

Psychodynamischer Befund

In der Fütterersituation spiegelt sich der innerpsychische Konflikt der Mutter um Autonomie und Abhängigkeit auf der Beziehungs- und Interaktionsebene mit Carolina wider. Frau S. Wunsch, eigene Autonomiebestrebungen besser zulassen zu können, äußerte sich in ihrer amüsierten und durchaus lustbetonten Teilnahme an den Autonomieversuchen ihrer Tochter. Es gelang ihr allerdings aus den erwähnten Gründen nicht, diese wirklich zuzulassen oder gar zu unterstützen. Auch die völlig altersunangemessene Forcierung der Sauerberkersentwicklung Carolinas stand im Dienste der Mutter. Altersgemäße Entwicklungsbedürfnisse des Kindes konnten, soweit sie mit der innerpsychischen Dynamik der Mutter kollidierten, nur unzureichend zugelassen werden, altersbedingte Einschränkungen der Entwicklungsmöglichkeiten wurden nicht ausreichend erkannt. In ähnlicher Weise war die Schlafstörung in die Psychodynamik der Mutter eingebunden: Die mit der eigenen Mutter über 21 Jahre gelebte Symbiose wurde im Schlafsetting mit dem Kind reinszeniert. Durch die große körperliche Nähe, die mit dem Schlafen im gemeinsamen Bett einherging, wurden jedoch auch ambivalente Affekte der Mutter Carolina gegenüber aktiviert. Einerseits war für Frau S. das Setzen von Grenzen und das Ermöglichen selbstregulatorischer Kompetenzen in der Einschlafsituation mit Schuldgefühlen, die durch die eigene Mutter noch erheblich gefördert wurden, verbunden. Andererseits stellte Frau S. fest, wie sehr sie in dem symbiotischen Schlafsetting eigene Bedürfnisse nach Abgrenzung, Schlaf und Erholung zurückstellen mußte. Ihren ambivalent-ablehnenden Gefühlen Carolina gegenüber wurde hierdurch erheblich Vorschub geleistet. So ließ Frau S. auch bereitwillig zu, daß sich Carolinas Vater eher als sie selbst zu Carolina in das Bett legte. Dieses Schlafsetting, in dem die Eltern nur wenig gemeinsame Zeit im Ehebett teilen, dürfte auch Ausdruck der schwelenden partnerschaftlichen Probleme gewesen sein. Carolinas Entwicklungsmöglichkeiten waren durch die Fütter- und Schlafstörung und durch die zugrundeliegenden Beziehungsproblematik nicht nur unmittelbar, sondern auch langfristig eingeschränkt und bedroht.

Diagnose

Fütterstörung im frühen Kindesalter (**ICD-10: F98.2**) und Schlafstörung auf dem Boden einer konflikthaften Mutter-Tochter-Beziehung bei Zwangsstörung der Mutter (**ICD-10: F42**).

Therapieverlauf

Die Therapie erfolgte simultan auf mehreren Ebenen:

Auf der **Interaktionsebene** wurde mit Frau S. unter Zuhilfenahme der mit einem Videogerät aufgenommenen Fütterituation eine Modifikation ihres Fütterverhaltens überlegt. Frau S. wurde einerseits in ihren Kompetenzen bestärkt, indem entspannt laufende Sequenzen der Fütterinteraktion gemeinsam angesehen wurden und die für einen ungestörten Fütterungsablauf relevanten mütterlichen Verhaltensweisen hervorgehoben wurden. Andererseits wurden mit der Mutter gerade auch konfliktreiche Interaktionssequenzen betrachtet. Dies ermöglichte einen unmittelbaren Zugang zu den mit solchen Episoden verbundenen Vorstellungen, Phantasien, Affekten und Befürchtungen (*Repräsentanzebene*) der Mutter. Dabei wurde Wert darauf gelegt, Frau S. nicht einfach alternative Verhaltensmuster vorzugeben. Dies wäre einer Reinszenierung ihrer Beziehung zu ihrer Mutter, die für sie „alles besser wußte“, gleichgekommen. Vielmehr sollte sie im selbständigen Auffinden von Verhaltensmustern unterstützt werden, mit denen sie Carolinas altersgemäße Entwicklung, speziell ihre Fähigkeiten, fördern konnte. Konkret sollte ihr ermöglicht werden, einerseits die aktive Beteiligung Carolinas an der Fütterituation zuzulassen, andererseits aber Ablenkungsversuche zu ignorieren, klare und konsistente Grenzen zu setzen und damit die Fütterituation letztlich für das Kind verstehbarer zu strukturieren. Die Mahlzeiten sollten regelmäßig über den Tag verteilt und auf Haupt- und Zwischenmahlzeiten beschränkt sein. Auf diese Weise sollten Hunger und Appetit als wesentliche Motivation zum Essen entstehen können.

Die Modifikation eingefahrener Verhaltensmuster war für Frau S. anfangs sehr schwierig, da durch das Zulassen der selbständigen Erkversuche ihrer Tochter der Druck seitens ihrer eigenen Neurose erheblich erhöht wurde, sie aber gleichzeitig die Wiederaufnahme einer individuellen Psychotherapie hartnäckig ablehnte. Im Rahmen der begleitenden psychotherapeutischen Gespräche, die auf die Verbindungslinien zwischen Frau S. innerpsychischer Konfliktsituation und ihrer Beziehungsgestaltung zu Carolina fokussiert waren, gelang es ihr aber innerhalb weniger Stunden, erste Kompromisse zu finden, mit denen sie Carolina ausreichend Entwicklungsspielräume öffnen konnte. Carolina genoß sichtlich, sich aktiver an den Mahlzeiten beteiligen zu können, lenkte immer weniger ab und als bald zügig und mit Freude. Dieses wichtige Feedback war für die Mutter Motivation, sich auf die begleitenden psychotherapeutischen Gespräche weiter einzulassen und bestärkte sie erheblich in ihren Kompetenzgefühlen als Mutter. Anfangs nur zögerlich, nach und nach aber mit weniger Widerstand reduzierte sie dementsprechend auch die Telefonate mit ihrer eigenen Mutter und die Besuche im Elternhaus. Das Zulassen und die Unterstützung der Autonomieentwicklung ihrer Tochter und Frau S. eigener Autonomieprozeß standen in enger Wechselwirkung.

Parallel mit der Fütterproblematik wurde auch die Schlafstörung Carolinas behandelt. Mit den Eltern wurden Einschlafrituale überlegt und besprochen, wie sie die selbstregulatorischen Kompetenzen ihrer Tochter in der Einschlafsituation fördern konnten, so daß diese

lernte, ohne wesentliche elterlichen Hilfen (wieder-) einzuschlafen. Andererseits sollte das regelmäßige Nachsehen der Eltern während nächtlicher Wachphasen („checking“) Carolina im Zuge dieses Lernprozesses die Sicherheit elterlicher Nähe vermitteln. Die Verhaltensmodifikation war für die Eltern, vor allem für die Mutter, nur durch begleitende psychotherapeutische Gespräche möglich. Die Aufgabe des symbiotischen Schlafsettings aktivierte einerseits Frau S. innerpsychische Konfliktynamik, hatte aber andererseits auch Rückwirkungen auf die partnerschaftliche Dynamik. Gleichzeitig empfand Frau S. das erfolgreiche Vermitteln von Grenzen Carolina gegenüber und die Förderung ihrer selbstregulatorischen Kompetenzen durchaus auch als Erleichterung. Carolina lernte durch das strukturierte Verhalten der Eltern innerhalb weniger Nächte durchzuschlafen und sich nur noch gelegentlich zu melden. Die Fütterungen konnten auf 1 Flaschenfütterung pro Nacht reduziert werden, was eine wichtige Voraussetzung für das Durchschlafen war.

Durch die Entspannung der Fütterituation wie auch der nächtlichen Schlafsituation wurden sowohl auf der Paarebene wie auf der Beziehungsebene zwischen Mutter und Kind wichtige Inseln der Gemeinsamkeit geschaffen. Beide Eltern erleben zudem den loseren Kontakt zu Frau S. Familie und die selteneren Besuche als Bereicherung ihrer Partnerschaft. Carolina war jetzt tagüber deutlich ausgeglichener und weniger unruhig, während Frau S. ihrerseits mehr Zeit zum gemeinsamen Spiel mit ihr hatte. Gleichwohl bestand ihre Zwangsneurose unvermindert fort, kollidierte aber nicht mehr mit Carolinas Entwicklungsanforderungen. In den Jahren der gemeinsamen Partnerschaft schienen sich sowohl Frau S. wie auch ihr Mann mit der zwanghaften Ordnungsliebe von Frau S. arrangiert zu haben.

Während des gesamten therapeutischen Prozesses wurde versucht, Herrn S. in seinen Kompetenzen als Vater zu stärken und so weit wie möglich in die Therapie mit einzubeziehen. Sowohl auf der Ebene der elterlichen Partnerschaft wie auf der Ebene der Beziehung zwischen Frau S. und ihren Eltern bestand der Eindruck, daß die Bedeutung einer guten Vater-Tochter-Beziehung angesichts einer symbiotisch-konflikthaften Mutter-Tochter-Beziehung immer wieder in den Hintergrund zu treten drohte und daher neben der Bearbeitung letzterer der Unterstützung bedurfte. Obwohl der Vater nur unregelmäßig an den Behandlungsterminen teilnehmen konnte, unterstützte er seinerseits die Autonomiebestrebungen seiner Frau, und erleichterte ihnen Ablösungsprozesse von Elternhaus anheimlich.

Nach 3monatiger Dauer konnte die Therapie erfolgreich beendet werden, Carolina war in allen Verhaltensbereichen altersgemäß entwickelt und wurde von ihren Eltern als im wesentlichen unproblematisches Kind empfunden. Frau S. ließ bei Beendigung der Therapie offen, ob sie zu einem späteren Zeitpunkt ihre eigene Psychotherapie wieder aufnehmen wolle oder nicht, schien einer solchen Wiederaufnahme gegenüber aber nicht mehr so abgeneigt zu sein, wie zu Beginn der Behandlung.

Schlußbemerkung

Mit der vorliegenden Fallgeschichte sollen anhand einer Fütter- und Schlafstörung im Säuglingsalter die spezifischen Gegebenheiten einer interaktionszentrierten Eltern-Säuglings-Psychotherapie (Papoušek 1998, von Hofacker u. Papoušek [im Druck]) demonstriert werden. Während der psychotherapeutischen Sitzungen mit der Mutter bzw. beiden Eltern war Carolina stets anwesend. Der Therapeut konnte so, je nach Situation, zwischen der Ebene interaktionszentrierter und der Ebene tiefenpsychologischer Interventionen wechseln. Die Anwesenheit des Kindes war Voraussetzung, damit der psychotherapeutische Prozeß seinen Anschluß an die konkrete Ebene der Mutter/Eltern-Kind-Beziehung nicht verlor und auf diese Weise von einer individuellen Psychotherapie der Mutter oder einer Paartherapie

klar abgegrenzt werden konnte, auch wenn Elemente von beiden punktuell Eingang in die Therapie fanden. Durch die Anwesenheit des Kindes konnte die Beziehung kindlicher Verhaltensmuster zum jeweiligen Gesprächsinhalt, zu den zugrundeliegenden bewußten und unbewußten elterlichen Phantasien, wie auch zum beobachtbaren Verhalten der Mutter/Eltern offengelegt und analysiert werden. Für die Eltern wurde dadurch ein wichtiger reflektiver Prozeß in Gang gesetzt, der nicht ohne positive Rückwirkungen auf ihre Beziehungsgestaltung zu Carolina blieb.

Der gesamte therapeutische Prozeß wurde, ähnlich wie von Stern (1998) in seinem Buch „Die Mutterschaftskonstellation“ beschrieben, als ein zirkulärer verstanden. In einem solchen bestehen zwischen den Verhaltensweisen des Kindes, der Eltern und des Therapeuten sowie den diesen zugrundeliegenden Vorstellungen, Phantasien (zumindest auf Seiten des Therapeuten und der Eltern) und Affekten enge Wechselwirkungen. Dies verlangt vom Therapeuten eine quasi „schwebende Aufmerksamkeit“, mit der er sich mal dem beobachtbaren Verhalten des Kindes, mal den Verhaltensmustern der Eltern, ihren expliziten und impliziten, verbalen und nonverbalen Äußerungen, aber auch seinen eigenen Gegenübertragungsgefühlen zuwenden kann und versucht, diese zueinander in Beziehung zu setzen. Ein solcher Prozeß ist gerade wegen seiner Komplexität ausgesprochen dynamisch und intensiv, setzt aber in aller Regel rasche Veränderungen in Gang. Im Zuge der kindlichen Entwicklung kann es jedoch nicht selten zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu einer vorübergehenden Destabilisierung in den Eltern-Kind-Beziehungen kommen. Dieser in manchen Fällen scheinbar fehlende Langzeiterfolg ist nach Stern (1998) nicht als Scheitern einer Eltern-Säuglings-Psychotherapie aufzufassen, sondern gerade als Ausdruck der spezifischen Entwicklungsdynamik der frühen Kindheit. Stern schlägt daher für diese Form problemzentrierter Psychotherapie den Begriff *intermittierende* (Eltern-Säuglings-) *Kurzpsychotherapie* („serial brief treatment“) vor. Eine solche Therapieform erscheint vielen Entwicklungs- und Beziehungsproblemen der frühen Kindheit angemessener, als zum Teil mehrtägige, kontinuierliche therapeutische Interventionen. Allerdings kann es durchaus sinnvoll sein, interaktionszentrierte Eltern-Säuglings-Kurzzeitpsychotherapien, je nach Problem- und Indikationsstellung, durch Einzelpsychotherapien der Eltern oder auch durch Paar- bzw. Familientherapien zu ergänzen. Wie eigene Erfahrungen zeigen, sollte dabei jedoch nicht unterschätzt werden, welche positiven Rückwirkungen Veränderungen des kindlichen Verhaltens auf die elterliche Psychodynamik und Repräsentanzenwelt haben können.