

Cierpka, Manfred; Cierpka, Astrid

## **Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49 (2000) 8, S. 563-579

urn:nbn:de:0111-opus-9134

Erstveröffentlichung bei:



[www.v-r.de](http://www.v-r.de)

### **Nutzungsbedingungen**

pedocs gewährt 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 dem Gebrauch von pedocs und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### **Kontakt:**

**peDOCS**

Deutsches Institut für Internationale Pädagogische Forschung (DIPF)

Informationszentrum (IZ) Bildung

Schloßstr. 29, D-60486 Frankfurt am Main

eMail: [pedocs@dipf.de](mailto:pedocs@dipf.de)

Internet: [www.pedocs.de](http://www.pedocs.de)

# Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Ergebnisse aus Psychoanalyse,  
Psychologie und Familientherapie

49. Jahrgang 2000

---

## Herausgeberinnen und Herausgeber

Manfred Cierpka, Heidelberg – Ulrike Lehmkuhl, Berlin –  
Albert Lenz, Paderborn – Inge Seiffge-Krenke, Mainz –  
Friedrich Specht, Göttingen – Annette Streeck-Fischer, Göttingen

## Verantwortliche Herausgeberinnen

Ulrike Lehmkuhl, Berlin  
Annette Streeck-Fischer, Göttingen

## Redakteur

Günter Presting, Göttingen

---

**V&R** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

# Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern

Manfred Cierpka und Astrid Cierpka

## Summary

### Counselling with 2 to 3s and their families

In this paper, we present the counselling practice in parents with two- or three-year-old children. In most of the cases, the presented children are suffering from separation anxiety or behavioral disturbances. It is either a problem of infants who cling to their mothers and who avoid unfamiliar situations or of children who come into conflicts with their parents because of their oppositional behavior. The basis for our diagnostic and therapeutic procedure is a model of the relationship disturbances in the parents-child-system which is concentrated on the dimensions attachment/intimacy and autonomy/differentiation. These two dimensions are to be understood as a pair of scales loaded by the parents with burdens of conscious and unconscious expectations and projections, thus influencing the balance of the two dimensions. Based on their own experiences parents may encourage or hinder attachment or autonomy in a manner which is inadequately stressing or too early. We present the typology of relationship disturbances and illustrate the diagnostic and therapeutic procedure by case examples.

## Zusammenfassung

In dieser Arbeit stellen wir die Beratungspraxis von Eltern mit 2-3jährigen vor. Anlaß für die Vorstellung in unserer Sprechstunde sind meist Bindungs- und Verhaltensstörungen der Kinder. Entweder handelt es sich um Kleinkinder, die sich wegen starker Trennungängste an die Mutter klammern und fremde Situationen meiden, oder um Kinder, die durch ihr oppositionelles Verhalten mit den Eltern in heftige Konflikte geraten. Grundlage für unser diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bietet ein Modell der Beziehungstörungen im Eltern-Kind-System, das auf die Dimensionen Verbundenheit/Intimität und Autonomie/Abgrenzung konzentriert ist. Diese beiden Dimensionen sind wie die zwei Waagschalen einer Waage zu begreifen, auf die die Eltern mit ihren unbewußten und bewußten Erwartungen und Projektionen Lasten packen und so das Gleichgewicht beeinflussen. Eltern können aufgrund eigener Erfahrungen die Verbundenheit oder die Autonomie unangemessen stark oder unangemessen früh fördern oder behindern. Die Typologie der Beziehungstörungen wird dargestellt, mit Hilfe von Fallbeispielen wird das diagnostische und therapeutische Vorgehen illustriert.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49: 563-579 (2000), ISSN 0032-7034  
© Vandenhoeck & Ruprecht 2000

## 1 Die Entwicklungsaufgaben von Familien mit 2-3jährigen

In unserer interdisziplinären Eltern-Säuglings-Sprechstunde<sup>1</sup> behandeln wir Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern bis zu drei Jahren. Zum Ersttermin werden die Eltern zusammen mit dem Säugling oder dem Kleinkind von zwei Cotherapeuten gesehen. Das berufsübergreifend zusammengesetzte Team der Sprechstunde besteht aus Familientherapeuten, einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Kinderärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychiatern. Das Erstgespräch dauert mit Vor- und Nachbesprechung ca. 2 Stunden. In der Regel werden die Erstgespräche, mit schriftlichem Einverständnis der Eltern, auf Video aufgenommen. In Anspruch genommen wird die Beratungsmöglichkeit überwiegend von Eltern mit Säuglingen (0-12 Monate), die an Schlaf-, Fütterungs-, Gedeihstörungen und an exzessivem Schreien leiden. Diese Beratungspraxis wird in dem Beitrag von Möhler und Resch (2000) in diesem Heft dargestellt.

Gegenstand dieser Arbeit ist die Beratung von Eltern mit 2-3jährigen, die meist unter Bindungs- und Verhaltensstörungen leiden. Entweder handelt es sich um Kinder, die sich wegen starker Trennungängste an die Mutter klammern und fremde Situationen meiden, oder um Kinder, die durch ihr oppositionelles Verhalten mit den Eltern in heftige Konflikte geraten. Diese Kinder widersetzen sich den Verhaltenswünschen und -regeln der Eltern, die sich in ihrem Erziehungsverhalten herausgefordert fühlen. In vielen Fällen kommt es zu den sog. Trotzanfällen bei den Kindern, manche zeigen erste aggressive Handlungen gegenüber ihren Eltern. In unserer Beratungspraxis verstehen wir die Symptomatik des Kindes als von den Eltern präsentiertes Problem (Wynne 1988), das Ausdruck einer Beziehungsproblematik ist.

Die Beratung und Therapie von Eltern mit Kleinkindern basiert auf Konzepten, die sowohl der Eltern-Säuglings-Beratung als auch der Familientherapie mit Kindern entliehen sind. Im familiären Lebenszyklus haben die Familien die „Nestphase“ mit dem Säugling verlassen. Das Zusammenleben in der Familie mit diesem Kind hat bereits eine Geschichte, die über die Schwangerschaft, die Geburt und mehr als die ersten zwei Jahre des Kindes reicht. Eltern und Kind haben bereits viele Erfahrungen miteinander gesammelt. Die Kindergarten- und später die Schulzeit stehen noch bevor, die erste Veränderungen und Anpassungen des Familiensystems an das soziale Umfeld erforderlich machen.

Das Familiensystem ist zwar immer noch sehr kohäsiv, Kind und Eltern haben in diesen zwei bis drei Jahren aber einen größeren Bewegungsspielraum gewonnen. Der Wunsch des elterlichen Paares nach größeren Freiräumen korrespondiert mit einem verstärkten Autonomiebedürfnis des 2-3jährigen Kindes. In der Regel arbeiten Familie und Kind gemeinsam an der Lösung der Entwicklungsaufgabe: Das Kind be-

---

<sup>1</sup> Unsere Beratungen von Familien mit Kleinkindern finden im Rahmen einer interdisziplinären Spezialambulanz am Universitätsklinikum Heidelberg statt. Die Eltern-Säuglings-Sprechstunde wird in einem Gemeinschaftsprojekt von den Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr.med. F. Resch), der Abteilung Neonatologie (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. O. Linderkamp) und der Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie (Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. M. Cierpka) organisiert.

kommt z.B. in ganz unterschiedlichen Situationen, die von den Eltern arrangiert werden, die Möglichkeit, Kontakt mit Gleichaltrigen aufzunehmen. In ersten außerfamiliären sozialen Interaktionen sucht es das Spiel mit Gleichaltrigen. Dies verschafft den Eltern freie Stunden. Weitere Miterzieher erweitern das Beziehungsspektrum des Kindes. Manchmal sind es die Babysitter, auf die inzwischen die Eltern gelegentlich oder häufiger zurückgreifen, um den eigenen Bewegungsspielraum in der Partnerschaft wieder zu vergrößern. Die Individuationsschritte des Kleinkinds gehen so mit den Wünschen nach neugewonnenen Freiräumen des elterlichen Paares einher.

Die Störungen im ersten Lebensjahr des Kindes machen sich überwiegend am Essen und am Schlafen des Babys fest. Sie manifestieren sich in der unmittelbaren Interaktion mit den Eltern und bleiben meist auf die Kernfamilie beschränkt, auch wenn bei Problemen Verwandtschaft und Freunde immer Ratschläge zur Hand haben. Während wir uns also in der Eltern-Säuglings-Beratung auf die Interaktion in der häuslichen Triade, meistens auf die Mutter-Kind-Dyade, konzentrieren können, spielen sich die Verhaltensauffälligkeiten bei 2-3jährigen auch im sozialen Raum ab. Die Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Interaktion finden manchmal auch außerhalb der Familie statt und werden öffentlich, wenn sich das Kind z.B. unangemessen aggressiv gegenüber anderen Kindern verhält. Für die Eltern stellen sich die ersten Ergebnisse ihrer Sozialisationsbemühungen im sozialen Kontext dar. Sie fühlen sich ihrer Erziehungskompetenz entwertet und beschämt, wenn es zu einem Trotzanfall ihres Kindes vor anderen Eltern kommt und sie sich dem Verhalten des Kindes ohnmächtig ausgeliefert sehen. Es ist deshalb sicher kein Zufall, daß viele dieser Eltern erst dann in Beratung kommen, wenn es zu ersten Verhaltensauffälligkeiten in einer Mutter-Kind-Gruppe kommt oder der Kindergarten ansteht.

## 2 Das psychodynamische Beratungskonzept

Unser Beratungsangebot wird beeinflusst durch die Konzeption der Eltern-Kind-Psychotherapie, wie sie zuerst von Selma Fraiberg (Fraiberg et al. 1975) ausgearbeitet wurde. In ihrer Nachfolge haben auch andere Autoren dazu beigetragen, daß die Psychotherapie in der frühen Kindheit als kurztherapeutische Intervention anerkannt wurde (Brazelton u. Cramer 1991; Stern 1979; Trad 1993; v. Klitzing 1998). Eine zusammenfassende Darstellung dieser psychotherapeutischen Methode, ihrer Indikationsgebiete und ihrer Effektivität leistet Dornes (1999).

Bei Familien mit 2-3jährigen Kindern konzentrieren wir uns auf drei Kontexte, die für die Diagnostik und das therapeutische Vorgehen hilfreich sind:

1. den Symptomkontext – die Fokussierung auf Symptomatik und interaktionelle Verknüpfung;
2. den Beziehungskontext in der Familie – die elterliche Erwartungen und Wünsche an das Kind;
3. den mehrgenerationalen Kontext – die generationenübergreifenden Wiederholungen und Reinszenierungen der Eltern-Kind-Konflikte.

### 2.1 *Der Symptomkontext*

In der psychodynamischen Psychotherapie wird die Symptomatik im Kontext der Störungen in aktuellen Beziehungen gesehen und auf dem Hintergrund der persönlichen Geschichte interpretiert. Die Biographie ist nicht nur Geschichte des einzelnen, sie ist immer auch Geschichte mit anderen, den anderen Familienmitgliedern, dem Partner, den Freunden oder Bekannten. Psychisches Leiden ist auch immer Leiden in diesen zwischenmenschlichen Beziehungen. In Familien mit 2-3jährigen lassen sich bereits erhebliche interpersonelle Konflikte diagnostizieren, die sich mit dem von der Familie präsentierten Problem (Wynne 1988) verknüpfen lassen. Eine Fokussierung auf die Symptomatik und ihre interaktionelle Verknüpfung im Familiensystem kann durch die Diskussion der Auslöse- und der Ausnahmesituationen des Problems erreicht werden.

Symptome und Probleme der Familie werden als für alle Beteiligten unter den jeweils gegebenen inneren und äußeren Umständen bestmögliche Versuche zur Lösung von Konflikten angesehen, die als Kompromißbildungen widerstreitender intrafamiliärer und intrapsychischer Tendenzen mehrfach determiniert sind und multiple Funktionen erfüllen (Reich et al. 1996). Hierbei spielen die subjektive Realität der einzelnen und des gesamten Systems und die vorbewußten und unbewußten Beziehungsphantasien und Bedeutungszuschreibungen die entscheidende Rolle.

### 2.2 *Der Beziehungskontext in der Familie*

Bertrand Cramer (1991) hat sich eindrucksvoll mit den sogenannten „frühen Erwartungen“ beschäftigt. Eltern haben schon während der Schwangerschaft des Kindes Vorstellungen und Erwartungen im Zusammenhang mit dem Kind, die ihnen meistens unbewußt sind. Diese Erwartungen konturieren später die Interaktionen der Eltern mit dem Kind, die das Kind dann als „Schemata des Zusammenseins“ (Stern 1998) verinnerlicht.

Therapeutisch ist die Arbeit an diesen Erwartungen hoch wirksam, weil viele dieser Wünsche, Vorstellungen und Erwartungen von den Eltern auf die Kinder projiziert werden. Erwartungen der Eltern an die Kinder sind notwendig und bestehen immer. Für das entwicklungspsychologische Wachstum des Kindes und das Zusammenleben in der Familie werden sie erst dann maladaptiv, wenn die Eltern durch ihre eigene Psychopathologie unangemessene Erwartungen haben oder eigene Vorstellungen projizieren, die dem Kind nicht entsprechen. Erwartungen können zu verfestigten Projektionen führen und wegen der Wahrnehmungsverzerrungen zu dysfunktionellen Interaktionen und nachfolgenden Konflikten innerhalb des Familiensystems beitragen. Eltern projizieren auf ihre Kinder Phantasien und Vorstellungen über sich selbst, über sich als Eltern oder über die eigenen Eltern. Der Projektionsvorgang entlastet sie, weil sie dann selbst z.B. nicht so anmaßend, gierig oder ängstlich sind. Das Kind bietet sich für die Projektionen besonders an, weil es – psychologisch gesehen als phantasmatisches und nicht als reales Baby – auf die Welt kommt und dann auf die Erwartungshaltungen der Eltern trifft (v. Klitzing et al. 1996). Bei 2-3jährigen Kindern trifft man auch schon auf heftige Projektionen des Kindes, die an den Eltern festgemacht wer-

den. Diese sind dann für das Kind z.B. allmächtig, zerstörerisch oder ängstigend. Auch hier gilt, daß das Kind immer Erwartungen an die Eltern haben darf und muß. Erst inadäquate Erwartungen, die als Projektionen die Eltern unbewußt in einer bestimmten Beziehungsfigur „festhalten“, führen jedoch zu Einschränkungen im kindlichen Erleben und zur Stagnation in der Entwicklung.

### 2.3 *Der mehrgenerationale Kontext*

In der Beratungspraxis spielen generationenübergreifende Wiederholungen und Reinszenierungen in den aktuellen Eltern-Kind-Konflikten eine große Rolle. Die Geister der Vergangenheit, die in Familien (eben auch im Kinderzimmer) hausen können, beeinflussen die elterliche Wahrnehmung des Kindes als ein Wesen, das über eigene und persönliche Emotionen, Kognitionen und Fertigkeiten verfügt. Oftmals müssen sich Kinder sehr anstrengen, um den Eltern deutlich zu machen, daß sie sich von einem mit diesen Geistern beseelten Kind erheblich unterscheiden.

Bei den transgenerationalen Reinszenierungen wird davon ausgegangen, daß diese Geister als das unbewußte, konfliktbesetzte, unerledigte Frühere im Heute weiter wirksam sind und die Muster des Erlebens und Verhaltens entscheidend mitbestimmen. Daraus folgt, „daß sich Störungen und Konflikte der jeweiligen Kindergeneration regelmäßig aus Konflikten zwischen Eltern und Großeltern bzw. den Partnern und ihren Eltern ergeben. Dies geschieht durch vielfache intrafamiliäre Übertragungsprozesse. Des weiteren nehmen wir an, daß sich in Familien über die Generationen im wesentlichen immer wieder dieselben Konflikte abspielen, daß also ein ‚intrafamiliärer Wiederholungszwang‘ besteht“ (Massing et al. 1994, S. 21). Diese Wiederholungstendenz setzt sich in dem Maße durch, wie keine Unterbrechungen in dieser generationenübergreifenden Kontinuität auftreten (Reich et al. 1996).

Zu psychischen Störungen kommt es, wenn Familien sich aufgrund abgewehrter, unverarbeiteter Konflikte und daraus resultierender repetitiver Phantasien, Erlebens- und Verhaltensmuster nicht mehr mit zeit- und lebensgeschichtlichen Veränderungen allo- und autoplastisch auseinandersetzen können. So bleiben sie an bestimmten Zeitpunkten ihrer Entwicklung stehen. Ihre „innere Zeit“, die „Familienzeit“, entwickelt sich nicht weiter, obwohl die äußere, die historische Zeit und damit auch der Lebenszyklus fortschreiten. Die Familie bleibt in bestimmten Mustern stecken, kann ihre Beziehungsmuster nicht reorganisieren und weiterentwickeln (Reich et al. 1996).

Für ein Kleinkind kann dies bedeuten, daß die Bezugspersonen nicht die fördernden Umgebungsbedingungen bereitstellen können, die das Kind für einen nächsten Reifungsschritt benötigt (Winnicott 1974). Vernachlässigende oder gar mißbrauchende Eltern haben in ihrer eigenen Kindheit oft Erfahrungen gemacht, die zu bestimmten Abwehrverhalten dem eigenen Kind gegenüber führen (Fraiberg 1982).

Byng-Hall (1995) beschreibt in einer mehrgenerationalen Perspektive wie Familien die alten Skripte ihrer Herkunftsfamilie replizieren oder auch korrigieren. Ihre Definition des Familienskripts kann so zusammengefaßt werden, daß es um die gemeinsamen Erwartungen einer Familie geht, wie die Familienrollen innerhalb unterschied-

licher Kontexte übernommen und ausgeführt werden. Sie weist also darauf hin, daß gerade die Erwartungen einer Familie, was sich ereignen wird, über die Generationen die gleichen bleiben.

### 3 Die Interventionen

Im Gegensatz zur Eltern-Säuglings-Beratung spielt die Übermittlung von entwicklungspsychologischen Informationen und Ratschlägen eine geringere Rolle. Auch angeleitete Übungen zum „Lesen des Babys“ (Barth 2000, in diesem Heft) treten in den Hintergrund, weil sich die Kleinkinder in der Kommunikation besser verständlich machen können. Nicht nur der Spracherwerb, auch die Fähigkeit, sich im Spiel mitteilen zu können, eröffnet neue Möglichkeiten. Viele unserer Beratungen konzentrieren sich deshalb unmittelbar auf den Zusammenhang zwischen Beziehungsstörung und Symptom.

Das behandlungstechnische Vorgehen entspricht im wesentlichen dem klassischen psychodynamischen Arbeiten, ergänzt durch die systemische Perspektivierung und verhaltenstherapeutische Strategien. Die Vorstellungen der Eltern und ihre Erwartungen lassen sich im Rahmen der Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung in der therapeutischen Situation verstehen. Im dialogischen Prozeß werden die Therapeuten in das Beziehungsgeschehen einbezogen und kommen mit den Erwartungen und Vorstellungen der Eltern in Berührung. Gleichzeitig berichten die Eltern in ihren Narrativen über die Beziehung zum Kind und erzählen von den Beziehungen des Kindes zu ihnen. Berichtet wird auch, wie das Kind die Beziehung der Eltern als Paar verändert hat und Einfluß auf die aktuelle Beziehung nimmt.

Die Beziehungsmuster innerhalb der Familie lassen sich deshalb auf drei verschiedenen Beziehungsebenen diagnostizieren, die als beziehungs-dynamische Folien übereinander gelegt werden können. Hinweise auf Beziehungsstörungen, die für die Manifestation des Problems bzw. Symptoms relevant sein könnten, ergeben sich

- in dem Beziehungssystem, das sich zwischen den Kindern und den Eltern in der Interview-Situation darstellt und in Narrativen auch berichtet wird;
- in den mehrgenerationalen Beziehungsmustern wie sie von den Eltern beschrieben werden;
- innerhalb der Beziehung, die sich zwischen dem Therapeuten- und dem Familiensystem im Hier-und-Jetzt herausbildet.

In den Sitzungen können Eltern verstehen, daß sie mit ihren Vorstellungen die Kinder binden, einschränken oder inadäquat herausfordern, jedenfalls dazu beitragen, daß die Kinder nicht ihr eigenes Leben in dem Maße führen können, wie sie es für ihre Entwicklung benötigen. Durch entsprechende Interpretationen können die Antworten der Eltern auf ihre Kinder modifiziert werden, so daß den Kindern wieder ein größerer Freiraum zur Verfügung steht.

Ähnlich wie in der Familientherapie werden die kurzpsychotherapeutischen Interventionen in Sitzungsblöcke (3, 4 oder 5 Sitzungen pro Block) eingeteilt. Dies erlaubt die Behandlung eines bestimmten Themas über eine gewisse Zeit und die anschließenden



de Bilanzierung des Erreichten. Das Vorgehen setzt auf die Ressourcen der Familie und stärkt die selbstregulativen Kräfte. Diese Therapieabsprachen scheinen sich in Eltern-Säuglings-Sprechstunden und in Familientherapien mit kleinen Kindern zu bewähren. Für unter 5jährige bietet auch M. Pozzi (1995) an einem Beratungszentrum an der Tavistock-Klinik den Familien 5 Sitzungen an, die durch einen weiteren Block von 5 Sitzungen ergänzt werden können.

#### 4 Das Ringen um Autonomie der 2-3jährigen in ihrer Familie

In den ersten zwei Jahren entwickeln sich beim Kind bemerkenswerte Fähigkeiten. Es erreicht Kontrolle über physiologische Prozesse, etwa beim Essen und Trinken, durch den Spracherwerb lernt es zu kommunizieren, und es entwickelt ein erstes kohärentes Gefühl des Selbst. Gemäß der Individuationstheorie von Mahler et al. (1978) befindet sich ein solches Kind in der Phase der Suche nach Objektkonstanz. Als kleines Kind, das bereits über relativ klar konfigurierte Vorstellungen von sich selbst und den anderen verfügt, schärft sich in der analen Phase die Grenzziehung zu den Eltern, um die eigenen Repräsentanzen zu stabilisieren. Erprobt wird jetzt mit konstruktiver Aggressivität, wie der eigene Wille durchgesetzt, wie man sich selbst behaupten oder wie man gar dem anderen den eigenen Willen aufdrücken kann. Dieser Zugewinn an Selbstentfaltung hat für das Kind triebhaft-lustvolle Seiten. Dies reaktiviert Trennungsängste, so daß den verstärkten Autonomiebestrebungen häufiger ein anklammerndes Verhalten gegenübersteht.

Die wiedergewonnene Lust an der Selbstentfaltung findet sich aber auch bei den Eltern, so daß auch auf der Seite der Eltern Trennungsängste bestehen. Der Übergang zur größeren Autonomie erfordert Veränderungen im Beziehungssystem. Scheitern Eltern und Kind in ihren Möglichkeiten, die individuellen und familiären Entwicklungsbestrebungen in eine strukturelle Veränderung der Kommunikationsformen, der Rollenverteilung und des affektiven Austauschs zu transformieren, können Probleme oder Symptome entstehen.

Kinder brauchen in dieser affektiv labilen Phase stabile Bezugspersonen, die die phasentypischen Schwierigkeiten im System Familie aus der kindlichen Perspektive betrachten können. Die Eltern-Kind-Interaktionen sind meistens durch einen Macht/Ohnmachts-Dynamik gekennzeichnet. In dieser sensiblen Phase wird das Spektrum der intrapsychische Struktur des Kindes um hoch affektbesetzte Selbst – und Objektrepräsentanzen ergänzt. Die Erfahrungen der Beteiligten in den Eltern-Kind-Interaktionen führen zu einem intersubjektiven System, das durch die Erfahrungswelt im Umgang mit Macht und Ohnmacht, Kontrolle und Unterwerfung hergestellt wird. Die Verinnerlichung dieses intersubjektiven Systems erweitert die von Stern (1989) beschriebenen „relational patterns“ um Macht/Ohnmacht determinierte Objektbeziehungsmuster und entsprechende Übertragungsbereitschaften. Diese Übertragungsbereitschaften spielen in den Beziehungen des Kindes und später des Erwachsenen dann eine Rolle, wenn die Qualitäten „Macht und Ohnmacht“ tangiert werden.

In der Phase der beginnenden Autonomie müssen sich Eltern in besonderem Maße in das „Paradox der Entwicklung“ (Trad 1993, S. 23) einfühlen können: Führt einer-

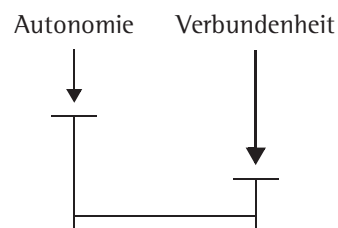
seits der Erwerb der neuen Kompetenzen im System Eltern und Kind zu einem stärkeren Gefühl der Verbundenheit und Intimität, kommt es andererseits entwicklungspsychologisch beim Kind und lebenszyklisch bei den Eltern zu einer verstärkten Autonomie und damit Abgrenzung voneinander. Wenn sich das System an dieses Beziehungsparadoxon anpassen kann, wird dem Kleinkind ein weiterer entwicklungspsychologischer Schritt zur Objektkonstanz und den Eltern neue Beziehungsqualitäten in der Partnerschaft ermöglicht. Wenn dies nicht gelingt, kann dies zur Entstehung von Eltern-Kind-Konflikten beitragen, die zur Manifestation von Symptomen wie überstarker Trennungsangst oder zu oppositionellem Verhalten beim Kind und zu heftigen Distanzierungs- oder Bindungsbestrebungen der Eltern führen können.

## 5 Das Behandlungsmodell

Die Dimensionen Intimität/Verbundenheit und Autonomie/Abgrenzung sind wie die zwei Waagschalen einer Waage zu begreifen, auf die die Eltern mit ihren unbewußten und bewußten Erwartungen und Projektionen Lasten packen und so das Gleichgewicht beeinflussen. Eltern können aufgrund eigener Erfahrungen die Verbundenheit oder die Autonomie unangemessen stark oder unangemessen früh fördern oder behindern. Diese dialektische Betrachtung erlaubt die schematische Darstellung von zwei Beziehungsmustern, die entweder durch verstärkte Verbundenheit bei abgewehrter Autonomie oder durch verstärkte Autonomie bei abgewehrter Verbundenheit gekennzeichnet werden kann. Das intersubjektive System entsteht durch eine typische, entweder durch verstärkte Verbundenheit oder durch verstärkte Abgrenzung gekennzeichnete Eltern-Kind-Interaktion. Intersubjektiv nennen wir diese Systeme, weil sie die unterschiedlichen Erfahrungswelten der Beziehungspartner einschließen und diese darauf Bezug nehmen können („ich weiß, daß du weißt, was ich weiß“). Durch ein typisches Pendeln zwischen diesen beiden Beziehungsformen – z.B. bei einem vermeidend-ambivalenten Bindungsstil – ergibt sich ein drittes intersubjektives System, das sich aus dem hochambivalenten Hin- und Herpendeln zwischen verstärkter Verbundenheit und verstärkter Autonomie von Eltern und Kind charakterisieren läßt.

### 5.1 Verstärkte Verbundenheit bei abgewehrter Autonomie

(a) durch die Erwartungen der Eltern



Es gibt Eltern-Kind-Interaktionen, die durch die unangemessen starke Suche der Eltern nach Intimität und Verbundenheit zu kennzeichnen sind. Die Bezugspersonen befriedigen unbewußt z.B. ihre eigenen Bedürfnisse nach unzertrennlicher Nähe in den Beziehungen mit ihrem Kind. Eigene mißlungene Trennungserfahrungen führen zum Festhalten am Kind, das sich dann nur durch verstärkte Autonomie, manchmal bis hin zur Aggression gegenüber dem Objekt distanzieren und abgrenzen kann. Wenn diese unbewußte Beziehungswünsche vom Kind ich-synton verarbeitet werden, führt dies nicht zu einer konflikthafter Eltern-Kind-Interaktion. Wenn das Kind sich im Autonomiebestreben von den Eltern abgrenzen will, kann es zu heftigen konflikthafter Auseinandersetzungen kommen.

#### *Wenn sich Mutter und Kind aneinander festhalten*

Die 2 1/2jährige Alexa leidet unter starken Trennungsängsten. Die Symptomatik hat sich noch verschärft seit die Mutter vor kurzem für eine Woche ins Krankenhaus mußte und das Mädchen in dieser Zeit von der Großmutter versorgt wurde. Seitdem kann Alexa auch kurze Phasen der Abwesenheit von der Mutter nicht tolerieren. Sie gerät dann in einen Ausnahmezustand, wirft sich auf den Boden und schreit minutenlang, „wie in einem Anfall“. Auch nachts benötigt sie ständige Nähe und schläft im Bett der Mutter. Die Kindesmutter fühlt sich durch diese beständigen Nähebedürfnisse der Tochter überfordert und macht sich außerdem Sorgen, Alexa könne eine ernste psychische Erkrankung entwickeln.

Schwangerschaft und Geburt verliefen problemlos (Geburtsgewicht 3410 g, Körpergröße 52 cm); A. wurde 6 Monate lang gestillt; motorische und sprachliche Entwicklung im Normbereich; tags und nachts mit 2 1/2 Jahren sauber; Alexa litt häufig unter Bronchitiden. Die Eingliederung in den Kindertreff gestaltete sich erstmals problematisch.

Die KM ist 37 Jahre alt, von Beruf kaufmännische Angestellte, übt diesen Beruf jedoch nicht aus. Ein Jahr nach der Geburt des Kindes trennte sie sich vom Kindsvater, einem 33jährigen Tischler, nachdem es immer wieder zu gewalttätigen Übergriffen durch ihn kam. Seit einem Jahr gibt es wieder Kontakte, jedoch fassete der Kindsvater Alexa des öfteren grob an und die Kindesmutter habe bei einem der letzten Treffen ein „blaues Auge“ davongetragen. Für die Zukunft sind nur noch Treffen im Beisein eines Vetreters des Kinderschutzbundes geplant.

Alexas Mutter hat immer noch eine sehr enge Bindung an ihre eigene Mutter, von der sie sich bislang wenig abgegrenzt fühlt. Sie hat auch eine enge Beziehung zu ihrer Schwester, die sie um ihren Ehemann beneidet und um die harmonische Beziehung. Alexa wird in eine Familie hineingeboren, die geprägt ist von starker emotionaler Bedürftigkeit und dem Mangel an eindeutigen Grenzen. Aufgrund eigener Bedürftigkeit benötigt die Mutter Alexa von Beginn an als haltgebendes und bedürfnisbefriedigendes Objekt. Durch die Störung des affektiven Dialogs zur primären Bezugsperson bleiben die basalen Bedürfnisse des Kindes nach Anlehnung, emotionaler Intimität, affektiver Resonanz und Bestätigung unbeachtet und unbeantwortet.

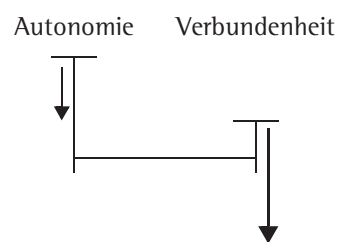
Individualisationsbildende Aktivitäten kann Alexa nicht wagen, vielmehr bleibt sie zwischen ihren autonomen Wünschen nach Selbstverwirklichung und den noch stärkeren nach Sicherheit und Versorgung stecken. Die Integration der guten und bösen Selbst- und Objektrepräsentanzen konnte sie bislang nicht ausreichend vollziehen. Die Unabhängigkeit vom Objekt kann nicht gelingen und diese Fixierungen führen in den für sie bedrohlichen Trennungssituationen zu anklammerndem Verhalten. Erschwerend kommt aktuell die einwöchige Trennung von der Mutter hinzu, was die Verlust- und Verlassenheitsängste von Alexa in unerträglichem Maße erhöht.

Mit der Mutter wurde eine Schlafintervention besprochen. Alexa sollte im eigenen Bett einschlafen, zunächst mit Danebensitzen der Mutter, nach einer Woche ohne unmittelbare Anwe-

senheit der Mutter im Kinderzimmer, jedoch mit geöffneter Tür. Im Folgegespräch berichtete die Mutter vom Erfolg der Intervention: In der ersten Woche schlief Alexa in ihrem eigenen Bett, aber im Zimmer der Mutter, wobei sich die Mutter mit hinlegen mußte. In der zweiten Woche besprach die Mutter mit Alexa, daß diese von nun an in ihrem eigenen Zimmer in ihrem eigenen Bett schlafen würde. In der dritten Woche schaffte Alexa dies ohne das Beisein der Mutter. Die Mutter sagte sich, daß ihre Konsequenz Alexa gut tue, deshalb sei sie mit ihren Schuldgefühlen fertig geworden. Sowohl Mutter als auch Tochter wirkten gelöster und ausgeruhter. Im Gespräch lenkt die Mutter auf ihre eigene Problematik, in deren Zentrum sie die Mutter ihres Expartners und ihren ehemaligen Partner anführt. Dabei berichtet sie von übergriffigen Verhaltensweisen der Schwiegermutter gegenüber Alexa, auf welche sie selbst sehr „allergisch“ reagiere. Sie kommt von dieser Situation zur Erinnerung eines gewalttätigen Übergriffes durch ihren ehemaligen Partner, der bei ihr im Hause die Tür eingetreten habe und ihr den Hals zgedrückt habe. Sie habe es gerade noch geschafft, der Schwägerin telefonisch den Auftrag zu geben, die Polizei zu rufen. Das grenzüberschreitende Erlebnis selbst beschreibt sie mit eher dissoziativem Affekt und berichtet von einer Benommenheit in Gegenwart ihres ehemaligen Partners, aus der hinaus sie schlagartig in Aggressionen explodierte. Mit der Mutter wurde die Bedeutung ihrer eigenen Problematik im Umgang mit Grenzsetzungen für die Symptomatik Alexas besprochen. Gleichzeitig wurde ihre kompetente Art im Umgang mit dem Kind betont. Der Mutter wurden die autonomen Kompetenzen des Kindes verdeutlicht. Ihr wurde auch eine psychotherapeutische Beratung und Unterstützung empfohlen, um in Abgrenzungssituationen künftig sicherer zu werden.

Wenn die Eltern die Autonomie des Kindes behindern und die Verbundenheit unangemessen aufrechterhalten, geht es therapeutisch in der Regel darum, die Kompetenz des Kindes und der Eltern im Autonomiestreben zu fördern und die Trennungsgänge im intersubjektiven System zu bearbeiten.

*(b) durch die Wünsche des Kindes*



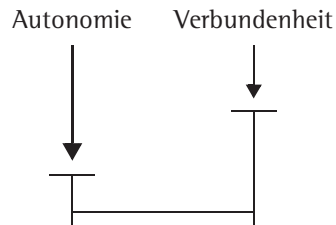
Zu anklammerndem Verhalten kommt es auch, wenn die Eltern dem Kind die Intimität aus eigenen Gründen versagen, die oft mit negativen Erfahrungen mit intimen Beziehungen in der eigenen Familie zusammenhängen. Umso intensiver wird dann die Verbundenheit vom Kind gesucht. In eskalierenden Teufelskreisen führen Distanzierungen in der Interaktion zu anklammerndem Verhalten und dieses wiederum zu Distanzierungen.

Wenn das Kind – entgegen den Erwartungen der Eltern – intensiv die Intimität sucht, kann dies zu distanzierendem Verhalten der Bezugsperson führen. Verbundenheit wird abgelehnt und die Autonomie des Kindes gefördert. Wenn die Eltern die Autonomie des Kindes allzusehr fordern (und beim Kind die Phantasie entsteht, daß es weggegeben werden soll), wird es sich anklammern und die Intimität noch intensiver

suchen. Wenn das Kind durch die Sehnsucht nach Verbundenheit „fixiert“ bleibt, geht es therapeutisch in der Regel darum, zwischen Eltern und Kind die Intimität in der Beziehung zu fördern und Näheängste im System zu bearbeiten.

## 5.2 Verstärkte Autonomie bei abgewehrter Verbundenheit

(a) durch die Erwartungen der Eltern



Eltern können die Autonomie ihres Kindes durch die frühe Erwartung an das Kind fördern, daß es möglichst rasch die Entwicklungsstufen zu meistern hat. Dies kann auf der Erfahrung von Eltern beruhen, daß sie selbst sehr früh selbständig sein mußten, weil ihre Eltern ihnen nicht genügend zur Verfügung standen. Wenn diese unbewußte Beziehungswünsche vom Kind ich-synton verarbeitet werden, führt dies ebenfalls nicht zu einer konflikthafter Eltern-Kind-Interaktion.

### *Dragan widersetzt sich den Übergriffen*

Frau H. kommt in die Sprechstunde, weil die Tagesmutter von Dragan (2 J.), von der er seit seinen ersten Lebenswochen betreut wird (manchmal auch mehrere Tage am Stück), sein Verhalten als nicht mehr tragbar bezeichnet hat. Sie riet Frau H. dringend, eine Beratungsstelle aufzusuchen. Offenbar zeigte Dragan in letzter Zeit vermehrt aggressives Verhalten gegenüber Gleichaltrigen. Er ist oft in Schlägereien verwickelt und beißt andere Kinder. Die Mutter berichtet dann auch, daß Dragan schlecht Grenzen akzeptieren könne, ständig in Unruhe und Bewegung sei, alle Spielsachen aus dem Schrank reiße und Schwierigkeiten habe, überhaupt ein konsistentes Spiel durchzuführen. Da Frau H. wegen ihrer Berufstätigkeit auf den Platz bei der Tagesmutter angewiesen ist, und diese ihr gedroht habe, Dragan nicht mehr in die Gruppe zu nehmen, steht sie im Gespräch sehr unter Druck.

Die Mutter (31 J.) hat ihre Ausbildung zur Erzieherin noch nicht abgeschlossen, steht jetzt im praktischen Jahr. Der Vater von Dragan (38 J.) stammt aus Serbien und arbeitet im Hochbau. Er habe den Angaben der Mutter zufolge völlig andere Vorstellungen von der Kindererziehung. Ihm sei es wichtig, daß Kinder „parieren und gehorchen“. Er gehe mit Dragan um, als „ob dieser schon 13 sei“. Die Schwangerschaft war nicht geplant, aber die Mutter hielt für sich die Zeit für günstig, eine Familie zu gründen. Geburt und bisheriger entwicklungsneurologischer Status sind unauffällig, nach Aussagen des Kinderarztes konnte er keinen körperlich auffälligen Befund bei Dragan erheben. Motorische und sprachliche Entwicklung im Normbereich, tagsüber inzwischen trocken, näßt er jedoch noch jede Nacht ein.

Auch im Erstgespräch in unserer Sprechstunde zeigt sich, daß Dragan ein hochgradig unruhiges Kind ist, ständig Grenzen austestet, am Lichtschalter herumspielt, ein Wurstbrot im Raum verteilt und die angebotenen Spielsachen nur kurz betrachtet. Statt dessen räumt er Schränke

aus und kickt mit den Spielsachen herum. Frau H. betrachtet die Aktionen von Dragan mit großer Gelassenheit. Sie überläßt es den Therapeutinnen, Dragan Vorschläge zu machen und die Situation zu strukturieren.

Offenbar bestand von Anfang an eine unbewußte Ablehnung der Mutter gegenüber ihrem Sohn, da schon die Schwangerschaft ungewollt war. Es ist zu vermuten, daß sie die orale Bedürftigkeit des Kindes aus eigenen Verlassensängsten nicht ausreichend erfüllen konnte und ihn deshalb schon kurz nach der Geburt in fremde Obhut gab. Da er tageweise zwischen Pflegestelle und den Eltern wechselte, konnte er demgemäß weder gegenüber seiner Pflegemutter ein Gefühl von Sicherheit entwickeln, noch konnte eine tragfähige sichere Bindung zwischen Mutter und Kind entstehen. Wichtige Funktionen wie Urvertrauen, Objektkonstanz, Selbstvertrauen und Selbstsicherheit konnten sich nicht in ausreichendem Maße etablieren. Vielmehr blieb Dragan verhaftet in einem Klima tiefer Verunsicherung durch wechselnde Bezugspersonen, was zur bedrohlichen Erhöhung seiner Verlust- und Verlassensängste führen mußte. Aus seinem Schwierigkeiten, diese massiven Bedrohungsgefühle zu regulieren, resultieren Gefühle von Ohnmacht und Minderwertigkeit, verbunden mit Enttäuschung, Wut und Haß. In diesem Sinne hält er durch sein aggressives Agieren die Kontrolle über sein narzißtisches Gleichgewicht aufrecht, wehrt Ohnmachtsgefühle ab. Im Kontakt zur Mutter hingegen verhält er sich eher passiv (nächtliches Einnässen, lange abendliche Einschlafrituale), um sich die mütterliche Zuwendung und Versorgung zu sichern. Indem er seine unbändige Enttäuschungswut auf den Schauplatz Pflegestelle verschiebt, kann er die dyadische Beziehung zur Mutter schützen. Die Mutter war offensichtlich nicht in der Lage, ihm ausreichende Lernangebote zu machen, die Dragan bislang befähigt hätten, genügend eigene Steuerungsfunktionen und andere Ich-Funktionen einzubüßen und zu integrieren. Strategien zur Bewältigung innerer und äußerer Spannungszustände fehlen, wie sie auch der Mutter fehlen.

Ein präödipler Vater als Garant und Schrittmacher für die Ablösung von der Mutter steht nicht zur Verfügung, denn dieser begegnet dem Sohn eher strafend und verfolgend. Selbst- und Objektpräsenzen sind nicht stabil etabliert. Hierzu fehlt der notwendige Dritte, der i. S. eines intrapsychischen Katalysators Ängste und Aggressionen auffangen könnte. Auf dem Hintergrund traumatischer Erfahrungen mit seinem Vater, der bedrohlich und verletzend ist, schwankt Dragan zwischen sehnsüchtigen Phantasien nach dem guten, präsenten Vater und destruktiv-angstvollen Phantasien vom verschlingenden, mörderischen dritten Objekt. In Identifikation mit dem Aggressor erlebt er sich als Urheber chaotischer Karambolagen und unheilvoller Unfälle, die er bevorzugt in triangulierenden Situationen agiert.

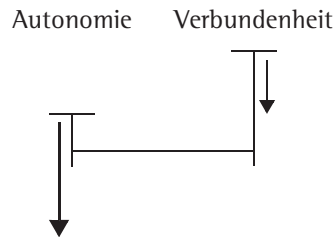
Im weiteren Gespräch zeigt sich der deutliche Partnerschaftskonflikt, der sich in den unterschiedlichen Erziehungsstilen gegenüber Dragan manifestiert. Dragans Vater ist der Meinung, daß dieser eine harte Hand braucht, tägliches „Schütteln“ ist an der Tagesordnung. Frau H. fürchtet sich vor den körperlichen Übergriffen ihres Mannes. Sie scheint Dragan vieles durchgehenzulassen, um sich wenigstens dessen Zuwendung sicher zu sein. In der Familie von Dragan zeigen sich all jene Faktoren, die familiendynamisch als relevant für die Entwicklung von Gewaltbereitschaft bei Kindern anzusehen sind: Ein erheblicher Partnerschaftskonflikt, unklare Grenzen und das Vorbild eines Elternteils, Konflikte notfalls mit Gewalt zu lösen (Ratzke u. Cierpka 1999).

Bei einem weiteren Termin werden mit der Mutter Möglichkeiten erarbeitet, wie sie Dragan im Alltag eindeutige Grenzen setzen kann, um ihm dadurch zu mehr Sicherheit zu verhelfen. Parallel dazu konnte sie sich mit eigenen schmerzlichen Erfahrungen auseinandersetzen, die aus der Beziehung zu ihrer Mutter stammen. Sie stand ihr nie ausreichend als gutes mütterliches Objekt zur Verfügung. Auf diesem Hintergrund wird ihr in den nächsten vier Sitzungen eine Konfrontation mit der eigenen Mutterrolle und das Einfühlen in die Bedürfnisse nach Nähe und

Empathie bei ihrem Sohn möglich. Es gelingt ihr, Dragan mehr Raum für dessen Bedürfnisse nach Zuwendung und Nähe einzuräumen. Sie erkennt sich in seinen Wesenszügen wieder. In den nächsten Stunden deutet sich bei der Mutter eine Reifung ihrer Beziehungsfähigkeit an. Allerdings gelingt es nicht, den Vater in die Behandlung einzubeziehen. Gespräche werden von ihm kategorisch abgelehnt. Die Prognose der Interventionen bleibt deshalb unsicher.

Wenn Eltern die Autonomie ihres Kindes forcieren, geht es in der Behandlung in der Regel darum, die Autonomiebestrebungen zurückzudrängen und die Verbundenheit im System zu fördern. Meistens gelingt dies dadurch, daß die Eltern verstehen, warum sie das Kind überfordern. Heftige Partnerschaftskonflikte können die Verbundenheit jedoch unterminieren, indem das Kind z.B. in der Sündenbockrolle festgehalten wird.

(b) durch die Wünsche des Kindes



Kleinkinder, die sehr stark die Autonomie suchen, neigen dazu, sich den Intimitätswünschen der Eltern zu widersetzen. Die Eltern empfinden das Abgrenzungsbestreben ihres Kindes als verfrüht. Dies kann dazu beitragen, daß dem Autonomiestreben des Kindes von den Eltern enge Grenzen gesetzt werden, um es in enger Verbundenheit zu halten. Wenn Eltern die Autonomie des Kindes in dieser wichtigen Phase der Individuation behindern, wird es sich widersetzen müssen, manchmal auch mit erheblichem Trotz. Die Eltern erleben Abgrenzungsbestrebungen des Kindes als oppositionelles Verhalten. Sie klagen darüber, daß sie mit ihren Erziehungsmaßnahmen nicht mehr zurechtkommen. Therapeutisch geht es in der Regel darum, das Autonomiebestreben des Kindes zu unterstützen und die Trennungängste der Eltern zu bearbeiten.

Für die seelische Entwicklung des Kindes hat das einseitige, nichtbalancierte Senken einer Waagschale mindestens zwei Konsequenzen. Es verstärkt die eine Seite der kindlichen Persönlichkeit und mindert die andere. Die Betonung einer unangemessenen Autonomie führt zur Schwächung der Intimität in der Beziehung und umgekehrt. Auch die Eltern erleben diesen Verlust der einen Seite, entweder der entwicklungsadäquaten Autonomie oder der altersgemäßen Suche nach Nähe und Verbundenheit. Sie beklagen jedoch häufiger die überzeichneten Verhaltensauffälligkeiten beim Kind.

### 5.3 Das Pendeln zwischen Intimitätssuche und Autonomiestreben

In einer dritten Interaktionsform dominiert nicht eine Beziehungsqualität, sondern es läßt sich ein rascher Wechsel zwischen Intimitätssuche und Autonomiestreben in der Eltern-Kind-Beziehung beobachten. Es scheint so, als ob zwei intersubjektive Systeme

als Beziehungsformen und als innere „Schemata-des-Zusammenseins“ hintereinander liegen und jeweils das eine Muster das andere abwehrt. Überstarke Intimität führt plötzlich zu starker Grenzziehung und starke Autonomiebestrebungen werden schnell von Nähewünschen abgelöst. Die Beiträge von Eltern und Kind zur Konstituierung der intersubjektiven Systeme basieren auf der Psycho- und Beziehungsdynamik, wie sie oben in den vier Beziehungsmustern beschrieben wurden.

*Wenn die Ambivalenz die Mutter-Kind-Beziehung dominiert*

Frau F. meldet sich in der Ambulanz als „Notfall“ an, weil sie mit ihrem Sohn Julian nicht mehr aus noch ein weiß. Zum ersten Termin erscheint sie allein, denn ihrer Ansicht nach kann sie nur auf die Weise zu Wort kommen. Julian ist fast 3 Jahre alt und schreit seit seiner Geburt. Sein schrilles Schreien während des ersten Lebensjahres ist jetzt noch penetranter geworden. Die Schreiphasen treten durchschnittlich pro Tag fünfmal auf und dauern dann jeweils 30 Minuten. Es könne sein, daß er Dinge in seinem Zimmer herumschmeiße und auch die Mutter schlage. Er sage dann zu ihr: „Geh aus meinem Zimmer!“ Hinter verschlossener Tür beruhigt er sich dann langsam. Besonders die Zu-Bett-Bedingungen sind schwierig. Julian schläft, begleitet von langwierigen Ritualen und Geschrei, nur auf dem Arm ein. Erst dann kann er ins Bett gelegt werden. Wenn Julian eine seiner Schreiattecken hat, wird die Mutter inzwischen nach wenigen Minuten so wütend, daß die Angst vor sich selbst bekommt. Dies sei der vorrangige Grund, weshalb sie jetzt um Hilfe nachsuche. Bislang habe sie negative Gefühle immer „herunterschluckt“ und meistens laufe sie mit einem „Kloß im Halse“ herum. Julian hat noch einen jüngeren Bruder (-14 Mon.), der jedoch völlig problemlos sei und „funktioniere“.

Frau F. (34 J.) ist von Beruf Lehrerin, übt ihren Beruf zur Zeit aber nicht aus. Gleich nach ihrem Schulabschluß ist sie von zu Hause ausgezogen. Freiheit und Unabhängigkeit hatten für sie in dieser Zeit immer höchste Priorität. Bei einem Besuch in ihrer Heimatstadt lernte sie ihren jetzigen Ehemann kennen. Er ist 35 Jahre alt, hat 8 Geschwister und ist von Beruf Schreiner. Er fühlt sich seiner Herkunftsfamilie sehr verbunden und es ist für ihn unvorstellbar, seinen Heimatort zu verlassen. Nachdem sein Vater Frau und Familie verlassen hatte, nahm Herr F. seine Stelle gegenüber den Geschwistern und auch als Partnersubstitut bei der Mutter ein.

Nach einer kurzen Zeit des Kennenlernens wurde Frau F. ungewollt schwanger. Sie gab daraufhin ihre Anstellung in einer entfernten Stadt auf, beide zogen in das Haus der Eltern des Ehemannes. Hier lebte sie die Schwangerschaft über sehr zurückgezogen und oft von Traurigkeitsgefühlen bestimmt, „wie abgeschnitten vom Leben“, ohne Außenkontakte. In der Schwangerschaft weinte sie viel. Von ihrer Schwiegermutter und den Geschwistern des Ehemannes fühlte sie sich nicht akzeptiert und mißachtet. Sie hatte von Anfang an das Gefühl, daß ihr Ehemann eher zu seiner Mutter halte als zu ihr bzw. neutral und wenig hilfreich sei, was sie als kränkendes Desinteresse erlebte. Ihren Wut und ihren Haß darüber habe sie aber bis heute immer heruntergeschluckt. Die Geburt war ein langwieriger Prozeß, denn Julian „wollte nicht zur Welt kommen“. Motorische und sprachliche Entwicklung im Normbereich, Sauberkeitsentwicklung noch nicht abgeschlossen. Alle Versuche, ihn auf den Topf zu setzen, mißlingen. Sozial sei Julian isoliert, er finde wegen seines Trotzes keine Anerkennung.

Zum zweiten Gespräch bringt Frau F. Julian mit. Dieser weigert sich, das Wartezimmer zu verlassen. Als seine Mutter ins Therapiezimmer geht, kommt es zu einer szenischen Darstellung des Machtkampfes zwischen Mutter und Kind. Zwischen trotzigem beidseitigem Distanzieren und wütendem Auf-den-Schoß-Heben oder-Klettern und Sich-anklammern wechselt die Interaktion zwischen Mutter und Kind. In der Beziehung zeigt sich ein Hin- und Herpendeln zwischen Bindungssuche und Abgrenzung.



Offenbar bestand von Anfang an eine Ambivalenz der Mutter in der Beziehung zu Julian, begründet in ihren Wünschen nach Nähe und Zuwendung bei gleichzeitigem Wunsch nach Unabhängigkeit. Ihrer Ablehnung und den damit verbundenen Schuldgefühlen begegnete sie reaktiv durch überbesorgtes und gewährendes Verhalten. Für Julian bedeutet die Ambivalenz zwischen Ablehnung und Überfürsorge, daß er nicht in ausreichendem Maß Befriedigungsaufschub und Frustrationstoleranz entwickeln konnte. Zudem verhindert die symbiotische Verklammerung eine entwicklungsadäquate Ablösung von ihr. So konnte er den frühen Individuationskonflikt mit seiner zwangsläufigen Abhängigkeit vom mütterlichen Objekt nicht erfolgreich lösen. Das Schreien von Julian wird von den Therapeuten so gedeutet, daß er stellvertretend für seine Mutter deren Verzweiflung und Hilflosigkeit artikuliert und in den Trotzattacken deren Widerstand reinszeniert. Diese Fixierungen führen bei ihm zu einem fragilen Ich, verbunden mit einer störbaren Objekt Konstanz, und er bleibt in seinem Wohlbefinden auf das reale Objekt angewiesen. Statt Differenzierung und Öffnung zur Triangulierung muß er seine enge Bindung an die Mutter verstärken, da der Vater zu wenig Kompensationsmöglichkeiten bietet.

In den Elterngesprächen wird dann erarbeitet, daß Vater und Mutter ein gemeinsames Erziehungskonzept getragen von Konsequenz und eindeutigen Grenzen verfolgen. Im mehrgenerationalen Kontext ergibt sich eine Wiederholung des Mutter-Kind-Konflikts. Auch Frau K.s Mutter hatte ihre Schwiegermutter im Haus und konnte sich nicht gegenüber dieser abgrenzen. Frau K. erinnert die Wut auf ihre Mutter, weil diese sich so ohnmächtig zeigte. Jetzt geht es ihr genauso mit ihrer Schwiegermutter, und Julian erlebt sie so ohnmächtig wie sie ihre Mutter erlebt hatte. Die Therapeuten deuten, daß Julian ihre Macht herausfordern wolle, um die eigenen Grenzen zu finden. Wenn Julian auf den Arm genommen werden will, wissen die Eltern nicht, ob er sich nur mit Macht durchsetzen will oder einfach die Intimität sucht. In mehreren Sitzungen wird durchgesprochen, wie sich das Beziehungsangebot differenzieren läßt. Bei Julian gibt es trotziges Schreien ohne Tränen und Weinen mit Tränen. Nur im letzteren Fall wird er hochgenommen und sein Bedürfnis nach körperlicher Umklammerung entsprochen. Binnen weniger Wochen lösen sich die eskalierenden Interaktionen auf, die durch die Macht-Ohnmacht-Kämpfe zwischen Julian und den Eltern gekennzeichnet waren.

In dem Maße wie der Ehemann ein Gefühl für die Situation seiner Frau im Haus seiner Mutter entwickelt, Verständnis für sie zeigt und sich auf ihre Seite stellt, gelingt es Frau F. zunehmend, ihre Wünsche zu artikulieren und sich verbal gegenüber der Schwiegermutter abzugrenzen. Sie verliert „den Kloß im Hals“. Parallel dazu bahnt sich eine Geschwister-Koalition an. Zum ersten Mal spielen die Brüder miteinander. Julian muß sich jetzt offensichtlich weniger an seine Mutter halten, sondern kann sich seinen altersgemäßen Entwicklungsaufgaben zuwenden.

Das Problem dieser Beziehungsdynamik zwischen Eltern und Kind ist, daß Verbundenheit und Autonomie jeweils ersehnt und gefürchtet wird. Bei Betonung der Verbundenheit, wird die Autonomie gesucht und umgekehrt. Zwischen den Systemen wird schnell gewechselt, um die auftauchenden Ängste zu verarbeiten. Ziel der therapeutischen Arbeit muß sein, daß in der Autonomieentwicklung die Verbundenheit aufrechterhalten und bei der Suche nach Verbundenheit die Selbstentfaltungstendenz bestehen bleibt. Es geht also nicht um das Verstärken einer Waagschale, sondern um das flexible Spiel zwischen den Waagschalen. Das in den beiden Systemen Verbundenheit und Autonomie enthaltene Beziehungsparadoxon muß sich beim Kind zu einer Ambivalenz- und Ambiguitätstoleranz entwickeln. Diese Entwicklung vollzieht sich, wenn im Eltern-Kind-System die Ängste vor zu starker Verbundenheit und die Ängste vor zu aggressiver Selbstentfaltung bearbeitet werden.

## 6 Schluß

Wenn sich 2-3jährige den Wünschen und Forderungen der Eltern widersetzen und verstärkt „nein“ sagen, fordert dies neue Beziehungsantworten der Eltern heraus. Der respektvolle Umgang der Eltern mit dieser Herausforderung bedeutet ein Abwägen, wie permissiv oder wie autoritär auf den Widerspruch eingegangen wird. Wenn Eltern und Kind diese neue familiäre und individuelle Entwicklungsaufgabe meistern, erlangen beide neue Spielräume und Entwicklungsmöglichkeiten.

Dabei ist sicherlich wichtig, daß auch bei größtmöglicher Flexibilität im Erziehungsverhalten ein unbewußtes Motiv des Kindes nicht übersehen werden darf: Das Kind will mit seinem aggressiv sich widersetzen, manchmal trotzigem Verhalten die Grenzziehung der Eltern provozieren, um herauszufinden, wie weit es in der Auseinandersetzung mit einem Objekt gehen kann. Diese Auseinandersetzungen werden verinnerlicht, so daß die Selbst-Objekt-Differenzierung in der Repräsentanzwelt des Kindes gefördert wird.

Diese Interaktionen zwischen Eltern und Kind, die um sich um die aggressive Selbstentfaltung zentrieren, sind meistens durch heftige Affekte gekennzeichnet. Das Kind benötigt für die Kontrolle seiner heftigen Affekte zunächst die interpersonelle Begrenzung und das Containment in der Beziehung. Die Etablierung von interpersonellen Grenzen helfen dem Kind, sich an der Begrenzung zu „reiben“ und sich in den eigenen Wünschen besser zu „spüren“. Kompromißbildungen als günstiger Ausgang des Machtkampfes verhindern Beschämungen und damit Entwertungen von Eltern und Kind.

Wir haben ein Modell der Beziehungstörungen im Eltern-Kind-System, die um die Dimensionen Verbundenheit/Intimität und Autonomie/Abgrenzung zentriert werden können und sich entwicklungsbedingt im familiären Lebenszyklus mit 2-3jährigen einstellen, vorgestellt. Dieses Modell ist durch die beobachtungsnahe Operationalisierung der Beziehungsmuster zwischen Eltern und Kind gekennzeichnet. Es weist alle Vor- und Nachteile von Operationalisierungsversuchen auf. Einerseits erleichtert es durch die schematisierte Darstellung die Diagnostik und die davon abgeleitete Behandlungsstrategie. Andererseits fehlen dem Schema die filigranen Zeichnungen und Schattierungen, die die psychoanalytische Einzelfallbeschreibung erlaubt. So verzichtet die schematische Darstellung weitgehend auf eine geschlechterspezifische Diskussion und die Triangulierungsdynamik. Wir haben versucht, diesem Mangel durch die Darstellung von Fallbeispielen aus unserer Eltern-Säuglings-Sprechstunde zu begegnen. Vertiefende und weiterführende Überlegungen zu diesem Modell für Familien mit 2-3jährigen sind aber notwendig.

## Literatur

- Barth, R. (2000): „Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 537-549.
- Brazelton, T.B.; Cramer, B.G. (1991): *Die frühe Bindung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Byng-Hall, J. (1995): *Rewriting Family Scripts*. New York: Guilford Press.
- Cramer, B.G. (1991): *Frühe Erwartungen*. München: Kösel.
- Dornes, M. (1999): Formen der Eltern-Kleinkind-Beratung und -therapie: Ein Überblick. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 1: 31-55.
- Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. (1975): Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 14: 387-422.
- Fraiberg, S. (1980): *Clinical studies in infant mental health: The first year of life*. New York: Basic Books.
- Fraiberg, S. (1982): Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly* 51: 612-635.
- v. Klitzing, K. (1998): *Psychotherapie in der frühen Kindheit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- v. Klitzing, K.; Simoni, H.; Amsler, F.; Bürgin, D. (1996): Der Einfluß der elterlichen Repräsentanzenwelt auf die Beziehungsentwicklung des Säuglings. *Kindheit und Entwicklung* 5: 168-173.
- Pozzi, E.M. (1995): Psychodynamic counselling with under-5s and their families: clinical and technical issues. *Journal of Child Psychotherapy* 1: 51-70.
- Mahler, M.S., Pine, F.; Bergmann, A. (1978): *Die psychische Geburt des Menschen*. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Massing, A.; Reich, G.; Sperling, E. (1994): *Die Mehrgenerationenfamilietherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möhler, E.; Resch, F. (2000): Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 49: 550-562.
- Ratzke, K.; Cierpka, M. (1999): Der familiäre Kontext von Kindern, die aggressives Verhalten zeigen. In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hg.): *Sexueller Mißbrauch*, 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 99-114.
- Reich, G.; Massing, A.; Cierpka, M. (1996): Die Mehrgenerationenperspektive und das Genogramm. In: Cierpka, M. (Hg.): *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin: Springer, S. 223-258.
- Stern D.N. (1979): *Mutter und Kind, die erste Beziehung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern D.N. (1989): The representation of relational patterns: Some developmental considerations. In: Sameroff, A.; Emde, R.N. (Hg.): *Relationship disorders*. New York: Basic Books.
- Stern D.N. (1998): *Die Mutterschafts-Konstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Trad, P.V. (1993): *Short-term parent-infant psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Winnicott, D.W. (1974): *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. München: Kindler.
- Wynne, L. (1988): The „Presenting problem“ and theory-based family variables: Keystones for family therapy research. New York: Family Process Press.

Anschrift der Verfasser: Prof. Dr. Manfred Cierpka, Abteilung für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie der Universität Heidelberg, Bergheimer Str. 54, 69115 Heidelberg.