

Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation: Stern und Winnicott

Regina Konrad

Als Kindertherapeutin kann ich Ihnen den Moment im Verlauf einer Therapie nennen, in der ich die neu erworbene Fähigkeit eines Kindes zum Alleinsein zum ersten Mal wahrnehme. Das Kind beginnt, in Anwesenheit des Therapeuten versunken zu spielen, zu malen, Gestalten aus Ton zu schaffen, ohne sich der Anwesenheit des Therapeuten dauernd vergewissern zu müssen, sei es durch Fragen, ängstlichen Blickkontakt oder andere Bemächtigungs- und Kontrollversuche. Im Therapieraum entsteht eine entspannte, spielerische Atmosphäre, in der das Kind in meinem Beisein für sich sein kann, hingegeben an seine Beschäftigung. Als Therapeutin erlebe ich dabei eine innere Freiheit und Leichtigkeit. Meine Gedanken wandern umher, während auch ich aus Ton einen Gegenstand forme oder aus Holzklötzen Landschaften entstehen lasse. Dem vorangegangen sind oft Phasen heftiger Attacken bei dem einen Kind oder stereotype, sich wiederholende Spiele bei dem anderen, was wiederum bei mir lähmende Müdigkeit, Unlust und Gereiztheit oder aber Anspannung und Alarmbereitschaft auslösen kann. Und dann der Umschwung, der manchmal ganz plötzlich kommt, und der oft verbunden ist mit dem Gefühl, eine schwere Krankheit glücklich überstanden zu haben.

Bei Jugendlichen erlebe ich diesen Wandel an ihren Möglichkeiten, Beziehungen zu ihren engen Freunden oder Freundinnen neu und anders zu gestalten. Eine Jugendliche beschrieb mir diesen Prozeß folgendermaßen: "Es ist Abend, und da bekomme ich dann diese Sehnsucht, ich fühle mich so allein, so allein gelassen; da werde ich ganz unruhig, da muß ich meinen Freund anrufen, ich muß seine Stimme hören. Ich weiß, daß ich ihn liebe, aber ich muß ihn hören, ich muß spüren, er ist da, er ist für mich da. Erst dann bin ich beruhigt – sonst gerade ich immer mehr in Spannung, was sich bis zur Panik steigern kann." Ich frage die Jugendliche, ob sie sich an eine Situation erinnern kann, in der sie auch so unter Spannung geraten ist, sich aber selber beruhigen konnte. Sie denkt nach: "Ja, neulich, da hab ich mir gesagt: ‚Jetzt ruft du ihn nicht an!‘ und hab Musik

angemacht und so aus dem Fenster geguckt und da kamen viele Bilder in mir hoch. Danach war ich ruhig, hab mich an den Computer gesetzt und gearbeitet."

Winnicott spricht von der Fähigkeit, in Anwesenheit eines anderen allein zu sein. Er betont, daß diese Fähigkeit die Erfahrung einer wiederholten ausreichend guten Bemmutterung voraussetzt, wodurch eine innere Zuversicht und der Glaube an eine wohlwollende Umwelt aufgebaut wird.

Die Säuglingsforscher haben diese ausreichend gute Bemmutterung in beobachtbare Interaktionsepisoden aufgegliedert und daraus ein Konzept der Feinfühligkeit entwickelt, bei dem es um die Fähigkeit der Mutter geht, auf die Impulse des Kindes angemessen zu reagieren. Die Säuglingsforscher gehen davon aus, daß ein Kind, das regelmäßig in Situationen, in denen es verzweifelt ist, beruhigt und getröstet wird, diese Regulationen zu einer automatischen emotionalen Selbstberuhigungsaktivität transformiert, die dem Kind dann auch in Abwesenheit der Eltern zur Verfügung steht. (Dornes) Mahler spricht von Objekt Konstanz als der Fähigkeit, das abwesende Objekt intrapsychisch zur Verfügung zu haben und damit auch dessen Bemmutterungsfunktion.

Ich möchte nun das Konzept Winnicotts zu dem der Säuglingsforscher in Beziehung setzen, ihre Komplementarität und Verzahnung bei aller Unterschiedlichkeit der Sprache und des Zugangs aufzeigen und dies mit Beispielen aus meiner Kindertherapiepraxis anreichern.

Ich beziehe mich hier vor allem auf Winnicotts Vortrag "Die Fähigkeit zum Alleinsein", der in "Reifungsprozesse und fördernde Umwelt" veröffentlicht ist. Winnicott betont darin, der Fähigkeit des Alleinseins gehe die Fähigkeit voraus, in Anwesenheit eines anderen allein zu sein. Das klingt zunächst wie ein Paradoxon – und doch ist die Fähigkeit, in Anwesenheit eines anderen allein zu sein, eine wesentliche Fähigkeit, um sein personales Selbst, wie dies Winnicott ausdrückt, entdecken zu können.

Konrad: Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation

In Anwesenheit eines anderen allein sein können heißt, daß ich bei mir bleiben kann, mit mir beschäftigt, mit meinem Spiel, meiner Arbeit, meinen Gedanken, obwohl oder weil ein wichtiger anderer anwesend ist. Das setzt voraus, daß dieser andere mir ein Gefühl von Sicherheit, von Aufgehobensein vermittelt, daß er mir die Erlaubnis gibt, bei mir sein zu dürfen, daß er sich dadurch nicht zurückgewiesen fühlt, wertlos, unbeachtet. Das setzt auch voraus, daß keine Gefahr von diesem anderen ausgeht, daß ich keine Übergriffe befürchten muß, keine plötzlichen Stimmungsschwankungen, Wutausbrüche oder andere unvorhersehbare Handlungen, die ich mit all meinen Antennen vorausahnen muß, um davon nicht überrascht und überwältigt zu werden.

Juliane: "Wenn sie mich fragen, wie es mir geht, wenn das und das passiert, dann fällt es mir schwer, ihnen zu antworten. Es fällt mir schwer, mich auf mich zu konzentrieren, bei mir zu bleiben, meine Gefühle, meine Empfindungen zu erkunden. Ich denke zuerst, was möchten sie gerne hören, worauf wollen sie hinaus. Wenn ich das und das sagen, wie werden sie dann reagieren, werden sie genervt sein, gelangweilt, erfreut? Manchmal möchte ich etwas sagen, damit sie stolz auf mich sind, manchmal genau das Gegenteil. Ich will sie ärgern, provozieren und freue mich, wenn es mir gelingt."

Diese Patientin ist auf mich ausgerichtet, auf meine Reaktion. Sich in meiner Anwesenheit mit sich selbst zu beschäftigen, hieße für diese Patientin, sich mir ungeschützt auszuliefern. Wenn sie sich ihren Gedanken und Assoziationen überließe, welche unkontrollierten Gedanken, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse kämen dann an die Oberfläche, welche Aspekte ihrer Persönlichkeit? Wie werde ich mit diesen Gefühlen und Wünschen umgehen? Werde ich sie zurückstoßen, befremdet sein, ungehalten? Wie wird sie selber sich dann fühlen?

Wird sie sich schämen für diese oft unerwünschten Gefühle, Gedanken, Wünsche, Verhaltensweisen? Sich verachten? Ist sie so, wie sie ist, richtig? Eine spannende Frage für eine junge Frau, die in Therapie geht, um sich zu verändern, die aber möchte, daß die Therapeutin sie so annimmt, wie sie ist, damit sie sich selber annehmen kann.

Der anamnestische Hintergrund: ein willkürlicher, zu Jähzorn neigender, übergrieffiger Vater mit einem hohen Ich-Ideal, dem sie es nicht recht machen konnte,

und eine depressive Mutter, die mit sich beschäftigt war und dem kleinen Kind wenig zur Verfügung stand.

Wenn Winnicott sagt, daß die Fähigkeit zum Alleinsein die Erfahrung einer ausreichend guten Bemerterung voraussetzt, so haben die Säuglingsforscher anhand der Beobachtung von Kleinkindern diese ausreichend gute Bemerterung in kleine Interaktionssequenzen eingeteilt und anhand dieser kleinen Sequenzen die frühen Regulationsmechanismen zwischen Mutter und Kind dargestellt. So entwickelt sich zwischen dem 2. bis 6. Monat zwischen Baby und Bezugsperson - Caregiver sagen die Säuglingsforscher - das sogenannte Lächelspiel; dabei regulieren sich zwischen Säugling und Bezugsperson Nähe und Distanz, Stimulierung und Ruhe, Für-Sich- und Mit-dem-Andern-Sein, Spannung und Entspannung. Wobei, und darauf weisen die Säuglingsforscher hin, das Baby einen aktiven Part übernimmt - so man es läßt! Bei diesem Lächelspiel entstehen erste Interaktionsmuster, erste Empfindungen von Urheberschaft, von eigenem Raum, erste Erfahrungen von Sich-Trennen und Sich-Wiederfinden.

Bei dem Lächelspiel treffen sich die Augen der Partner, des Kindes und seiner Bezugsperson, in einem gewissen Rhythmus, auf den beide Partner sich einschwingen. Dieser Blickkontakt wird begleitet von allen möglichen Lauten, Körper- und Gesichtsbewegungen und steigert sich zu einem gegenseitigen Lächeln oder Juchzen. Das Baby wendet dabei immer wieder den Kopf ab, um kurz darauf den Blick wieder aufzunehmen. Über das Kopfabwenden kann das Baby sein Erregungsniveau und seinen Affektzustand regulieren. Messungen haben ergeben, daß der Puls des Kindes ansteigt, wenn das Lächelspiel seinem Höhepunkt zustrebt und in dem Moment abrupt abfällt, in dem das Kind seinen Blick abwendet. Das macht deutlich, wie eng die individuelle körperliche Regulation, etwa des Pulses, mit der interaktiven Regulation verzahnt ist. Das läßt vermuten, welche Folgen es haben kann, wenn die Bezugsperson das Pausierungsbedürfnis des Kindes nicht respektieren kann. Wie sehr eine Bezugsperson sich auf den Rhythmus des Kindes einstellen kann, hängt davon ab, welche eigenen Bedürfnisse sie in der Interaktion mit dem Kind befriedigt und wieweit sich diese mit denen des Kindes decken. Es hängt auch davon ab, wie sie das Verhalten des Kindes z.B. das Kopfabwenden interpretiert. Empfindet sie es als Zurückweisung, so könnte sie sich ihrerseits zurückziehen und, wenn das Baby den Kontakt wieder aufnehmen möchte, nicht mehr zur Verfügung stehen. Ein anderer

Konrad: Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation

Elternteil könnte das Blickabwenden nicht respektieren und dem Blick des Babys folgen, das Kind immer wieder zur Kontaktaufnahme stimulieren. Meist ist für diesen Elternteil das eigene Erregungsniveau für die Interaktion mit dem Kind maßgeblich, der eigene Rhythmus. Es fällt ihm schwer, sich auf den Rhythmus des Kindes einzustellen. Ein anderer Elternteil wiederum könnte konkrete Vorstellungen haben, wie sich ein Baby verhalten sollte. Gemessen an diesen Vorstellungen könnte er den Säugling als zu langsam, zu gierig, zu fordernd empfinden.

Auch dieser Elternteil wird dann versuchen, das Kind zu manipulieren, ihn zu einem anderen Rhythmus zu bewegen. Das Kopfabwenden des Babys in diesem wechselseitigen Spiel kann als eine erste Vorform angesehen werden der sich entwickelnden Fähigkeit des Alleinseins, d.h. allein/ eigenständig sein zu dürfen.

In seinem Buch "Die Mutterschaftskonstellation" beschreibt Stern wie bestimmte Themen durch verschiedene ‚Klinische Fenster‘ hindurch verfolgt werden können. Er geht davon aus, daß klinisch relevante Grundthemen wie Vertrauen, Bindung, Abhängigkeit, Selbständigkeit, Kontrolle, Autonomie, Bemeisterung und Selbstregulation Themen darstellen, die während des ganzen Lebens relevant bleiben. Sie sind nicht alters- oder phasenspezifisch. Keine der frühen Lebensphasen ist speziell der Herstellung einer endgültigen Version irgendeines dieser Themen gewidmet. Zwischen dem Baby und einer überkontrollierenden Mutter werden sich in den unterschiedlichen Phasen immer wieder dieselben Themen herausbilden, aber mit jedem Entwicklungssprung nimmt die Verhandlung des Themas(z.B. der Eigenständigkeit) eine unterschiedliche Gestalt an.

Eindrücklich beschreibt Stern in einem Kapitel die Interaktion zwischen einem Säugling und seiner depressiven Mutter. Er zeigt auf, welche unterschiedlichen Interaktionsmuster sich herauskristallisieren können und welche Folgen das für die Erwartungen des Säuglings, für seine späteren Erlebnisweisen, für seine Verhaltensstrategien haben kann. Läßt sich eine Mutter von Zeit zu Zeit durch das Lächeln ihres Babys zum Leben erwecken, so entstehen andere Gefühle von Urheberschaft, als wenn das Baby wenig Reaktionen in der Mutter auslösen kann, in Identifikation mit ihr in eine Art Minidepression zusammensackt.

In diesen ersten Monaten brechen die Regulationsprozesse oft zusammen. Gemeinsamer Rhythmus, Unter-

stimulierung und Überstimulierung wechseln sich ab. Die Beruhigung des schreiendes Babys ist vielleicht eine der schwierigsten Aufgaben in dieser Zeit. Stern(1998, S.92) zitiert Zeanah, der feststellt, daß Schreien bei weitem das häufigste Problem sei, das Eltern von Säuglingen motiviert, Hilfe zu suchen. Die Fähigkeit, ein Kind zu trösten und zu beruhigen, hängt im wesentlichen davon ab, inwieweit die Eltern ihre eigenen Erregungszustände regulieren können. Sie hängt auch davon ab, wie die Eltern das Schreien des Babys interpretieren, d.h. welche Bedeutungen sie ihm zuschreiben, welche Phantasien durch das Schreien ausgelöst werden. Schreien steckt an, löst bei anderen Säuglingen Schreien aus, steigert das Erregungsniveau. Auch Lächeln hat diese stark ansteckende Eigenschaft, die aber meistens in der Interaktion erwünscht ist. Sich anstecken lassen und die ausgelösten Affekte modulieren können ist eine wichtige Fähigkeit, um ein Kind beruhigen und trösten zu können, nicht mit ihm in Panik zu geraten. Finden diese Regulationsprozesse wiederholt statt, können sie von dem Kind verinnerlicht werden, und es kann sie mit der Zeit als eigene Fähigkeit evozieren.

Dornes hat in seinem Buch "Die frühe Kindheit" Objekt Konstanz als eine Fähigkeit beschrieben, nämlich als die Fähigkeit zur Selbstberuhigung. "Die Rede vom guten oder schlechten Selbst- und Objekt- "Bild" ist ...metaphorisch zu verstehen. Libidinöse Selbst- und Objekt Konstanz kommt entwicklungspsychologisch nicht in erster Linie so zustande, daß ein Kind sich während der Trennung immer wieder explizit die Momente aus der Vergangenheit bildhaft ins Gedächtnis ruft, in denen die Mutter es tröstete, wenn es Kummer hatte, oder es warmherzig nach der Trennung begrüßte. Sondern: Wenn Trost und Warmherzigkeit alltägliche Erfahrungen waren, dann werden sie in emotionale Automatismen transformiert, die dem Kind eine 'unbewußte' (automatische) Selbstberuhigung auch in Abwesenheit der Eltern erlauben. Das Wesentliche an der Fähigkeit, (kurze) Trennungen zu ertragen, ohne das Objekt zu hassen oder sich selbst zu beunruhigen, liegt also nicht in erster Linie in der kognitiven Fähigkeiten des Kindes, das abwesende Objekt intrapsychisch als Bild zu evozieren und sich damit /dadurch zu trösten(obwohl das auch eine Rolle spielen mag), sondern darin, eine Art automatischer emotionaler Selbstberuhigungsaktivität zur Verfügung zu haben, die sich nicht auf kognitive Operationen gründet, sondern auf die in der Vergangenheit gemachten regelmäßigen

Konrad: Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation

Beruhigungs-,Trost- und Trennungserfahrungen." (Dornes 1997, S.309)

Im therapeutischen Prozeß erleben wir eher die Inszenierungen mißglückter früher Dialoge. Gerade in der Kindertherapie erfordert dies ein hohes Maß an eigener Regulationsfähigkeit. Kinder agieren und das zumeist blitzschnell. Eh sie sich versehen, ist das Therapiezimmer in eine Trümmerlandschaft verwandelt und jede wohlmeinende Deutung geht im Chaos unter. In die Position des Kindes gehen können, in seine Welt eintauchen, sich einfühlen in seine Erlebnisweisen und dann in die therapeutische Distanz zu gehen, verwickelt werden und immer wieder einen klaren Kopf zu bekommen. Das erfordert ein hohes Maß an Flexibilität.

Rainer Krause hat in einem workshop in Berlin anhand von Videosequenzen die Affektabstimmung zwischen Therapeut und Patient aufgezeigt. Deutlich wurde an diesen Aufnahmen, daß 80% der Informationen, die ausgetauscht werden, nicht bewußtseinsfähig sind, d.h. auf der Ebene der Mimik, der Physiologie, der Körperhaltung, des Blickkontaktes ausgetauscht werden. Je schwerer gestört die Patienten waren, desto stärker waren sie auf einen Leitaffekt festgelegt, unfrei in der Breite ihrer Ausdrucksmöglichkeiten. Trifft nun ein Gesunder im Gespräch auf einen schwer gestörten Patienten, so paßt sich der Gesunde im Verlauf des Gespräches den reduzierten Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten an, läßt sich in sein System hineinziehen. Auch Therapeuten passen sich zunächst an, wobei diese Anpassungsprozesse überwiegend unbewußt geschehen. Wichtig für uns als Therapeuten, und besonders als Kindertherapeuten ist es, daß wir uns von diesen zumeist negativ Affekten zwar anstecken lassen, diese dann aber umwandeln können, daß wir die Beziehungsmuster erleben und darauf nicht reziprok, und damit bestätigend, sondern eben anders reagieren können, mit dem Patienten die Erfahrung einer anderen, neuen Beziehung machen können.

Was passiert aber, wenn wir uns in ein Beziehungsmuster hineinziehen lassen, welche Möglichkeiten haben wir, wieder in die therapeutische Distanz zu gehen? Wie und mit welchen Mitteln können wir als Therapeuten uns regulieren, wenn wir zu sehr verstrickt sind? Stern hat in einem Vortrag von "moments of now" gesprochen, von Momenten der Wahrheit. In der Therapie mit Kindern erleben wir diese Momente oft, weil eigene Kindheitsmuster belebt werden, die

größtenteils implizit und prozedural sind, die nicht gewußt sondern agiert werden – und/ oder weil durch Affektansteckung Prozesse ausgelöst werden, die automatisiert ablaufen.

Ich möchte dazu ein Beispiel geben: Ein damals 7jähriges Mädchen. Ich nenne sie Lisa. Ein unruhiges Kind. Ein schwieriger Therapiebeginn. Ich bin unsicher, ob sich daraus eine Langzeittherapie entwickeln wird. Viele Absagen. Die Mutter erscheint als Geschickte, mißtrauisch- verschlossen. In den Sitzungen mit Lisa kann ich wenig mitschwingen, kann mich schlecht auf sie einstellen, habe das Gefühl, sie in ihrer Unruhe nicht halten zu können, keinen Zugang zu ihr zu finden, sie nicht zu verstehen. Sie spielt nicht, sie malt nicht. Sie fängt viel an, bricht es immer wieder ab, springt von Spielzeug zu Spielzeug. Sie stellt ununterbrochen Fragen, Fragen, die ich als distanzlos und bedrängend erlebe. Zu einer Sitzung in dieser Anfangsphase kommt sie und verkündet: "Heute will ich malen!" Sie will ein ganz großes Blatt, alle Stifte, malt ein, zwei Striche. "Kann ich das mitnehmen? Für meine Mama, bitteee, warum kann ich das nicht mitnehmen. Hier darf man gar nichts." Sie kaut auf ihrem Buntstift, hat merklich keine Lust mehr weiterzumalen. "Malst Du auch was? Mal doch auch mal was? Warum malst du nichts?" Der Ton wird immer quengelnder. Sie rutscht auf dem Stuhl hin und her, erregt sich und auch ich spüre Unruhe in mir aufsteigen. "Sag mal was, warum sagst du nichts?" Mir fällt nichts ein, jedenfalls nichts, was mein therapeutisches Über-Ich zulassen würde. Ich merke, daß ich den Atem anhalte, mich wie gefangen fühle. Ich stehe auf, gehe ans Fenster und öffne es. Ich schaue hinaus auf die Bäume. "Immer ist das so schwierig zwischen uns," denke ich, "sie hat so etwas trotzig Forderndes, so als ob sie hier nichts kriegen würde." Mir fällt ein Kindergedicht aus meinem ersten Lesebuch ein: Mein kleiner Bruder Ärgerlich und ich muß lachen. Ich erzähle ihr das Gedicht: ‚Mein kleiner Bruder Ärgerlich hat alles, was er will, und was er hat, das will er nicht, und was er will, das hat er nicht, mein kleiner Bruder Ärgerlich hat alles, was er will.‘ Jetzt muß auch sie ein wenig das Gesicht verziehen. Die Situation zwischen uns entspannt sich. Wir haben beide Humor. "Sieh mal an, eine Gemeinsamkeit", denke ich schmunzelnd. Jetzt fällt mir eine schöne Situation zwischen uns aus einer der letzten Sitzungen ein. Wir hatten zusammen Musik gemacht. Lalala, Kleinkinderlieder gesungen. Beim Singen konnten wir uns aufeinander einstellen, konnten mit den Melodien

Konrad: Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation

unterschiedliche Stimmungen ausdrücken, mit dem Rhythmus Erregungen aufnehmen und modulieren. Daran knüpfe ich an, frage sie: "Wollen wir zusammen Musik machen?" Eine vielleicht ungewöhnlich aktive Intervention: etwas vorschlagen, auf eine geglückte Interaktion als gemeinsame Ressource zurückgreifen. In der Arbeit mit den Eltern frage ich oft, wenn die Klagen über das Kind nicht enden wollen: "Und was funktioniert? Was mögen sie an ihrem Kind? Wann verstehen sie sich?" Ich habe festgestellt, daß wir in Krisensituationen eher Lösungen finden, wenn wir uns die Bedingungen angucken, unter denen die Interaktion glückt. Diese Intervention habe ich auf die Therapiesituation angewendet, auf die therapeutische Beziehung. Ist diese Intervention hilfreich oder behindert dieses aktive Eingreifen den therapeutischen Prozeß? Kann dadurch möglicherweise das Beziehungsmuster nicht verstanden, nicht bearbeitet, nicht verändert werden? Hilft meine Intervention der Patientin bei ihrer Fähigkeit, sich selber zu regulieren, oder habe ich "nur" mir selber geholfen?

Ich möchte einige Daten zum familiären Hintergrund ergänzen, damit das Beziehungsmuster deutlicher wird, um diese Fragen dann wieder aufzunehmen.

Lisas Mutter hat eine schwere Angstsymptomatik. Sie hat die kleine Tochter schon früh gebraucht, um die eigene Angst regulieren zu können. Eindrücklich beschreibt sie mir, wie sie oft nicht auf die Straßen gehen kann, weil sie Angst hat, ohnmächtig zu werden. Ihr Herz fängt an zu rasen bei der Vorstellung, gleich auf die Straße gehen zu müssen, und sie weiß, wenn sie jetzt zu Hause bleibt, wird es nur noch schlimmer. Mit der Tochter zusammen ginge es viel besser. Lisa schaffe es immer wieder, sie von ihren Ängsten durch ihr Gequassel, durch ihr Trödeln, ihre Widerständigkeit abzulenken. Sie sei ganz schnell mit Lisa und nicht mehr mit sich beschäftigt. "Komm jetzt!" "Laß das!" "Hör sofort damit auf!" Auf diesem Hintergrund ist der oben beschriebene Anfang der Sitzung verständlich. Die Patientin reinszeniert ein Beziehungsmuster mit mir, das in der Interaktion mit der Mutter für beide überlebenswichtig ist. Sie spielt dabei den aktiven Part (‚Mach mal, tu mal‘) wie auch den Part, der durch seine Aktionen mich dazu bringt, "paß auf, laß das!" zu sagen. Das hat im Zusammensein mit der oft depressiven, innerlich abwesenden Mutter eine Funktion, wirkt aber abzulenken in der Therapiesituation zunächst inadäquat. Ich bin zwar ruhig, aber doch mit ihr beschäftigt. Außerdem gibt ihr der therapeutische Raum

die Möglichkeit, ihre Konflikte symbolisch darzustellen. Dazu ist sie aber noch nicht in der Lage. Sie klebt an mir, braucht mich zur eigenen Regulation. Mein ruhiges mit ihr Beschäftigtsein beunruhigt sie. Sie braucht jemanden, an dem sie sich reiben kann, den sie spüren kann, um sich selber zu spüren. Sie erregt sich, um sich lebendig zu fühlen. Sie braucht eine reale, lebendige Beziehung, in der sie die Möglichkeit hat, unterschiedliche Gefühle, Nähe und Distanz zu erleben. In der Schule onaniert sie exzessiv im Unterricht. Sie konstatiert einen Teufelskreis aus Erregung und heftiger Reaktion ihrer Umwelt. In der Beziehung zur Mutter dient diese heftige Stimulation der Depressionsabwehr und zwar der gemeinsamen, sie verbindet Mutter und Tochter, stellt Nähe zwischen beiden her. Sie beschwichtigt die Trennungsangst, die Angst, den anderen zu verlieren, die Angst zu sterben. Jetzt wird es vielleicht verständlich, warum meine ruhige Zugewandtheit sie bedroht. Sie spürt mich nicht, hat Angst in diesem weiten, stillen Raum zu versacken, verloren zu gehen. Mit ihrem unaufhörlichen Reden vergewissert sie sich: Bist du noch da? Bist du noch für mich da? Sie braucht die Therapeutin als eine Person, die strukturierend und regulierend eingreift. Weil sie mich braucht, auf mich angewiesen ist, muß sie mich beherrschen, mir ihren Willen aufzwingen. Meine Eigenständigkeit bedroht sie. Zudem hat sich in Lisa die Gewißheit etabliert, daß sie ohne Kampf gar nichts bekommt, daß sie ohne Geschrei gar nicht bemerkt wird. Mit ihrem Geschrei erreicht sie eine Reaktion, manchmal, wenn sie lange genug quengelt, eine Befriedigung der materiellen Wünsche ("kriege ich ein ...") Das gibt ihr das Gefühl, wirksam und mächtig zu sein, nicht klein und ohnmächtig, ausgeliefert. Auch bei mir will sie die Große sein, fordert, kämpft. "Ich bin aber stärker." Manchmal ist es dann schwierig, hinter der trotzig-kämpferischen das kleine bedürftige, das verzweifelte Kind zu sehen, das Liebe möchte und immer wieder Ablehnung provoziert, und mit diesem Kind zu kommunizieren, auf einer Ebene, die diesem Kind angemessen ist, in einer Art, die es nicht beschämt. Die Machtkonflikte, die sie inszeniert, um sich groß und mächtig zu fühlen, kann man deuten, bewußt machen. Eine ausreichend gute Selbstregulation ist aber implizites, prozedurales Wissen und kann sich m.E. erst aufgrund wiederholt erlebter Regulationserfahrungen ausbilden. Auf diesem Hintergrund wird vielleicht meine Intervention verständlich. Das gemeinsame Musizieren stellt für uns beide eine andere Regulationserfahrung dar, eine, die nicht an Kontrolle und

Konrad: Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation

Bemächtigung gebunden ist. Das gemeinsame Musizieren nimmt ihr Bedürfnis nach Aktivität und Lebendigkeit, nach Nähe und Bezogenheit auf. Wir kommunizieren über ein Medium, so daß zwischen uns erste Ansätze eines schöpferischen Raumes entstehen können. Wir regedieren beide auf einen frühkindlichen Dialog, in dem wir uns als aufeinander bezogen erleben können. Das Musizieren ist ein gegenseitiger aktiver, lebendiger, schöpferischer Prozeß, für den wir beide gleich gute Möglichkeiten einbringen und bei dem sie ihre Erregung aktiv regulieren kann, bei dem wir unterschiedliche Stimmungen, unterschiedliche Gefühle ausdrücken können. In dem Sinne nimmt es ihre Bedürfnisse auf, durchbricht aber das pathologische Muster, stellt ihr eine andere, eine neue Möglichkeit zur Verfügung, diese Bedürfnisse zu befriedigen. Lisa hat für sich eine weitere Lösung gefunden: Zu den letzten Sitzungen hat sie eine Stoffpuppe mitgebracht, Mäxchen. In der Interaktion mit Mäxchen finde ich gerade heraus, was so ein kleines, sagen wir mal 3-jähriges Kind alles braucht, was es sich wünscht; wie es ihm geht und wie es sich manchmal fühlt. Über diese Stoffpuppe kann Lisa Bedürfnisse nach Versorgtwerden, nach Umhegtwerden, nach Kuschneln ausdrücken, über sie kann sie das Bemuttertwerden genießen.

Für Winnicott ist die Fähigkeit allein zu sein ein Zeichen der Reife. Sie ist etwas anderes als Zurückgezogenheit, die Flucht aus einer Beziehung, die als zu bemächtigend erlebt wird. Der Unterschied ist für ihn der Grad des Entspanntseins, den man im Zusammensein mit einem wichtigen anderen erlebt.

Allein sein können heißt: die Eltern als Eltern, als Paar erleben zu können oder, wie es Winnicott ausdrückt, die Erfahrung der Urszene aushalten zu können.

Um die Eltern als Paar erleben zu können und emotional auch als solche zu akzeptieren, braucht es Eltern, die in der Elternposition sind, und die in dem Kind das Kind sehen, nicht den idealen, weil ganz auf sie eingestellten Partner, die ideale, nährenden, Bedürfnisse befriedigende Mutter oder den gefürchteten, gewalttätigen Vater, vor dem sie sich schützen müssen.

Es ist notwendig, daß die Eltern sich als Paar erleben, als Paar aufeinander bezogen sind. In dem Sinne ist Kindertherapie immer auch Familientherapie. Die Fähigkeit zur Spannungsregulation als erlebte, erfahrene Fähigkeit. Wie viele von ihnen haben nicht schon - sagen wir samstags in der Fußgängerzone - schreiende Kinder und genervte, schreiende, schlagende Eltern

erlebt. Eltern, die durch das Schreien der Kinder in einen derartigen Spannungszustand geraten, den sie selber nur durch Schreien/ und oder Schlagen abreagieren können. Eltern, die ihre unruhigen, quengelnden Kinder mit Süßigkeiten beruhigen, trösten, beschäftigen.

In den Symptomen unserer Patienten sehen wir die Reinszenierungen dieser Interaktionsformen. Kinder, die sich schneiden, wenn sie in Panik geraten, verzweifelt sind, Mädchen, die anfangen zu essen. Kinder, die sich selber so behandeln, wie sie behandelt wurden.

Identifikation mit dem Aggressor hat das Anna Freud in "Das Ich und die Abwehrmechanismen" genannt. Das Kind greift auf die Beruhigungsformen zurück, die es überwiegend erlebt hat.

Anja: "Am stärksten habe ich diese Eßanfälle, wenn ich aus der Schule nach Hause komme, hundemüde und erschöpft - einen leeren Nachmittag vor mir. Dann gerate ich unter Spannung. Ich fühle mich hilflos und verzweifelt, ich schaufle dann haufenweise Essen in mich rein, danach fühle ich mich total elend."

Aber auch dieses Mädchen kennt, wenn ich sie danach frage, andere Beruhigungsformen. Nur sind sie ihr nicht immer verfügbar.

Aber danach gefragt, erinnert sie sich an die Sitzungen einer Atemtherapie, die sie gemacht hat. Plötzlich kann sie für sich das Gefühl wiederbeleben, in Balance zu sein - ein Gefühl von Glück und Zufriedenheit, von Ausgeglichenheit. Und sie stellt sich vor, wie sie sich nach der Schule auf ihren kleinen Balkon setzt und sich für 5 Minuten auf den Atem konzentriert. Ob es für sie eine neue und andere Möglichkeit sein könnte, Kraft und Energie zu schöpfen?

Die meisten meiner Patientinnen haben die Fähigkeit zum Alleinsein nicht erwerben können. In ihrer Fähigkeit zur Spannungsregulation sind sie auf wichtige andere und auf Ersatzregulationen angewiesen.

Wir als Therapeutinnen werden in diese pathologischen Beziehungsmuster hineingezogen, lassen uns hineinziehen, um uns am eigenen Schopf, mit Hilfe unserer Supervisions- und Interventionsgruppen wieder herauszuziehen.

Einer meiner Ausbilder in systemischer Familientherapie sagte einmal zu mir: "Innerlich höre ich an den kritischen Stellen - dann, wenn ich wieder so verstrickt bin - die Kollegen an die (imaginäre) Einweg-

Konrad: Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation

scheibe klopfen und weiß dann: „Jetzt mußt du raus!“ Er beschreibt hier einen Prozeß, der in der Realität so stattgefunden hat, den er verinnerlichen konnte, und der ihm nun als innerer Dialog zur Verfügung steht.

Zuletzt etwas Kritisches zu diesem Vortrag.

Ich habe bei meinen Beispielen eher von vereinnahmenden, mißbrauchenden, bedürftigen Müttern geredet, weniger von den Vätern. Alle Eltern, so möchte ich jetzt anmerken, waren einmal Kinder und haben ihre eigene Genese.

Im psychoanalytischen Diskurs nennt man es "mother blaming": Wenn die Kinder krank sind, haben die Mütter Schuld. Rohde-Dachser et al. haben in der ‚Psyche‘ eine Untersuchung veröffentlicht, in der sie darstellen, in welcher Art und Weise männliche und weibliche Psychoanalytiker in ihren Fallbeschreibungen das Wort "Mutter" und "Vater" verwenden und wie häufig und mit welchen Konnotationen sie Begriffe benutzen, die im Wortumfeld von "Mutter" und "Vater" auftauchen. Dabei traten signifikante Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Autoren zutage. In den Beschreibungen der männlichen Autoren ist – so fassen die Autorinnen die Untersuchung zusammen – die Schilderung der Mutter durchweg aggressiv getönt und vom Wunsch nach Befreiung von ihr getragen.

Mütter, so betont Rohde-Dachser in einem anderen Aufsatz, erscheinen in psychoanalytischen Fallbeschreibungen und Theorieentwürfen als verschlingend, dunkel, kastrierend, beengend, ungeordnet, Väter als befreiend, strukturbildend, rettend. Und meistens sind Mütter eben "nicht ausreichend gut".

Aber ist die Mutter nicht verantwortlich, gerade in den ersten Lebensmonaten – werden sie jetzt vielleicht innerlich ausrufen. Sie wird verantwortlich gemacht und mit dieser Verantwortung ziemlich allein gelassen, möchte ich ihnen antworten.

Deutlich wurde mir das bei einem Vortrag, den Maya Nadig 1996 hier in der Koserstraße gehalten hat. Mutterschaft – so betont sie – ist ein individuelles und soziales Phänomen. Sie ist Ausdruck biologischer, sich im Individuum vollziehender Prozesse der körperlichen und mentalen Veränderung. Die persönliche Identität der Frau gerät in Bewegung. Gleichzeitig ist die Mutterschaft der grundlegende Faktor für das Überleben einer Gesellschaft und stellt einen kulturell hoch besetzten, geformten und kontrollierten Prozeß dar. In der

Mutterschaft, so Maya Nadig, ist der Widerspruch zwischen Individuum und Gesellschaft in besonderer Schärfe enthalten. Anhand ihrer Studien über die Geburtsrituale der Mayas auf dem Yucatan in Mexiko schildert sie, wie eine indianische Bauerngesellschaft diesen Widerspruch löst, daß heißt in welcher Weise diese Gemeinschaft Verantwortung übernimmt bei der Geburt, aber auch in den ersten Lebensmonaten und -jahren des Kindes. Eindrücklich beschreibt sie, welche Rituale in dieser Gesellschaft entwickelt wurden, welche festgelegten, sich mit dem Lebensalter des Kindes verändernden Aufgaben die Mitglieder dieser Gemeinschaft übernehmen, um die Mutter in der schwierigen Zeit der Geburt und der ersten Lebensmonate zu begleiten. An diesem Vortrag wurde mir klar, wie allein wir unsere Mütter mit der Verantwortung lassen, und wie hoch die unterschiedlichen, oft widersprüchlichen Erwartungen an sie sind. Scheitert sie, wird das Kind krank oder auffällig, trägt sie die Schuld. Sie wird zur Erzieherin, Lehrerin zitiert. Sie sitzt uns gegenüber. Und natürlich wird der Heilungsprozeß des Patienten davon abhängen, inwieweit wir uns in ihr Schicksal einfühlen können oder ob wir sie aus der Kindposition heraus verteufeln.

Mütter, die ihren Kindern keinen Halt geben können, weil sie selber nicht gehalten wurden, brauchen ein therapeutisches Milieu, in dem sie gehalten, in dem ihre Konflikte ausgehalten werden. Dazu braucht es Therapeuten, die ihren Rückhalt wiederum in einer offenen, kollegialen Atmosphäre finden, in der "moments of now" ausgehalten werden.

Konrad: Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation

Literatur:

Dornes, M. (1997): Die frühe Kindheit. Frankfurt am Main: Fischer

Köhler, L. (o.J.): Neue Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie der ersten drei Lebensjahre. Skriptum

Nadig, M. (1989): Die gespaltene Frau – Mutterschaft und öffentliche Kultur, in: Was will das Weib in mir? Freiburg: Kore

Rohde-Dachser, Christa et al. (1993): "Mutter" und "Vater" in psychoanalytischen Fallbeschreibungen. In: Psyche 7'93

Stern, D.N. (1998): Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart: Klett-Cotta

Winnicott, D.W. (1984): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. Frankfurt am Main: Fischer

Kontakt:

Regina Konrad

Rheingastr. 22

D 12161 Berlin

Fon 030 822 28 09

Fax 030 827 07 471

E-mail regina.konrad@berlin.sireco.net