

Romer, Georg

Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik - Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 8, S. 284-289



Quellenangabe/ Reference:

Romer, Georg: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik - Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 8, S. 284-289 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-27654 - DOI: 10.25656/01:2765

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-27654>

<https://doi.org/10.25656/01:2765>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse, Psychologie und Familientherapie

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg · F. Specht, Göttingen

Verantwortliche Herausgeber:
Rudolf Adam und Friedrich Specht unter Mitarbeit von Gisela Baethge und Sabine Göbel
Redaktion: Günter Presting

40. Jahrgang / 1991

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum

Von Georg Romer

Zusammenfassung

Vorgestellt werden präventive Methoden für die Arbeit mit Kindern und Eltern am Beispiel eines Vorbeugungszentrums, in dem auf der Grundlage der Psychoanalyse und eigener Bewegungsstudien die frühe Entwicklung von Kindern von Geburt an sorgfältig begleitet wird. Neben einem kindzentrierten Setting und vielfältiger Förderung des kreativen Ausdrucksvermögens stehen Methoden im Vordergrund, die zwischen Kind und Eltern im Alltag vermitteln helfen, sowie Methoden, die das Ich des Kindes stützen, damit es mögliche künftige traumatische Ereignisse ohne Schaden bewältigen kann.

1 Vorgeschichte des Center for Parents and Children

In den sechziger Jahren erarbeitete die Sands Point Movement Study Group, eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe unter Leitung der Kinderpsychoanalytikerin JUDITH S. KESTENBERG, ein von der Choreographie des Modernen Ausdruckstanzes (LABAN, 1950) abgeleitetes Klassifizierungssystem für Bewegungsmuster, die nach dynamischen und formbezogenen Kriterien beschreibbar sind, das Kestenberg Movement Profile (KESTENBERG, 1965, 1967; KERSTENBERG et al., 1975). Dieses System korreliert die Entwicklung psychischer Funktionen und Strukturen analog zu ANNA FREUDS metapsychologischem Entwicklungsprofil (A. FREUD, 1965) mit beobachtbarem Körperverhalten. Aus dieser Forschungsgruppe entstand die Idee für eine Einrichtung, an der, basierend auf Erkenntnissen der Psychoanalyse, den genannten Bewegungsstudien sowie den Erfahrungen israelischer Kibbuzim mit früher Gruppenerziehung, die Entwicklung von Kindern im Sinne der Neurosenverhütung begleitet werden sollte.

2 Konzeption des Centers

2.1 Äußere Rahmenbedingungen

Das Center wird durch Jahresbeiträge der Eltern sowie durch eine private Organisation (Child Development Research, CDR) finanziert, die wiederum durch private

Spenden getragen wird. Eltern mit geringerem Einkommen kann so auf Antrag ein Großteil des Eigenbeitrages erlassen werden. Die Familien, die an diesem Programm teilnehmen, kommen erfahrungsgemäß aus der Mittelschicht, das Bildungsniveau der Eltern ist im allgemeinen hoch. Bei Vollzeit-Berufstätigkeit beider Eltern ist eine Teilnahme aus konzeptuellen Gründen nicht möglich, da immer ein Elternteil mit anwesend ist und sich an den meisten Gruppenaktivitäten beteiligt. Bisher haben die meisten Eltern über Mund-zu-Mund-Propaganda von diesem Programm gehört und von sich aus Kontakt mit dem Center aufgenommen. Die Familien kommen nicht zu einer therapeutischen Behandlung, sondern sind in der Regel an früher Gruppenerziehung ihrer Kinder interessiert und erhoffen sich eine Unterstützung in ihrer Elternrolle. Die Teammitglieder sind alle hauptberuflich anderweitig beschäftigt, haben daher wie die Eltern am Center ein Teilzeit-Engagement, was dem *begleitenden Charakter* des Settings entspricht. Etwa 15 Kinder vom frühesten Säuglingsalter bis zu vier Jahren kommen zweimal wöchentlich mit Mutter oder Vater für einige Stunden ins Center.

2.2 Inhaltliche Konzeption

Erklärtes Ziel des Centers ist es, eine die normale Entwicklung des Kindes *begünstigende Umgebung* (facilitating environment¹) zu schaffen. Hierfür wird von den Teammitgliedern eine *Kombination erzieherischer und psychotherapeutischer Haltungen* gefordert.

Eine *psychotherapeutische Haltung*, gekennzeichnet durch Nicht-Direktivität, Empathie und vorbehaltloses Annehmen der Klienten ohne eigene emotionale Interessen (vgl. ROGERS, 1951), schlägt sich im eltern- und kindzentrierten Gesamt-Setting nieder. Die Eltern werden einerseits angeleitet, sich als verfügbare Bindungspersonen in die auf die phasentypischen Bedürfnisse der Kinder abgestimmten Gruppenaktivitäten einzufügen. Parallel hierzu stehen die beiden Leiterinnen des Centers die meiste Zeit als Ansprechpartner für die Eltern zur Verfügung, während die anderen Mitarbeiter vornehmlich als Interaktionspartner und Gruppenleiter sich den Kindern widmen. Die Eltern haben zudem die Möglichkeit, ihre eigenen Bedürfnisse, Probleme und Fragen schriftlich über Tagebücher, die von einer Leiterin gelesen und kommentiert werden, sowie an separaten Elternabenden und speziellen Vater-Sonntagen mit dem Team auszu-

¹ Der von D. W. WINNICOTT (1965) stammende Begriff „facilitating environment“ wird durch die übliche deutsche Übersetzung „fördernde Umwelt“ im Grunde nicht treffend wiedergegeben. „Fördern“ impliziert mehr intentionales erzieherisches Handeln als „begünstigen“.

tauschen. Hierbei wird ihnen ebenfalls mit der oben beschriebenen psychotherapeutischen Haltung begegnet.

Eine *erzieherische Haltung* ist allgemein gekennzeichnet durch die gewollte Vermittlung von Verhaltensnormen. Im Center versucht das Team, die Kinder früh mit dem Realitätsprinzip vertraut zu machen, wobei vor allem die Interessen des Gruppenablaufs, mitunter disziplinierend jedoch situationsbezogen flexibel, vertreten werden. So haben die einzelnen Gruppenaktivitäten einen regelhaften Ablauf (Malen – grobmotorisches Spielen – Singen mit Klavier – Mittagessen – freies Spiel – Bewegungsspiele in der Gruppe – Musik mit Instrumenten – vorgelesene Geschichte), was den Kindern dabei hilft, Aktivitäten zu antizipieren und Übergänge organisieren zu lernen. Bei nötigen Disziplinierungen wird das Wort „nein“ vermieden.

Beispiel: „Jetzt ist nicht die Zeit zum Puppenspielen. Schau, alle anderen Kinder sitzen am Klavier. Komm setz dich zu uns. Nachher bekommst du die Puppe wieder.“

Das Respektieren gleichberechtigter Bedürfnisse anderer Kinder wird früh vermittelt, wobei jegliche plötzlich einsetzende Disziplinierungsmaßnahme obsolet ist.

Beispiel: „Denk daran, du kannst noch eine Runde mit dem [heißbegehrten] schwarzen Motorrad fahren. Dann ist Brian an der Reihe und ihr werdet die Fahrzeuge tauschen.“

Neben einem klar strukturierten Ablauf des Gruppengeschehens, auf den bei Kleinstkindern sehr zu achten ist, da der Gruppenprozeß sonst schnell auseinanderfällt, ist das Ziel dieser erzieherischen Vorgehensweise die Entwicklung eines frühen sozialen „peer“-Gewissens (Berücksichtigen des anderen) anstelle eines strafenden Über-Ichs. Es geht hierbei auch darum, die Rechte der Eltern zu wahren.

Beispiele: Ein Kind schlägt seine Mutter. Die Gruppenleiterin sagt: „Das tut Mama weh. Du kannst die Puppe hier schlagen.“ Oder ein Kind schlägt die Gruppenleiterin, die es darauf festhält und sagt: „Ich laß nicht zu, daß du mich schlägst. Ich laß auch nicht zu, daß jemand Dich schlägt.“

Die Kinder reagieren auf die Art Regeln und Disziplinierungen erfahrungsgemäß dankbar und kooperativ. Mit einführender Unterstützung der Erzieher lernen auch Ein- und Zweijährige Interessenkonflikte im Sinne des Turn-Taking zu lösen („Ich komme nachher dran!“). Den Eltern wird ein Modell vermittelt, wie im Alltag nötige Disziplinierungen schonend und kindgerecht sein können.

3 Einzelne erzieherische und präventive Methoden

3.1 Erleichtern der Integration von Entwicklungsphasen durch kinästhetische Erfahrungen

Im Kestenbergs Movement Profile ist detailliert beschrieben, welche rhythmischen Bewegungsmuster der jeweiligen Trieborganisation auf einer bestimmten Stufe der Libidoentwicklung des Kindes entsprechen². So sind beispielsweise „stop-and-go“-Spiele, bei denen der freie Lauf im Raum angehalten und wieder fortgesetzt wird, beobachtbarer Ausdruck der urethral-aggressiven, und das ausgelassene Hüpfen auf der Stelle (beispielsweise auf einer gefederten Matratze) Ausdruck der phallischen Trieborganisation (KESTENBERG, 1965, 1975; KESTENBERG u. SOSSIN, 1979). Das gezielte Angebot von grobmotorischen Bewegungsspielen, die die jeweiligen rhythmischen Bewegungsmuster unterstützen, hilft den Kindern im Center, eine bevorstehende Entwicklungsphase vorzubereiten, den Übergang in die jeweilige Phase zu erleichtern oder die gerade durchlaufene Phase durch kinästhetische Erfahrungen im Sinne einer Konsolidierung des stetig komplexer werdenden Körperbildes zu integrieren (KESTENBERG, 1975; vgl. auch SCHILDER, 1935).

3.2 Organisation von Übergängen

Erfahrungsgemäß entstehen scheinbar grundlose Wut-, Angst- und Weinausbrüche bei Kindern in den ersten Lebensjahren häufig dadurch, daß die Betreuungsperson zu abrupt von einem Stimulus zum nächsten übergeht. Das Kind, dessen Verarbeitung sensorischer Reize noch langsam ist, kann hierdurch so desintegriert werden, daß es nicht mehr zu beruhigen ist. Den Kindern zum Halt und den Eltern zum Modell werden daher im Center sämtliche Übergänge von einer Aktivität zur nächsten nach dem gleichen Schema ritualisiert. Hierzu gehört die frühzeitige Ankündigung sowie das Begleiten des Überganges mit einem gemeinsam gesungenen Übergangslied. Während dieses Lied gesungen wird, räumen Kinder und Erzieher gemeinsam die benutzten Gegenstände oder Spielsachen in die jeweiligen Regale, die offen und für Kinder zugänglich angebracht sind.

Die Kinder helfen mit sichtlichem Spaß mit, daß Spielsachen an ihren angestammten Platz kommen, wo sie das nächste Mal wieder zu finden sind. Dies wird den Eltern auch als häusliche Routine empfohlen, die nach KESTENBERGS Auffassung wesentlich zur Stabilität des „holding environment“ (WINNICOTT, 1965) beiträgt. In vielen Familien bleiben Spielsachen abends auf dem Boden liegen und werden, wenn das Kind im Bett ist, von den Eltern weggeräumt. Ein Einjähriger kann sich diese „magische Wanderung“ nicht erklären und entwickelt die grundsätzliche Angst davor, daß seine Objekte verschwinden können. Es ist außerdem eine langjährige Erfahrung im Center, daß sich die aktive Beteiligung der Kinder am Spiel „Alles dahin, wo es hingehört“ günstig auf einen reibungslosen Ablauf des Toilettentrainings auswirkt. Das regelmäßige Aufräumen wird hierbei zum symboli-

² Es handelt sich hierbei um eine für jede Subphase der Libidoentwicklung differenzierte Ausarbeitung der von ERIKSON (1950) so genannten „Generalisierung dieser Modi im ganzen sich entwickelnden Muskelsystem“ (S.77).

schen Organisator für die Beschäftigung des Kindes mit seinen Körperprodukten und der Frage, wo diese hingehören.

3.3 Ich-stützende Hilfe beim Durcharbeiten von Traumata

FREUD (1914) definierte den therapeutischen Prozeß in der Psychoanalyse mit *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten* von vergangenen Traumata. Jede dieser drei Komponenten ist wichtig, keine reicht allein aus. Im therapeutischen Prozeß weicht dem ohnmächtigen Ausgeliefertsein an die mit einem Trauma verknüpften Affekte schrittweise die Erfahrung, diese Affekte durch das Ich integrieren zu können. Im Center wird diese psychoanalytische Erkenntnis möglichst bei jedem angstausslösenden Ereignis in statu nascendi umgesetzt.

Beispiel: Andy, eineinhalb Jahre alt, hat sich beim Spielen in ein Holzhäuschen verkrochen. Beim Aufstehen und Hinauslaufen schlägt er mit dem Hinterkopf am oberen Türtrand an. Er schreit heftig nach seiner Mutter, die ihn sogleich auf den Arm nimmt und trösten will, jedoch ohne Erfolg. Andy blickt ängstlich um sich und schreit weiterhin. Ein Mitarbeiter, der die Situation beobachtet hat, kommt mit einer Puppe hinzu, mit der er Andy, während dieser noch weint, die Szene, die sich ereignet hat, mehrmals vorspielt. Andy schaut halb ängstlich, halb neugierig zu, wie sich die Puppe, die vom Mitarbeiter konkret „Andy“ genannt wird, wiederholt den Kopf an selbiger Stelle anschlägt. Andy faßt sich danach an seinen eigenen Kopf, hört plötzlich auf zu weinen, schaut den Mitarbeiter mit großen Augen an, sagt „danke“, um sich daraufhin aus den Armen der Mutter zu lösen und weiterzuspielen.

An diesem Beispiel wird deutlich, daß Andy vor allem weinte, weil er erschrocken und verwirrt war. Subjektiv hatte er wohl einen unerklärlichen plötzlichen Schlag von hinten auf den Kopf erlebt. Durch ein solches Ereignis erleidet ein Kind normalerweise keinen bleibenden seelischen Schaden. Eine Intervention wie die beschriebene hat den Zweck, das Ich des Kindes früh zu stärken, indem sie ihm die Erfahrung erschließt, ein angstausslösendes Ereignis *erinnern, wiederholen und durcharbeiten* zu können, anstatt es zu *verleugnen*, was dem primitivsten, auf dieser Entwicklungsstufe zu erwartenden Abwehrmechanismus entspräche (A. FREUD, 1965). Das kleine Kind erfährt hierdurch, daß es bedrohliche Situationen selbst bewältigen kann und nicht „bösen Mächten“ ausgeliefert ist.

Einschneidendere Ereignisse, wie beispielsweise die Geburt eines Geschwisters, werden schon geraume Zeit vorher mit den Kindern wiederholt und durchgearbeitet. Hierfür existieren im Center Bilderbücher, in denen das Ereignis in seinem schrittweisen Ablauf erzählt wird. Die Bücher werden nach individuellem Bedarf selbst angefertigt. Wichtig bei diesen Büchern ist, daß sie das jeweilige Ereignis der Erlebnisweise des Kindes entsprechend erzählen. Dazu gehört beispielsweise, daß Veränderungen im gewohnten Tagesablauf des Kindes konkret benannt werden.

Beispiel aus dem Buch über die Geburt eines Geschwisterschens: „An diesem Tag war Mami nicht zum Frühstück da,

Mami war auch nicht da zum Mittagessen. Sandy aß mit Großmama und Papi zu Abend und Papi brachte Sandy ins Bett.“ Dieser Text mit Bildern wird auf drei aufeinanderfolgenden Seiten wiederholt, um dem Kind eine dreitägige Abwesenheit der Mutter im Krankenhaus zu schildern.

3.4 Prävention von Eßstörungen

Von Geburt an werden im Center stillende Mütter sorgsam angeleitet, wie sie ihr Baby am günstigsten halten, um den freien Fluß wechselseitiger Interaktionen zu erleichtern, und so das Stillen für beide Partner zu einem erfreulichen kommunikativen Erlebnis zu machen (für eine Beschreibung günstiger Haltemuster siehe KESTENBERG u. BUELTE, 1977; ROMER u. SOSSIN, 1990). Das Baby kann so die Nahrungsaufnahme und die damit verbundenen viszeralen Sensationen von Anfang an mit wechselseitiger zwischenmenschlicher Kommunikation sowie mit damit verbundenen positiven Affekten lernend verknüpfen. Kommt das Kind entwicklungsgemäß in den intrapsychischen Konflikt zwischen dem oralen Bedürfnis nach der Mutterbrust und den autonomen Fortbewegungsimpulsen der Loslösungs-Individuationsphase (MAHLER, PINE u. BERGMANN, 1975), muß es sich in jeder einzelnen Situation zwischen Brust und Weglaufen entscheiden. Dies führt im Normalfall dazu, daß das Kind sich zunehmend selbst abstillt. Die heute im westlichen Kulturkreis weit über das Säuglingsalter hinaus verwendeten Saugflaschen sind ein Ersatz für die mütterliche Brust und daher im Center nur *in der Hand haltender Eltern* erlaubt. In der Hand des umherlaufenden Kindes verwirren sie die Organisation des *Übens* der Loslösung: Das Kind läuft weg, wird desorientiert, und anstatt sich visuell bei der Mutter *rückzuversichern* (checking back) oder zu ihr zurückzulaufen um *aufzutanken*, saugt es an der Flasche, verursacht bei sich selbst die viszerale Empfindungen der Magenfüllung, ohne dabei durch das gehaltenwerden und eine wechselseitige Kommunikation mit der Mutter befriedigt zu werden. Eine pathologische Entwicklungslinie der *oralen Ersatzbefriedigung* kann sich so anbahnen. Anstatt bei psychischer Spannung die tröstende zwischenmenschliche Kommunikation zu suchen, lernt das Kind – allein – seinen Magen zu füllen.

Bevor das Kind sich von der Brust der Mutter abstillt, soll es natürlicherweise lernen, aus der Tasse zu trinken und sich selbst zu füttern. Bei gemeinsamen Mittagessen im Center wird die beim Stillen ihren Ursprung nehmende *Entwicklungslinie Essen/Kommunikation* fortgesetzt. Die Leiterin führt ein Tischgespräch mit allen am Tisch versammelten Kindern, in dessen Verlauf jedes Kind mit einer Frage einzeln angesprochen wird. Wenn es etwas sagen will, hören alle zu. Hierbei tritt oft zutage, was die Kinder aktuell beschäftigt.

Beispiel: Der zweieinhalb Jahre alte Jamie, der sich den ganzen Vormittag zu anderen Kindern sehr aggressiv verhalten hat, erzählt beim Essen: „Mein Daddy ist weg mit dem Flugzeug.“ (Jamies Vater ist oft auf Geschäftsreisen). Es entwickelt sich folgendes Gespräch:

Leiterin: „So, dein Daddy ist weggeflogen.“
J.: „Mein Daddy ist weg mit dem Flugzeug.“

L.: „Und jetzt fehlt er dir, dein Daddy, nicht wahr?“

Jamie nickt.

Mutter: „Am Freitag holen wir ihn gemeinsam vom Flughafen ab.“

L.: „Jamie ist vielleicht wütend auf seinen Daddy, daß er immer wieder wegfliert und Jamie mit Mami alleine zuhause läßt.“

Jamie schlägt heftig mit der Hand auf den Tisch.

L.: „Hört her, Kinder, Jamies Daddy ist mit dem Flugzeug weggeflogen. Jamie vermißt ihn und ist sehr wütend, daß sein Daddy wegfliert. Wenn sein Daddy das nächste Mal wegfliert, und Jamie wieder wütend ist, dann kann er mit zum Flughafen gehen und seinem Daddy winken: Auf Wiedersehen, Daddy, ich bin wütend, auf Wiedersehen!“

Jamie lacht. Seine Wut auf den Vater wurde ihm bewußt und gleichzeitig enttabuisiert. Die verbleibenden zwei Stunden im Center verhält er sich nicht mehr aggressiv.

Im Tagesablauf des Centers stellt das Mittagessen mit Tischgespräch offensichtlich einen Höhepunkt für die Kinder dar. Zur Essenszeit rennen sie freudig an den Tisch und sind während der Mahlzeit und des Tischgesprächs sehr aufmerksam und gut gelaunt. Seit der Gründung des Centers ist kein Fall eines auch nur vorübergehenden Eßproblems eines Kindes bekannt geworden.

3.5 Gezielte individuelle Interventionen

Bei einer auftretenden Krise in der Eltern-Kind-Beziehung, die sich in der Regel durch auffälliges Verhalten des Kindes manifestiert, wird im Center eine auf die Bedürfnisse des Einzelfalles abgestimmte Intervention geplant und durchgeführt. Hierzu zwei Fallbeispiele (für weitere Beispiele siehe KESTENBERG, 1981):

Fall 1: Der dreijährige Mark, ein bislang durchweg fröhlicher und psychisch ausgeglichener Junge, hat eine kleine Schwester bekommen, der sich die Mutter sehr liebevoll zuwendet, ohne ihn dabei ersichtlich zu vernachlässigen. Dennoch ist Mark äußerst aggressiv und eifersüchtig, was dadurch verständlich wird, daß seine Mutter während seines ersten Lebensjahres noch berufstätig war und sich ihm damals nicht im gleichen Umfang zuwenden konnte. Durch die Präsenz des Babys werden eigene Defizite in ihm emotional aktiviert.

Intervention:

(1) Im Tischgespräch mit allen Kindern stellt die Leiterin das neue Baby wiederholt als „Marks kleine Schwester“ vor. Die allseitige Neugier der Kinder erfüllt ihn mit Stolz, und er genießt es zuweilen, die Beschützerrolle zu spielen, indem er darauf achtet, daß die anderen Kinder seiner Schwester nicht zu nahe kommen. Dies erleichtert ihm, wichtige Reaktionsbildungen zustande zu bringen.

(2) Als Mark einmal nach einem heftigen Wutausbruch von einem Mitarbeiter in einen ruhigen Nebenraum gebracht wird, versucht dieser, ihm zu helfen, seine ambivalenten Gefühle aus-

zudrücken. Im dramatisierten Spiel mit einer Puppe entwickelt sich ein Dialog zwischen Mark und der Puppe, in deren Verlauf der Mitarbeiter die Puppe sagen läßt: „Manchmal ist Mark sehr wütend auf seine Schwester, und manchmal ist er sehr stolz auf sie und hat sie sehr lieb ...“.

(3) Im freien Spiel auf dem Boden erhält Mark freien Zugang zu einer großen gepolsterten Stehaupuppe, die er ohne jede Einschränkung schlagen darf, wovon er exzessiven Gebrauch macht. Dies wiederum führt seiner Mutter die tief in ihm sitzende Wut vor Augen, was sie sehr betroffen macht und ihre Motivation für eine beratende Intervention verstärkt.

(4) Im Elterngespräch wird die Mutter ermutigt, sich immer wieder Zeit einzurichten, in der sie sich ausschließlich Mark zuwenden kann, ohne daß das Baby im Spiel ist.

Über einige Wochen wiederholter ähnlicher Interventionen normalisieren sich die Beziehungen. Mark wirkt zunehmend fröhlicher und lebendiger.

Fall 2: Die dreijährige Sara trägt immer noch Windeln. Die Mutter ist überzeugt, daß sie fähig wäre, auf den Topf zu gehen, wenn sie nur will. Beide Eltern und die ebenfalls präsenten Großeltern sind sehr gekränkt. Die Sache wird in der Familie hochgradig affektiv besetzt. Sara geht um so konsequenter nicht auf den Topf. Die Mutter reagiert auf Anraten ihres Kinderarztes mit der täglichen Gabe eines quellenden Laxans. Im Center verleugnet Sara wiederholt, daß sie Windeln trägt.

Intervention:

(1) In beratenden Kurzgesprächen wird den Eltern mit viel Einfühlung für ihre Gemütslage wiederholt empfohlen, das Thema Windeln und alles, was daranhängt, gänzlich aus der täglichen Eltern-Kind-Interaktion herauszuhalten, da Sara offensichtlich nur umso mehr mit trotziger Stuhlzurückhaltung reagiert. Nach ersten massiven Widerständen, die besonders stark zutage treten, als von Seiten des Teams einmal empfohlen wird, das Laxans abzusetzen, willigen beide Eltern schließlich ein, im Umgang mit Sara dieses Thema zu ignorieren. Die Mutter gibt ihr das Laxans jedoch zunächst weiter. Die Entscheidung der Eltern wird unter Berücksichtigung ihrer offensichtlichen eigenen Autonomiekonflikte respektiert.

(2) Im Center wird den Kindern wiederholt das sogenannte „Plop“-Buch vorgelesen, in dem ein Kind einem anderen Kind, das noch Windeln trägt, stolz vorführt, wie es sein Geschäft mit einem hörbaren „Plop“ in die Toilette machen kann, worauf das andere Kind dies auch versuchen will. Eine Elternfigur spielt bei dieser Entscheidung keine Rolle. Die Stuhlkontrolle wird somit in diesem Buch als autonome Errungenschaft der Kinder dargestellt. Einmal fragt die Leiterin nach dieser Geschichte alle Kinder, wer denn schon „Plop“ in die Toilette machen kann. Als Sara von sich behauptet, sie könne das, antwortet die Leiterin mild, aber bestimmt: „Nein Sara, das stimmt nicht, du kannst das nicht, du hast noch Deine Windeln.“

Sara und ihre Mutter reagieren äußerst wütend auf diese Bloßstellung. Doch das dramatische Durchbrechen von Saras Verleugnung zeigt motivierende Wirkung. Sara will, was andere Kinder können. Beim Thema Windeln ist die Mutterbeziehung in den Hintergrund ihres emotionalen Interesses geraten.

Es wurden in diesem Fall danach noch über mehrere Monate einmal wöchentlich stattfindende psychotherapeutische Spiel- und Gesprächssitzungen mit Mutter und Kind durchgeführt, um die tieferliegende Autonomieproblematik zu bearbeiten. Die Bereitschaft der Eltern zu diesen Sitzungen sowie Saras erster erfolgreicher Gang zur Toilette stellten sich jedoch kurz nach der obig beschriebenen Intervention ein.³

³ In diesem Fall war die problematische Familiendynamik sehr tief in den Biographien beider Eltern verwurzelt und der Autonomiekonflikt zwischen Kind und Eltern sehr ausgeprägt, so daß Monate später mit Vermittlung des Centers eine weiterführende analytische Kindertherapie mit begleitender Elternberatung begonnen wurde, die inzwischen erfolgreich abgeschlossen wurde.

4 Reaktionen der Eltern

Insgesamt fühlen die meisten Eltern, daß sich das Center positiv auf ihre elterliche Kompetenz auswirkt und ihnen einen guten Start in ihrer Beziehung zum Kind erleichtert hat. Außerdem geben sie an, viel Praktisches über Kinderentwicklung gelernt zu haben. Einige sehen im Center eine gute Vorbereitung auf das Gruppenleben im Kindergarten. Viele hoffen oder glauben, daß sie mit Hilfe des Centers bei ihren Kindern weniger „falsch“ machen. Die meisten sind froh, daß ihre Kinder mit anderen Kindern zusammenkommen. Unter den Eltern entwickeln sich teils bleibende Freundschaften.

Einige Eltern drücken aus, daß sie sich in ihrem elterlichen Verhalten der Kritik des Teams ausgesetzt fühlen, was sie verunsichere. Hierbei handelt es sich vorwiegend um Eltern, die von vornherein in ihrer Rolle eher unsicher sind. Die Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit diesen Eltern sind umso besser, je mehr die Mitarbeiter mit ihnen vornehmlich indirekt über den Kontakt mit ihrem Kind kommunizieren. Dies erfüllt einerseits – frei von direkter Kritik – eine Modellfunktion hinsichtlich der adäquaten Interaktion mit dem Kind. Andererseits scheint jede besondere Beachtung, die ein Teammitglied im Rahmen des Gruppengeschehens dem Kind zuteil werden läßt, das Selbstwertgefühl dieser narzißtisch sehr bedürftigen Eltern günstig zu beeinflussen. Eine so in der Interaktion „Team-Kind-Eltern“ vermittelte Botschaft löst bei den Eltern keine direkten Widerstände aus und wird kooperativer aufgenommen, als in einer direkten Interaktion „Team-Eltern“.

5 Reaktionen der Kinder

Alle Kinder kommen überaus gerne ins Center. Vor allem der geregelte Ablauf findet großen Anklang. Einige Kinder bauen Center-Rituale wie beispielsweise das Singen des Übergangs-Liedes beim Aufräumen in ihr alltägliches Spiel zuhause ein. Bis etwa zum Ende des zweiten Lebensjahres sind für die Kinder Beziehungen zu einzelnen Teammitgliedern am engsten mit dem Center verbunden. Dies äußert sich beispielsweise beim Betreten des Centers in der sofortigen Frage, wo der oder die Betreffende ist. Im dritten Lebensjahr freuen sich die Kinder am meisten auf die gleichaltrigen anderen Kinder, die ihre Freunde werden.

6 Reaktionen der Teammitglieder

Von den jüngeren Teammitgliedern wird die eigene Rolle gegenüber den Eltern als die eines außenstehenden Partners wahrgenommen. Im Laufe der Mitarbeit wurde die Vorstellung, selbst Mutter oder Vater zu werden meist in höherem Grade narzißtisch besetzt als dies vorher der Fall war. Die Arbeit im Center wurde meist als bestmögliche Vorbereitung auf die eigene Elternrolle wahrgenommen. Einige Mitarbeiterinnen, die schon

mehrere Jahre in ungewollt kinderloser Ehe gelebt hatten, wurden während ihrer Mitarbeit schwanger. In einigen Fällen folgte der Mitarbeit im Team später die Teilnahme mit dem eigenen Kind am Programm. Themen in der psychologischen Supervision sind oftmals die in der Arbeit mit Säuglingen und Kleinkindern spürbar aktivierten Übertragungen auf Teamkollegen im Sinne von ausagierter Geschwisterrivalität, sowie auf die bisweilen als „Über-Eltern“ erlebten älteren Leiterinnen. So gesehen erinnern die Teamkonferenzen manchmal an den jeweils eigenen früheren „Familientisch“.

7 Schlußbemerkungen

Die Erfahrungen im Center zeigen, daß es im frühen Kindesalter auch bei günstigen familiären Rahmenbedingungen stets krisenhafte Phasen in der Eltern-Kind-Beziehung geben kann, die normalerweise meist klinisch unauffällig verlaufen würden, bei näherer Betrachtung aber das Potential für eine neurotische Fehlentwicklung haben und somit eine präventive Intervention rechtfertigen. Die Tatsache, daß dieses präventive Angebot sich nicht an eine definierte Risikogruppe richtet, wirft die Frage nach der Notwendigkeit eines klinischen Unterstützungsprogrammes auf. Hier gilt es klarzustellen, daß neurotische Fehlentwicklungen als ein Ergebnis *qualitativer Dysfunktionen* in der Eltern-Kind-Beziehung anzusehen sind, die ubiquitär vorkommen und sich nicht an äußeren Umständen, wie etwa der quantitativen Verfügbarkeit der Eltern ablesen lassen. Die berechtigte Überlegung, was bei klar definierbaren Risikofamilien an notwendiger präventiver und therapeutischer Arbeit alles *nicht* geleistet wird, ist als Kritik an unser Gesundheitssystem zu richten. Die Eltern und Kinder, die bisher das primärpräventive Programm des Centers durchlaufen haben, haben davon für ihr weiteres Leben ohne Zweifel profitiert.

Summary

Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center

Preventive methods for the work with children and parents are presented by the example of a mental health prevention center, where the early development of children is carefully attended on the basis of psychoanalysis and own movement studies. Besides a child-centered setting and multifarious ways of fostering the child's creative expression the emphasis is laid on methods helping to mediate between parents and child in everyday life, as well as methods supporting the child's ego to enable it to cope with future traumatic events.

Literatur

ERIKSON, E.H. (1950): Kindheit und Gesellschaft. Stuttgart: Klett, 1974. - FREUD, A. (1965): Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung, Stuttgart: Klett, 1968. - FREUD, S. (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten - Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II. Gesammelte Werke, Bd.10, 126-136. - KESTENBERG, J.S. (1965): The role of movement patterns in development I: rhythms of movement; II: flow of tension and effort. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 1-36; 34; 517-63. - KESTENBERG, J.S. (1967): The role of movement patterns in development III: The control of shape. *Psychoanalytic Quarterly*, 36, 356-409. - KESTENBERG, J.S. (1975): Children and Parents: Psychoanalytic Studies in Development. New York: Jason Aronson. - KESTENBERG, J.S. (1981): Neurosenprophylaxe und Therapie. *Psyche* 35, 826-839. - KESTENBERG, J.S./BUELTE, A. (1977): Prevention, infant therapy and the treatment of adults. II. Mutual holding and holding oneself up. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 6: 369-96. - KESTENBERG, J.S./SOSSIN, K.M. (1979): The Role of Movement Patterns in

Development, 2. New York: Dance Notation Bureau Press. - KESTENBERG, J.S./MARCUS, H./ROBBINS, E./BERLOWE, J./BUELTE, A. (1975): The development of the young child as expressed through bodily movement, I. In: J.S.KESTENBERG: Children and Parents: Psychoanalytic Studies in Development. New York: J. Aronson. - LABAN, R. (1950): The Mastery of Movement. 2nd Ed. revised by L.Ullmann, London: Macdonald & Evans, 1960. - MAHLER, M./PINE, F./BERGMANN, A. (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt/M.: Fischer (1980). - ROGERS, C.R. (1951). Die klienten-bezogene Gesprächstherapie. München: Kindler, 1974. - ROMER, G./SOSSIN, K.M. (1990). Parent-infant holding patterns and their impact on infant perceptual and interactional experience. *Pre- and Peri-Natal Psychology*, 5 (1), 69-85. - SCHILDER, P. (1935): The Image and Appearance of the Human Body. New York: International Universities Press, 1950. - WINNICOTT, D.W. (1965): The Maturational Processes and the Facilitating Environment, London: Hogarth Press.

Anschr.d.Verf.: Georg Romer, Basler Str.56, 7800 Freiburg i.Br.