meist Folge der durch das Schreien verschluckten Luft und selten die Ursache (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Auch gibt es die Theorie, dass Dysfunktionen in der Schlaf-Wach-Regulation für das unspezifische Schreien verantwortlich sind (Jenni, 2009). So beschreibt das 2-Prozess-Modell der Schlaf-Wach-Regulation nach

Borbély (1982) zwei Phasen, die im Wechselspiel miteinander für einen geregelten Schlaf-Wach-Rhythmus sorgen. Der zirkadiane Prozess entwickelt sich bereits im Mutterleib und bewirkt, dass wir morgens müder und abends wacher sind. Der zweite Prozess, die Schlafhomöostase, welche erst um den 2. Monat einsetzt, ist nun für den aufbauenden Schlafdruck verantwortlich, der uns abends dennoch zum Einschlafen bringt. Da sich die beiden Prozesse im Laufe der Entwicklung erst zunehmend aufeinander abstimmen, kommt es in den ersten Lebensmonaten zu Ein- und Durchschlafproblemen und Störungen der Verhaltensregulation. So wird der Säugling im Laufe des Abends immer wacher, ohne dass ein Schlafdruck einsetzt. Da die Säuglinge nicht zur Ruhe kommen können, werden sie zunehmend überreizt und schreien vermehrt. Die biologische Entwicklung der Schlaf-Wach-Regulation ist dabei hochindividuell und kann bei einer Entwicklungsverzögerung in diesen Funktionen zu persistierenden Regulationsproblemen führen (Jenni, 2009).

Schwieriges Temperament. Ob und inwieweit das Temperament von Säuglingen einen Einfluss auf die Entstehung einer Regulationsstörung hat, wird kontrovers diskutiert (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Ein „schwieriges Temperament“ zeichnet sich durch eine Irregularität physiologischer Funktionen, geringe Anpassungsfähigkeit, eine überwiegend negative Stimmungslage sowie hohe Reaktionsintensität aus (Thomas & Chess, 1982). Diese Kinder sprechen zwar stark auf Reize an (hohe Reaktivität), sind aber schwer zu beruhigen (Papoušek, 2009). Es wird argumentiert, dass bestimmte Temperamenteigenschaften den selbstregulatorischen Kompetenzen mehr oder weniger zuträglich sind und gerade bei kumulierten Belastungsfaktoren als Ursache fungieren können (Kaley et al., 2011). So zeigen sich bei persistierenden und multiplen Regulationsproblemen vermehrt Kinder im „schwierigen“ Temperamentsspektrum (Papoušek, 2004). Im besten Fall können die Eltern auf das Temperament ihres Kindes passend reagieren und abgestimmte Regulationshilfen bereitstellen. Wenn sich die Kinder jedoch stark in ihrem Temperament von jenem der Eltern unterscheiden oder eine eingehende Beschäftigung mit den kindlichen Bedürfnissen aufgrund einer hohen elterlichen Belastung nicht möglich ist, können die Schwierigkeiten lediglich unzureichend kompensiert werden (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Auf ähnliche Weise versucht das Konzept der „High Need Kinder“ ein forderndes Verhalten anhand von bestimmten Charaktereigenschaften zu erklären. Diese Kinder würden im Vergleich zu anderen einen erhöhten Bedürfnis- und Aufmerksamkeitsbedarf aufweisen (Sears & Sears, 2001). Der Begriff wird jedoch kontrovers diskutiert und findet keine wissenschaftliche Grundlage.

Familiäre Belastungsfaktoren. Mütterlicher Stress sowie psychische Belastung während der Schwangerschaft wurden mit Schwierigkeiten der kindlichen Selbstregulation in

Verbindung gebracht (Glover, 2011; Korja et al., 2017; Lux et al., 2023; Mohr et al., 2019). So wurden in einer großangelegten Studie von van der Wal et al. (2007) Risikofaktoren wie depressive Symptome, Ängste bezüglich der Schwangerschaft und beruflicher Stress erhoben. Bei Müttern mit drei oder mehreren Risikofaktoren während der Schwangerschaft war die Wahrscheinlichkeit für ein Schreikind vier Mal höher. Erklärt werden diese Befunde unter anderem durch Stresshormone, die die Entwicklung des Säuglings beeinflussen können (Blakeley et al., 2013; Egliston et al., 2007). Auch daraus resultierende Bindungsstörungen können den Ausbau der kindlichen Selbstregulation zusätzlich behindern (Georg et al., 2021; Jaekel et al., 2021; Papoušek, 2011). Zudem werden traumatische Erfahrungen während der Geburt mit einer gestörten Eltern-Kind-Beziehung in Verbindung gebracht (Ionio & Di Blasio, 2014; Molloy et al., 2021; Watson et al., 2021). Es wird vermutet, dass Depressionen der Mutter meist eine Folge der Regulationsstörung sind, während Angststörungen während der Schwangerschaft diese eher bedingen (Petzoldt, 2018). Andere Studien wiederum konnten diese Effekte von mütterlichem Stress während der Schwangerschaft auf Regulationsschwierigkeiten nicht nachweisen (Bhat et al., 2015; Korja et al., 2017). Die unterschiedlichen Ergebnisse zeigen die hohe Individualität von Regulationsstörungen auf und damit die Schwierigkeit, mögliche Ursachen zu ergründen.

2.1.6 Verlauf

Die Besserung des Schreiens im dritten Lebensmonat geht oftmals mit dem Ausbau sozialer und kognitiver Fähigkeiten einher (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Der Säugling kann sein Schreien nun spezifischer einsetzen und Bedürfnisse klarer kommunizieren. Konzentriert sich das Schreien auf diesen belastenden, aber vorübergehenden Zeitabschnitt, kann sich die Eltern-Kind-Beziehung und die fortschreitende Entwicklung des Säuglings ohne nachhaltige Folgen erholen (Papoušek, 2009). Bei Persistenz des Schreiens und Übergehen der Regulationsschwierigkeiten auf andere Entwicklungsbereiche sowie hoher psychosozialer Belastung der Familien, besteht ein erhöhtes Risiko für langfristige Störungen der kognitiven und sozioemotionalen Entwicklung sowie Eltern-Kind-Beziehung (Hemmi et al., 2011; Schmid & Wolke, 2014; Smarius et al., 2017). Es wird jedoch kontrovers diskutiert inwieweit elterliche Ressourcen und frühzeitige Interventionen darauf Einfluss nehmen können.

Zum einen gibt es Annahmen, die Regulationsprobleme als relativ stabil betrachten und davon ausgehen, dass sie eine Kette von Problemen in Gang setzen (Olsen et al., 2019; Winsper & Wolke, 2014). Olsen und Kolleg*innen (2019) argumentieren in ihrer Studie, dass die hohe Belastung die Eltern-Kind-Bindung langfristig schädigt und damit die weitere Entwicklung negativ beeinflusst. Auch gibt es Hinweise, dass Regulationsprobleme die Hypothalamus-

Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA) dysregulieren und dadurch Aufmerksamkeits- und Lernschwierigkeiten in der Zukunft begünstigen (Ludington-Hoe et al., 2002; Scher et al., 2005). Vor allem multiple und persistierende Regulationsprobleme scheinen ein Indikator für spätere Verhaltensprobleme zu sein (Breeman et al., 2018; Hemmi et al., 2011; Schmid et al., 2009; Schmid & Wolke, 2014; Winsper & Wolke, 2014). Beispielsweise war bei Säuglingen mit mehreren Regulationsproblemen die Wahrscheinlichkeit für Verhaltensprobleme in der Kindheit um das 12-fache höher (Winsper & Wolke, 2014). Olsen und Kolleg*innen (2019) identifizierten für Säuglinge mit multiplen Regulationsstörungen ein vierfach höheres Risiko, unabhängig von der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung. Sie gehen davon aus, dass familiäre Ressourcen und Risikofaktoren zwar die Entstehung einer Regulationsstörung maßgeblich beeinflussen, das Vorhandensein einer Regulationsstörung im Säuglingsalter jedoch den stärksten Prädiktor für spätere Probleme darstellt (Olsen et al., 2019).

Andere Autor*innen hingegen heben wiederum den elterlichen Einfluss auf die Persistenz von Regulationsstörungen hervor (Bark et al., 2018; Breeman et al., 2018; Hemmi et al., 2011; Petzoldt, 2018; Smarius et al., 2017). Mütterliche Belastung (Smarius et al., 2017) und geringe elterliche Kompetenz (Breeman et al., 2018) wirken sich demnach darauf aus, inwieweit Regulationsprobleme bestehen bleiben. Breeman und Kolleg*innen (2018) nehmen an, dass Kinder mit Regulationsstörungen womöglich sensibler auf elterliche Belastungsfaktoren reagieren und erklären damit das erhöhte Risiko für Langzeitfolgen.

In Hinblick auf das komplexe Störungsbild der Regulationsstörungen erscheint es plausibel, multifaktorielle Belastungsfaktoren für die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Regulationsstörung anzunehmen. Zudem ist festzuhalten, dass persistierende Regulationsstörungen mit Langzeitfolgen nur einen kleinen Teil der Säuglinge betreffen und im allgemeinen ein vorübergehendes Phänomen im Säuglingsalter darstellen (Breeman et al., 2018; Papoušek & von Hofacker, 1998; Schmid et al., 2009; Schmid & Wolke, 2014). Da Interventionen wie Elternberatung und -therapie das exzessive Schreien reduzieren können (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012), sollen im nächsten Abschnitt Befunde zu vorhandenen Unterstützungssystemen beleuchtet werden.

2.2 Unterstützungssysteme

In der Unterstützung von belasteten Familien ist nicht die objektive Dauer des Schreiens, sondern vielmehr die subjektive Belastung von Eltern vorrangig (Papoušek, 2004; Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Feinfühligler Zuspruch sowie professionelle Aufklärung über das Störungsbild und mögliche Bewältigungsstrategien sollten primäre Komponenten einer Intervention darstellen (Muller et al., 2023; Poskey & Hersch, 2012). Neben dem Ausschluss

von organischen Störungen, die die Symptome bedingen können, wird in der Praxis grundsätzlich die Eltern-Kind-Beziehung fokussiert. Eine ausführliche Elternberatung sowie psychische Entlastung, sollen die Ressourcen der Eltern stärken, die sie wiederum in der Unterstützung ihres Säuglings einsetzen können (Rank, 2020). Dabei hat sich gezeigt, dass Informationen über Beruhigungsmaßnahmen wie ein strukturierter Tagesablauf und eine Reizreduktion, das Schreien verminderten (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012). Die infolge der Regulationsstörung belastete Interaktion wurde zu Beginn dieser Arbeit ausführlich erläutert. Verschiedene Formen von Eltern-Kind-Psychotherapie (Bark et al., 2018; Suess et al., 2016) haben daher zum Ziel, Dysfunktionen in der Beziehung zu identifizieren und die Beziehungsqualität zu verbessern (Ziegenhain et al., 2020). In Österreich und Deutschland finden Familien in Schreiambulanzen Unterstützung. Dabei handelt es sich um spezielle medizinische Einrichtungen, bestehend aus einem multidisziplinären Team aus Ärzt*innen, Psycholog*innen und Ergotherapeut*innen, die sich auf die Behandlung von Säuglingen und Kleinkindern spezialisiert haben, die unter Regulationsstörungen leiden.

Befragte Mütter wünschen sich eine frühzeitige Aufklärung über das Schreien während der Schwangerschaft (Muller et al., 2023). Sie wollen in ihren Sorgen ernst genommen werden und die Sicherheit haben, langfristig begleitet zu werden (Botha et al., 2019). Darüber hinaus ist es für sie besonders wichtig, organische Ursachen abzuklären (Harskamp-Van Ginkel et al., 2022). Studien zufolge ist ein Großteil der Eltern mit den vorhandenen Unterstützungsangeboten und der professionellen Betreuung jedoch unzufrieden (Harskamp-Van Ginkel et al., 2022; van der Veek & van Rosmalen, 2023). So gehen Expert*innen unzureichend auf die spezielle Familiensituation ein und vernachlässigen die elterliche Perspektive. Dabei konnten Salisbury et al. (2012) zeigen, dass eine familienzentrierte Intervention bessere Auswirkungen auf das exzessive Schreien hatte als eine Standard-Intervention, welche nicht auf individuelle Familienbedürfnisse abgestimmt war. Eine aktuelle Online-Befragung aus den Niederlanden zeigt, dass sich über 80% der Mütter zu wenig aufgeklärt fühlen (van der Veek & van Rosmalen, 2023). Zudem müssen viele Eltern auf Informationen aus dem Internet zurückgreifen, welche die elterliche Verunsicherung noch verstärken können (Botha et al., 2019).

Die Notwendigkeit, Eltern in der Bewältigung von Regulationsstörungen zu unterstützen, ist unbestritten. Eine gute Zusammenarbeit zwischen Eltern und Expert*innen ist von entscheidender Bedeutung. Allerdings zeigt sich in der Praxis nach den obigen Ausführungen scheinbar eine Diskrepanz zwischen den vorhandenen Angeboten und der elterlichen Zufriedenheit. Um diesen Missstand zu verbessern, ist eine umfassende

Untersuchung des subjektiven Erlebens von Eltern maßgeblich. Eine Möglichkeit, das subjektive Erleben von Eltern zu untersuchen, ist die Identifizierung von subjektiven Krankheitskonzepten (Diefenbach & Leventhal, 1996), welche im Folgenden vorgestellt werden.

2.3 Subjektive Krankheitskonzepte

Die Konfrontation mit physischen und mentalen Störungen ist für Individuen mitunter sehr belastend. Dabei wurde beobachtet, dass das Verhalten und der Umgang mit einer Erkrankung grundlegend verschieden ausfallen kann (Faltermaier & Levke Brütt, 2013). Seit jeher existieren verschiedene wissenschaftliche Zugänge, die sich mit dem Gesundheits- und Krankheitsverhalten von Individuen beschäftigen, um Erklärungen für diese Unterschiede zu finden. Das Modell der Selbstregulation von Leventhal und Kolleg*innen (Leventhal et al., 1992) ist das am weitesten erforschte. Darin wird postuliert, dass jeder Mensch aufgrund seiner persönlichen Erfahrungen, seines Wissens und seiner Kultur verschiedene Vorstellungen, Überzeugungen und Erklärungen über eine Krankheit hat. Diese subjektiven Krankheitskonzepte beeinflussen die Art und Weise, wie eine Person ihre Krankheit erlebt, damit umgeht und welche Schritte sie unternimmt, um sie zu bewältigen (Diefenbach & Leventhal, 1996; McAndrew et al., 2017). Nicht nur die betroffenen Personen selbst, auch Angehörige formen Annahmen und Konzepte über die Störung, so auch Eltern über die Störung ihres Kindes (Szentes et al., 2018).

Subjektive Krankheitskonzepte beinhalten Vorstellungen über die Identität der Erkrankung, ihre Konsequenzen, die Ursachen, ihre Kontrollierbarkeit sowie den Verlauf (Leventhal et al., 1992). Nach späteren Erweiterungen des Modells umfassen sie auch die Emotionen, die mit der Krankheit verbunden sind sowie die erlebte Sinnhaftigkeit (Weinman et al., 1996). Annahmen zur Identität betreffen die erlebten Symptome und lassen damit Rückschlüsse auf die zugrunde liegende Störung zu. Eine schnupfende Nase in Kombination mit Kopfschmerzen wird beispielsweise als Erkältung identifiziert.

Ursachen beschreiben Annahmen über Faktoren, die für die Entstehung der Störung verantwortlich gemacht werden. Diese Faktoren werden der Person selbst oder äußeren Umständen zugeschrieben (Moss-Morris et al., 2002). Dabei umfassen sie auch Vermutungen, ob die Störung erblich bedingt ist oder erst erworben wurde sowie ob sie psychischen oder körperlichen Ursprungs ist (Baines & Wittkowski, 2013). Zum Beispiel könnte eine erkältete Person vermuten, dass sie sich entweder zu wenig angezogen hat oder sich bei der Arbeit angesteckt hat.

Annahmen zum zeitlichen Verlauf betreffen die Einschätzung, ob eine Störung akut, episodisch oder chronisch ist. Die Belastung ist bei einer als chronisch empfundenen Störung höher als bei einer akuten (Leventhal et al., 1992). So gehen viele Menschen bei einer Erkältung nicht zu Expert*innen, weil sie davon ausgehen, dass diese nur von kurzer Dauer ist.

Konsequenzen beschreiben die mit der Störung verbundenen kurz- oder langfristigen Folgen. Bei einer Erkältung nehmen die meisten Menschen keine langfristigen Auswirkungen auf ihr Leben an. Damit verbunden sind meist Überzeugungen darüber, inwieweit eine Störung kontrolliert werden kann (Diefenbach & Leventhal, 1996). Werden die eigenen Kontrollmöglichkeiten als hoch eingeschätzt, wirkt sich das positiv auf die Bewältigung aus. Eine geringe Kontrolle hemmt hingegen die Selbstwirksamkeitserwartung und erhöht das Belastungsempfinden (Hagger & Orbell, 2003). Auch Annahmen darüber, ob es geeignete Therapiemöglichkeiten gibt und wie wirksam diese sind, beeinflussen die wahrgenommene Kontrolle (Faltermaier & Levke Brütt, 2013). So wird beispielsweise aus bereits überstandenen Erkältungen vermutet, dass sie mithilfe von Ruhemaßnahmen gut kontrollierbar sind.

Die Sinnhaftigkeit bezieht sich darauf, inwieweit die Störung für eine Person Sinn ergibt (Weinman et al., 1996). Eine Störung macht dann Sinn, wenn eine Person die Erfahrung macht, dass die Schritte, die sie setzt, um die Störung zu bewältigen positive Wirkung zeigen (Karekla et al., 2019).

Die Dimensionen stehen wechselseitig in Verbindung und beeinflussen sich gegenseitig (Leventhal et al., 1992). Es erscheint beispielsweise plausibel, dass sich Vorstellungen über die Ursache einer Störung auf die wahrgenommene Kontrollierbarkeit auswirken (Faltermaier & Levke Brütt, 2013). Subjektive Krankheitskonzepte lassen sich zudem in bedrohliche und protektive Anteile unterteilen (Sullivan et al., 2019). Bedrohlich sind beispielsweise Annahmen darüber, dass die Störung gefährlich ist, mit vielen Konsequenzen einhergeht und schwer kontrollierbar ist. Das psychische Wohlbefinden sinkt, je bedrohlicher eine Störung wahrgenommen wird (Sullivan et al., 2019). Zudem schränkt es den eigenen Handlungsspielraum massiv ein, da eine als bedrohlich wahrgenommene Störung Vermeidungsverhalten auslösen kann (McAndrew et al., 2017). Wenn die Bedrohlichkeit einer Situation jedoch als zu gering eingeschätzt wird, kann es dazu führen, dass keine Hilfe in Anspruch genommen wird, obwohl sie eigentlich erforderlich wäre (Sullivan et al., 2019). Hilfreich in der Bewältigung von Störungen sind protektive Annahmen wie eine hohe Kontrollierbarkeit und die Wirksamkeit von Maßnahmen (Gillanders et al., 2013).

2.3.1 Funktionen von Krankheitskonzepten

Zum einen sind sie handlungsleitend – auf Basis der Konzepte werden Maßnahmen gesetzt, die der Person helfen sollen, gesund zu werden beziehungsweise eine Verbesserung zu erzielen (Diefenbach & Leventhal, 1996). Studien belegten den Zusammenhang von Krankheitskonzepten mit dem Bewältigungsverhalten und den gesundheitlichen Erfolgen (Cannon et al., 2022; Hagger et al., 2017; Hagger & Orbell, 2003). Wenn Eltern beispielsweise annehmen, dass dem Schreien ihres Kindes eine organische Ursache zugrunde liegt, werden sie professionellen Rat aufsuchen. Sehen sie jedoch Schlafmangel für das Schreien verantwortlich, werden sie ihr Kind lediglich versuchen schlafen zu legen. Es scheint, dass besonders die Annahmen über Ursachen und eigene Kontrollmöglichkeiten für die Bereitschaft zur Verhaltensänderung entscheidend sind (Faltermaier & Levke Brütt, 2013). Hilfe wird eher dann aufgesucht, wenn eine Störung als chronisch, aber kontrollierbar und mit negativen Konsequenzen verbunden wird (Baines & Wittkowski, 2013).

Damit zusammenhängend beeinflussen Krankheitskonzepte auch die Krankheitsbewältigung maßgeblich (Leventhal et al., 1992). Je nachdem, welche Annahmen über eine Krankheit getroffen werden, können diese das psychische Wohlbefinden in unterschiedlichem Maße beeinträchtigen (Cannon et al., 2022). Es konnte gezeigt werden, dass bedrohliche Krankheitskonzepte das psychische Wohlbefinden negativ beeinflussten, während das Wohlbefinden von Patient*innen stieg, wenn ihnen Bewältigungsstrategien vermittelt wurden (McAndrew et al., 2017).

Wesentlich ist der Befund, dass Krankheitskonzepte keineswegs stabil sind – hinzugewonnene Informationen können die Annahmen und damit das Krankheits- und Bewältigungsverhalten verändern (Leventhal et al., 1992). Daher ist das Wissen über subjektive Krankheitskonzepte von Eltern im therapeutischen Setting wesentlich, um individuelle Aufklärungsarbeit leisten zu können. Zudem sind Krankheitskonzepte nicht immer bewusst verfügbar und Teile werden aus Scham oder Angst absichtlich verborgen (Lobban et al., 2003). Folglich ist eine gemeinsame Aufarbeitung wichtig, um Familien adäquat begleiten zu können. Eltern sind eher weniger dazu geneigt, Maßnahmen umzusetzen, die von Expert*innen empfohlen werden, wenn diese Maßnahmen nicht mit ihren eigenen Vorstellungen über die Störung übereinstimmen (Cannon et al., 2022). Eine abgestimmte Psychoedukation beeinflusst daher maßgeblich die Bereitschaft zur Mitarbeit und motiviert zur Umsetzung der Therapiemaßnahmen (Leventhal et al., 1992; McAndrew et al., 2017).

Die Dimensionen des Modells konnten an verschiedenen Krankheitsbildern wie Depressionen, Essstörungen oder Krebs validiert werden (Baines & Wittkowski, 2013; Hagger

& Orbell, 2003). Bislang wurden jedoch noch keine Studien durchgeführt, die sich mit der Erfassung von subjektiven Krankheitskonzepten bei Eltern von Kindern mit Regulationsstörung befassen. Im nachfolgenden Abschnitt sollen Befunde, die sich mit dem Erleben und Verhalten von Müttern mit Schreikind beschäftigen, zusammengetragen werden, die einen Einblick in subjektive Krankheitskonzepte erahnen lassen.

2.4 Das Erleben von Müttern

Zu Beginn der vorliegenden Arbeit wurden bereits die emotionalen Auswirkungen des Schreiens herausgearbeitet. Studien haben gezeigt, dass betroffene Mütter unter anderem Frustration, Ärger, Erschöpfung und Ängste empfinden (Landgren et al., 2012; Megel et al., 2011; Poskey & Hersch, 2012). Mit fortdauerndem Schreien fühlen sich Mütter oft hoffnungslos und nehmen an, dass das Schreien ihres Kindes kein Ende finden wird (Oaten & Miller, 2019). Zudem betonen sie die negativen Auswirkungen auf die Partnerschaft (Landgren & Hallström, 2011), die empfundene Einsamkeit und die unzureichende Unterstützung (Cox & Roos, 2008).

Das Schreien ihres Kindes wird von Müttern dann als normal empfunden, wenn es auf Hunger, Schmerz, Frühgeburtlichkeit oder das Bedürfnis nach Nähe zurückzuführen ist (Cox & Roos, 2008; Kurth et al., 2014). Überschreitet das Ausmaß jedoch eine Grenze, werden häufig pathologische Ursachen für das Schreien angenommen (Muller et al., 2023). Teilweise nehmen Eltern an, dass dem Schreien eine eindeutige medizinische Ursache zugrunde liegt und damit behandelbar ist (Kaley et al., 2011). Andere sehen sich für das Schreien verantwortlich und denken, dass elterliches Versagen oder die Übertragung von Stress und negativen Gefühlszuständen auf das Kind zu dem Schreien führen können (Kurth et al., 2014; Landgren & Hallström, 2011). Im Allgemeinen fällt es Eltern jedoch schwer, die Gründe für das Schreien ihres Kindes zu identifizieren und fühlen sich damit in ihren Handlungsoptionen eingeschränkt (Oaten & Miller, 2019).

2.4.1 Bewältigungsstrategien

Um das Schreien ihres Kindes zu reduzieren, setzen Eltern verschiedene Beruhigungsstrategien ein. Dazu gehören beispielsweise das Hochnehmen, Füttern, Herumtragen, Singen oder Abspielen von Geräuschen (Wiley et al., 2020). Darüber hinaus werden Medikamente für den Säugling, bestimmte Diäten und alternative Therapien ausprobiert (Muller et al., 2023). Mütter suchen Wege den Lärm zu reduzieren und Abstand zu gewinnen, indem sie den Säugling ablegen und den Raum verlassen (Megel et al., 2011; Poskey & Hersch, 2012; Wiley et al., 2020). Sie versuchen sich zu beruhigen, indem sie angstlindernde Medikamenten einnehmen (Poskey & Hersch, 2012), ihre Erwartungen anpassen und den

Fokus auf Positives legen (Kurth et al., 2014; Muller et al., 2023). Weiters berichten Mütter davon, wieder frühere Suchtverhaltensweisen wie Rauchen aufzugreifen (Botha et al., 2019). Allerdings sind die Bewältigungsstrategien häufig von Schuldgefühlen begleitet, wenn sich Mütter ihr Bedürfnis nach einer Pause eingestehen oder negative Emotionen gegenüber ihrem Kind hegen (Poskey & Hersch, 2012). Eine wichtige Rolle in dieser Zeit spielt die Unterstützung durch die Familie (Landgren & Hallström, 2011; Oaten & Miller, 2019).

2.5 Fragestellungen

In den bisherigen theoretischen Ausführungen wurden die unterschiedlichen Belastungsfaktoren beleuchtet, die mit Regulationsstörungen im Kindesalter einhergehen. Besonders in dieser Phase sind Eltern auf professionelle Unterstützung angewiesen. Dennoch zeigt sich eine hohe Unzufriedenheit mit den vorhandenen Angeboten. Um auf diesen Umstand einzugehen, wurden subjektive Krankheitskonzepte und deren Einfluss auf die Krankheitsbewältigung erläutert. Es wird angenommen, dass mit der Identifizierung subjektiver Krankheitskonzepte eine bessere Einsicht in das Erleben von Eltern gewonnen werden kann. Bisherige Forschung hat nur wenige Aspekte dieser subjektiven Erlebnisse von Eltern von exzessiv schreienden Kindern berücksichtigt. Eine umfassende Untersuchung könnte dazu beitragen, die Bedürfnisse von Eltern besser zu verstehen und dadurch eine erfolgreiche Therapie zu ermöglichen. In Anbetracht dieser Erkenntnisse soll mittels qualitativer Methodik untersucht werden, wie Mütter mit dem exzessiven Schreien ihres Säuglings umgehen und welche subjektiven Krankheitskonzepte sich bei diesen Müttern finden lassen. Dabei wird auch der Frage nachgegangen, ob die individuelle Bewältigung auf unterschiedliche Krankheitskonzepte zurückführbar ist. Abschließend soll ein weiterer Fokus dieser Arbeit darauf liegen, welche Unterstützung sich Mütter wünschen.

3 Methodik

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise bezüglich der Stichprobenrekrutierung sowie der Interviewdurchführung erläutert. Zudem wird die Fokussierte Interviewanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2020) als gewählte Auswertungsmethode und das konkrete Vorgehen für die Interpretation der Ergebnisse vorgestellt.

3.1 Stichprobenrekrutierung und -beschreibung

Für die vorliegende Studie wurden Mütter von exzessiv schreienden Kindern gesucht. Der zu Beginn der Rekrutierung gewählte Zeitraum, der bis zum Ende des Schreiens zurückliegen durfte, wurde mit maximal einem Jahr angesetzt, um Erinnerungsverzerrungen zu

minimieren. Dieser Zeitraum musste im Laufe der Rekrutierung jedoch auf maximal vier Jahre zurückliegend erweitert werden, da sich der Zugang zur Stichprobe als herausfordernd darstellte. Zudem mussten die Kinder die Dreierregel nach Wessel (1954) erfüllen und/oder eine Regulationsstörung diagnostiziert bekommen haben. Weitere Ausschlusskriterien wurden aufgrund des erwarteten eingeschränkten Zugangs nicht gewählt. Im Austausch mit den Schreiambulanzen von Österreich, sowie Hebammenzentren, Familienzentren und Anbieter*innen von Babykursen wurden Flyer (siehe Anhang C) ausgehängt, wobei auf diesem Weg nur eine Teilnehmerin erreicht werden konnte. Daher wurde die Suche erfolgreich auf Gruppen für Mütter von Schreikindern in sozialen Netzwerken erweitert und konnte somit Mütter aus anderen Bundesländern sowie Deutschland einschließen. Der Kontakt erfolgte über Chatnachrichten, die zum einen über das Studieninteresse aufklärten sowie kurze Fragen zur Dauer des Schreiens, Vorliegen einer Diagnose und Alter des Kindes beinhalteten.

Die finale Stichprobe bestand aus acht Müttern, wobei davon nur sieben ausgewertet wurden. Bei dem Fall, der nicht in die Auswertung einbezogen wurde, stellte sich im Laufe des Interviews heraus, dass das Kind die Kriterien eines Schreikindes nach Wessel et al. (1954) nicht erfüllte. Sechs Frauen lebten in Deutschland und eine in Wien. Das Durchschnittsalter betrug 34 Jahre, mit einer Altersspanne von 29 bis 41 Jahren. Ausgenommen einer Mutter handelte es sich bei allen um Erstgebärende. Alle Mütter bis auf eine berichteten von Komplikationen während der Geburt, wie Frühgeburt oder Kaiserschnitt. Alle Mütter, bis auf eine lebten mit dem biologischen Vater des Schreikindes zum Zeitpunkt der Durchführung zusammen. Zwei Mütter waren im sozialen Bereich tätig und brachten professionelles Hintergrundwissen zu der Störung mit. Das Durchschnittsalter der Kinder betrug 18 Monate, mit einer Altersspanne von sechs Monaten bis vier Jahren. Davon waren drei Mädchen und vier Jungen. Bei den meisten Kindern besserte sich das Schreien unmittelbar vor dem Zeitpunkt des Interviews, bei zwei Kindern lag das Schreien ungefähr drei Jahre und ein Jahr zurück. Die durchschnittliche Dauer des Schreiens betrug sieben Monate und fing bei allen Kindern in den ersten zwei bis drei Lebenswochen an.

3.2 Durchführung

Die Einzelinterviews mit den sieben Frauen fanden online via Zoom im Zeitraum November bis Dezember 2022 statt. Es wurde versucht den Kontakt so persönlich wie möglich zu gestalten, indem die Kamera der Interviewpartnerinnen und die der Interviewerin dauerhaft eingeschaltet war. Alle Frauen wurden im Vorhinein über die Aufzeichnung informiert und stimmten dieser zu. Die Interviews dauerten zwischen 47 und 90 Minuten.

Insgesamt zeigten sich die Mütter gegenüber den gestellten Fragen äußerst aufgeschlossen. Teilweise waren die Kinder der Mütter anwesend, was zwar zu kurzfristigen Unterbrechungen führte, den Redefluss im Allgemeinen jedoch nicht beeinträchtigte. Sie konnten ausführlich über ihre individuellen Erfahrungen berichten und viele Themenkomplexe des Fragebogens wurden bereits in der offenen Einstiegsfrage von den Müttern selbst angesprochen. Im Allgemeinen war die Reflexion über ihre vergangenen Erfahrungen für viele Mütter sehr emotional. Teilweise waren sie überrascht, wie stark sie diese Phase bis heute noch belastet.

3.2.1 Interviewleitfaden

Zur Durchführung der Interviews wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden erstellt, welcher in Anhang D zu finden ist. Damit konnten Fragen zu bestimmten Themenkomplexen vorbereitet, jedoch der Interviewsituation entsprechend individuell gestellt sowie aufkommenden Themen Raum gegeben werden. Es wurde ein Probeinterview mit einer Mutter eines Schreikindes geführt, um die Verständlichkeit der Fragen zu prüfen und diese gegebenenfalls anpassen zu können.

Der Fragebogen orientierte sich an dem validierten quantitativen Fragebogen Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) (Moss-Morris et al., 2002) zur Erfassung subjektiver Krankheitskonzepte und den Empfehlungen von Faltermaier und Levke Brütt (2013) zur qualitativen Überarbeitung der Fragen. Zudem wurden die Fragen theoriebezogen auf Regulationsstörungen beziehungsweise exzessiv schreiende Kinder adaptiert. Der Leitfaden gliederte sich in vier Abschnitte.

Zu Beginn wurde das Forschungsinteresse nochmals zusammengefasst sowie Informationen zum Ablauf des Interviews gegeben. Die Interviewteilnehmerinnen wurden über Datenschutz und Anonymitätswahrung aufgeklärt. Auch wurde betont, dass das Interview jederzeit abgebrochen werden kann. Eine offene Einstiegsfrage diente dazu, einen Erzählimpuls zu generieren und den Interviewpartnerinnen individuelle Schwerpunktsetzungen zu ermöglichen (Mey & Mruck, 2020). Nach Ende der Erzählungen wurden Nachfragen zu unklar gebliebenen Ausführungen gestellt.

Der zweite Abschnitt konzentrierte sich auf die Erfassung der subjektiven Krankheitskonzepte der Mütter. Es wurde jeweils mindestens eine Frage zu den bereits beschriebenen Dimensionen Identität, Ursachen, Verlauf, Konsequenzen und Kontrolle nach Leventhal et al. (1992) gestellt. Zudem wurden die erweiterten Dimensionen des Modells Sinnhaftigkeit und Emotion ergänzt (Weinman et al., 1996). Beispielsweise wurden die Frauen

gefragt: „Wie erklären Sie sich das Schreien Ihres Kindes?“ oder „Wie fühlen Sie sich, wenn Sie an die Zeit, die Sie mit Ihrem Kind schon erlebt haben, denken?“.

Der dritte Teil beinhaltete Fragen zum Verhalten der Mütter mit ihren Kindern. So wurde beispielsweise erfragt, wie die Mütter mit dem Schreien umgehen, welche Beruhigungsstrategien sich für sie bewährt haben und ob sie Veränderungen im Laufe der Zeit wahrnahmen.

Der vierte Abschnitt widmete sich den Wünschen und Gedanken der Mütter zu Unterstützungsangeboten. Auch wurde erfragt, was die Mütter über die vorhandenen Angebote denken und wodurch sie sich in der Phase des Schreiens besonders unterstützt gefühlt haben. Zum Abschluss wurde den Müttern die Gelegenheit gegeben, noch offen gebliebene Themen oder Fragen anzusprechen.

3.3 Auswertung

Die Namen der Mütter sowie weitere personenbezogene Angaben wurden im Verlauf des Transkriptionsprozesses anonymisiert. Entsprechend der Reihenfolge der Interviews wurden zufällig ausgewählte Namen von A bis G vergeben. Transkribiert wurde nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz und Rädiker (2020) und mit der Analysesoftware MAXQDA (VERBI Software, 2021). Als Auswertungssystem wurde die fokussierte Interviewanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2020) herangezogen, nach der mit deduktiven als auch induktiven Kategorien gearbeitet werden kann und die den Forschungsprozess flexibel gestaltet.

In einem ersten Schritt wurden alle Interviews mehrmals gelesen und Notizen in Memos festgehalten. Diese dienten dazu wichtige Passagen zusammenzufassen sowie erste mögliche Interpretationen und Gemeinsamkeiten festzuhalten. Zudem wurden zentrale Begriffe und Auffälligkeiten farbig markiert. Anschließend wurde das Kategoriensystem erstellt. Es ergaben sich übergeordnete deduktive Kategorien aus den Themenfeldern des Interviewleitfadens, welche an den Forschungsfragen orientiert sind. Diesen wurden induktive Subkategorien aus den Interviews zugeordnet. Dabei wurden die gebildeten Kategorien präzise definiert, um eine adäquate Zuteilung der einzelnen Textpassagen zu ermöglichen. Passagen, die keiner Kategorie zugeordnet werden konnten, aber dennoch wichtige Aspekte erfassten, wurden in die Kategorie „Sonstiges“ verschoben. Nach einer Feinüberarbeitung des Kategoriensystems wurden die Inhalte vertiefend analysiert.

3.4 Falldarstellungen

Zuletzt sollen kurze Falldarstellungen der einzelnen Interviewpersonen für einen besseren Überblick gegeben werden.

3.4.1 Anna

Anna ist 41 Jahre alt und lebe mit ihrem Kind und Partner zusammen. Zum Zeitpunkt des Interviews war ihr Kind ein Jahr und 6 Monate alt. Das Schreien begann ab der Geburt und dauerte bis zum 5. Lebensmonat an. Das Kind kam per Kaiserschnitt zur Welt. Ihr Kind habe keine Diagnose erhalten und sei bis heute ein forderndes „High Need Kind“.

3.4.2 Betti

Die 29-jährige Zwillingmutter lebe ebenfalls mit ihrem Partner in einem gemeinsamen Haushalt. Zum Zeitpunkt des Interviews waren ihre Kinder sechs Monate alt. Eines der Kinder begann ab der dritten Lebenswoche zu schreien, was sich langsam bessere. Die Kaiserschnittgeburt beschrieb Betti als traumatisch, da sie operiert werden musste und ihre Kinder von ihr getrennt wurden. Im Krankenhaus habe man ihr gesagt, dass ihr Kind ein exzessives Schreibaby wäre.

3.4.3 Carolin

Carolin ist 30 Jahre alt und lebe zusammen mit ihrem Partner. Zum Zeitpunkt des Interviews war ihr Kind acht Monate alt. Das Schreien begann in der ersten Lebenswoche und dauerte bis zum fünften Monat an. Die Geburt verlief komplikationslos und sei schön gewesen. In der Schreiambulanz habe ihr Kind die Diagnose Regulationsstörung erhalten. Carolin beschrieb, ihr Kind sei bis heute ein „High Need Kind“.

3.4.4 Doris

Die 35-jährige Mutter lebe mit ihrem Partner und zwei weiteren Kindern zusammen. Zum Zeitpunkt des Interviews war ihr Kind 2 Jahre und 6 Monate alt. Das Schreien begann ab dem ersten Tag und dauerte ein Jahr an. Bei der Geburt habe es Komplikationen gegeben, weswegen sie operiert werden musste. Ihre Kinderärztin habe vermutet, dass ihr Kind eine Regulationsstörung habe. Mit sechs Monaten sei eine Laktoseintoleranz festgestellt worden. Bis heute sei ihr Kind fordernd.

3.4.5 Emilia

Emilia ist 40 Jahre alt und lebe mit ihrem Partner zusammen. Zum Zeitpunkt des Interviews war ihr Kind neun Monate alt. Das Schreien begann ab der ersten Lebenswoche und dauerte bis zum achten Monat an. Die Geburt verlief ohne Komplikationen, wurde von Emilia jedoch als schwierig beschrieben. Ihr Kind habe keine Diagnose bekommen, sei aber nach ihr ein „High Need Kind“.

3.4.6 Frieda

Frieda ist 34 Jahre alt und alleinerziehend. Zum Zeitpunkt des Interviews war ihr Kind acht Monate alt. Das Schreien begann in der ersten Lebenswoche und dauerte bis zum dritten

Monat an. Das Kind musste per Notfallkaiserschnitt geholt werden. In der Schreiambulanz habe man ihr gesagt, dass ihr Kind ein exzessives Schreibaby wäre. Bis heute sei es ein sehr herausforderndes Kind.

3.4.7 Grete

Die 32-jährige Mutter lebe mit ihrem Partner zusammen und arbeite mittlerweile hauptberuflich mit Familien von Schreikindern. Zum Zeitpunkt des Interviews war ihr Kind vier Jahre alt. Das Schreien begann im ersten Lebensmonat und dauerte bis zum ersten Lebensjahr an. Ihr Kind kam einen Monat zu früh auf die Welt. In der Klinik habe ihr Kind die Diagnose Sensorische Integrationsstörung erhalten. Als einzige empfand Grete von allen Müttern die professionelle Betreuung als hilfreich. Sie beschrieb auch als Einzige, dass sie an der Mutter-Kind-Interaktion arbeitete.

4 Ergebnisse

Dieser Abschnitt soll sich den Aussagen der Mütter und den daraus abgeleiteten Kategorien widmen. Das Kategoriensystem mit den entstandenen neun Haupt- sowie mehreren Subkategorien ist in Abbildung 1 und Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 1

Kategorien Subjektive Krankheitskonzepte



4.1 Identität

Diese Kategorie beinhaltet alle Aussagen über persönliche Definitionen von Regulationsstörung beziehungsweise Schreikindern sowie die von Müttern zugeordneten Symptome. Es konnten drei Subkategorien gebildet werden.

4.1.1 Regulationsprobleme

Als leitendes Symptom nannten alle Mütter das exzessive Schreien, welches ununterbrochen und aus unerkennlichem Grund präsent wäre und ein normales Ausmaß überschreiten würde. Alle Mütter berichteten von Beeinträchtigungen der Selbstregulation, welche das Schreien konstituieren würden. So würden sie ihr Kind die meiste Zeit Tragen müssen oder in eine Federwiege legen, welche ständig wippt. Das Bedürfnis nach Bewegung wurde von allen bis auf einer Mutter (G) stark betont. Im Unterschied zu den anderen Müttern sei Gretes Kind schnell überfordert und benötige weniger Reize.

Alle Mütter berichteten, dass sich ihre Kinder schwer selbst beruhigen oder beschäftigen könnten, weswegen sie eine starke Ko-Regulationsfunktion leisten müssten. Doris erzählte beispielsweise:

Weil, wie gesagt, ich konnte am Tag weder auf Toilette gehen noch was essen noch was trinken, weil dazu muss ich ihn ja mal kurz ablegen und das war eine absolute Katastrophe. Der hat das ganze Haus zusammengeschrrien und er ist auch nicht zum Papa gegangen. Er hat sich auch durch nichts beruhigen lassen. (D, Pos. 13)

Auffallend war die Bezeichnung von zwei Müttern (A, D), dass ihr Kind „an ihnen dran wohnen“ (A, Pos. 16) würde. Darüber hinaus wurden übergreifende Probleme in anderen Regulationsbereichen genannt. So wäre das Ein- und Durchschlafen untermits und nachts mit einer insgesamt kurzen Schlafdauer beeinträchtigt. Eine Mutter (G) berichtete über einen guten Nachtschlaf, der jedoch mit der Zeit schlechter wurde, sowie zusätzliche Fütterungsprobleme.

4.1.2 High-Need

Die Mütter bezeichneten ihre Kinder oft als „High Need Kind“ (A, C, E, F) oder „der Schwierige“ (B) und beschreiben damit, wie fordernd sie das Verhalten ihres Kindes empfinden. Auch benannten die Mütter damit zusammenhängende Charakter- und Verhaltenseigenschaften wie beispielsweise einen starken Willen und hohen Beschäftigungsdrang. Diese Eigenschaften würden die Mütter als über die Zeit stabil ansehen.

4.1.3 Unzufriedenheit

Auch beschrieben Mütter ihre Kinder als generell unzufrieden (D, E, F). So würden sie selten lächeln oder entspannt aussehen. Es wäre sehr schwer sie zufriedenzustellen oder zum Lachen zu bringen.

4.2 Ursachen

Diese Kategorie wurde verwendet, wenn persönliche Erklärungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Schreiens genannt wurden. Insgesamt ergaben sich vier Subkategorien, die die Ursachen zum einen im Verhalten der Mütter, aber auch extern bedingt verorten. In der

Regel gaben die Mütter mehrere mögliche Gründe an und waren meist unsicher darüber, welcher davon die tatsächliche Ursache wäre. Eine Mutter (A) gab im Unterschied zu den anderen Müttern keine Vermutungen über mögliche Ursachen an und meinte, sie würde bis heute nicht wissen, woran das Schreien gelegen haben könnte.

4.2.1 Temperament

Drei Mütter sahen charakterliche Züge als teilbedingte Ursache für das Schreien (B, C, D). Während Carolin beschrieb, dass ihr Kind sehr impulsiv und gefühlsstark wäre und „nun mal so ist, wie er ist“ (Pos. 24), betonte Doris den starken Willen ihres Kindes, welcher zu frühzeitigen Schreianfällen führen würde.

4.2.2 Störung

Mehrere Mütter drückten ihre Sorge aus, dass eine dahinterliegende Störung für das Schreien verantwortlich sein könnte. So berichtet eine Mutter (E) davon, dass sie keinen Grund für das Schreien finden konnte und deshalb ein neurologisches oder psychisches Problem vermutete. Das Aufsuchen der Kinderärztin/des Kinderarztes wurde daher oftmals als erste Anlaufstelle beschrieben, um organische Probleme abklären zu können. Aus dem Internet blieb einer Mutter (C) die Information im Kopf, dass Schreikinder oft mit Autismus in Verbindung gebracht werden würden, was sie sehr verunsichere.

Auch Bauchschmerzen und eine später entdeckte Allergie wurden als Ursache genannt (D). Im Unterschied zu den meisten Müttern, die immer wieder betonten, dass sie keine vollständige Erklärung für das Schreien finden konnten, war sich eine Mutter im Nachhinein sicher, dass die Regulationsprobleme ihres Kindes auf eine sensorische Integrationsstörung zurückzuführen seien (G). Dieser Umstand würde sich daran zeigen, dass ihr Kind Schwierigkeiten im Körperkontakt habe und von Reizen sehr schnell überfordert wäre.

4.2.3 Traumatische Geburt

Als weiteren Grund wurden traumatische Geburtserlebnisse beschrieben. So erzählte Betti von ihrer Zwillingsgeburt, die zwar wie geplant per Kaiserschnitt stattfand, jedoch anders verlief, als sie es sich gewünscht habe. Im Nachhinein habe sie sich über die Bedingungen des Kaiserschnitts Gedanken gemacht, da die Säuglinge abrupt geboren worden wären und sie das womöglich traumatisierte. Das erste Kind wäre ihr bis zur zweiten Geburt nicht gezeigt worden. Zudem habe sie aufgrund von Komplikationen operiert werden müssen, weswegen zusätzlich Zeit verging, bis sie ihre Kinder sehen habe können. Auch wären die Kinder in der Nacht aus dem Krankenhauszimmer gebracht worden, mit der Begründung, dass sie sich von der Geburt erholen müsse. Diese wiederholten Trennungen wären für die Familie sehr belastend gewesen und könnten nach ihrer Ansicht das Schreien verursacht haben. Ähnlich beschrieb eine weitere

Mutter (F) ihren Notfallkaiserschnitt und merkte an, dass Kaiserschnitt-Babys oft zu Koliken neigen würden. So sei ihr Kind von Anfang an ein sehr herausforderndes Kind gewesen und habe schon im Krankenhaus ständig geweint.

Ebenso berichtete Doris von Komplikationen nach der Geburt, aufgrund derer sie und ihr Kind eine Zeit lang getrennt gewesen wären. Bis heute würde ihr Kind klammern und starke Trennungsängste haben, was sie auf die Geburt zurückführe.

Ich habe lange nach einer Erklärung gesucht, weil ich eigentlich der Meinung war, dass wir nichts anderes machen als bei den anderen Zweien. Meine Vermutung ist gewesen, eben dadurch, dass er, ich glaube es waren zwei zweieinhalb Stunden direkt nach der Geburt von mir getrennt war. (D, Pos. 11)

Eine andere Mutter (G) berichtete von mehreren und auch unangenehmen Untersuchungen ihres Säuglings infolge von schlechten Blutwerten und dem dadurch verlängerten Krankenhausaufenthalt. Sie hätte sich Sorgen darüber gemacht, dass die Untersuchungen und das Tragen einer Nasensonde zu einem Trauma geführt haben könnten. Nachdem ihr Kind im späteren Verlauf die Diagnose Sensorische Integrationsstörung erhielt, wären diese Umstände für sie jedoch nur noch zu einem kleinen Teil an dem Schreien beteiligt.

4.2.4 Negative Emotionen

Drei der sieben Mütter (C, E, F) nannten negative Gefühlszustände während der Schwangerschaft als mögliche Ursache. So berichtete Carolin, dass sie sich aufgrund der künstlichen Befruchtung permanente Sorgen vor einer Fehlgeburt gemacht habe und diese Angst zu dem Schreien geführt haben könnte. Ähnlich teilte Emilia diese Empfindungen, die Zukunftsängste und Auseinandersetzungen mit ihrem Mann während der Schwangerschaft beschrieb. Ihr Kind hätte die psychische Belastung gespürt und nicht verarbeiten können. Zudem hätte die angespannte Atmosphäre mit ihrem Mann auch nach der Geburt zur Aufrechterhaltung des Schreiens beigetragen. Auch Frieda berichtete über ihre Trennung während der Schwangerschaft und die damit verbundenen Emotionen.

Die Geburt oder die Schwangerschaft mit der Trennung war sicherlich für [das Kind] auch nicht so einfach, weil ja meine ganzen Emotionen usw. ja auch auf [das Kind] gegangen sind (...) Ich habe versucht, meine Gefühle so gut es ging tatsächlich in der Zeit zu verdrängen, zugunsten des Babys. Ich mein, die merken das natürlich trotzdem. (F, Pos. 24).

4.3 Verlauf

Diese Kategorie wurde vergeben, wenn Aussagen über den zeitlichen Verlauf und über die Zukunft getroffen wurden. Grundsätzlich hätten sich die Sichtweisen bezüglich des

Verlaufs geändert, je nachdem, wie intensiv die Phase des Schreiens gerade gewesen wäre. Während die Mütter besonders in den Hochphasen des Schreiens jegliche Hoffnung verloren, wären sie mit voranschreitender Besserung optimistischer in die Zukunft gegangen.

Allen Müttern war gemein, dass eine Besserung des Schreiens und der Regulationsprobleme mit der Entwicklung ihres Kindes zu erwarten sei. Gleichzeitig gaben sie bis auf eine Mutter (E) an, dass sie die Störung auf eine andere Art und Weise weiterhin begleiten würde. So würden besonders die fordernden Charaktereigenschaften bestehen bleiben und neue Probleme dazu kommen. Mit der Zeit würden sie und die Kinder jedoch lernen, besser damit umzugehen. Carolin beschrieb: „Es wird nie besser. Es wird anders, das eine Problem hört auf und dann kommt das andere.“ (Pos. 26)

Zwei Mütter (C, F) gaben an sich darüber Gedanken zu machen, ob ihr Kind eine tiefgreifende Störung entwickeln würde. Wie bereits beschrieben, äußerte Carolin die Sorge, dass ihr Kind Autismus haben könnte. Auch Frieda fragte sich, ob ihr Kind hyperaktiv sein könnte oder „es irgendwas [hat], was irgendwann diagnostiziert werden muss?“ (Pos. 18)

4.4 Konsequenzen

Diese Kategorie thematisiert die unterschiedlichen Konsequenzen, die das Schreien auf den Alltag, das Leben oder das Umfeld der Mütter hat. Die Mütter benannten eine Vielzahl negativer Auswirkungen, die in vier Subkategorien zusammengefasst wurden.

4.4.1 Bindung

Vier Mütter (B, C, F, G) benannten explizit die erschwerte Bindung zu ihrem Schreikind. Betti erzählte, dass es anfangs nur darum gegangen wäre, das Schreien zu stillen und es nicht möglich gewesen wäre, eine Verbindung zu ihrem Kind herzustellen. Sie hätte das Gefühl gehabt von ihrem Kind nicht wahrgenommen zu werden. Auch wären die von ihr erwarteten Muttergefühle anfangs ausgeblieben, was auch Carolin so empfand. Betti beschrieb: „Viele sagen ja, ach, das erste [Kind] ist immer Liebe auf den ersten Blick und es ist immer alles total toll. Das kam bei mir aber halt einfach nicht“ (Pos. 40). Da das andere Zwillingsskind kein Schreikind gewesen wäre, würde sie diesem näher stehen und deshalb auch gerne Zeit allein mit diesem verbringen. Mit der Besserung des Schreiens sei auch die Bindung langsam stärker geworden.

Ähnlich beschrieb auch Frieda ihre Situation. In einem Kurs zum Beziehungsaufbau nach dem Schreien habe sie ihr Kind zum ersten Mal kennenlernen können. Davor sei die Interaktion lediglich eine reine Bedürfnisbefriedigung gewesen und schöne Momente hätte es fast nicht geben können.

4.4.2 Konflikte

Vier der Mütter (A, D, E, G) gaben an, dass familiäre Konflikte durch das Schreien des Kindes zugenommen hätten. Die Väter würden den Großteil des Schreiens nicht mitbekommen, da diese berufsbedingt untertags nicht zu Hause wären und teilweise mit Unverständnis auf die Belastung der Mütter reagieren. Sie würden zwar versuchen in der Betreuung zu helfen, jedoch oft vom Säugling abgelehnt werden, weswegen sie sich wieder zurückziehen würden. Aufgrund des fordernden Säuglings würde keine Zeit für die Partnerschaft bleiben, weswegen es zu gehäuften Auseinandersetzungen kommen würde. Die kumulierten Belastungen würden zu gegenseitigen Vorwürfen führen. Doris erzählte: „Ja für die Partnerschaft war es auch nicht gut, weil ich ja wirklich die ganze Zeit mich nur um [das Kind] gekümmert habe und auch wirklich nur für [das Kind] existiert habe und mir das mein Freund teilweise übelgenommen hat.“ (D, Pos. 35).

Auch das Verhältnis zu den Verwandten wird als angespannt beschrieben. So würden diese nicht verstehen, „dass das Kind wirklich was hat“ (G, Pos. 32) und die Eltern oft mit Ratschlägen konfrontieren. Den Müttern wäre oft empfohlen worden, ihr Kind schreien zu lassen. Auch Vorwürfe wie, dass ihr Kind schreien würde, weil sie es verwöhnen würden, müssten sich die Mütter oft anhören. Die Familie würde zwar gerne unterstützen, jedoch nicht wissen, wie sie mit dem Schreien umgehen solle und ihnen das Kind daher nicht abnehmen können. Grete und Frieda erzählten, dass die Erwartungen der Familie über ein einfaches Enkelkind enttäuscht worden wären und sie die Ablehnung persönlich genommen hätten.

4.4.3 Einschränkung

Für alle Mütter bedeutete das Leben mit Schreikind eine Einschränkung auf unterschiedliche Weise. So müssten die Mütter genau planen, zu welcher Tageszeit sie etwas einkaufen, da sie meist nur einmal am Tag wohin gehen könnten, ohne dass es zu Schreianfällen käme. Auch Besuche bei Freund*innen würden nicht funktionieren, da keine Unterhaltung stattfinden könnte. Grete erzählte, dass sich der Vater im Umgang mit seinem Kind sehr eingeschränkt gefühlt habe, da es schnell überfordert war und daher keine spielerischen Interaktionen möglich gewesen wären.

Damit zusammenhängend wird eine enorme Selbstaufopferung von den Müttern beschrieben. Sie berichteten einheitlich, dass sie ihr Leben nach den Bedürfnissen des Säuglings ausrichten würden und daher an vielen Freizeitaktivitäten nicht mehr teilnehmen könnten. Doris berichtete: „Mein ganzes Leben lag auf Eis und es hat sich 24 Stunden wirklich alles nur um [das Kind] gedreht. Also ich habe auch keine Hobbys, kein gar nichts mehr gehabt (...) Das war dann schon so dieses, ich existiere nur noch für ihn“ (D, Pos. 31).

Die Schlafens- und Essenszeiten würden nach ihrem Säugling ausgerichtet werden. Mehrere Mütter erzählten (C, E, F), dass selbst Kochen eine große Herausforderung darstellen würde und sie ohne Unterstützung meist erst abends essen würden. Für Doris habe Erholung bedeutet, wenn ihr Kind zwei oder drei Stunden in der Nacht durchschliefe. Da die Mütter ihr Kind nicht ablegen könnten, würden sie auch nicht duschen oder allein auf die Toilette gehen können.

4.4.4 Isolation

Gemeinsam ist den Frauen die empfundene Einsamkeit. Anna erzählte, dass sie sich zu Hause „abkapseln“ (A, Pos. 20) würde, da sie aufgrund des Schreiens nicht vor die Türe gehen wolle und das Mitleid der anderen Familien nicht ertragen würde. Auch die anderen Mütter berichteten davon, dass sie sich zu Hause „eingesperrt“ (B, Pos. 6) hätten, da ihnen das Schreien unangenehm gewesen wäre und sich unterwegs nur verschlimmert hätte. Abweichungen vom Tagesablauf seien nicht möglich gewesen. Zwei Mütter (B, G) berichteten davon, dass selbst Spaziergehen nicht möglich gewesen wäre, da ihr Kind weder Kinderwagen noch Trage akzeptiert hätte. Es sei eine lange Zeit vergangen, bis sie in der Lage gewesen wären auswärts liegende Aktivitäten wiederaufzunehmen.

4.5 Kontrolle

Die Kategorie Kontrolle beinhaltet die von den Müttern genannten Faktoren, die zur Verschlechterung oder Verbesserung des Schreiens beitragen sowie ihr persönlicher Einfluss und lässt sich in vier Subkategorien einteilen.

4.5.1 Ausgeliefertsein

Im Allgemeinen beschrieben alle Mütter eine Art des Ausgeliefertseins. Sie würden nichts tun können, was das Schreien beeinflussen würde. Betti erzählte, dass sie die Bedürfnisse ihres Säuglings nicht mehr einschätzen haben könne. Das Schreien wäre bis zur Besserung immer schlimmer geworden und sie hätte nicht gewusst, was sie noch tun könne, was auch andere Mütter so empfanden. Beispielsweise beschrieb Anna: „Du kannst nichts für dieses Kind machen. Du machst halt alles falsch, also egal was du machst und egal wie sehr du dich anstrengst, es ist nicht gut genug.“ (A, Pos. 26).

4.5.2 Verhalten

Wurden die Mütter danach gefragt, was genau das Schreien verbesserte oder verschlechterte, nannten sie jedoch häufig Faktoren, die Veränderungen in ihrem Verhalten betrafen.

Alle Mütter beschrieben, dass sie alle möglichen Strategien ausprobiert hätten, um ihr Kind zu beruhigen. Betti berichtete beispielsweise, dass sie ihr Kind anfangs 15-mal am Tag

gewickelt und stündlich gefüttert habe, da sie die Bedürfnisse nicht mehr einordnen habe können. Im Unterschied zu Grete, die eine Besserung des Schreiens bei möglichst wenig Bewegung bemerkte, beschrieben die anderen Mütter, dass eine Federwiege (die das Kind schaukelt), Tragetücher oder generell Bewegung jeglicher Art das Schreien verbessert hätten. Zudem empfanden vier Mütter (D, E, F, G) eine geregelte Tagesstruktur als förderlich.

Carolin, Frieda und Grete berichteten im Gegensatz zu den anderen Müttern, dass sie mit der Zeit die Beruhigungsangebote zu minimieren versucht hätten. So stehe für sie im Vordergrund, für das Kind da zu sein und es in seinem Schreien zu begleiten. Zudem berichteten die Mütter, dass sie mit der Zeit besser einschätzen haben können, was ihr Kind zur Unterstützung brauche. Emilia erzählte beispielsweise, dass sie ihr Kind mittlerweile besser kennen würde und sie daher adäquater auf dessen Bedürfnisse reagieren könne. Im Unterschied zu den anderen Müttern erzählte Grete als einzige, dass sie die Interaktion mit ihrem Kind mit professioneller Unterstützung zu verbessern versucht habe.

4.5.3 Ungeduld

Grete beschrieb, dass sich ihre eigene Unruhe und Angespanntheit auf das Schreien ausgewirkt habe, was Doris auf ähnliche Weise erlebte. Auch Emilia habe über die Zeit Geduld und Verständnis für ihr Kind aufbringen können.

Und je müder ich wurde, umso ungeduldiger wurde ich dann natürlich auch oder wenn so Nächte waren, wo ich nicht viel Schlaf gekriegt habe oder er merkte, dass ich ungeduldig werde, dass ich unbedingt will, dass er schläft, umso weniger hat er dann natürlich auch geschlafen.“ (D, Pos. 43).

4.5.4 Entwicklung

Weiters würden alle Mütter denken oder bereits erleben, dass das Schreien mit voranschreitender Entwicklung besser werden würde. Mit der Zeit würden sich die Kinder besser ausdrücken und sich die fehlende Stimulation damit selbstständiger beschaffen können.

4.6 Sinnhaftigkeit

Diese Kategorie bezieht sich auf die Frage, ob die Störung beziehungsweise das Schreien für die Mütter Sinn macht. Im Allgemeinen weisen die Antworten eine hohe Ambivalenz auf, da die Mütter im Laufe der Zeit und teilweise auch während des Interviews mehrere Positionen einnahmen.

4.6.1 Teilweise bis keinen Sinn

Emilia beschrieb, dass sie keinen Grund für das Schreien gefunden habe und sich nicht erklären könne, wieso ihr Kind schreie. Später im Interview sagte sie, dass das Schreien für sie schon Sinn machen würde, da jeder Mensch andere Bedürfnisse habe und ihr Kind „einfach so“

(Pos. 46) wäre. Auch Betti erzählte, dass das Schreien für sie sehr lange keinen Sinn gemacht habe. Anfangs hätten ihr auch keine Erklärungen über das Schreien geholfen, da sie einfach nicht verstanden habe, wie ein Kind so viel schreien könne und es anderen Kindern nicht so gehe. Auch da das Zwillingsgeschwisterchen nicht geschrien habe und sie die Bedürfnisse von diesem gut einschätzen habe können, habe sie sich das Schreien nicht erklären können. Mittlerweile würde sie das Schreien jedoch besser verstehen und nachvollziehen können.

Im Unterschied dazu mache für Anna das Schreien „überhaupt“ (Pos. 34) keinen Sinn. Sie beschrieb, dass es für sie leichter zu ertragen gewesen wäre, wenn sie verstanden hätte, wieso ihr Kind schrie. So hätte sie sich dauerhaft gefragt, was ihr Kind habe und was sie für das Kind tun könne.

Manchmal kannst du es halt einfach nur zusammen mit ihm aushalten. Manchmal kann man halt einfach nichts machen und das ist halt das Schwierigste gewesen für mich und dass es halt kein Sinn ergeben hat und dass man einfach nichts tun konnte. (A, Pos. 34)

4.6.2 Sinn

Für Frieda würde das Schreien dann Sinn machen, wenn Bauchschmerzen der Auslöser gewesen wären, was sie aber nicht mit Sicherheit wissen könne. Im Gegensatz zu den oben genannten Perspektiven mache das Schreien für Grete, aufgrund der diagnostizierten Integrationsstörung ihres Kindes starken Sinn. Auch Doris äußerte, dass es zwar schwer sei, einen Sinn zu finden, es aber das einzige Kommunikationsmittel für Babys wäre. Die Sicht, dass Babys über Schreien ihre Bedürfnisse ausdrücken würden, teilten auch andere Mütter (C, E, F).

4.7 Emotion

Diese Kategorie fasst die emotionalen Aspekte des Schreiens zusammen. Darunter fallen alle Aussagen zu den Gefühlszuständen, die bei den Müttern während und nach der Schreiphase präsent waren. Da Emotionen bei mehreren Fragen genannt wurden, ist diese Kategorie mit neun Subkategorien besonders differenziert und reichhaltig.

4.7.1 Angst vor sich selbst

Carolin äußerte, dass sie Angst gehabt habe, die Fassung zu verlieren und sich nicht mehr um ihr Kind kümmern zu können oder diesem aus der Überforderung heraus wehzutun. Die Angstgedanken und der Stress hätten schlussendlich zu Panikattacken geführt, die sie bei Schlafmangel teilweise immer noch habe: „Ich habe sogar Angst gehabt, dass ich mal so ein Blackout habe und [das Kind] blöd gesagt mal auf den Boden werfe.“ (C, Pos. 62). Auch Emilia sei von ihren Reaktionen überrascht und verängstigt gewesen, da sie sich als ruhige Person kenne, die stets versuche, alles richtig zu machen.

4.7.2 Erschöpfung

Anna berichtete von einem Nervenzusammenbruch, weswegen sie wieder mit dem Rauchen angefangen habe. Sie sei überfordert und die Zeit „der blanke Horror“ (A., Pos. 12) gewesen. Auch Doris teilte diese Empfindungen und beschrieb, dass sie noch nie so einen psychischen und physischen Stress erlebt habe. Sie sei an manchen Tagen an ihre persönlichen Grenzen gekommen und habe teilweise nicht mehr mitbekommen, dass sie während dem Sitzen einschlafen würde. Zudem beschrieb Frieda, dass der Lärm des Schreiens der belastendste Faktor gewesen sei.

4.7.3 Bedürfnis nach Flucht

Zwei der Mütter (A, C) beschrieben, dass in ihnen das Bedürfnis wegzulaufen aufgekommen sei. Sie würden einen Punkt erreicht haben, an dem sie ihre Familie gerne verlassen hätten, wobei sie diese Gedanken im gleichen Moment belastet hätten. Anna erzählte in diesem Zusammenhang von ihrer Postpartum Depression und dass ihre Symptome erst besser wurden, als sich das Schreien ihres Kindes mit fünf Monaten gebessert habe. Ähnlich erging es Carolin, die beschrieb:

Ich habe manchmal das Bedürfnis einfach nur wegzulaufen, weg weg von [dem Kind] weg von meiner Familie, aber dann kam auch direkt wieder, wie ein schlechtes Gewissen von wegen, ich kann doch, ich kann doch meine Familie nicht alleine lassen. (C, Pos. 60)

4.7.4 Versagen

Sechs der Mütter gaben an sich als Versagerin zu fühlen, da ihre mütterlichen Fähigkeiten nicht ausreichen würden. Sie wären in ihrer Rolle als Mutter verunsichert und würden sich Vorwürfe machen, ihr Kind nicht adäquat betreuen zu können. Auch würden sie sich mit anderen Müttern vergleichen, deren Kinder nicht schreien würden. Anna beschrieb, dass die Versagensgefühle für sie am belastendsten gewesen wären.

Du machst halt alles falsch, also egal, was du machst und egal, wie sehr du dich anstrengst, es ist nicht gut genug (...) und ein Kind zeigt dir jeden Tag du versagst. Weil egal was du tust, es ist nicht das Richtige. (A., Pos. 26).

Drei Mütter (B, D, G) berichteten, ihre Fähigkeiten aufgrund von negativen Äußerungen und Ratschlägen aus dem Umfeld anzuzweifeln. Ihnen sei gesagt worden, dass das Schreien an ihnen liegen und sie sich nicht genug um ihr Kind kümmern würden. Carolin habe ein schlechtes Gewissen Unterstützung in Anspruch zu nehmen, da sie damit ihr Kind „abschieben“ (Pos. 32) und andere belasten würde. Sie würde sich zudem fragen, was sie falsch mache und ob ihr Kind sie nicht liebe.

Doris äußerte, dass die Erwartungshaltung an Mütter alles allein schaffen zu müssen sie daran gehindert habe, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Für Grete wären ihre Gedanken „vernichtend“ (Pos. 32) gewesen und würden bis heute ihre Unsicherheit in manchen Betreuungssituationen hervorbringen, denn obwohl sie mittlerweile gut mit ihrem Kind umgehen könne, würde sie in manchen Phasen dennoch stark an sich selbst zweifeln.

4.7.5 Reue und Schuldgefühle

Drei Mütter (B, C, D) berichteten, dass sie es zu einem Zeitpunkt bereut hätten, ein Kind bekommen zu haben. Sie hätten sich ihr Familienleben anders vorgestellt und würden sich fragen, warum sie sich das antäten. Gleichzeitig berichteten zwei Mütter (C, D) von ihren Schuldgefühlen, die bei ihnen aufgekommen wären, nachdem sie negative Gedanken oder Emotionen gegenüber ihrem Kind hegten. So würden sie sich glücklich schätzen müssen, ein Kind zu haben und dürften ihre Entscheidung nicht bereuen.

4.7.6 Wut

Aussagen, die sich in die Kategorie Wut einordnen lassen, wurden von den Müttern vielfach getätigt. Zudem trat Wut häufig in Zusammenhang mit Verzweiflung auf. So würden die Mütter daran verzweifeln, ihr Kind nicht beruhigen zu können, was sie infolgedessen wütend machen würde. Anna beschreibt ihre Situation so:

Du weißt halt einfach nicht mehr was du machen sollst und du bist irgendwann auch, du schwankst dann halt so zwischen Verzweiflung und dann auch Wut auf dieses Kind. So, was zum Teufel ist kaputt bei dir? Warum kannst du dich nicht beruhigen? Was zum Teufel willst du von mir? (A., Pos. 38).

Zwei Mütter (A, B) äußerten, dass sie das Schütteln eines Kindes keinesfalls gutheißen würden, es aber nach ihren Erfahrungen nachempfinden könnten. Auch Emilia erzählte, dass sie teilweise den Raum habe verlassen müssen und Sachen auf den Boden geschmissen habe. Betti beschrieb ihre ambivalenten Gefühle, da sie ihr Kind zwar liebe, aber trotzdem den ganzen Tag genervt und wütend gewesen sei.

4.7.7 Verzweiflung, Hilflosigkeit und Frustration

Alle Mütter äußerten, dass sie sich verzweifelt, hilflos und frustriert gefühlt hätten. Sie würden ihrem Kind nicht helfen können und daran verzweifeln, nach möglichen Lösungen zu suchen. Es frustriere sie, nicht zu wissen, was ihr Kind brauche und wie sie das Schreien mindern könnten. Die Mütter würden versuchen ihr Bestes zu geben, gleichzeitig jedoch immer das Gefühl haben, nichts richtig zu machen. Betti erzählte: „Aber ich habe halt einfach ultra viel geheult und mir gedacht, das wird nie besser, du wirst immer hier sitzen und dieses Kind beruhigen müssen, für den Rest deines Lebens, was hast du dir da eingebrockt.“ (B, Pos. 34).

4.7.8 Trauer und Enttäuschung

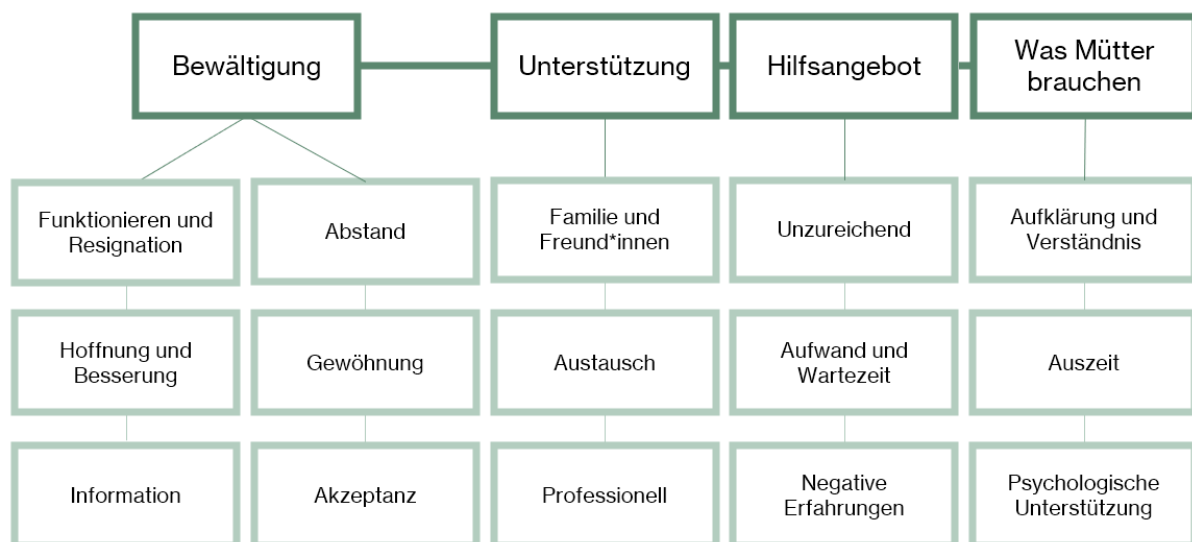
Die Erwartungen und Vorstellungen über eine schöne Familienzeit wären bei allen Müttern enttäuscht worden. Sie berichteten, dass sie sich die Zeit mit Kind ganz anders vorgestellt hätten und es schade fänden, keine schönen Erinnerungen an das Säuglingsalter zu haben. Sie wären froh, dass die Phase vorbei sei und würden am liebsten gar nicht mehr daran zurückdenken. Carolin beschrieb ihre Traurigkeit über die „verlorene Zeit“ (Pos. 46), die noch immer sehr präsent wäre.

4.7.9 Selbstwirksamkeit und Stolz

Drei Mütter (D, E, G) wären stolz, wie sie die Phase überstanden hätten. Sie wären überrascht gewesen, was sie haben leisten können. Doris beschrieb ihre veränderte Einstellung in Hinblick auf Herausforderungen, denen sie jetzt positiver begegne und nun wisse, dass sie alles schaffen könne. Eine Mutter (E) beschrieb, dass sie die Erfahrungen stärker gemacht hätten und sie damit anderen Müttern helfen könne. Sie habe nie aufgegeben und immer an sich gearbeitet. Im Gegensatz zu den anderen Müttern, die diese Gefühle erst im Nachhinein empfanden, erlebte sich Grete noch während der Schreiphase als selbstwirksam. Nachdem sie professionell beraten wurde, habe sie sich sicher in ihrer Rolle gefühlt und sich als „gute Mutter“ (G., Pos. 40) gesehen. Sie habe sich von dem Schreien distanzieren können und sich dadurch stark gefühlt.

Abbildung 2

Kategorien Bewältigung und Hilfsangebote



4.8 Bewältigung

Diese Kategorie beschreibt, wie Mütter mit dem Schreien ihres Kindes umgehen und welche Veränderungen sie über die Zeit wahrnahmen.

4.8.1 Funktionieren und Resignation

Fünf Mütter (A, B, D, F, G) beschrieben, dass das Leben mit ihrem Schreikind vielmehr ein Überleben gewesen sei und nutzten häufig den Begriff des „Funktionierens“. So hätten sie sich in der besonders intensiven Phase nicht mit ihren Gefühlszuständen auseinandersetzen können, sondern sich „irgendwie durchgekämpft“ (D, Pos. 33). Frieda erzählte, dass sie ab einem Zeitpunkt beschlossen habe, ihr Leben ausschließlich dem Kind zu widmen und die eigenen Bedürfnisse aufzugeben. Gemeinsam ist den Müttern auch, dass sie im Nachhinein nicht hätten sagen können, wie sie die Phase überstanden hätten. Sie hätten „einfach auf Durchzug geschaltet“ (F, Pos. 4) und sich keine Gedanken mehr darüber gemacht, wie furchtbar ihre Situation gerade sei.

4.8.2 Hoffnung auf Besserung

Drei Mütter (A, C, D) beschrieben, ihre Hoffnung auf Besserung sei wichtig gewesen, um die Situation bewältigen zu können. Sie hätten sich verschiedene Zeitpunkte in den Kopf gesetzt, bis zu denen es besser werden würde und sich daran festgehalten.

4.8.3 Information

Alle Mütter beschrieben, dass sie nach einer Erklärung für das Schreien ihres Kindes gesucht hätten. Beispielsweise hätten Anna und Betti Informationen über „High Need Kinder“ geholfen das Schreien besser nachzuvollziehen und hätten damit erfahren, dass es „einfach Kinder [gibt], die so sind“ (A, Pos. 40). Auch Emilia habe es beruhigt zu sehen, dass es diese Themen im Internet gäbe und damit nicht allein sei. Im Allgemeinen sei es für die Mütter wichtig gewesen zu wissen, dass sie alles versucht hätten, um das Schreien zu bessern.

4.8.4 Abstand

Drei Mütter (A, C, E) beschrieben, dass sie sich Auszeiten schaffen würden, um mit dem Schreien besser umgehen zu können. So würden sie sich selbst beruhigen, indem sie beispielsweise aus dem Zimmer gehen, eine Dusche nehmen oder leise Musik abspielen. Zwei Mütter (A, C) hätten wieder angefangen zu rauchen. Emilia sprach als einzige Mutter an, dass sie ihr Kind manchmal für kurze Zeit allein schreien ließe, wenn sie das Gefühl gehabt habe, nichts mehr tun zu können.

4.8.5 Gewöhnung

Drei Mütter (B, C, F) gaben an, sich mit der Zeit an das Schreien gewöhnt zu haben. Betti sehe das Schreien mittlerweile entspannter und würde mit Humor reagieren, indem sie ihr Kind beispielsweise frage, ob es heute wieder gute Laune habe. Ähnlich beschrieb Carolin, dass sie sich mit der Zeit als gelassener erlebte und wisse, dass das Schreien auch wieder aufhöre.

Auch Frieda habe wieder in ihren Alltag zurückgefunden und würde sich bei Aktivitäten unter Menschen nicht mehr für das Schreien schämen.

4.8.6 Akzeptanz

Vier Mütter (B, C, D, F) würden das Schreien mit der Zeit akzeptiert haben, wodurch die subjektive Belastung abnahm und sie besser mit dem Schreien umgehen konnten. Betti erzählte von ihrer Suche nach Lösungen, bis sie gemerkt habe, dass es diese nicht gäbe und die Situation akzeptiert habe. Dadurch wurde sie in der Interaktion gelassener, was sich positiv auf das Kind ausgewirkt habe: „Ich habe das halt irgendwann einfach akzeptiert und nicht diese Lösung gesucht (...) ab da wurde ich einfach gelassener und dann wurde es auch besser, weil ich nicht mehr gewartet habe, dass es von heute auf morgen aufhört.“ (B., Pos. 48). Gleichzeitig beschrieb sie zu einem späteren Zeitpunkt im Interview, dass sie nicht glaube, dass das Schreien tatsächlich besser wurde, sondern sie es nicht mehr als so schlimm empfinden würde. Carolin teilte diese Empfindung und erzählte, dass sie irgendwann nicht mehr auf den Tag der Besserung gewartet, sondern ihr Kind akzeptiert habe.

4.9 Unterstützung

Zuletzt sei Unterstützung auf unterschiedliche Weise für die Bewältigung der Mütter entscheidend gewesen.

*4.9.1 Familie und Freund*innen*

Am häufigsten genannt wurde die Familie im Allgemeinen und spezifischer die Großmutter des Kindes sowie der Vater. Die größte Hilfe sei gewesen, wenn diese ihnen das Kind für einen kurzen Zeitraum abnahmen und sie sich ausruhen konnten. Zudem hätten diese ihnen gut zugesprochen und sie mental gestärkt. Oft suchten sie bei ihren Müttern Rat, jedoch hätten diese in allen Fällen auch keine Erklärung für das Schreien gefunden.

4.9.2 Austausch

Drei Mütter (A, C, E) beschrieben, dass sie sich durch den Austausch mit anderen Müttern nicht mehr so allein gefühlt hätten. Es habe ihnen geholfen zu wissen, dass auch andere Mütter mit dem Schreien ihres Kindes kämpfen würden. Zudem hätten sie dadurch gemerkt, dass es anderen Familien noch schlechter ginge und sich dadurch dankbarer gefühlt.

4.9.3 Professionell

Im Allgemeinen berichteten alle Mütter davon professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben, jedoch war lediglich eine Mutter (G) mit der Betreuung in einer Ambulanz zufrieden und führte die Besserung des Schreiens darauf zurück. Grete sei von Beginn an in einer Klinik betreut gewesen, in der sie auch stationär aufgenommen wurde. In einem professionellen Team wäre für sie ein Therapiekonzept erstellt worden, welches die

Schulung im Umgang mit dem Kind fokussierte. Mit der Diagnose sensorische Integrationsstörung habe sie das Schreien besser verstanden und ihre Umgangsweise verbessern können. Zudem habe sie Physio- und Ergotherapie in Anspruch genommen und habe für sich selbst eine Psychotherapie begonnen. Beispielsweise beschrieb sie: „da hatte ich das Gefühl, ich helfe ihr dann damit. Ich mach was, damit sie vorankommt. Ich bin eine gute Mutter, weil ich eben sie dann auch da fördere.“ (Pos. 34)

Doris habe bei einer Osteopathin Hilfe gefunden, bei der ihr Kind nach der ersten Sitzung zum ersten Mal ohne Schreien eingeschlafen sei. Auch danach sei das Schreien nachhaltig besser geworden.

4.10 Hilfsangebote

Diese Kategorie soll hervorheben, wie Mütter die vorhandenen Unterstützungsangebote bewerten. Zusammengenommen haben vier Mütter (B, C, F, G) Hilfe in einer Schreiambulanz in Anspruch genommen, wobei lediglich eine Mutter (G) die Betreuung als hilfreich empfand.

4.10.1 Unzureichend

Die angebotenen Hilfeleistungen würden im Allgemeinen zu wenig frequentiert sein, beispielsweise sei Betti eine Familienhebamme vermittelt worden, die lediglich alle zwei Wochen für eine Stunde gekommen wäre.

Ähnlich beschrieb auch Carolin ihre Erfahrungen in einer Schreiambulanz. Dort habe sie zwar Zuspruch erfahren und es sei ihr bestätigt worden, dass sie alles richtig mache, jedoch habe sich das Schreien dadurch nicht verbessert. Zudem sei ihr eine Haushaltshilfe angeboten worden, welche sie jedoch nicht in Anspruch nahm, da unter anderem der Antrag zu lange gedauert habe. Eine Ergotherapeutin sei bei ihnen zuhause manchmal vorbeikommen, jedoch würde ihr diese auch nicht helfen, da sie alle Ratschläge schon ausprobiert habe.

4.10.2 Aufwand und Wartezeit

Drei weitere Mütter (A, D, E) waren von dem Angebot der Schreiambulanzen informiert, Anna hätte jedoch erst nach Wochen einen Termin bekommen, für Doris sei die Ambulanz zu weit weg gewesen und Emilia habe diese am Wochenende nicht erreichen können, weswegen sie Hilfe in einem Familienzentrum in Anspruch nahm. Auch Grete berichtete von ihrer Arbeit mit Familien, dass viele Eltern über vorhandene Hilfsangebote nicht informiert und die Wartelisten zudem ausgesprochen lang wären.

4.10.3 Negative Erfahrungen

Mehrere Mütter (A, C, D, F) berichteten über negative Erfahrungen mit Kinderärzt*innen. Diese würden zum Teil selbst nicht aufgeklärt sein, das Schreien normalisieren und keine Informationen über verfügbare Hilfsangebote vermitteln. Sie selbst

hätten jedoch nicht die zeitlichen und mentalen Kapazitäten gehabt, selbstständig Hilfen zu organisieren. Beispielsweise sei von Ärzt*innen zu hören: „[das Kind] ist halt einfach noch nicht auf der Welt angekommen“ (C., Pos. 6) oder „durchhalten, das geht schon irgendwann wieder weg“ (F., Pos. 34).

Auch Doris berichtete: „Ja und ich wurde tatsächlich auch belächelt von meiner Kinderärztin und es hieß dann auch ach es ist eine Phase und warten Sie mal ab und das wird besser und jetzt stellen Sie sich mal nicht so an.“ (Pos. 71). Als sie ihre Kinderärztin darauf hingewiesen habe, dass das Schreien nicht normal sei, habe diese ihr erklärt, dass sie ihrem Kind dieses Verhalten antrainiert hätte. Ähnlich berichtet Emilia über ihre Erfahrung mit einer Kinderärztin, die ihr gesagt habe, dass ihr Kind „einfach sensitiv“ (Pos. 24) wäre und sie Schmerzmittel verabreichen solle, wenn das Schreien zu viel sei.

4.11 Was Mütter brauchen

Diese Kategorie beschreibt, welche Unterstützungssysteme sich Mütter wünschen und wie diese besser begleitet werden können.

4.11.1 Aufklärung und Verständnis

Vier Mütter (B, C, D, G) gaben an, sich mehr Aufklärung über das Schreiverhalten von Kindern und deren Selbstregulation von Expert*innen zu wünschen. Zudem würden sie sich wünschen, bereits in Vorbereitungskursen während der Schwangerschaft darüber zu erfahren. Alle Mütter gaben an, vor der Geburt ihres Kindes nichts über das Thema Regulationsstörung gehört zu haben, weswegen sich viele verunsichert fühlen und sich schämen würden Hilfe in Anspruch zu nehmen. Oft hätten die Mütter das Gefühl gehabt, allein mit ihrem Problem zu sein und dass ihnen niemand helfen könne.

Zudem thematisierten mehrere Mütter (A, D, C) an unterschiedlichen Stellen der Interviews die Vorstellung, dass eine Mutter keine Hilfe in Anspruch nehmen dürfe. So würden Mütter als schlecht gelten, wenn sie ihren Alltag nicht ohne Unterstützung bewältigen würden. Doris schilderte beispielsweise: „Aber einfach mal zu sagen, ich brauche Hilfe! Das ist dann doch meistens so, so dieses Tabuthema so als Mutter irgendwie bei irgendwas Hilfe brauchen. Weil wenn du sagst, du brauchst Hilfe, dann bist ja gleich eine schlechte Mutter.“ (Pos. 85).

Auch berichteten Mütter (A, B, D) davon, dass oft die Mutter für das Schreien verantwortlich gemacht werden würde. Gleichzeitig sei es ein Tabuthema darüber zu sprechen, dass Mütter überfordert sind und negative Gefühle gegenüber ihrem Kind hegen. So berichtete Carolin von ihren fehlenden Muttergefühlen und dass sie Angst gehabt habe diese für sie „unnormalen“ (Pos. 86) Gedanken zu teilen.

4.11.2 Auszeit

Vier Mütter (A, C, E, F) würden sich eine Betreuungshilfe wünschen, die sie regelmäßig unterstütze. Damit würden sie für eine kurze Zeit entlastet werden und zur Ruhe finden, was sie momentan nicht könnten. Emilia wünsche sich beispielsweise: „dass ich einen Tag frei haben kann, was ich bis jetzt noch nicht gehabt habe, nur für ein paar Stunden und manchmal hätte ich mir gewünscht, dass jemand eine ganze Nacht mit ihr verbringt und ich eine ganze Nacht frei habe und gut schlafen kann.“ (Pos. 64).

Während sich Frieda eine Haushaltshilfe vorstellen kann, die beispielsweise aufräumt und kocht, ist dies für zwei andere Mütter (A, C) weniger attraktiv.

4.11.3 Psychologische Unterstützung

Frieda würde psychologische Unterstützung für Eltern befürworten, bei der die Möglichkeit besteht, das Kind mitzunehmen oder währenddessen betreut wird.

5 Diskussion

Die vorliegende Arbeit beschäftigte sich mit dem Erleben von Müttern exzessiv schreiender Kinder. Dazu wurden die erheblichen Herausforderungen und die damit einhergehenden Auswirkungen auf das gesamte Familiensystem erörtert. Aufgrund bisheriger Forschungsergebnisse, die zeigen, dass sich Mütter in der Regel nicht ausreichend betreut fühlen, ergab sich die Frage nach möglichen Ursachen für diesen Befund. Es wird angenommen, dass die Kenntnis über die subjektiven Krankheitskonzepte der Mütter ihre Zufriedenheit in der Betreuung steigert und somit auch die Zusammenarbeit positiv beeinflusst. Bisher wurde noch keine ausführliche Untersuchung der Krankheitskonzepte im Zusammenhang mit Regulationsstörungen durchgeführt. Ziel dieser qualitativen Studie war es daher, diese subjektiven Vorstellungen der Mütter und Unterschiede in ihrer allgemeinen Bewältigung zu identifizieren. Ein weiterer Schwerpunkt widmete sich den Bedürfnissen der Mütter und der Ermittlung von ihren Wünschen, zur Verbesserung vorhandener Unterstützungssysteme.

Im Allgemeinen zeigte sich, dass die Mütter die Störung ihres Kindes als überwiegend bedrohlich, wenig kontrollierbar und mit negativen Auswirkungen verbunden wahrnehmen. Es konnten verschiedene Bewältigungsstrategien ermittelt werden, wobei sich besonders die zunehmende Akzeptanz des Schreiens auf das Wohlbefinden der Mütter auswirkte. Lediglich eine Mutter berichtete von einer umfassenden professionellen Begleitung und den daraus resultierenden positiven Effekten auf ihr Belastungserleben. Auch in ihrem Krankheitskonzept kontrastierte sie sich damit von den anderen Müttern. Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen

damit bestehende Befunde und legen nahe, dass eine mangelhafte Aufklärung über das Störungsbild bedrohliche Krankheitskonzepte begünstigt und gemeinsam mit einer Unzufriedenheit mit den bestehenden Unterstützungsangeboten zur hohen Belastung beiträgt.

Im Einklang mit bisherigen Forschungsergebnissen zu dem Erleben von Müttern (Botha et al., 2019; Landgren et al., 2012; Muller et al., 2023), vermuteten auch die Mütter dieser Studie, dass negative Emotionen während der Schwangerschaft zu dem Schreien ihres Kindes geführt haben könnten und nahmen sich damit selbst in die Verantwortung. Zudem werden Charaktereigenschaften des Kindes sowie traumatische Geburtserlebnisse als mögliche Ursache genannt. Das Schreien kann jedoch meist nicht auf eine Ursache zurückgeführt werden, da von einem komplexen Zusammenspiel mehrerer Faktoren ausgegangen wird (Papoušek, 2004). Eine Mutter konnte das Schreien aufgrund einer adäquaten Aufklärung auf einen für sie nachvollziehbaren Grund zurückführen und stellte daher keine weiteren Vermutungen über mögliche Ursachen an.

Gleichzeitig äußerten mehrere Mütter ihre Verärgerung darüber, dass die Schuld für das Schreien des Kindes oft allein der Mutter zugeschrieben wird. In Anbetracht der Tatsache, dass diese Ursache für das Selbstkonzept sehr bedrohlich ist, ist die in ihren Aussagen zum Ausdruck gebrachte Ablehnung gegenüber dieser möglichen Erklärung nicht überraschend. Möglicherweise reagieren in Folge Mütter auf Interventionen, die eine gestörte Beziehung fokussieren, mit Widerstand oder Vermeidung (Hagger et al., 2017). Nur eine Mutter gab an, die Interaktion mit ihrem Kind in einer Therapie bearbeitet zu haben. Es ist jedoch unklar, ob die anderen Mütter diese Art der Therapie ablehnten oder einfach nicht darüber informiert waren. Deshalb ist eine umfassende Aufklärung notwendig, um Mütter von Schuldzuweisungen zu entlasten. Außerdem könnten Interventionen, die auf eine Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion abzielen, so besser akzeptiert werden.

Obwohl ein Einzelfall keine allgemeingültigen Schlussfolgerungen zulässt, unterstreicht die Erzählung einer befragten Mutter, die als einzige eine umfassende klinische Betreuung erhielt, den Erfolg einer solchen Intervention. Im Rahmen einer professionellen Anleitung habe sie gelernt, die Bedürfnisse ihres Kindes besser einzuschätzen, was sie durch die gestörte Beziehung zu ihrem Kind nicht mehr konnte. Aufgrund der erlebten Verbesserung des Schreiens fühlte sie sich selbstwirksam und konnte daher die anfänglichen Interaktionsprobleme langfristig überwinden, was sich auch in ihrem geringeren Belastungsempfinden im Vergleich zu den anderen Müttern zeigte. Allerdings lag das Schreien ihres Kindes zum Zeitpunkt des Interviews am längsten zurück, was in der Interpretation

berücksichtigt werden muss. Möglicherweise war das Belastungsempfinden aufgrund der vergangenen Zeit nicht mehr so präsent wie bei den anderen Müttern.

Den Verlauf der Störung beschrieben die Mütter durchwegs als chronisch. Sie nehmen zwar an, dass sich die Probleme mit voranschreitender Entwicklung bessern, diese würden sie jedoch aufgrund stabiler Charaktereigenschaften weiterhin begleiten. Zudem besteht teilweise die Sorge, dass hinter dem Schreien eine tiefergreifende Störung wie Autismus liegen könnte. Keine Mutter äußerte die Gewissheit, dass die Störung ab einem gewissen Zeitpunkt gänzlich verschwunden sein würde. Obwohl nicht ausgeschlossen werden kann, dass Regulationsprobleme über die Zeit bestehen bleiben, sind Regulationsstörungen in den meisten Fällen vorübergehender Natur (Thiel-Bonney & Cierpka, 2012), weswegen an dieser Stelle erneut auf die Wichtigkeit einer umfassenden Aufklärung verwiesen wird.

Ähnlich zu bisherigen Forschungsergebnissen (Muller et al., 2023; Oaten & Miller, 2019), beschreiben Mütter eine Vielzahl an Konsequenzen, die mit Regulationsstörungen und dem exzessiven Schreien einhergehen. Diese umfassen Konflikte mit dem Partner oder anderen Familienmitgliedern, die meist aus Unverständnis oder Vorwürfen resultieren würden. Zudem beschrieben sie ihre empfundene Einsamkeit, aufgrund ihrer eingeschränkten Möglichkeit, an Aktivitäten teilzunehmen. Als weitere Konsequenz nannten Mütter eine erschwerte Bindung zu ihrem Kind.

Im Wesentlichen lassen die Beschreibungen der Mütter ein intensives Gefühl des Ausgeliefertseins vermuten. Sie nannten zwar verschiedene Beruhigungsstrategien, die das Schreien kurzzeitig besserten, auf das Schreien beziehungsweise die Störung an sich ist ihre empfundene Kontrolle jedoch als gering einzuschätzen. In Hinblick auf Studienergebnisse, die zeigen, dass sich eine geringe Kontrollwahrnehmung negativ auf das Wohlbefinden auswirkt und die Bereitschaft zur Verhaltensänderung hemmt (Faltermajer & Levke Brütt, 2013), ist es daher wesentlich, Eltern über Bewältigungsstrategien zu informieren. Diese Strategien können ihnen helfen, besser mit der Situation umzugehen und das Gefühl des Kontrollverlusts zu überwinden. An dieser Stelle sei erneut auf die Ausführungen der Mutter verwiesen, die aufgrund der professionellen Anleitung und der ihr vermittelten Strategien im Umgang mit ihrem Kind, die Situation als kontrollierbarer wahrnahm und sich als selbstwirksam beschrieb. Basierend auf ihren Beschreibungen lässt sich schließen, dass die erlebte Wirksamkeit der Maßnahmen und die Diagnose einer sensorischen Integrationsstörung dazu führten, dass sie das Schreien besser nachvollziehen konnte. Im Vergleich dazu, ergab das Schreien für die anderen Mütter keinen Sinn. Es ist bekannt, dass Störungen, bei denen die Ursachen nicht eindeutig

identifiziert sowie der weitere Verlauf nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden kann, mit einer geringen Sinnhaftigkeit assoziiert sind, was die Bewältigung erschwert (Hagger et al., 2017).

Besonders ausführlich wurden von den Müttern emotionale Aspekte angesprochen, die ihr enormes Belastungsempfinden verdeutlichen. Übereinstimmend mit bisherigen Forschungsberichten zum Erleben von Müttern mit Schreikindern betonten sie die außerordentliche Erschöpfung, eine große Verzweiflung, Hilflosigkeit und Frustration sowie intensive Wut und enttäuschte Familienvorstellungen. Zudem berichteten manche Mütter von Impulsen, die Familie verlassen zu wollen und Reue gegenüber der Entscheidung ein Kind bekommen zu haben. Als einzige positive Emotion wurde das Empfinden von Selbstwirksamkeit und Stolz genannt, jedoch erst, nachdem die Mütter die Schreiphase überstanden hatten. Deutlich wird in diesem Kontext das Ineinandergreifen verschiedener Gefühle, wenn Mütter beispielsweise negative Emotionen gegenüber ihrem Kind hegen, sich jedoch gleichzeitig schuldig fühlen, diese Gefühle zu haben.

Damit zusammenhängend wird von den Müttern im Verlauf der Interviews das Fehlen von Muttergefühlen thematisiert, welches sie stark verunsicherte und sie als unnormale empfanden. Diese zusätzliche Belastung kann dazu führen, dass Mütter erst verspätet oder überhaupt keine psychologische Unterstützung in Anspruch nehmen, da sie sich schämen, dem typischen Ideal einer liebenden Mutter nicht zu entsprechen. Auch ein erlebtes Versagen in ihrer Rolle als Mutter wird von den meisten Müttern angesprochen. Die gesellschaftlich erlernte Erwartungshaltung, Mütter müssten alles allein schaffen, spiegelte sich in vielen Aussagen der Mütter wider. Es liegt daher in der Verantwortung von Expert*innen, diesen gesellschaftlichen Irrglauben frühzeitig zu korrigieren und das Empfinden solcher Gefühle zu normalisieren.

Ein weiteres Forschungsziel dieser Arbeit bestand darin, Bewältigungsstrategien der Mütter zu identifizieren. Deutlich beschrieben sie ihr momentanes Dasein als reines Funktionieren – ein Überlebensmodus, der es ihnen ermöglichte, trotz der hohen Belastung ihren Alltag zu bewältigen und sie vor einem völligen Zusammenbruch angesichts der Herausforderungen bewahrte. Zudem würden sie versuchen physischen Abstand von dem Schreien zu gewinnen sowie ihre Hoffnung, dass das Schreien besser werden würde, zu bewahren. Eine weitere Bewältigungsstrategie stellt für die Mütter die Suche nach Erklärungen dar sowie das Wissen, alles für ihr Kind getan zu haben. Als bedeutenden Faktor stellte sich die im Laufe der Zeit erlangte Akzeptanz dar. Mehrere Mütter berichteten, dass ihr Wohlbefinden stieg, als sie aufgehört hätten, verzweifelt nach Lösungen und Heilmitteln für das Schreien ihres Kindes zu suchen. Stattdessen würden sie ihre innere Einstellung verändert und das Schreien als Teil des Entwicklungsprozesses ihres Kindes akzeptiert haben. Im Fokus stand nun nicht

mehr die persönliche Ablehnung des Kindes oder das Gefühl des Versagens als Mutter, sondern die bedingungslose Begleitung und Unterstützung ihres Kindes. Auch bisherige Studienergebnisse belegen den positiven Zusammenhang von Akzeptanz und Wohlbefinden (Gillanders et al., 2013; Ośmiałowska et al., 2022). Aufgrund der veränderten Haltung wird die Störung als weniger bedrohlich wahrgenommen und kann damit besser bewältigt werden (Karekla et al., 2019). Damit verbunden stehen die Aussagen von einigen Müttern, sich mit der Zeit an das Schreien gewöhnt zu haben und dadurch entspannter im Umgang mit ihrem Nachwuchs zu sein. Einigen von ihnen gelang es trotz der bestehenden Belastungen ihren gewohnten Alltag wiederaufzunehmen und Aktivitäten nachzugehen. Aus diesen Berichten lässt sich vermuten, dass mit der Akzeptanz das wahrgenommene Kontrollempfinden dieser Mütter stieg und sie sich ihrer Situation nicht mehr hilflos ausgesetzt fühlten, was sich wiederum positiv auf ihr Wohlbefinden auswirkte.

Darüber hinaus wurde von den Müttern die Bedeutung von Unterstützung betont, um die Belastung bewältigen zu können. Insbesondere die Unterstützung durch die Familie sowie der Austausch mit anderen Müttern erwiesen sich als äußerst hilfreich. Ein beunruhigendes Fazit ergibt sich für die professionellen Unterstützungsangebote, die Mütter in Anspruch nehmen können. Unabhängig davon, ob die Betreuung tatsächlich angemessen oder unzureichend verlief, steht primär die subjektive Wahrnehmung der Mütter im Vordergrund. Den Berichten zufolge waren sechs Mütter in einer Schreiambulanz vorstellig, jedoch wäre lediglich eine mit der Betreuung zufrieden gewesen. Die vorhandenen Angebote würden oftmals nicht ausreichen, Wartezeiten wären zu lange und der Zugang erschwert. Nach ihren Schilderungen erhielten die Mütter zwar Zuspruch, jedoch weder eine ausreichende Aufklärung über das Störungsbild noch eine Vermittlung von Bewältigungsstrategien. Es genügt dabei nicht, die Mütter mit der Feststellung, dass ihr Kind ein Schreikind ist, zurückzulassen. Auch die beschriebenen negativen Erfahrungen mit Kinderärzt*innen verdeutlichen die Notwendigkeit, vorhandene Unterstützungsangebote auszubauen.

Das abschließende Anliegen dieser Arbeit war es, konkrete Formen der Unterstützung zu ermitteln, die von den befragten Müttern gewünscht werden. Besonders wichtig sei ihnen eine frühzeitige Aufklärung über das Schreiverhalten von Kindern während und nach der Schwangerschaft. Anhand ihrer Aussagen wurde deutlich, dass Mütter völlig unvorbereitet in ihr Leben mit Schreikind entlassen werden und dabei zusätzlich dem Druck gesellschaftlicher Erwartungshaltungen standhalten müssen. Aufgrund der unzureichenden Aufklärung über das Phänomen der Schreikinder fühlen sich Mütter in ihrem Problem oft allein und nehmen an, dass sie als Mutter versagen. Weiters wünschen sich Mütter eine Hilfskraft in der Betreuung, die sie

zu Hause unterstützt und ihnen das Kind ab und zu abnehmen kann. In Anbetracht der hohen Überforderung und des erhöhten Misshandlungsrisikos für Schreikinder (Barr, 2014) ist dieser Wunsch als besonders bedeutend anzusehen. Schreiambulanzen stellen zwar teilweise eine Haushaltshilfe bereit, diese ist als Entlastung jedoch nicht ausreichend. Auch eine psychologische Betreuung wird gewünscht.

5.1 Limitationen und Ausblick

Wenngleich die vorliegende Arbeit einen Einblick in die Erlebniswelt von Müttern exzessiv schreiender Kinder geben konnte, müssen die Ergebnisse unter der Berücksichtigung mehrerer Limitationen interpretiert werden. Eine wichtige Limitation ist die begrenzte Stichprobenauswahl. Mit lediglich sieben Interviewpartnerinnen ist die Stichprobe zu klein, um generalisierte Aussagen über die Gesamtpopulation treffen zu können. Zudem waren sechs Teilnehmerinnen Teil derselben Gruppe für Mütter von Schreikindern in sozialen Netzwerken, weswegen nicht ausgeschlossen werden kann, dass sich diese Mütter deshalb in ihren Aussagen ähneln.

Eine weitere Limitation besteht in möglichen Erinnerungsverzerrungen. Da die Schreiphase des Kindes bei mehreren Müttern in der Vergangenheit lag, die längste vergangene Zeit betrug drei Jahre, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Mütter andere Aussagen getroffen hätten, wenn sie mitten in der Schreiphase befragt worden wären. Allerdings sprachen mehrere Mütter diesen expliziten Unterschied an und konnten zwischen ihren jetzigen und ihren damaligen Gefühlen unterscheiden.

Gerade dann, wenn das persönliche Erleben von Personen untersucht werden soll, ist qualitative Forschung maßgeblich. Der ganze Forschungsprozess und besonders die Interpretation der Ergebnisse ist in qualitativen Untersuchungen jedoch äußerst subjektiv und daher immer zu einem Teil von der Person abhängig, die die Ergebnisse auswertet.

Zuletzt sollte betont werden, dass nicht alle Schwerpunkte dieser Arbeit ausführlich untersucht werden konnten. So wurde zwar erfasst, welche Unterstützungsangebote die Mütter in Anspruch nahmen, es wurde jedoch nicht erfragt, wie genau diese Unterstützung ausgesehen hat. Aus diesem Grund kann keine Schlussfolgerung über die tatsächliche Qualität von Hilfseinrichtungen wie Schreiambulanzen gezogen werden. Darüber hinaus basieren einige der Rückschlüsse lediglich auf den Aussagen einer einzigen Mutter, die sich wesentlich von den anderen unterschied, weshalb Vergleiche nur eingeschränkt möglich sind.

Obwohl die vorliegende Studie bloß Vermutungen über den potenziellen Einfluss von subjektiven Krankheitskonzepten auf die Bewältigung und den Erfolg von Interventionen zulässt, bieten die detaillierten Ergebnisse einen Ausgangspunkt für zukünftige Forschung.

Experimentelle Längsschnittstudien sollten den Effekt von Interventionen wie eine angemessene Aufklärung über das Störungsbild auf die subjektiven Krankheitskonzepte überprüfen. Da sich diese Studie auf Mütter fokussierte, sollten weiterführende Untersuchungen das Erleben von Vätern und Partner*innen miteinbeziehen. Der Großteil der Forschung, einschließlich dieser Studie, beschränkt sich auf Teilnehmerinnen westlicher Herkunft und von ähnlichem sozioökonomischen Status. Daher ist Forschung in anderen kulturellen Kontexten unerlässlich, um ein umfassenderes Verständnis der Zusammenhänge zwischen subjektiven Krankheitskonzepten, Interventionen und Bewältigung zu gewinnen.

6 Fazit

Die vorliegende Studie hat wichtige Erkenntnisse darüber gewonnen, wie Mütter exzessiv schreiender Kinder die Störung ihres Kindes subjektiv wahrnehmen und welche Bedürfnisse sie in Bezug auf Unterstützungssysteme haben. Es zeigten sich überwiegend bedrohliche Krankheitskonzepte, die sich durch eine geringe Kontrollierbarkeit, negative Konsequenzen sowie einen chronischen Verlauf auszeichnen. Zudem erscheint ihnen das Schreien ihres Kindes als wenig sinnhaft. Diese Ergebnisse spiegeln sich auch in der hohen emotionalen Belastung und der generell schweren Bewältigung der Störung wider. Angesichts der weitreichenden Konsequenzen des exzessiven Schreiens auf die Eltern-Kind-Beziehung, die Bindung und die weitere Entwicklung des Kindes verdeutlichen die Ergebnisse die Notwendigkeit einer umfassenden Unterstützung. Die Kenntnis der subjektiven Krankheitskonzepte von Eltern könnte dazu beitragen, bestehende Therapieangebote zu verbessern und auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen.

7 Literatur

- Baines, T., & Wittkowski, A. (2013). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(3), 263–274. <https://doi.org/10.1007/s10880-012-9337-9>
- Bark, C., Georg, A., & Taubner, S. (2018). Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie (SKEPT): Behandlung von frühkindlichen Regulationsstörungen. *Psychotherapeut*, 63(5), 367–372. <https://doi.org/10.1007/s00278-018-0302-4>
- Barr, R. G. (2014). Crying as a trigger for abusive head trauma: A key to prevention. *Pediatric Radiology*, 44(4), 559–564. <https://doi.org/10.1007/s00247-014-3100-3>
- Barr, R. G., Chen, S., Hopkins, B., & Westra, T. (2008). Crying patterns in infants. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38(4), 345–355. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1996.tb12100.x>
- Benz, M., & Scholtes, K. (2012). Von der normalen Entwicklungskrise zur Regulationsstörung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0—3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 159–169). Springer.
- Bhat, A., Chowdayya, R., Selvam, S., Khan, A., Kolts, R., & Srinivasan, K. (2015). Maternal prenatal psychological distress and temperament in 1–4 month old infants – A study in a non-western population. *Infant Behavior and Development*, 39, 35–41. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.12.002>
- Bilgin, A., & Wolke, D. (2016). Regulatory problems in very preterm and full-term infants over the first 18 months. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 37(4), 298–305. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000297>
- Blakeley, P. M., Capron, L. E., Jensen, A. B., O'Donnell, K. J., & Glover, V. (2013). Maternal prenatal symptoms of depression and down regulation of placental monoamine oxidase A expression. *Journal of Psychosomatic Research*, 75(4), 341–345. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.07.002>
- Borbély, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Human Neurobiology*, 1(3), 195–204.
- Botha, E., Joronen, K., & Kaunonen, M. (2019). The consequences of having an excessively crying infant in the family: An integrative literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 779–790. <https://doi.org/10.1111/scs.12702>
- Brand, S., Furlano, R., Sidler, M., Schulz, J., & Holsboer-Trachsler, E. (2014). Associations

- between infants' crying, sleep and cortisol secretion and mother's sleep and well-being. *Neuropsychobiology*, 69(1), 39–51. <https://doi.org/10.1159/000356968>
- Breeman, L. D., Jaekel, J., Baumann, N., Bartmann, P., Bäuml, J. G., Avram, M., Sorg, C., & Wolke, D. (2018). Infant regulatory problems, parenting quality and childhood attention problems. *Early Human Development*, 124, 11–16. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.07.009>
- Cannon, M., Credé, M., Kimber, J. M., Brunkow, A., Nelson, R., & McAndrew, L. M. (2022). The common-sense model and mental illness outcomes: A meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(4), 1186–1202. <https://doi.org/10.1002/cpp.2721>
- Choudhary, A. K., Servaes, S., Slovis, T. L., Palusci, V. J., Hedlund, G. L., Narang, S. K., Moreno, J. A., Dias, M. S., Christian, C. W., Nelson, M. D., Silvera, V. M., Palasis, S., Raissaki, M., Rossi, A., & Offiah, A. C. (2018). Consensus statement on abusive head trauma in infants and young children. *Pediatric Radiology*, 48(8), 1048–1065. <https://doi.org/10.1007/s00247-018-4149-1>
- Cook, F., Giallo, R., Petrovic, Z., Coe, A., Seymour, M., Cann, W., & Hiscock, H. (2017). Depression and anger in fathers of unsettled infants: A community cohort study: Fathers of unsettled infants. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 53(2), 131–135. <https://doi.org/10.1111/jpc.13311>
- Cox, L., & Roos, V. (2008). The experiences of first-time mothers with colic infants who seek help from medical professionals. *Health SA Gesondheid*, 13(1), 4–13. <https://doi.org/10.4102/hsag.v13i1.253>
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11–38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>
- Egliston, K.-A., McMahon, C., & Austin, M.-P. (2007). Stress in pregnancy and infant HPA axis function: Conceptual and methodological issues relating to the use of salivary cortisol as an outcome measure. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2006.10.003>
- Faltermaier, T., & Levke Brütt, A. (2013). Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen: Bedeutung für Forschung und Praxis. In H.-W. Hoefert & E. Brähler (Hrsg.), *Krankheitsvorstellungen von Patienten* (S. 59–73). Papst Science Publishers.
- Fujiwara, T., Barr, R. G., Brant, R., & Barr, M. (2011). Infant distress at five weeks of age and caregiver frustration. *The Journal of Pediatrics*, 159(3), 425–430.

- <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2011.02.010>
- Georg, A., Schröder, P., Cierpka, M., & Taubner, S. (2018). Elterliche Mentalisierungsfähigkeit und der Zusammenhang mit elterlicher Belastung bei frühkindlichen Regulationsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 67(5), 421–441. <https://doi.org/10.13109/prkk.2018.67.5.421>
- Georg, A. K., Schröder-Pfeifer, P., Cierpka, M., & Taubner, S. (2021). Maternal parenting stress in the face of early regulatory disorders in infancy: A machine learning approach to identify what matters most. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 663285. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.663285>
- Gillanders, D. T., Ferreira, N. B., Bose, S., & Esrich, T. (2013). The relationship between acceptance, catastrophizing and illness representations in chronic pain: Acceptance and appraisal in chronic pain. *European Journal of Pain*, 17(6), 893–902. <https://doi.org/10.1002/j.1532-2149.2012.00248.x>
- Glover, V. (2011). Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective: Prenatal stress and the origins of psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 356–367. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02371.x>
- Groß, S. (2012). Zur Diagnostik der Regulationsstörungen. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0—3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 147–158). Springer.
- Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L. D., & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117–1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18(2), 141–184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- Harskamp-Van Ginkel, M. W., Klazema, W., Hoogsteder, M. H. H., Chinapaw, M. J. M., & van Houtum, L. (2022). The need of having a plan in excessive infant crying – A qualitative study of parents’ experiences of healthcare support. *Acta Paediatrica*, 112(3), 434–441. <https://doi.org/10.1111/apa.16618>
- Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: A meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, 96(7), 622–629. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.191312>

- Hjern, A., Lindblom, K., Reuter, A., & Silfverdal, S. (2020). A systematic review of prevention and treatment of infantile colic. *Acta Paediatrica*, 109(9), 1733–1744. <https://doi.org/10.1111/apa.15247>
- Ionio, C., & Di Blasio, P. (2014). Post-traumatic stress symptoms after childbirth and early mother–child interactions: An exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(2), 163–181. <https://doi.org/10.1080/02646838.2013.841880>
- Jaekel, J., Sorg, C., Breeman, L., Baumann, N., Bilgin, A., Bäuml, J. G., & Wolke, D. (2021). Early regulatory problems and parenting: Life-long risk, vulnerability or susceptibility for attention, internalizing and externalizing outcomes? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(10), 1523–1531. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01632-2>
- Jenni, O. (2009). Säuglingsschreien und Schlaf-Wach-Regulation. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157(6), 551–557. <https://doi.org/10.1007/s00112-008-1891-8>
- Kaley, F., Reid, V., & Flynn, E. (2011). The psychology of infant colic: A review of current research. *Infant Mental Health Journal*, 32(5), 526–541. <https://doi.org/10.1002/imhj.20308>
- Karekla, M., Karademas, E. C., & Gloster, A. T. (2019). The common sense model of self regulation and acceptance and commitment therapy: Integrating strategies to guide interventions for chronic illness. *Health Psychology Review*, 13(4), 490–503. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1437550>
- Korja, R., Nolvi, S., Grant, K. A., & McMahon, C. (2017). The relations between maternal prenatal anxiety or stress and child’s early negative reactivity or self-regulation: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 48(6), 851–869. <https://doi.org/10.1007/s10578-017-0709-0>
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2020). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-31468-2>
- Kurth, E., Kennedy, H. P., Zemp Stutz, E., Kesselring, A., Fornaro, I., & Spichiger, E. (2014). Responding to a crying infant – You do not learn it overnight: A phenomenological study. *Midwifery*, 30(6), 742–749. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.017>
- Landgren, K., & Hallström, I. (2011). Parents’ experience of living with a baby with infantile colic - a phenomenological hermeneutic study: Parents’ experience of infantile colic. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 317–324. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00829.x>
- Landgren, K., Lundqvist, A., & Hallström, I. (2012). Remembering the chaos—but life went on and the wound healed. A four year follow up with parents having had a

- baby with infantile colic. *The Open Nursing Journal*, 6, 53–61.
<https://doi.org/10.2174/1874434601206010053>
- Leventhal, H., Diefenbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143–163. <https://doi.org/10.1007/BF01173486>
- Lévesque, S., Bisson, V., Charton, L., & Fernet, M. (2020). Parenting and relational well being during the transition to parenthood: Challenges for first-time parents. *Journal of Child and Family Studies*, 29(7), 1938–1956.
<https://doi.org/10.1007/s10826-02001727-z>
- Lobban, F., Barrowclough, C., & Jones, S. (2003). A review of the role of illness models in severe mental illness. *Clinical Psychology Review*, 23(2), 171–196.
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(02\)00230-1](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(02)00230-1)
- Ludington-Hoe, S., Cong, X., & Hashemi, F. (2002). Infant crying: Nature, physiologic consequences, and select interventions. *Neonatal Network*, 21(2), 29–36.
<https://doi.org/10.1891/0730-0832.21.2.29>
- Lux, U., Müller, M., Reck, C., Liel, C., & Walper, S. (2023). Linking maternal psychopathology to children’s excessive crying and sleeping problems in a large representative German sample—The mediating role of social isolation and bonding difficulties. *Infancy*, 28(2), 435–453. <https://doi.org/10.1111/infa.12514>
- McAndrew, L. M., Martin, J. L., Friedlander, M. L., Shaffer, K., Breland, J. Y., Slotkin, S., & Leventhal, H. (2017). The common sense of counseling psychology: Introducing the Common-Sense Model of self-regulation. *Counselling Psychology Quarterly*, 1–16.
<https://doi.org/10.1080/09515070.2017.1336076>
- Megel, M. E., Wilson, M. E., Bravo, K., McMahon, N., & Towne, A. (2011). Baby lost and found: Mothers’ experiences of infants who cry persistently. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(3), 144–152. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.10.005>
- Mey, G., & Mruck, K. (Hrsg.). (2020). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie: Band 2: Designs und Verfahren*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-26887-9>
- Mohr, C., Gross-Hemmi, M. H., Meyer, A. H., Wilhelm, F. H., & Schneider, S. (2019). Temporal patterns of infant regulatory behaviors in relation to maternal mood and soothing strategies. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(4), 566–579.
<https://doi.org/10.1007/s10578-018-00862-5>
- Molloy, E., Biggerstaff, D. L., & Sidebotham, P. (2021). A phenomenological exploration of

- parenting after birth trauma: Mothers perceptions of the first year. *Women and Birth*, 34(3), 278–287. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.03.004>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Muller, I., Ghio, D., Mobey, J., Jones, H., Hornsey, S., Dobson, A., Maund, E., & Santer, M. (2023). Parental perceptions and experiences of infant crying: A systematic review and synthesis of qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), 403–417. <https://doi.org/10.1111/jan.15492>
- Oaten, J., & Miller, J. (2019). *Coping with crying babies: A qualitative study of mothers' Experience*. 18(1).
- Oldbury, S., & Adams K. (2015). The impact of infant crying on the parent-infant relationship: The journal of the health visitors' association. *Community Practitioner*, 88(3), 29–34. <https://uaccess.univie.ac.at/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/impact-infant-crying-on-parent-relationship/docview/1661337433/se-2>
- Olsen, A. L., Ammitzbøll, J., Olsen, E. M., & Skovgaard, A. M. (2019). Problems of feeding, sleeping and excessive crying in infancy: A general population study. *Archives of Disease in Childhood*, 104(11), 1034–1041. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019316851>
- Ośmiałowska, E., Staś, J., Chabowski, M., & Jankowska-Polańska, B. (2022). Illness Perception and quality of life in patients with breast cancer. *Cancers*, 14(5), 1214. <https://doi.org/10.3390/cancers14051214>
- Papoušek, M. (2004). Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Klinische Evidenz für ein neues diagnostisches Konzept. In M. Papoušek, M. Schieche, & H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. (S. 77–111). Hans Huber.
- Papoušek, M. (2009). Persistierendes Schreien: Schreiprobleme im Entwicklungskontext von Eltern-Kind-Kommunikation und -Beziehung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 157(6), 558–566. <https://doi.org/10.1007/s00112-008-1893-6>
- Papoušek, M. (2011). Resilience, strengths, and regulatory capacities: Hidden resources in developmental disorders of infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 29–46. <https://doi.org/10.1002/imhj.20282>
- Papoušek, M., & von Hofacker, N. (1998). *Persistent crying in early infancy: A non-trivial*

- condition of risk for the developing mother-infant relationship.* 24(5), 395–424.
- Petzoldt, J. (2018). Systematic review on maternal depression versus anxiety in relation to excessive infant crying: It is all about the timing. *Archives of Women's Mental Health*, 21(1), 15–30. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0771-4>
- Poskey, G. A., & Hersch, G. (2012). Listening to their voices: Parents' perspectives on infant crying. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 5(2), 114–125. <https://doi.org/10.1080/19411243.2012.701559>
- Postert, C., Averbek-Holocher, M., Achtergarde, S., Müller, J. M., & Furniss, T. (2012). Regulatory disorders in early childhood: Correlates in child behavior, parent-child relationship, and parental mental health. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 173–186. <https://doi.org/10.1002/imhj.20338>
- Poustka, L., Zohsel, K., Blomeyer, D., Jennen-Steinmetz, C., Schmid, B., Trautmann-Villalba, P., Hohmann, S., Becker, K., Esser, G., Schmidt, M. H., Brandeis, D., Banaschewski, T., & Laucht, M. (2015). Interacting effects of maternal responsiveness, infant regulatory problems and dopamine D4 receptor gene in the development of dysregulation during childhood: A longitudinal analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 70, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.08.018>
- Radesky, J. S., Zuckerman, B., Silverstein, M., Rivara, F. P., Barr, M., Taylor, J. A., Lengua, L. J., & Barr, R. G. (2013). Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms. *Pediatrics*, 131(6), e1857–e1864. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3316>
- Rank, S. M. (2020). *Psychische Auffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter: Praxis Manual für pädagogische Berufsgruppen*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-27810-6>
- Reijneveld, S. A., van der Wal, M. F., Brugman, E., Hira Sing, R. A., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet*, 364(9442), 1340–1342. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)17191-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17191-2)
- Salisbury, A. L., High, P., Twomey, J. E., Dickstein, S., Chapman, H., Liu, J., & Lester, B. (2012). A randomized control trial of integrated care for families managing infant colic. *Infant Mental Health Journal*, 33(2), 110–122. <https://doi.org/10.1002/imhj.20340>
- Sarasu, J. M., Narang, M., & Shah, D. (2018). Infantile colic: An update. *Indian Pediatrics*, 55(11), 979–987. <https://doi.org/10.1007/s13312-018-1423-0>
- Scher, A., Zukerman, S., & Epstein, R. (2005). Persistent night waking and settling

- difficulties across the first year: Early precursors of later behavioural problems?
Journal of Reproductive and Infant Psychology, 23(1), 77–88.
<https://doi.org/10.1080/02646830512331330929>
- Schmid, G., Schreier, A., Meyer, R., & Wolke, D. (2009). A prospective study on the persistence of infant crying, sleeping and feeding problems and preschool behaviour. *Acta Paediatrica*. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2009.01572.x>
- Schmid, G., & Wolke, D. (2014). Preschool regulatory problems and attention deficit/hyperactivity and cognitive deficits at school age in children born at risk: Different phenotypes of dysregulation? *Early Human Development*, 90(8), 399–405.
<https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.05.001>
- Sears, W., & Sears, M. (2001). *The attachment parenting book: A commonsense guide to understanding and nurturing your baby*. Hachette UK.
- Sethna, V., Murray, L., Netsi, E., Psychogiou, L., & Ramchandani, P. G. (2015). Paternal depression in the postnatal period and early father–infant interactions. *Parenting*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/15295192.2015.992732>
- Smarius, L. J. C. A., Strieder, T. G. A., Loomans, E. M., Doreleijers, T. A. H., Vrijkotte, T. G. M., Gemke, R. J., & van Eijsden, M. (2017). Excessive infant crying doubles the risk of mood and behavioral problems at age 5: Evidence for mediation by maternal characteristics. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(3), 293–302.
<https://doi.org/10.1007/s00787-016-0888-4>
- Suess, G. J., Bohlen, U., Carlson, E. A., Spangler, G., & Frumentia Maier, M. (2016). Effectiveness of attachment based STEEP™ intervention in a German high-risk sample. *Attachment & Human Development*, 18(5), 443–460.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1165265>
- Sullivan, N., Phillips, L. A., Pigeon, W. R., Quigley, K. S., Graff, F., Litke, D. R., Helmer, D. A., Rath, J. F., & McAndrew, L. M. (2019). Coping with medically unexplained physical symptoms: The role of illness beliefs and behaviors. *International Journal of Behavioral Medicine*, 26(6), 665–672. <https://doi.org/10.1007/s12529-019-09817-z>
- Szentes, A., Kökönyei, G., Békési, A., Bokrétás, I., & Török, S. (2018). Differences in illness perception between children with cancer and other chronic diseases and their parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(3), 365–380.
<https://doi.org/10.1177/1359104517731899>
- Talvik, I., Alexander, R. C., & Talvik, T. (2008). Shaken baby syndrome and a baby's cry. *Acta Paediatrica*, 97(6), 782–785. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2008.00778.x>

- Thiel-Bonney, C., & Cierpka, M. (2012). Exzessives Schreien. In M. Cierpka (Hrsg.), *Frühe Kindheit 0—3: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern* (S. 171–195). Springer.
- Thomas, A., & Chess, S. (1982). The reality of difficult temperament. *Merill-Palmer Quarterly*, 28(1), 1-20. <https://www.jstor.org/stable/23086280>
- van der Veek, S. M. C., & van Rosmalen, L. (2023). Maternal satisfaction with professional health care for excessive infant crying: Does it meet maternal needs? *Early Child Development and Care*, 193(4), 602–615. <https://doi.org/10.1080/03004430.2022.2130903>
- van der Wal, M. F., van Eijdsen, M., & Bonsel, G. J. (2007). Stress and emotional problems during pregnancy and excessive infant crying. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(6), 431–437. <https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31811ff8f4>
- VERBI Software. (2021). *MAXQDA, Software für qualitative Datenanalyse*. Sozialforschung GmbH.
- Vik, T., Grote, V., Escribano, J., Socha, J., Verduci, E., Fritsch, M., Carlier, C., von Kries, R., & Koletzko, B. (2009). Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatrica*, 98(8), 1344–1348. <https://doi.org/10.1111/j.16512227.2009.01317.x>
- Watson, K., White, C., Hall, H., & Hewitt, A. (2021). Women’s experiences of birth trauma: A scoping review. *Women and Birth*, 34(5), 417–424. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.016>
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology & Health*, 11(3), 431–445. <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>
- Wessel, M. A., Cobb, J. C., Jackson, E. B., Harris, G. S., & Detwiler, A. C. (1954). Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called »colic«. *Pediatrics*, 14(5), 421–435. <https://doi.org/10.1542/peds.14.5.421>
- Wiley, M., Schultheis, A., Francis, B., Tiyyagura, G., Leventhal, J. M., Rutherford, H. J. V., Mayes, L. C., & Bechtel, K. (2020). Parents’ perceptions of infant crying: A possible path to preventing abusive head trauma. *Academic Pediatrics*, 20(4), 448–454. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.10.009>
- Winsper, C., & Wolke, D. (2014). Infant and toddler crying, sleeping and feeding problems and trajectories of dysregulated behavior across childhood. *Journal of Abnormal*

Child Psychology, 42(5), 831–843. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9813-1>

Wolke, D., Bilgin, A., & Samara, M. (2017). Systematic review and meta-analysis: Fussing and crying durations and prevalence of colic in infants. *The Journal of Pediatrics*, 185, 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2017.02.020>

Ziegenhain, U., Hermeling, L., Steiner, M., & Izat, Y. (2020). Regulationsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern Diagnostische Kriterien zwischen 0 und 3 Jahren. In M. Kölch, M. Rassenhofer, & J. M. Fegert (Hrsg.), *Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie* (S. 567–581). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58418-7_37

8 Anhang

Anhang A: Zusammenfassung

Familien von exzessiv schreienden Kindern sind hochbelastet und auf Unterstützung angewiesen. Bisherige Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass sich Eltern meist unzureichend aufgeklärt fühlen und mit den vorhandenen Unterstützungsangeboten unzufrieden sind. Die Art und Weise, wie eine Störung wahrgenommen wird, beeinflusst, wie Personen mit dieser Störung umgehen und sie bewältigen. Eine angemessene Aufklärung und die Vermittlung von Bewältigungsstrategien können dazu beitragen, dass die Störung weniger bedrohlich wahrgenommen wird und damit das allgemeine Wohlbefinden verbessern. Mit der Identifizierung dieser Vorstellungen können Eltern in ihrem individuellen Verständnis der Störung begleitet und damit eine bessere Zusammenarbeit erzielt werden. Bislang wurden jedoch nur wenige Aspekte dieses subjektiven Erlebens untersucht. Ziel der vorliegenden Studie war es daher zu erfassen, wie Mütter die Störung ihres Kindes wahrnehmen und ob die individuelle Bewältigung auf unterschiedliche Krankheitskonzepte zurückzuführen ist. Es wurden sieben qualitative Interviews mit Müttern von exzessiv schreienden Kindern durchgeführt und mittels fokussierter Interviewanalyse ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mütter die Störung ihres Kindes als überwiegend bedrohlich, wenig kontrollierbar und mit negativen Auswirkungen verbunden wahrnehmen. Es wird vermutet, dass eine unzureichende Unterstützung und Aufklärung der Familien bedrohliche Krankheitskonzepte begünstigen und zur hohen Belastung beitragen. Die gewonnen Erkenntnisse unterstützen damit bisherige Forschungsergebnisse und zeigen Möglichkeiten zur Verbesserung vorhandener Unterstützungssysteme auf.

Schlüsselbegriffe: Regulationsstörung, exzessives Schreien, subjektive Krankheitskonzepte, Bewältigung

Anhang B: Abstract

Families of excessive crying children are highly stressed and in need of support. However, research to date shows that parents usually feel inadequately educated and are dissatisfied with existing support services. The way a disorder is perceived influences how individuals cope and manage it. Providing appropriate education and coping strategies can help make the disorder perceived as less threatening and thus improve overall well-being. By identifying these ideas, parents can be guided in their individual understanding of the disorder and thus better cooperation can be achieved. To date, however, few aspects of this subjective experience have been studied. Therefore, the aim of the present study was to assess how mothers perceive their children's disorder and whether individual coping is due to different conceptions of the disorder. Seven qualitative interviews with mothers of excessive crying children were conducted and analyzed using focused interview analysis. The results show that the mothers perceive their children's disorder as predominantly threatening, not very controllable, and associated with negative consequences. It is hypothesized that inadequate family support and education foster threatening conceptions of the disorder and contribute to the high level of distress. The findings thus support previous research findings and highlight opportunities to improve existing support systems.

Keywords: regulatory disorder, excessive crying, subjective concepts of illness, coping

Anhang C: Flyer



Mütter gesucht

Im Rahmen meiner Masterarbeit in Psychologie an der **Universität Wien** beschäftige ich mich mit **Regulationsstörungen und deren Auswirkungen auf das Familiensystem.**

Dazu suche ich Mütter, die mit mir in einem **Interview** über ihre **Erfahrungen** sprechen. Ich möchte wissen, wie es Ihnen geht und wie Sie die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten einschätzen.

Wer?	Mütter von Schreibabys
Voraussetzung:	Regulationsstörung des Kindes (exzessives Schreien) liegt nicht länger als 3 Jahre zurück.
Studie:	Interview / via Zoom möglich
Dauer:	ca. 60-90 Minuten
Wann:	ab Oktober 2022

Bei Interesse oder Fragen:

a01621196@unet.univie.ac.at

Ich freue mich über Ihre Teilnahme!
Claudia Grösser

Anhang D: Interviewleitfaden

Einstieg:

Vielen Dank, dass du dir heute für dieses Interview Zeit genommen hast. Ich interessiere mich generell für das Leben mit Schreibaby und wie Mütter die vorhandenen Unterstützungsmöglichkeiten einschätzen. Ich beschäftige mich zwar viel mit dem Thema, habe aber selbst kein Schreibaby, weswegen ich an deinen ganz persönlichen Erfahrungen und Gedanken dazu interessiert bin. Dazu würde ich gerne eine Art Gespräch mit dir führen, wobei du vermutlich mehr sprechen und erzählen wirst als ich. Wenn du eine Frage nicht beantworten möchtest, weil sie beispielsweise zu emotional ist, ist das natürlich vollkommen in Ordnung. Das Ganze wird etwa eine bis zwei Stunden in Anspruch nehmen. Selbstverständlich wird das Interview anonymisiert. Die Daten werden nach der Auswertung sofort gelöscht. Bist du damit einverstanden, dass unser Gespräch für die spätere Verarbeitung aufgezeichnet wird?

Themenblock 1: Einstiegsfragen

Bitte beschreibe möglichst genau und ausführlich den Zeitraum von der Geburt des Kindes bis heute. Bitte der Reihe nach, also von Anfang bis Ende und alles, was dir dazu einfällt und dir wichtig erscheint. Nimm dir dafür so viel Zeit wie du möchtest, ich werde dich erst mal nicht unterbrechen und keine Zwischenfragen stellen. Wenn mir etwas unklar ist oder ich etwas genauer wissen möchte, dann mache ich mir Notizen und frage später nach, wenn du deine Erzählung beendet hast.

Themenblock 2: Fragen zum subjektiven Krankheitsmodell:

Identity:

Was bedeutet für dich Schreibaby/Regulationsstörung und wie zeichnet sich das aus?

Nachfragen:

Welcher Aspekt ist/war für Sie an der Störung am belastendsten?

Welche Diagnose hat dein Kind erhalten?

Ursachen:

Wie erklärst du dir das Schreien deines Kindes?

Nachfragen:

Hast du dir schon einmal Gedanken darüber gemacht, wie es zu der Störung gekommen sein könnte?

Verlauf:

Wie denkst du, wird sich die nächste Zeit entwickeln?

Konsequenzen:

Welchen Einfluss hat die Regulationsstörung deines Kindes auf deinen Alltag/dein Leben/dein Umfeld?

Wie hat sich dein Leben dadurch verändert?

Kontrolle:

Von welchen Faktoren hängt deiner Meinung nach eine Verbesserung bzw. Verschlechterung der Symptomatik ab?

Wer spielt dabei eine Rolle?

Nachfragen:

Gibt es Faktoren, die die Störung beeinflussen?

Wer/Was war in diesem Prozess wichtig?

Kohärenz:**Macht das Schreien/die Störung für dich Sinn?**

Nachfragen:

Verstehst du die Störung deines Kindes?

Was verstehst du nicht, was ist dir unklar?

Emotion:

Wie fühlst du dich, wenn du an die Zeit, die du mit deinem Kind schon erlebt hast und an die kommenden Jahre denkst?

Wie ging es dir in dem ganzen Prozess, also vor der Geburt, wie das Schreien begonnen hat und bis jetzt?

Kannst du mir mal bitte einen Tag aus deiner Sicht beschreiben bzw. so einen Schreimoment? Was für Gedanken kommen dir während des Tages auf?

Nachfragen:

Wie gehst du mit diesen Emotionen um?

Themenblock 3: Fragen zum Verhalten

Wie gehst du damit um, wenn dein Kind schreit? Welche Beruhigungsstrategien haben sich für dich bewährt?

Wie würdest du dein Verhalten beschreiben, wenn dein Kind schreit?

Gab es Veränderungen mit der Zeit?

Themenblock 4: Fragen zur Unterstützung

Wer und was hat dich über die Zeit unterstützt?

Was denkst du über die verfügbaren Hilfsangebote?

Nachfragen:

Welche Formen der Unterstützung haben/hätten dir geholfen? Was hat gefehlt, was hättest du dir noch gewünscht?

Themenblock 5: Unerwähntes, Abschluss und Verabschiedung

Gibt es für dich offene Bereiche, welche bis jetzt unerwähnt blieben und du noch erzählen möchtest? Hast du noch Fragen?

Soziodemographische Daten:

Alter des Kindes, Alter der Mutter, Beziehungsstand, weitere Kinder