Abschluss: Grenzen der interkulturellen Therapie

Seit dem Arbeitsbeginn sieht Herr B. wie verwandelt aus. Er kommt zu den Sitzungen in Geschäftskleidung, mit gepflegten Anzügen und Krawatte. Er stellt sich von der weltgewandten Seite dar, erzählt von seinen Geschäftsreisen, in denen seine vielfältigen Sprachkenntnisse zum Zug kommen. Kritische Aussagen kommen nicht mehr vor. Wenn ich nach den Gedanken frage, die ihn vor seiner Erkrankung in Bezug auf die Arbeit plagten, versichert er mir, dass er seine privaten alternativen Pläne weiterverfolgen wolle, ohne konkreter zu werden. Die Begegnung mit einem ehemaligen Schulkollegen ist der Anlass, um sich nochmals kurz mit mir auf seine Entwicklung in der Therapie zu besinnen. Er ist beeindruckt davon, wie dieser junge Mann seit dem Schulabschluss in einem unruhigen Leben mit wiederholten Migrationsbewegungen zwischen der Heimat und der Schweiz gefangen ist, und konstatiert: Auch bei ihm habe die Migration sehr viel ausgelöst, aber es sei ihm lange nicht bewusst gewesen. Herr B. fügt hinzu, dass er jetzt aufhören wolle, sich zu hinterfragen, das habe er bisher viel zuviel gemacht. Auf die noch ungelösten Fragen – etwa die Nähe zu seiner Mutter, die ambivalenten Gefühle gegenüber seinem Vater – will er nicht weiter eingehen.

Herr B. beendet die Therapie, was aus psychoanalytischer Sicht als verfrüht erscheinen mag. Einige Gegebenheiten der letzten Sitzungen hätten auch als Ausdruck von Widerstand verstanden werden können. Ich ziehe es aber vor, von einem Konzept auszugehen, das Psychotherapien mit Migranten von vornherein als Begleitung eines langfristigen – d.h. lebenslangen und zuweilen sogar generationenübergreifenden – Prozesses der Identitätsentwicklung versteht. Herr B. hat deutlich ausgedrückt, dass er sich nach der Therapie in Bezug auf die Bedeutung seiner Ursprungskultur, auf die Auswirkungen der radikalen Trennung von seiner kindlichen Umgebung und der Übersiedlung in eine fremde Kultur anders sieht als zuvor. Er hat also aufgrund seiner Lebenskrise Erfahrungen und Affekte, die zuvor abgespalten und verdrängt waren, integriert und solche, die auf seine Umwelt projiziert waren, internalisiert. Aber nicht alle Bedingungen und mitwirkenden Faktoren dieser Krise wollen in Frage gestellt und verändert werden. Es geht ihm gut und nichts zwingt ihn mehr, etwas so Grundlegendes wie seine engsten familiären Beziehungen umzugestalten.

aus: Peter Bründl / Jörg Rogge (Hrsg.): Kindheit jenseits von Trauma und Freiheit (2005), Brandes & Apsel

Karin Trübel

»Wir sehen die Dinge nicht so, wie sie sind. Wir sehen sie so, wie wir sind«

Migration und Eltern-Kleinkind-Psychotherapie

Einleitung

Die Eltern-Kleinkind-Psychotherapie ist ein noch junges Gebiet, in dem sich in den letzten Jahrzehnten, basierend auf neueren Erkenntnissen der Säuglingsforschung, eine ganze Reihe verschiedener Behandlungsansätze entwickelt haben. Nach wie vor sind die diagnostischen wie therapeutischen Überlegungen und Interventionen der einzelnen Ansätze heterogen und abhängig vom jeweiligen theoretischen Konzept. Vergleichende Psychotherapiestudien, beispielsweise zwischen psychoanalytisch orientierten Eltern-Kleinkind-Therapien und solchen, die auf videogestützter interaktiver Beratung basieren, zeigten eine ähnlich gute Wirksamkeit der beiden Verfahren. In jüngster Zeit rücken zunehmend Überlegungen in den Vordergrund, wann welche Herangehensweise indiziert erscheint.

Aus psychoanalytischer Sicht werden die Symptome eines Kleinkindes als Ausdruck von Störungen der Eltern-Kleinkind-Beziehung verstanden. Das interpersonelle Beziehungsgefüge ist hierbei eng mit den intrapsychischen Repräsentationen verwoben, die sich beim Kind gerade entwickeln, bei den Eltern von den jeweiligen Beziehungserfahrungen in ihrer Lebensgeschichte geprägt sind. Selma Fraiberg, die Vorreiterin der psychoanalytischen Eltern-Kleinkind-Psychotherapie, erfand hierfür den Begriff »Gespenster im Kinderzimmer« (»ghosts in the nursery«) und beschrieb damit sehr bildhaft die elterlichen Projektionen auf das Kind.

Die Geburt eines Kindes und der Eintritt in die Elternschaft sind verbunden mit einschneidenden Veränderungen im Beziehungsgefüge der gesamten Familie. Die Migrationserfahrung kann in diesem Zusammenhang einen ganz besonderen und zusätzlichen Belastungsfaktor darstellen. Jede Migrationssituation hat Aspekte, die an den Prozess des Geborenwerdens erinnern. Beispielsweise besteht in beiden Situationen das dringende Bedürfnis des Neuankömmlings nach Menschen, die ihn in Emp-

fang nehmen und seine grundlegenden (emotionalen) Bedürfnisse befriedigen (Cohen, 2004b). Mit der Migration und dem damit verbundenen Wechsel in einen anderen kulturellen Kontext kann es zu erheblichen Problemen der Kommunikation und Regulation zwischen »Altem« und »Neuem« kommen. Gerade am Übergang zum »Neuland« Elternschaft, konfrontiert mit den Umständen und dem Erlebnis der Geburt, am Übergang von der Zweier- in die Dreierbeziehung, in eine neue, unvertraute Rollenkonstellation, kann es zu einer wechselseitigen Durchdringung von Schwierigkeiten mit Migration und Elternschaft kommen.

Bei 37% der Familien, die sich im Jahr 2004 wegen einer Regulationsstörung, beispielsweise einer Schrei-, Fütter- oder Schlafstörung, in stationäre Behandlung auf die Eltern-Kleinkind-Einheit der Kinder- und Jugendlichenpsychosomatik des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching begaben, spielte Migration bei einem oder beiden Elternteilen oder der gesamten Familie eine Rolle. Wie und in welchem Maß Aspekte der Migration Einfluss haben können auf die Entwicklung der frühen Eltern-Kind-Beziehung, möchte ich anhand eines Fallbeispiels näher ausführen. Dazu ist anzumerken, dass die Aufenthaltsdauer der Familien auf der Station in der Regel zwischen vier und sechs Wochen beträgt; der Behandlungsansatz ist ein vorwiegend tiefenpsychologisch fundierter, der Behandlungschwerpunkt liegt meist auf der Symptomatik des Kindes und der aktuellen Interaktion zwischen Eltern und Kind. Daher bleibt oft Vieles aus der Familien- und Lebensgeschichte der Eltern unbekannt.

Der Aufenthalt von Familie S. dauerte nur drei Wochen, da die Eltern – bei aller Sorge um ihr Kind – doch immer wieder auf eine möglichst kurze Dauer des stationären Aufenthaltes drängten.

Falldarstellung

Lilly ist das erste Kind ihrer Eltern und kam Anfang Januar 2004 zur Welt. Schwangerschaft und Geburt waren unauffällig verlaufen, und sie wurde in der 39. Schwangerschaftswoche mit einem Geburtsgewicht von 3200 g geboren. Frau S. war bei Lillys Geburt 26, Herr. S. 35 Jahre alt. Beide Eltern stammen aus Vietnam. Frau S. sei die Älteste von vier Geschwistern und in Hanoi aufgewachsen, habe nach dem Schulabschluss eine Sprachenschule besucht und Englisch und Deutsch gelernt, da ein Onkel ihr und ihrer zwei Jahre jüngeren Schwester versprochen habe, sie

mit nach Deutschland zu nehmen. Der Onkel habe sie und Herrn S., den er von seiner Arbeitsstelle in Deutschland her gekannt und der eine Frau gesucht habe, bei dessen Vietnamurlaub miteinander bekannt gemacht. Frau S. sei dann vor drei Jahren nach Deutschland gekommen, habe zunächst in der Kantine der Universität, danach bei einem Schnellrestaurant bis zur Schwangerschaft gearbeitet.

Herr S. sei der Mittlere von drei Geschwistern und auf dem Land aufgewachsen. Er lebe bereits seit 1987 in Deutschland, davon die ersten beiden Jahre in der DDR, seit Ende 2000 in München. Seit 1994 arbeite er als Kellner, in diesem Beruf derzeit in zwei verschiedenen Restaurants, da das Geld ansonsten nicht reiche. Frau und Herr. S. sind seit 2002 verheiratet und leben mit Lilly in einer Ein-Zimmer-Wohnung (40 qm).

Lilly habe zunächst gut an der Brust der Mutter getrunken. Nach etwa vier Wochen habe Frau S. jedoch nicht mehr genug Milch gehabt, sodass sie auf Flaschenernährung mit einer gängigen Säuglingsanfangsnahrung umgestellt habe. Auch dies habe Lilly problemlos angenommen. Nach etwa sechs Wochen jedoch habe Lilly plötzlich ohne ersichtlichen Grund immer weniger getrunken. Zunächst hätten die Eltern mit einem Verlängern der Fütterdauer und einem Verkürzen der Trinkpausen reagiert. Dies wie auch eine vom Kinderarzt angeratene Nahrungskarenz von acht Stunden habe aber nicht die erhoffte Wirkung gezeigt, im Gegenteil, Lilly habe teilweise erbrochen, immer weniger zu sich genommen und das Trinken letztlich völlig verweigert. Der Kinderarzt habe Lilly dann Anfang April aus Sorge, sie könnte austrocknen, und unter der Verdachtsdiagnose einer Pylorushypertrophie (Einengung des Magenausgangs) in die Kinderklinik eingewiesen.

Lilly befand sich zusammen mit ihrer Mutter über vier Wochen in der Kinderklinik zur stationären Abklärung und Behandlung. Es seien etliche Untersuchungen erfolgt, bei denen sich jedoch keine organische Ursache für die Fütterproblematik gezeigt habe. Da sie weiterhin kaum getrunken habe, sei eine Magensonde zur Ernährung des Kindes gelegt worden. Wegen Verdachts auf Kuhmilchintoleranz habe Lilly nur noch hypoallergene Nahrung (Neocate) bekommen, was jedoch keine Besserung der Problematik bewirkt habe. Anfang Mai wurden Lilly und ihre Mutter dann auf die Eltern-Kind-Einheit der Kinder- und Jugendlichenpsychosomatik im Städtischen Krankenhaus München-Harlaching unter dem Verdacht auf eine psychosomatisch-interaktionelle Genese der Fütterstörung verlegt.

Die telefonische Rückmeldung des Stationsarztes der Kinderklinik, von wo Lilly mit ihrer Mutter zu uns verlegt worden war, lautete folgendermaßen: Lilly trinke in kleinen Portionen von 20 bis 30 ml, einmalig habe sie 90 ml selbstständig zu sich genommen. Erbrochen habe sie während des stationären Aufenthaltes nicht. Die Einschätzung der behandelnden sowie konsiliarisch hinzugezogenen ÄrztInnen und TherapeutInnen bezüglich der Genese der Fütterstörung sei widersprüchlich. Einerseits hätten die vielfältigen Untersuchungen keinen eindeutigen Hinweis auf eine organische Ursache erbracht. Die hinzugezogene Neurologin habe Lilly vom gesamten Muskeltonus leicht hypoton gefunden, das Ausmaß sei jedoch gering und liege noch im physiologischen Bereich; das Saugen erscheine unauffällig. Die Physiotherapeutin und die Logopädin hätten hingegen den Eindruck gehabt, Lilly könne nicht richtig saugen. Da die Mutter schlecht Deutsch spreche und der Vater häufig nicht da sei, sei es schwierig gewesen, die widersprüchlichen Befunde zu vermitteln. Das Personal der Station habe die Eltern als freundlich bis unterwürfig, im Umgang mit ihrem Kind als unsicher und übervorsichtig erlebt. Sie seien ständig mit Lilly beschäftigt, böten ihr »rund um die Uhr« die Flasche an, und es sei schwierig gewesen, die Eltern auch mal von ihrem Kind »wegzubekommen«. Die Familie habe während des stationären Aufenthaltes keinen Besuch bekommen, wenig Kontakt zu MitpatientInnen aufgenommen, wirke insgesamt isoliert.

Beim Aufnahmegespräch auf der Eltern-Kind-Einheit schien Frau S. sehr schüchtern und zurückhaltend. Sie sprach kaum, schaute bei Ansprache ihren Mann an, beschäftigte sich mit Lilly, wirkte aber, als versuche sie, dem Gespräch konzentriert zu folgen. Herr S. übernahm sofort das Gespräch. Er schilderte die Situation vor Aufnahme in die Kinderklinik: Lillys abnehmendes Trinken habe ihm und seiner Frau große Angst gemacht, da sie noch so klein und ihr erstes Kind sei. Herr S. sei wenig zuhause, da er zwei verschiedenen Jobs nachgehe, um ausreichend Geld zu verdienen. Sie hätten zwar vietnamesische Bekannte hier in München, aber ihrer beider Familien lebten in Vietnam und das Telefonieren dorthin sei teuer. Seine Frau verbringe die meiste Zeit des Tages allein zuhause mit dem Kind, da sie nur schlecht Deutsch spreche. Als Lilly angefangen habe, weniger zu trinken, hätten die Eltern ihr immer häufiger die Flasche angeboten, kaum noch Pausen gemacht und auch versucht, Lilly im Schlaf zu füttern. Das Ergebnis sei letztlich gewesen, dass Lilly das Trinken völlig verweigert habe, die Flasche mit den Händen weg- und den

Sauger mit der Zunge herausgeschoben habe, wenn sie ihr trotz abwehrender Signale die Flasche in den Mund gesteckt hatten.

In der Kinderklinik hätten sie sich wenig verstanden und respektiert gefühlt. Es sei tags wie nachts sehr laut gewesen, die Schwestern hätten wenig Zeit und Geduld gehabt. Wenn Frau S. etwas gefragt oder um etwas gebeten habe, sei sie oft falsch verstanden worden, und man habe sich nicht die Mühe gemacht herauszufinden, was sie wirklich hatte sagen wollen.

Auf die Frage, was ihrer Meinung nach das Wenigertrinken bei Lilly ausgelöst haben könnte, äußerte Herr S. die Vermutung des niedergelassenen Kinderarztes: vielleicht ein leichter Infekt, der Lilly beeinträchtigt habe. Schnupfen, Husten oder erhöhte Temperatur hätten sie nicht bemerkt, nur das mehrfache Erbrechen.

Auf die Frage, was ihrer Einschätzung nach helfen könnte und womit in der Behandlung begonnen werden sollte, wurden beide Eltern ganz aufgeregt und versicherten mehrfach: »Wir machen alles, was Sie sagen! Wir wissen nichts, das ist erstes Kind! Was Sie sagen, werden wir machen!« Am Ende des Gesprächs hatte ich das Gefühl, dass Frau und Herr S. aufgrund ihrer Vorerfahrungen dieser Station und dem Personal – also auch mir – gegenüber verständlicherweise Vorbehalte hatten, ob ihrer Hilflosigkeit und der vorherigen erfolglosen Behandlung aber auch große Hoffnungen in die jetzige Behandlung setzten. Auf meinen Versuch, gemeinsam die ersten Behandlungsschritte zu erarbeiten, reagierten die Eltern mit dem Abgeben jeglicher Kompetenz und Verantwortung an mich. Ich fühlte mich einerseits gefordert, andererseits befremdet und verunsichert: Die Reaktion der Eltern erschien mir zunächst nicht ganz verständlich.

Ich schlug dann eine Videoaufnahme der Füttersituation vor, der die Eltern bereitwillig zustimmten und die ich bei einer der nächsten Mahlzeiten machte. Lilly wie auch ihre Eltern wirkten dabei sehr angespannt. Lilly zeigte bei Annäherung der Flasche schnell abwehrende Signale, schob die Flasche mit den Händen weg, presste die Lippen aufeinander, drehte den Kopf weg. Frau S. wurde daraufhin immer hektischer, steckte Lilly in zunehmend schnellem Wechsel mal die Flasche, dann wieder den Schnuller in den Mund, schaukelte sie zwischendurch und sang angestrengt. Herr S. kam nach einigen Minuten dazu und begann, »den Clown zu machen«, was, wie die Eltern mir später berichteten, in den letzten Wochen ihre Strategie gewesen sei in dem Bemühen, Lilly zu eigenem

Trinken zu animieren: Er hüpfte auf und ab, gestikulierte wild mit Spielsachen vor Lillys Gesicht, wechselte stimmlich zwischen Lachen, Singen und verschiedenen Lauten, um Lilly abzulenken, während Frau S. bemüht war, ihr die Flasche in den Mund zu schieben. Lilly wirkte dabei stark irritiert und überfordert, ging aus dem Kontakt, wurde motorisch wie mimisch völlig passiv und schlief schließlich schnell ein, als die Mutter ihr über die Sonde Nahrung zuführte.

In den ersten Tagen auf der Eltern-Kind-Station erschien Lilly entspannt, ausgeglichen, im Kontakt freundlich und zugewandt, von ruhigem Temperament, mit guter Regulationsfähigkeit. Die Magensonde in ihrem linken Nasenloch schien Lilly weitgehend zu ignorieren. Sie nahm intensiven Blickkontakt mit ihrem Gegenüber auf und war sehr interessiert an ihrer Umwelt. Kurze Trennungen von der Mutter tolerierte Lilly altersentsprechend schlecht, ließ sich nach Rückkehr zur Mutter von dieser aber schnell wieder beruhigen. Übergänge von einer Situation zur anderen gelangen Lilly am Körper der Mutter gut. Frau S. vermied Trennungen von Lilly; waren diese doch einmal erforderlich, ging sie schnell und ohne sich von Lilly zu verabschieden.

Nachdem das gemeinsame Erarbeiten eines Behandlungsplans nicht möglich erschien, machte ich den Eltern Vorschläge für das weitere Vorgehen. Frau und Herr S. stimmten sofort zu, Herr S. schaute zwischendurch recht kritisch; darauf angesprochen bestritt er jedoch, Zweifel zu haben. Die ersten Behandlungsschritte orientierten sich zunächst an der Problematik des Kindes, und es wurden verschiedene Fütterabsprachen mit den Eltern getroffen: Sie wurden angeleitet, auf jegliche Form von Druck und Zwang in der Füttersituation zu verzichten und sich ausschließlich an den kindlichen Signalen zu orientieren, die ich anhand des Videos deutlich zu machen versuchte. Auch sollte eine klare Trennung zwischen Fütter- und Spielinteraktion erfolgen. Durch eine Reduktion der sondierten Nahrungsmenge wurde versucht, Lilly ein Erleben von Hunger als körpereigenes Signal zu ermöglichen und dieses als Motivation zu selbstständigem Essen zu erfahren. Es wurden Fütterzeiten und –pausen besprochen und vereinbart. Die Babynahrung wurde wieder umgestellt auf die »alte«, vertraute, da die nachgelieferten Befunde aus der Kinderklinik eine Kuhmilchintoleranz nicht bestätigt hatten.

Frau S. zeigte sich zu Beginn auf der Station sehr freundlich, aber verschlossen, verbrachte die meiste Zeit mit Lilly auf dem Zimmer und mied die Mitpatientinnen. Den Gruppenveranstaltungen wollte sie mit dem

Hinweis fernbleiben, dass sie ja doch nur wenig verstehe und nichts beitragen könne (was dann keineswegs so war). Wenn jedoch ein Mitglied des pflegepädagogischen Teams sie in ihrem Zimmer aufsuchte, schien sie sich zu freuen und war sehr gesprächig. Sie betonte immer wieder, dass sie alles gemäß unseren Vorschlägen mache. Andererseits holte sie nicht, wie besprochen, ein Mitglied des pflegepädagogischen Teams als Unterstützung zu den Füttersituationen dazu; und obwohl sie den Sondierungsplan befolgte, bedrängte sie Lilly zwischendurch immer wieder mit der Flasche und hielt sich nicht an die vereinbarten Pausen.

Frau S. hatte anfangs einen eher funktional geprägten Umgang mit Lilly: In ihrer Sorge konzentrierte sie sich ganz auf das Trinken bzw. Nicht-Trinken des Kindes; andere Interaktionen, wie zum Beispiel spielerische, schienen nicht möglich oder in den Hintergrund geraten zu sein. Bei seinen Besuchen am Abend übernahm Herr S. das Füttern des Kindes. Er schien noch weniger in der Lage zu sein, sich auf die Signale seines Kindes einzustellen, insbesondere Lillys »Nein« zu respektieren, reagierte dann hektisch und intrusiv. Das scheinbar »heimliche« Unterlaufen der Absprachen und das Festhalten an einem Bedrängen des Kindes mit der Flasche machten das Team wie auch mich ärgerlich, rat- und hilflos. Von der speziell für sie zuständigen Bezugsschwester darauf angesprochen, beteuerten die Eltern erneut, dass sie alles so machten, wie man es ihnen gesagt habe. Die scheinbar begrenzte Mitarbeit der Eltern warf die Frage auf, warum sie – wenn sie doch offensichtlich nicht von dem vorgeschlagenen Vorgehen überzeugt waren – sich nicht mitteilten bzw. beschwerten. Ein erneutes Ansprechen der Schwierigkeiten schien mir nicht geeignet, zu einer Klärung beizutragen, da nicht einmal die Bezugsschwester – trotz ihres mittlerweile recht guten Kontaktes zu Frau S. – damit erfolgreich gewesen war.

Am selben Tag stellte ich die PatientInnen der Station in der Mittagsbesprechung der pädiatrischen Abteilung vor und berichtete auch von den Schwierigkeiten mit Familie S. Einer der Oberärzte fühlte sich von der Problematik sehr angesprochen und berichtete von mehreren ähnlichen Erfahrungen mit asiatischen Familien sowie von einem Buch, das für ihn sehr erhellend gewesen sei, da es ihm deutlich gemacht habe, wie wesentlich es sei, den gesamten Familienclan und die Vorstellungen der Familie bezüglich Krankheit und Gesundheit miteinzubeziehen. Einerseits war ich erleichtert ob seines Verständnisses und Sich-Einfühlens in meine Situation, andererseits beschämt, da mir diese Zusammenhänge bekannt

und Teil meiner täglichen Arbeit waren. Was hatte mich bisher davon abgehalten, mich auf dieses Thema mit den Eltern einzulassen? Zunächst hatte ich keine Antwort darauf. Die Tatsache aber, dass ich auf Verständnis und Unterstützung in der benachbarten, »fremden« Abteilung gestoßen war und dass ich das Gefühl hatte, eine Idee bekommen zu haben, wie es weitergehen könnte, erleichterten mich sehr. Ich freute mich schon auf den nächsten Termin mit Familie S. und war gespannt, was passieren würde.

Im nächsten Elterngespräch bot sich die Gelegenheit, nach den Vorstellungen von Frau und Herrn S. und der Meinung ihrer Familien in Vietnam bezüglich Lillys Erkrankung zu fragen. Beide wirkten zunächst peinlich berührt, sahen sich fragend an, Frau S. kicherte. Dann jedoch begann Herr S. zu erzählen: Beide Elternteile seien Anhänger einer speziellen buddhistischen Glaubensrichtung. Ihr Kalender richte sich nach dem Mond. Die älteren Frauen in ihrer Familie hätten ihnen gesagt, dass Kinder wie Lilly, die Mitte des Monats bzw. um Vollmond geboren seien, schlecht gediehen und empfänglich für Krankheiten, aber auch sensibel und klug seien. Die Mutter von Frau S. bringe täglich Opfergaben zur Pagode, um die Götter milde zu stimmen, damit Lilly besser trinke. Beide Eltern freuten sich sichtlich über mein Interesse, mühten sich und gestikulierten. Frau S. strahlte mich an und erzählte mir dann »von Frau zu Frau«, dass ihr Mann »vom Land« sei, nur den Hauptschulabschluss habe und früh angefangen habe zu arbeiten. Sie sei in Hanoi aufgewachsen, habe nach dem Schulabschluss eine Sprachenschule besucht, die sie wegen der Heirat bzw. dem Umzug nach Deutschland abgebrochen habe. In Vietnam gebe es viel Armut und Hunger, das sei schlimm. Bevor sie nach Deutschland gekommen sei, habe sie noch nie Schnee gesehen. Weil es am Tag von Lillys Geburt angefangen habe zu schneien, habe sie im Vietnamesischen den Namen »glitzernde Schneeflocke« bekommen. Schnee sei für Frau S. etwas völlig Unvertrautes gewesen, dem sie zum ersten Mal hier in Deutschland begegnet sei. Lilly heiße außerdem noch »kleine Krabbe«.

Ab diesem Zeitpunkt war auch die »vietnamesische Welt« der Familie auf der Station und in den zwischenmenschlichen Kontakten gegenwärtig. Gerade die verschiedenen Namen von Lilly wurden zu gemeinsamen Symbolen. Das gesamte Team war sehr berührt davon; alle fanden, dass die vietnamesischen Namen ganz besonders gut zu Lilly passten, und so wurde sie auch gerne so genannt, was beide Eltern sehr freute. Frau S.'

Vertrauen in die »Gutartigkeit« der auf der Station Tätigen und in die therapeutische Beziehung wuchs, und es gelang ihr mehr und mehr, einen Teil der Angst um Lilly abzugeben und einen Teil der therapeutischen Vorschläge im Umgang mit Lilly anzunehmen. Beispielsweise verzichtete sie bald auf jegliche Form von Druck, zeigte zunehmend mehr mütterliche Kompetenz und Feinfühligkeit und begann, mit ihrem Mann zu streiten, wenn dieser wieder mit Zwang versuchte zu füttern. In den Elterngesprächen konnte Frau S. jetzt auch äußern (was sie zu Beginn von sich gewiesen hatte), wie sehr ihr ihre Mutter und sonstige weibliche familiäre Unterstützung fehle und dass sie in der Tat zu Beginn der Fütterprobleme aufgrund ihrer großen Verunsicherung, ihrer Angst um Lilly und ihrer Angst, keine gute Mutter zu sein, sehr bald angefangen habe, Lilly alle zehn Minuten zu füttern. Auch deuteten sich Konflikte in der Partnerschaft und Schwierigkeiten mit der Lebenssituation in Deutschland an, auf die Frau S. jedoch nicht näher eingehen wollte, sondern lieber zu einem Gespräch über Lilly zurückkehrte.

Lilly verlor mit der zunehmend feinfühligen und geduldigen Begleitung und Unterstützung ihrer Eltern, insbesondere der Mutter, ihre Angst vor der Flasche, begann zu trinken und steigerte ihre tägliche Trinkmenge zügig, sodass zum Ende der 2. Woche des stationären Aufenthaltes die Magensonde gezogen werden konnte. Frau S. gewann langsam Vertrauen in die selbstregulatorischen Fähigkeiten ihres Kindes und – mit zunehmend gelingender Beziehung und Interaktion zwischen Lilly und ihr – auch das Vertrauen in ihre mütterlichen Fähigkeiten zurück. Es gelang ihr auch in sonstigen Alltagssituationen, angemessener mit Lilly umzugehen; besonders beeindruckend aber war ihr nun intensives Spielen mit dem Kind. Bei »Abweichungen« wurde jedoch deutlich, dass Frau S. tiefgreifend verunsichert und leicht »aus der Bahn zu werfen« war. Beispielsweise trank Lilly einmal einen ganzen Vormittag aus unerfindlichen Gründen kaum, woraufhin Frau S. sofort wieder in große Unruhe, Anspannung und Angst geriet. Die vorher gemachten Erfahrungen schienen wie weggeblasen, und Frau S. zweifelte wieder zutiefst an sich, dass sie »es nicht gut genug« für Lilly machen könnte.

Zur letzten Videoaufnahme erschien Frau S. mit einem großen Kopfkissen und teilte mir mit, dass sie Lilly auf dem Kissen liegend auf dem Boden füttern werde, das sei gut. Sie arrangierte das Kopfkissen, legte Lilly darauf und setzte sich entspannt daneben. Mutter wie Kind wirkten dabei ganz gelassen, ausgeglichen und zufrieden miteinander. Frau S.

sang Lilly leise etwas vor, während diese zügig trank.

Im Abschlussgespräch sagte Frau S., dass in ihrem Land alles, was eine Ärztin oder ein Arzt sagten, richtig sei, und dass man dies befolgen müsse. Ich antwortete ihr lachend, dass Ärzte auch nur Menschen seien, ich sei ja auch eine Ärztin und wüsste manches, vieles aber auch nicht, das hätte sie ja mit mir erlebt. Sie schaute mich lange mit großen, halb lachenden, halb entsetzten Augen an und rief dann aus: »Neiiin, du bist Ärztin, was du sagen, ich machen!«

Lilly und ihre Mutter wurden nach drei Wochen nach Hause entlassen. Lilly hatte das unter der Sondierungsreduktion verlorene Gewicht wieder aufgeholt und trank zügig, mit Freude und Appetit. Frau S. schrieb zum Abschied ins Stationsbuch:

»Meine Tochter ist Lilly S. Geboren am x.01.2004. Sie hat schon über 4 Monaten. Vorher trinkt sie sehr gut. Ab 3 Monat macht sie einfach nicht mehr. Wir haben schon in Kinderklinik ein Monat bleiben. Aber noch nicht lösen. Wir kommen hier schon 3 Wochen. Aber gibt es nur über 1 Wochen, meine Tochter hat schon wieder trinken. Das macht ich sehr froh. Ich denke, dass sie viele Erfahrungen haben und gute Ideal für meine Tochter haben. Ich möchte sagen, ich danke ihnen für ihre Hilfe!«

Um den Eltern auch im ambulanten Rahmen die Möglichkeit der Rücksprache und Rückversicherung zu bieten, wurden anfangs tägliche Besuche durch eine ambulante Kinderkrankenschwester in die Wege geleitet. Bei einem Nachgesprächstermin waren die Eltern erneut in Sorge, da Lilly wieder weniger trank, woraufhin sie wieder häufiger fütterten. Jetzt war es möglich, auf die während des stationären Aufenthaltes getroffenen Absprachen und die guten Erfahrungen damit zurückzugreifen. In der darauffolgenden Woche telefonierten wir täglich. Nach einigen Tagen zeigte sich, dass Lilly zwischenzeitlich einen Zahn bekommen hatte, unter dem abgesprochenen Vorgehen wieder eine annähernd altersentsprechende Tagesmenge zu sich nahm und auch an Gewicht zugenommen hatte.

Die ambulante Kinderkrankenschwester gab drei Monate später telefonisch die Rückmeldung, dass Lilly mittlerweile gut trinke, die Umstellung auf Löffelfütterung jedoch nicht gelungen sei. Die Mutter arbeite wieder, Lilly sei in dieser Zeit bei Verwandten. Die Besuche bei der Familie hätten sich zunehmend schwierig gestaltet; zuletzt habe der Vater sie an der Tür abgewiesen und ihr mitgeteilt, dass sie sie nicht mehr bräuchten, da alles in Ordnung sei.

Ein knappes Jahr nach der stationären Behandlung rief ich bei Familie S. an und lud sie zu einem Nachgespräch ein. Herr S. war am Telefon, schien sich über meinen Anruf zu freuen und entschuldigte sich für sein Zuhausesein: Er sei krank und diese Woche krankgeschrieben. Bezüglich der Einladung beriet er sich schnell mit seiner Frau und sagte dann für die darauffolgende Woche zu. Lilly und ihre Eltern erschienen pünktlich zum vereinbarten Termin. Alle drei wirkten deutlich mehr wie eine Familie, waren schick gekleidet und gaben als Erstes eine Tüte mit vietnamesischem Reiswein und einem italienischen Kuchen als Geschenke im Stationszimmer ab. Lilly begann gerade zu laufen, und nach einer kurzen Phase des Vertrautwerdens mit der Situation, dem Raum und mir, begann sie, das Zimmer, vor allem aber das Regal mit den Spielsachen, zu explorieren und auszuräumen. Nach anfänglicher Begleitung durch die Mutter beschäftigte sie sich schon nach kurzer Zeit konzentriert alleine. Herr S. übernahm wie vor einem Jahr wieder das Gespräch, wirkte jetzt jedoch nicht dominierend, sondern als sei es so abgesprochen oder üblich, dass er rede und seine Frau sich zurückhalte. Er erzählte, Lilly sei seit einem halben Jahr am Vormittag in einer Kinderkrippe; seine Frau arbeite täglich drei Stunden über Mittag in der Kantine eines großen Betriebes. In den ersten Tagen habe Lilly geweint, sich dann jedoch schnell an die täglichen Trennungen gewöhnt und eine intensive Beziehung zu einer Erzieherin in der Krippe aufgenommen, die selbst gerade ein Kind in Lillys Alter habe. Lilly esse und gedeihe ausreichend. Ihre Portionen seien zwar nach wie vor nicht von der Größe, wie die Eltern es sich wünschen würden, aber sie wüssten mittlerweile, dass Lilly sehr genau wisse, wann sie nichts mehr wolle. Die Kinderärztin sei zufrieden mit Lillys Wachstum und Gedeihen und finde, dass sie ein sehr aufgewecktes Kind sei. Die Umstellung auf Löffelfütterung im letzten Sommer sei ohne Probleme verlaufen. Sie hätten überlegt, diesen Sommer nach Vietnam zu fahren und ihre Familien zu besuchen, die Reise jetzt allerdings auf nächstes Jahr verschoben. Die Kinderärztin habe davon abgeraten: Lilly sei noch etwas zu klein und zart dafür. Frau S. schaute dabei traurig zur Seite, sagte jedoch nichts.

Ich erzählte den Eltern, dass nach wie vor auf Station öfter die Rede von ihnen sei, da die Begegnung mit ihnen, ihre Geschichte und das gemeinsame Arbeiten viele Herzen berührt und bewegt habe. Nun sei es mein Anliegen, Kolleginnen und Kollegen davon zu berichten, und ob sie einverstanden seien, wenn ich noch einiges aus ihrer Lebensgeschichte

erfragte, wozu wir während des stationären Aufenthaltes wegen der großen Sorge um Lilly, die damals im Vordergrund gestanden habe, nicht gekommen seien? Frau und Herr S. bejahten: Auch sie sprächen oft von der Zeit auf der Station, wo sie sich aufgenommen gefühlt hätten, und ich könne gerne fragen, wenn dies hilfreich für andere sein könnte, die diese Arbeit tun.

Ich fragte zunächst nach dem Grund des Weggangs aus Vietnam. Herr S. berichtete, dass er in seinem Heimatort keine Ausbildungsstelle gefunden habe. Der Staat habe zu dieser Zeit angeboten, Arbeiter für maximal fünf Jahre zum Arbeiten in die DDR zu schicken, was er attraktiv gefunden habe. Es sei seinem Interesse entgegengekommen, ein anderes Land kennen zu lernen, und ihm seien fünf Jahre als ein angemessener Zeitraum für einen solchen Versuch erschienen. Mit 20 Jahren habe er die Möglichkeit dann genutzt und sei mit ca. hundert anderen jungen Vietnamesen in eine Fabrik im Thüringer Wald gekommen. Sie seien freundlich aufgenommen worden und es sei eine schöne Zeit gewesen: Alle hätten sie in einer gemeinsamen Unterkunft gelebt, es habe viel Verbundenheit und Freundschaft gegeben. Nach dem Mauerfall seien die meisten seiner Kollegen und Freunde in die Heimat zurückgekehrt. Er habe sich entschieden zu bleiben, da er habe sehen wollen, wie ein Leben ohne Kommunismus sei, und er habe davon geträumt, sich selbstständig zu machen, was nun in den Bereich des Möglichen zu rücken schien. 1992 habe er es gewagt und sich im Textilgeschäft selbständig gemacht, was jedoch gescheitert sei. Es schien Herrn S. unangenehm, näher darauf einzugehen, und er wechselte das Thema. Nach dem Mauerfall habe er plötzlich viel Fremdenfeindlichkeit in Ostdeutschland erlebt, was ihn nach seinen anfänglich guten Erfahrungen sehr überraschte und was er bis heute nicht verstanden habe. Seine beiden Eltern arbeiteten bei der Post. In seiner Kindheit hätten sie von ihrer Arbeitsstelle Bons für zusätzliche Nahrungsmittel bekommen. Das Essen habe immer gereicht, und er habe keinen Hunger leiden müssen. Seine Eltern hätten den Krieg mit den Amerikanern miterlebt. Hier brach er ab und wechselte wieder das Thema.

Frau S. erzählte, dass ihr Vater und ihr Bruder in einer Elektrofabrik arbeiten, und ihre Mutter einen Kiosk für Papier habe, das man bei Brandopfergaben verwende. Frau S.' karge Schilderung hinterließ bei mir den Eindruck, dass sie aus einer sehr armen Familie stammt. Sie habe schon als kleines Kind von ihrem Onkel erzählt bekommen, wie schön es

in Deutschland sei, dass man hier Arbeit und Geld habe, glücklich sei. Mit dieser Vorstellung sei sie aufgewachsen. Andere Mädchen hätten davon geträumt, einmal Prinzessin zu werden, sie hingegen, eines Tages nach Deutschland zu gehen. Auf die Frage, wie sie Deutschland und die Deutschen bei ihrer Ankunft hier erlebt habe, wirkte sie zunächst hin und her gerissen, nickte aber freundlich: »Gut.« Als ich formulierte, ich könne mir vorstellen, dass es schon sehr anders als in ihren Träumen gewesen sein könnte, zögerte sie, nickte, ja, sie sei schon überrascht gewesen über die Unfreundlichkeit der Menschen.

Auf die Frage, wie es ihre Familien in Vietnam empfinden, dass Familie S. in Deutschland lebt, und ob sie ihre Ursprungsfamilien vermissen, nickten beide. Frau S. wandte sich ab, als dürfe sie nicht zeigen, dass es ihr etwas ausmacht. Ihre Familien überließen es ihnen, wo sie leben wollen, sie drängten nicht darauf, dass sie wieder nach Hause kommen. Sie selbst wollten aber früher oder später wieder zurück nach Vietnam, um mit der Familie zusammen zu sein (Herr S. sprach in diesem Moment von seiner Familie). Herrn S.' Mutter habe ihn einmal hier besucht. Sie habe Deutschland »langweilig« gefunden: Sie habe die offenen Türen vermisst. In Vietnam sei es so, dass jeder seine Haustür offen lasse, wenn er zuhause sei. Man besuche sich gerne und häufig in der Nachbarschaft, es herrsche ein reger Austausch. In Deutschland sei das ganz anders, jeder verschließe sofort seine Tür hinter sich. Auch haben so wenige Deutsche Kinder, das könne er gar nicht verstehen, man sei doch erst eine richtige Familie, wenn man Kinder habe. Sie hätten wenige deutsche Bekannte; mit ihren Nachbarn pflegten sie einen freundlichen Umgang und grüßten sich höflich, wenn sie sich auf dem Flur begegneten. In ihrer freien Zeit seien sie meist mit Familienangehörigen (eine Tante und ein Onkel von Frau S. leben in München) oder vietnamesischen Bekannten zusammen.

Auch zu einer erneuten Videoaufnahme waren Frau und Herr S. gerne bereit. Da Lilly erst eine Stunde zuvor eine Portion Reis mit Gemüse gegessen hatte und wahrscheinlich noch satt war, einigten wir uns auf die Aufzeichnung einer Spielinteraktion. Zunächst spielten Lilly und ihre Eltern ganz entspannt auf der Matte am Boden mit den Holzbauklötzen, Puppenmöbeln, Plastiktieren und -figuren aus der Kiste, die ich ihnen gegeben hatte. Nach ca. zehn Minuten verlor Lilly das Interesse und begann den Raum zu explorieren. Die Mutter ließ sie gewähren, der Vater holte sie zurück auf die Spielmatte und versuchte, sie wieder zum Spiel mit den Spielsachen zu bewegen. Lilly war aber fest entschlossen und krabbelte

erneut los, sodass sich die beschriebene Szene mehrfach wiederholte, bis Lilly anfing zu weinen, sich im Arm des Vaters zu winden und aufzubäumen. Sie beruhigte sich schnell, als sie ein neues Spiel entdeckte: Nun wandte Lilly sich der leeren Kiste zu und krabbelte hinein. Beide Eltern schauten ihr irritiert und etwas ratlos zu; Herr S. wirkte verunsichert, ließ sie aber gewähren.

Diskussion

Wie der überwiegende Teil der Menschen stammen Frau und Herr S. aus einer kollektivistischen Kultur, in der das Interesse der Gruppe dem Interesse des Individuums übergeordnet ist. Durch ihre Migration nach Deutschland sind sie mit einer Gesellschaft konfrontiert, die die Identität und Individualität des Einzelnen betont.

Herr S. hat eigentlich eine doppelte Migrationserfahrung gemacht: Zunächst seine Auswanderung von Vietnam in die DDR und dann 1989, nach dem Mauerfall, den Wechsel vom Kommunismus zur Demokratie. Beide Entscheidungen beschreibt er als die seinen, motiviert von Neugier und dem Wunsch nach Erweiterung der persönlichen Erfahrung und der beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten. Seine Strategie, mit kritischen Situationen umzugehen, scheint die der größtmöglichen Anpassung bis hin zur Unterwerfung zu sein – möglicherweise eine in der eigenen Familie gelernte und erlebte Strategie, die den Eltern eine Position als Postbeamte und damit eine gesicherte Versorgung der Familie im kommunistischen Regime Vietnams ermöglicht hatte. Als Herr S. beispielsweise nach seinen Vorstellungen bezüglich der Erkrankung seiner Tochter gefragt wird, gibt er zunächst schablonenhaft die des Kinderarztes wieder, der »westlichen Autorität«, an die er sich vollkommen anpasst. Mit Zwang und übermäßiger Aktivität versucht er, Lilly zu dem von ihm gewünschten Verhalten zu bringen. Nach und nach verzichten seine Frau und dann auch er auf Druck und Zwang, was entscheidend dazu beiträgt, dass das Füttern durch die Eltern gelingt. Dies scheint er jedoch nicht auf weitere Interaktionen ausgedehnt zu haben: Bei der Videoaufnahme nach einem Jahr nimmt er den Vorschlag, gemeinsam zu spielen, so ernst und wichtig, dass er Lillys Signale und Wünsche seinem Bestreben unterordnet, den von mir »erteilten« Auftrag möglichst gut zu erfüllen. Immer wieder versucht er, sie dazu zu bringen, von ihren eigenen Interessen und

Bedürfnissen abzulassen und gemeinsam mit Mutter und Vater mit den von mir ausgehändigten Spielsachen zu spielen. Möglicherweise sind es Schuldgefühle seiner Familie gegenüber, die ihn dazu veranlassen, seine Tochter weiterhin zu drängen, auf ihre eigenen Impulse und Strebungen zu verzichten – als Wiedergutmachung für seine eigene Distanzierung von den Werten seiner Familie, deren Tradition und Kultur. Mit dem Aufbruch in ein fremdes Land und mit seiner Entscheidung gegen die Rückkehr in die kommunistische Heimat nach dem Zusammenbruch der DDR entscheidet er sich dafür, sich »selbständig zu machen«. Lilly ihrerseits gelingt ein kreativer Kompromiss: das Spiel mit der Spielzeugkiste, womit sie sich einen »Container« wählt, der ihrem Bedürfnis nach Halt zu entsprechen scheint und noch zum »erlaubten Spielraum« gehört. Diese Mehrdeutigkeit scheint Herrn S. so zu irritieren, dass er nun nicht mehr weiß, ob dies dem Auftrag noch entspricht oder nicht.

Wie Lillys Mutter die Migration und die damit verbundenen Erfahrungen erlebt hat, kann ich in weiten Teilen nur phantasieren oder spekulieren. Frau S. scheint aus einer armen Familie zu kommen; möglicherweise kennt sie selbst Hunger, zumindest ist sie diejenige, die Armut und Hunger in Vietnam anspricht. Auch stützt ihr bisheriger Lebenstraum diese Annahme: Andere Mädchen wären gerne Prinzessin geworden, sie sehnte sich nach dem Land, in dem es laut den Erzählungen ihres Onkels keine Sorgen gibt und wo Milch und Honig fließen. Es wäre vor diesem Hintergrund vorstellbar, dass ihre Ankunft in Deutschland ein Schock war. Wie Frau S. bzw. ihr Mann die Situation in ihrer Zeit in der Kinderklinik beschreiben, könnte eine Art Deckerinnerung sein, stellvertretend für die traumatischen Erfahrungen bei ihrer Ankunft in Deutschland. Naheliegend wäre, dass es Frau S. – gerade weil ihre Hoffnungen und Erwartungen und damit vielleicht auch ihre Enttäuschung so groß waren – nicht möglich war, den traumatischen Verlust von Familie und Heimat zu betrauern. Trennung scheint auf dem Hintergrund der noch labilen Eltern-Kind-Beziehung, der Migrationserfahrung und der damit verbundenen unverarbeiteten Verluste sehr schwierig für beide Eltern, insbesondere aber für Frau S., zu sein. Dies deutet sich in der telefonischen Rückmeldung des Stationsarztes der Kinderklinik an, dass die Eltern während des stationären Aufenthaltes nicht von ihrem Kind »wegzubekommen« gewesen seien. Auch reagiert Frau S. auf kurze Trennungen von Lilly wie eine Traumatisierte: Es ist ihr nicht möglich, die Situation zu gestalten, sich von ihrem Kind für den bevorstehenden Zeitraum zu verabschieden, son-

dern es gelingt ihr nur, indem sie sich abrupt losreißt.

Die kulturelle Entwurzelung und Fremdheit scheinen bei beiden Elternteilen eine Anpassungsstörung bedingt zu haben, im Rahmen derer der Vater mit intensiven Versuchen der Anpassung durch Unterordnung bis Unterwerfung sowie mit Überaktivität, die Mutter potentiell depressiv mit Minderwertigkeitsgefühlen und Rückzug reagiert.

Immer wieder hatte ich den Eindruck, das An- und Aussprechen von seelischen Vorgängen oder gar Schwierigkeiten sei für Frau und Herrn S. unvertraut, beschämend, teilweise auch bedrohlich. Beispielsweise verneint Frau S. zu Beginn der Behandlung vehement einen möglichen Zusammenhang zwischen ihrer Angst um Lilly und ihren zunehmend bedrängenden Versuchen, sie zu füttern; zum Ende der Behandlung hin bestätigt sie es jedoch. Die in Zusammenhang mit der Migration erfahrene Zurückweisung, Feindseligkeit, Ablehnung und die damit verbundenen Gefühle sind besonders für Frau S. peinlich – möglicherweise auch mir gegenüber, die ich ja ebenfalls Deutsche bin und damit in ihren Befürchtungen potentiell von gleicher Natur.

Im Nachhinein kann ich mir gut vorstellen, dass sich Frau und Herr S. durch meine Strategie, mich im Kontakt auf einen zunächst sachbezogenen Umgang mit ihnen zurückzuziehen (Sondierungsmenge reduzieren, Fütterzeiten vereinbaren, Fütterdauer begrenzen etc.), vor den Kopf gestoßen fühlten. Ein vietnamesisches Sprichwort sagt: »Umwege verbessern die Ortskenntnis.« Bezogen auf zwischenmenschliche Beziehungen verstehe ich diesen Satz so, dass durch das indirekte und scheinbar weniger sachbezogene, weniger zielorientierte Kommunizieren miteinander Gelegenheit und Raum entsteht, sich gegenseitig vertraut zu machen. Der Schwerpunkt dieser zurückhaltenden und indirekten Art der Kommunikation liegt somit auf dem Beziehungsaspekt. Vielleicht haben Frau und Herr S. meine bewährte Art des Umgangs mit ihnen als Eltern zu Beginn einer stationären Behandlung befremdlich, verwirrend, schlimmstenfalls bedrohlich empfunden; und das »heimliche« Unterlaufen eines Teils der Absprachen, vor allem das Festhalten am Bedrängen von Lilly mit der Flasche, war eine unbewusste Reaktion darauf. Möglicherweise konnten sie sich ihren Ärger nicht bewusst machen und direkt zum Ausdruck bringen, weil sie als Asiaten ein für uns ungewohnt hohes Maß an Höflichkeit pflegen, weil sie daran gewöhnt sind, sich einer Autorität – als die sie mich empfunden haben – zu beugen, und weil sie sich ob der existentiellen Angst um ihr Kind und dem Erleben von Versagen in der Ernährung ihres Kindes als zutiefst verunsichert und abhängig von mir erlebt haben. Ich meinerseits hielt mich in meiner Verunsicherung ebenfalls an das mir Vertraute, Bewährte. Einerseits ärgerte ich mich über den Mangel an Kooperationsbereitschaft von seiten der Eltern, zweifelte andererseits an meinem Vorgehen, meiner Kompetenz und meinem Umgang mit der Familie, fand aber keinen Zugang zu einem tieferen Verständnis der Situation, obwohl mir die Bedeutung kultureller Aspekte bekannt war. Es gelang mir erst wieder, Herz und Sinne zu öffnen, als ich selbst »Versicherung« erfuhr durch den pädiatrischen Kollegen, der sich emotional auf meine Not einließ, die Rolle des »großväterlichen Ratgebers« übernahm und von ähnlichen Erfahrungen mit asiatischen Familien sowie von seinem Weg zu einem tieferen Verständnis über die Lektüre eines Buches erzählte.

Daniel N. Stern (1998) beschreibt in seinem Buch *Die Mutterschaftskonstellation* sehr eindrücklich die Situation so, dass sich im Rahmen der Elternschaft der zentrale Fokus um das Wohlergehen des Kindes dreht, ungeachtet der Frage, welche innere Struktur oder Priorität die Mutter vor der Schwangerschaft und Geburt des Kindes hatte. Mutter und Kind werden zunächst zu einer Einheit, die es dem Kind ermöglicht, sich mit Hilfe der intensiven Zuwendung der Eltern, zu Beginn v.a. der Mutter, langsam an das extrauterine Leben anzupassen. Dies gelingt jedoch nur in einer nicht allzu belasteten Dyade. Je mehr die Mutter ihrerseits belastet und damit abgelenkt ist, um so weniger Raum bleibt für den intensiven und »projektionsfreien« Austausch mit ihrem Kind, dessen auch sie bedarf, um parallel in ihre neue Rolle als Mutter hineinzuwachsen. Bei Frau S. ist anzunehmen, dass sie durch den Verlust des Herkunftslandes und der familiären Bindungen sowie die Fremdheit im neuen Land in ihrer bisherigen Identität jedoch hochgradig irritiert war. Trotz der unproblematischen Schwangerschaft, Geburt und frühkindlichen Entwicklung von Lilly kommt daher überraschend früh eine Dysfunktionalität zwischen beiden in Gang.

Möglicherweise hat die Symptomatik bei Lilly zu einem Zeitpunkt eingesetzt, wo erste Anzeichen eines Kernselbstempfindens bei ihr erkennbar wurden. Stern (1985) beschreibt in seinem Konzept von der Entwicklung des Selbstgefühls, dass bei Säuglingen ab dem Alter von drei bis vier Monaten in der Wahrnehmung von diskreten Affekten, den ersten Anzeichen von Erinnerung sowie der zunehmenden Fähigkeit, durch eigene Handlung gezielte Wirkung auszulösen, dieses Selbstemp-

finden zum Ausdruck kommt. Diese ersten Separationsbewegungen und somit Anzeichen von Getrenntsein, von Individualität des Kindes, könnten vor dem Hintergrund des Migrationstraumas der Mutter eine besondere Schärfe bekommen haben. Eigentlich hat Frau S. viel mütterliche Kompetenz und eine gute Fähigkeit, die Signale ihres Kindes wahrzunehmen und richtig einzuordnen, was im Laufe des stationären Aufenthaltes sehr deutlich wird. Jedoch scheinen ihr diese Fähigkeiten ab dem beschriebenen Zeitpunkt nicht mehr in ausreichendem Maß zu Verfügung zu stehen. Es kommt zu immer häufigeren frustrierenden Interaktionen zwischen ihr und Lilly; es fehlt das Aufgehobensein der Mutter-Kind-Dyade in der Gruppe, wie es in asiatischen Ländern und Familienstrukturen der Fall ist. Frau S. wird erst dann etwas entspannter und ruhiger, als es dem pflegepädagogischen Team intuitiv gelingt, eine »vietnamesische Situation« entstehen zu lassen: Frau S. ist zu Beginn der stationären Behandlung zwar nicht in der Lage, auf die Mitarbeiterinnen des pflegepädagogischen Teams zuzugehen und sie in ihrer Kompetenz zu nutzen; auch die deutschen Mitpatientinnen scheint sie nicht als »ihresgleichen«, als Verbündete in einer ähnlichen Situation zu erkennen. Aber sie lässt ihre »Tür offen«, so wie es ihre Schwiegermutter als zentrales Interaktionselement in ihrem kulturellen Verständnis beschrieben hatte. Frau S. gibt den Kinderkrankenschwestern und Erzieherinnen die Möglichkeit, auf sie zuzugehen und eine Situation zu schaffen, in der sie sich ansatzweise öffnen kann. Die dadurch mögliche menschliche Nähe lassen sie trotz ihrer Zurückhaltung und Ängste Teil der Gruppe werden, sodass sie sich in einer haltgebenden und verständnisvollen Umgebung angenommen, verstanden und respektiert fühlt, etwas Vertrautes wiederfindet.

Das Elterngespräch, bei dem es um die Vorstellungen der Eltern bezüglich der Erkrankung des Kindes geht, wird zu einer Begegnung. Insbesondere Frau S. scheint mich bis dahin als allwissende Ärztin idealisiert zu haben, von der sie jetzt erlebt, dass sie sich ihr mit Interesse zuwendet. Durch die Einladung, ihr Wissen, ihre Erfahrungen und ihre Weltsicht mit mir zu teilen, bekommt all dies Bedeutung und »darf sein«. Es entsteht eine Konstellation, die man in der Einzelpsychotherapie eine Anna-Selbdritt-Situation nennt: Großmutter, Mutter und Kind sind gegenwärtig. Frau S. gelingt es, innerlich Kontakt aufzunehmen zu ihren Erfahrungen und Kenntnissen aus der »alten« wie aus der »neuen« Welt und diese zum Ausdruck zu bringen. Als besonders symbolhaft erweist sich hierbei die Namensgebung: »Glitzernde Schneeflocke« scheint für das Neue, Fremde, Unvertraute zu stehen – und vielleicht auch für den Wunsch der Eltern, dass Lilly etwas gelingen möge, was ihnen bisher nicht möglich war: die Integration in der neuen Welt.

Bei der Begegnung mit Familie S. nach fast einem Jahr stehen ganz die Gruppenidentität und die Sicherheit im Familienclan im Vordergrund. Beide Eltern scheinen in der Partnerschaft Stabilität entwickelt zu haben und sich über die Verbundenheit mit Familienangehörigen und vietnamesischen Freunden in ihrer Umgebung Sicherheit zu verschaffen. Herr S. beschreibt den starken Kontrast zwischen der vietnamesischen und der westlichen Welt: dort das Aufgehen und der sichere Halt des Einzelnen im Familienverband, hier der zunehmend auf die Einzelperson ausgerichtete Lebensstil. Hier sind die Türen verschlossen; Besucher kommen nicht einfach vorbei oder stehen bei Bedarf mit Rat und Tat zur Seite. Dieser vertraute Umgang und Weg, sich Sicherheit zu verschaffen, stand Frau und Herrn S. gerade in der Zeit nach Lillys Geburt und in ihrer neuen Rolle als frischgebackene Eltern nicht zur Verfügung, was sie möglicherweise sehr hilflos gemacht hat. Ein Erbitten oder Einfordern von Unterstützung scheint erst dann möglich geworden zu sein, als Lillys Situation sich existentiell bedrohlich zugespitzt hatte.

Bei meiner Beschäftigung mit den Erfahrungen, die ich in der psychotherapeutischen Behandlung von Lilly und ihren Eltern, noch viel mehr aber in der Beziehung zu ihnen machen durfte, sind immer wieder neue Fragen aufgetaucht. Eine davon möchte ich an den Schluss meiner Ausführungen stellen: Ist uns mit unseren Vorstellungen von Autonomie und Individualität ein tieferes Verständnis von Menschen, die von einem so gänzlich anderen Konzept des Seins in der Welt geprägt sind, überhaupt möglich? Mein vorläufiges Fazit ist, dass eine Annäherung nur dann gelingen kann, wenn wir innerlich ein Stück Migration wagen, uns auf seelisches »Neuland« einlassen und sowohl dem Befremden in uns, als auch dem Fremden vor uns einen noch unbestimmten Raum zur Verfügung stellen. »Wir sehen die Dinge nicht so, wie sie sind. Wir sehen sie so, wie wir sind.« (Anaïs Nin)