

Gestörte Bindungen – Die stationäre Eltern-Kind-Psychotherapie

Judith Reder

Seminar auf der Eröffnungstagung 06. – 07.09.2013 Bad Mergentheim

**Psychotherapeutisches Zentrum
Erlenbachweg 24**

97980 Bad Mergentheim

Tel.: 07931 – 5316 – 0

E-Mail: j.reder@ptz.de

1. Die Arbeit in der Eltern-Kind-Abteilung

In diesem Text soll die Eltern-Kind-Psychotherapie im Psychotherapeutischen Zentrum Bad Mergentheim in **Theorie** und **Praxis** vorgestellt werden. Aus dieser Aufteilung in Theorie und Praxis ergibt sich bereits eine erste Struktur. Zunächst braucht es eine Theorie, die natürlich wenn sie tragen soll, in enger Verbindung mit der Praxis entwickelt wird. Gleichzeitig zeichnet sich eine Theorie aber auch dadurch aus, dass nicht nur nach-gedacht wird (über die Praxis und die Erfahrungen), sondern auch voraus-gedacht wird (gemäß dem menschlichen Vermögen, sich Begriffe von Dingen zu machen, von denen man noch keine konkrete Erfahrung hat). Eine Theoriebildung, die nur aus Nachdenken über die Praxis besteht, wäre verkürzt, ebenso wie eine mit der Praxis unverbundene Theorie unzureichend wäre, weil sie „abgehoben“ wäre, die Bodenhaftung verlieren und dann für das konkrete praktische Handeln (in der Therapie) nicht mehr von Nutzen wäre.

1.1 Das 4-Phasen Modell

Also zunächst zur **Theorie**: Aller therapeutischen Arbeit im Psychotherapeutischen Zentrum Bad Mergentheim liegt konzeptionell das 4-Phasen-Modell zugrunde (vgl. Plassmann, R.: *Die Kunst des Lassens*. 2007, S. 94-156). Das ist der gemeinsame Nenner aller Abteilungen: des Erwachsenen-Bereichs, des Jugendlichen-Bereichs und des Eltern-Kind-Bereichs. Die vier Phasen bestehen aus 1. Stabilisierung, 2. Ressourcenorganisation, 3. Expositionsarbeit, 4. Neuorientierung. In der **Praxis** bedeutet das Folgendes: Die Stabilisierungsphase (1. Phase) dient neben dem Erlernen von aus der Traumatherapie bekannten Stabilisierungstechniken (wie Erarbeitung eines „Sicheren Ortes“/„Wohlfühlortes“, Tresorübung, Klopftechnik etc.) der Identifizierung von sogenannten „Negativmustern“. Darunter verstehen wir dysfunktionale Bewältigungsversuche wie z.B. selbstverletzendes Verhalten zur Spannungsreduktion, das unkontrollierte Trinken von Alkohol zur Stressbewältigung, Impulsdurchbrüche bei Auseinandersetzungen, u.s.w.), die ihrerseits die Traumatisierung fortsetzen, weil sie eine permanente retraumatisierende Wirkung auf die eigene Person haben und somit ein Verharren in den alten Verletzungen und Belastungen zementieren. Häufig setzen wir hier Verträge ein, um die Entscheidung der Patientinnen gegen das dysfunktionale Muster explizit festzuhalten. Hier sind uns die Selbstverantwortlichkeit und die Selbstwirksamkeit der Patientinnen und Patienten sehr wichtig. In dem Maße, in dem sie sich selbst als steuerungs- und entscheidungsfähig erleben, steigt auch das Selbstvertrauen und die Hoffnung auf Heilung. Begleitet werden diese Schritte häufig durch Protokolle, wie z.B. das Emotionsprotokoll oder das

Dissoziationsprotokoll oder das eigenständige Ausfüllen einer Gewichtskurve bei Essstörungen. Gleichzeitig beginnen wir mit der Ressourcenaktivierung (2. Phase). Wenn ein dysfunktionales Verhalten zur Bewältigung von Problemen wegfällt, braucht es etwas anderes, das an dessen Stelle tritt. Indem verschüttete Ressourcen ausgegraben werden (z.B. die Freude am Malen oder Spazieren gehen) und wir uns gemeinsam auf die Suche nach neuen Quellen der Kreativität und Freude machen, können die Patientinnen einerseits wieder mehr Lebensfreude neben den vorhandenen Belastungen spüren und andererseits neue Wege der Stressreduktion, des Ausdrucks etc. finden. Hierbei sind die in der Klinik angebotenen Spezialtherapien wie Kunst- und Musiktherapie, Bewegungs- und Reittherapie sowie auch gemeinsame Mutter-Kind Musik-, Bewegungs- oder Kunsttherapie eine große Hilfe. In der Expositionsphase (3. Phase) geht es um die bewusste Auseinandersetzung mit Belastungs- und Traumamaterial. Voraussetzung ist eine ausreichende Stabilität sowie das Vorhandensein von Ressourcen. Dennoch wäre es zu starr, würde man schematisch gemäß der Folge der Phasen vorgehen, also den Patientinnen nicht erlauben, über Belastungsthemen zu sprechen, bevor nicht die Stabilisierungsphase „beendet“ ist. Erstens ist diese eigentlich nie beendet, da die Fähigkeit, sich selbst zu stabilisieren Übung und Routine braucht und auch über den Klinikaufenthalt hinaus weiter praktiziert werden soll. Zweitens ist es häufig ein dringendes Bedürfnis der Patienten, ihre Geschichte erzählen zu dürfen und ein therapeutisches Gegenüber zu finden, das es aushält, sich diese anzuhören. Bereits die Erfahrung, dass das Gegenüber daran nicht zerbricht und auch nicht in einen emotionalen Erregungszustand kommt, spricht, dass „Containing“ stattfindet, hat häufig eine stabilisierende Wirkung und gibt den Patienten das Gefühl „gehört“ und „gesehen“ zu werden. Allerdings gibt es auch hier Fälle, bei denen das „sich Hineinreden“ in Belastungsmaterial ein dysfunktionales Muster darstellt und deshalb retraumatisierende Wirkung hat. In diesem Fall ist es wichtig, die Patienten auf vorsichtige, respektvolle Weise zu stoppen und ihnen zu erklären, warum diese Art des Sprechens über Belastungsthemen nicht der Heilung dient. Neben der „narrativen Expositionsarbeit“ bieten wir in unserer Klinik auch EMDR zur Traumabearbeitung an. Eine Geschichte hat ein „erzählbares Ende“ gefunden, die Patienten durften die Erfahrung machen, dass schmerzhaftes Emotionen aushaltbar waren und bewältigt werden konnten. Eingespielte blockierende Muster, Denkweisen, Gefühle, Körperempfindungen konnten sich (ein Stück weit) lösen und Raum für Gesundheit und Heilung und für das Entstehen von Neuem konnte entstehen. Dies hat neben dem inneren Erleben immer auch Auswirkungen auf das praktische Leben und somit Konsequenzen für den Alltag zu Hause. Die Phase der Neuorientierung (4. Phase) besteht zum einen aus der Integration des Be- und Verarbeiteten in die

Gesamtpersönlichkeit. In der letzten Phase werden konkrete Schritte für die Rückkehr nach Hause besprochen. Dazu gehört z.B. die Aufnahme einer ambulanten Therapie oder die Inanspruchnahme von Familienhilfe durch das Jugendamt etc.. Beratung durch die klinikeigene Sozialarbeiterin findet in vielen Fällen im Lauf des stationären Aufenthalts statt. Manchmal kann eine Neuorientierung tatsächlich auch eine berufliche Neuorientierung bedeuten oder aber die Hinwendung zu neuen Hobbies und Interessen.

1.2. Prozessorientierte Psychotherapie

Eine weitere Grundlage der therapeutischen Arbeit im Psychotherapeutischen Zentrum Bad Mergentheim ist die von Plassmann (2013) konzeptionalisierte „Prozessorientierte Psychotherapie“. Sie legt ihr Augenmerk neben der Inhaltsebene, dem „Was“ einer Therapiestunde, auch auf das „Wie“, nämlich den Prozess. Ausgehend von der Erkenntnis, dass sich im Prozess ausdrückt, wie der Inhalt jeweils im Hier und Jetzt verarbeitet wird, wird aktiv darauf geachtet, dass ein Prozess stattfinden kann, der der Verarbeitung, Transformation und Integration von belastendem Material dienlich ist. Das bedeutet: ein Teil der Aufmerksamkeit richtet sich immer darauf, wie hoch die aktuelle Belastung im jeweiligen Moment ist (Limitfester), darauf, dass neben Belastendem auch Ressourcen auftauchen können (bipolares Prinzip) und somit Transformation und Integration des Belastungsmaterials stattfinden kann. Dies spiegelt sich auch in der Art und im Rhythmus des Dialogs zwischen Therapeut und Patient. Blockaden im Prozess können z.B. durch Dissoziation oder (re-)traumatisierende emotionale Übererregung stattfinden. In der Therapiestunde würde sich dann das Traumaerleben wiederholen, da die emotionale Übererregung den Transformationsprozess verhindern, ja man könnte sagen vergiften würde. Das Entstehen von Verarbeitungsmöglichkeiten und die Integration des Belastungsmaterials würde blockiert werden. Ein guter Prozess hingegen ermöglicht Mentalisierungsvorgänge im Wechsel zwischen Denken, Fühlen und Körperempfindungen. Mentalisierungsprozesse zeichnen sich durch guten Rhythmus aus, sie haben quasi musikalischen Charakter (vgl. Plassmann: Im eigenen Rhythmus). Wieder würde sich dieser Rhythmus auch in der Kommunikation zwischen Patient und Therapeut abbilden.

1.3. Organisation der Mutter-Kind-Abteilung

Bevor wir uns erneut grundlegenden theoretischen Überlegungen zur Arbeit im stationären Mutter-Kind-Setting zuwenden, soll zunächst einmal ganz konkret beschrieben werden, wie die Arbeit in der Mutter-

Kind-Abteilung im Psychotherapeutischen Zentrum Bad Mergentheim organisiert ist:

Die Arbeit in der Eltern-Kind-Abteilung sieht vor dem Hintergrund der bereits skizzierten Theorien in der **Praxis** wie folgt aus: Ein Elternteil, meistens ist dies die Mutter, begibt sich gemeinsam mit ihrem Kind oder ihren Kindern in stationäre Therapie, zunächst, weil sie selbst Therapie braucht. Dies sind z.B. Mütter mit Borderline- oder anderen Persönlichkeitsstörungen, Ängsten, Phobien, Depressionen, Zwängen, Essstörungen, Posttraumatischen Belastungsstörungen oder Anpassungsstörungen u.a.m.. Das hat zur Folge, dass die Mutter als Patientin selbst eine eigene Therapeutin hat, die sich ganz auf sie konzentriert, obwohl sie ja Mutter ist und als solche auch mit ihren Kindern in der Klinik ist. Manche Mütter haben ihre Kinder zwar in der Klinik dabei, diese sind aber Begleitkinder. Das heißt, dass sie in das klinikeigene Kinderzentrum gehen und dort pädagogisch betreut werden, aber selbst nicht Patienten sind. Da natürlich Kinder häufig auch mit Auffälligkeiten reagieren (sei es tatsächlich auf die Mutter/den Vater oder auf beide oder deren Beziehung oder auf ein „gestörtes“, also von Störung belastetes Familiensystem) oder aber mit „besonderen Bedürfnissen“ zu tun haben (sei es aufgrund von bestimmten Dispositionen, sei es wegen (extremer) früher Belastungen wie z.B. Frühgeburt und/oder Behinderung und/oder Entwicklungsverzögerungen), gibt es auch für die Kinder die Möglichkeit, stationäre Therapie zu bekommen, sofern im Vorfeld dafür eine Indikationsstellung besteht. Dafür gibt es den Kindertherapeuten/die Kindertherapeutin, die ihren Fokus auf das Kind und die Arbeit mit dem Kind legen, aber – wie in jeder Kindertherapie üblich und nötig – auch begleitende Elterngespräche führen. Nun wird es kompliziert: Da ist die Müttertherapeutin auf der einen Seite: sie sieht das Leiden, die Symptome und (wenn es gut läuft) die dysfunktionalen Bewältigungsstrategien der Mutter und geht eine therapeutische Beziehung mit dieser ein, was bedeutet, dass sie sich mit ihr identifizieren muss, um in ihre „Welt“ einzusteigen. Auf der anderen Seite ist da die Kindertherapeutin, die das Leiden, die Symptome und (wenn es gut läuft) die dysfunktionalen Bewältigungsstrategien des Kindes sieht, mit diesem eine therapeutische Beziehung eingeht, was bedeutet, dass sie sich mit ihm identifizieren muss, um in seine „Welt“ einzusteigen. Dies zieht aus Sicht der Kindertherapie nach sich, dass es dysfunktionale Muster von Seiten der Mutter gibt, die dem Kind nicht gut tun und in abgeschwächter Form mag die auch umgekehrt gelten. Auf der Seite der Müttertherapie ist es ein schwieriger Balanceakt, diesen Aspekt in der eigenen Sicht der Patientin zuzulassen und dennoch auf eine Art in Beziehung zu bleiben, die es der Mutter/Patientin ermöglicht, ihr

Selbstwertgefühl als Mensch und als Mutter nicht zu verlieren (wenn sie überhaupt eines hatte). Es stellt sich nun die Frage, wo die Therapie ansetzen soll, an welcher Stelle sie in das sich als dysfunktional erweisende System zwischen Mutter und Kind „eingreift“, damit es einer konstruktiven Veränderung, einer Transformation zugeführt werden kann. Hier ist es nun notwendig, sich der **Theorie** der Mutter-Kind-Therapie zuzuwenden, einer Theorie, die sich dieser ganz besonderen Patientengruppe Mutter bzw. Vater zuwendet. In der Folge wird von Mutter die Rede sein, da die Mehrzahl der Patienten in unserem Bereich tatsächlich weiblich und Mutter ist und weil gerade das *Mutter-Sein* in den theoretischen Überlegungen auch genauer betrachtet werden soll.

2. Modelle der Mutter-Kind-Psychotherapie

Daniel Stern beschreibt zwei grundlegende Ansätze innerhalb der Mutter-Kind-Psychotherapie mit jeweils unterschiedlichem Fokus: der erste Ansatz, der in der psychoanalytischen Tradition zu verorten ist, zielt auf die Veränderung der Repräsentationen der Mutter, d.h. auf die Veränderung der inneren Selbstrepräsentationen und ihrer Repräsentationen des Kindes. Der Ansatzpunkt und die theoretische Zielsetzung der Therapie ist also die Veränderung der Repräsentationen der Mutter/des Vaters/der Eltern. „Der „rote Faden“, nach dem man sucht, ist der thematisierte Zusammenhang zwischen den infantilen Konflikten (Erinnerungen und Repräsentationen) der Mutter, ihren aktuellen Konfliktthemen und der gegenwärtigen Mutter-Kind-Interaktion.“ (vgl. Stern, D.: *Die Mutterschaftskonstellation*. 1995, S.152ff.)

(vgl. Stern S. 156f. Abb. 8.1. und 8.2.)

Der zweite Ansatz, der in der verhaltenstherapeutischen Tradition steht, zielt auf eine Veränderung des Interaktionsverhaltens zwischen Mutter und Kind. Der Fokus ist das beobachtbare Verhalten von Mutter und Kind, also ihre Interaktion, die z.B. mithilfe von Videoaufzeichnungen festgehalten wird, analysiert und besprochen werden kann. Anschließend können Handlungsalternativen entwickelt werden. (vgl. Stern, D.: *Die Mutterschaftskonstellation*. 1995, S. 170ff.)

(vgl. Stern, S.174 evtl. Abb. 9.1.)

Eine Studie, die die Ergebnisse der beiden Ansatzpunkte miteinander vergleicht, zeigte, dass beide vergleichbar erfolgreich waren, dass es also nicht die entscheidende Rolle spielt, an welcher Stelle die Behandlung ansetzt, ob bei den inneren Repräsentationen der Mutter und deren Auswirkungen auf die Interaktion oder beim beobachtbaren Verhalten zwischen Mutter und Kind.

In unserer Klinik, die methodenintegrativ arbeitet, gibt es Therapeuten und Therapeutinnen verschiedener Provenienz. Dementsprechend ist auch der Fokus je nach therapeutischer Schule eher dem ersten oder aber dem zweiten Ansatz entsprechend. Tendenziell arbeiten die Müttertherapeutinnen eher mit den inneren Repräsentationen der Mutter, da die Mutter alleine in die Therapie kommt und diese Themen beinahe von allein in die therapeutischen Gespräche Einzug halten (unterschwellig ist das Mutter-Sein immer Thema). Die Kindertherapeutinnen legen den Fokus häufig eher auf die Veränderung der beobachtbaren Interaktionen, da sie sowohl das Verhalten der Kinder in der Einzelkindertherapie, als auch die Interaktion in gemeinsamen Mutter-Kind-Stunden vor Augen haben. So bietet sich die Arbeit am Konkreten sehr an.

Neben der Frage, wo die Therapie jeweils ansetzt, scheint es mir aber unverzichtbar, ein Spezifikum der Arbeit im Mutter-Kind-Setting hervorzuheben, ohne dessen Beachtung und Berücksichtigung meines Erachtens keine gelingende Therapie mit der speziellen Patientengruppe *Mütter* möglich ist:

Stern schreibt dazu in seinem Buch *Die Mutterschaftskonstellation*: „Während ich verschiedene klinische Ansätze untersuchte und ihre gemeinsamen Merkmale erforschte, wurde mir bewusst, dass eine Mutter nicht nur eine von vielen Patientinnen ist oder nur die Mutter eines jüngeren Patienten oder einfach ein Mitglied eines Systems. Sie ist eine Frau, die gerade eine einzigartige Phase ihres Lebens durchlebt, eine höchst einzigartige kulturelle Rolle spielt und eine einzigartige und unverzichtbare Funktion für das Überleben der Art erfüllt. Mir wurde deutlich, dass jede Behandlung der Mutter-Kind-Beziehung den spezifischen Charakter berücksichtigen muss, der die Denkweise der meisten Mütter oder ihre besondere Art zu fühlen und zu handeln auszeichnet.“ (Stern: *Die Mutterschaftskonstellation*. S. 15)

Eine Mutter zu behandeln, ohne dies zu berücksichtigen, würde ihr, so Stern, als Frau in einer einzigartigen Phase ihres Lebens nicht gerecht werden. Dies gilt in ganz besonderem Maß für Frauen mit kleinen Kindern, aber auch für die Mütter, deren Kinder bereits älter sind, denn sie tragen die (oft schwierigen) Erfahrungen des Mutter-Werdens noch in sich und müssen sich zusätzlich bereits den Entwicklungsaufgaben stellen, die sich mit zunehmendem Alter der Kinder ergeben.

Hier soll noch einmal Stern zu Wort kommen, der am Anfang seines Buches *Die Geburt einer Mutter* die folgenden treffenden Sätze schreibt:

„In gewissem Sinn muss eine Mutter psychisch geboren werden, so wie ihr Baby physisch geboren wird. Nur gebiert eine Frau in ihrem Denken und Fühlen kein neues menschliches Wesen, sondern eine neue Identität: das Gefühl, Mutter zu sein. (...) Als Mutter werden Sie zwangsläufig auch die seelische Wahrnehmungswelt einer Mutter gebären, die Ihnen wie der Polarstern die Richtung durch das Leben weist. Dies ist nicht nur eine bloße Umbildung ihres

Seelenlebens, sondern es entwickelt sich eine ganz neue Struktur des Denkens und Fühlens, die neben ihrer früheren existiert (und sie wahrscheinlich auch beeinflusst). (...)Die mit der Mutterschaft verbundene ganz besondere seelische Organisation wird also zu einem neuen, überdauernden und tief verankerten Teil ihrer selbst, der zunächst eine zentrale Rolle spielt und dann nur noch zu bestimmten Zeiten in Erscheinung tritt. Doch das ständige Vorhandensein dieser Art des Denkens und Fühlens, ob im Vordergrund oder im Hintergrund, macht Sie als Mutter in einer Weise zu einem einzigartigen menschlichen Wesen, wie es die gängigen psychologischen Theorien bisher nicht beschrieben haben.“ (Stern: *Die Geburt einer Mutter*. 1998, S. 7ff.)

3. Konsequenzen für die Praxis: die spezifische Art der therapeutischen Beziehung

Daraus folgt für die **Praxis**, dass jede Therapie, die mit Frauen, die Mütter sind, arbeitet, speziell also auch die stationäre Mutter-Kind-Therapie, den Aspekt des Mutter-Seins immer mitdenken und mit „behandeln“ muss. Stern spricht von einer ganz besonderen Organisationsform des psychischen Lebens, die er „Mutterschaftskonstellation“ nennt. (vgl. Stern: *Die Mutterschaftskonstellation*. S. 15f.) Nach Sterns Auffassung, und sie bestätigt in der Theorie meine Erfahrungen aus der Praxis, kann und darf die Mutterschaftskonstellation in der Arbeit mit Müttern als Patientinnen nicht ignoriert werden, selbst wenn es zunächst um das Problem der Patientin als Frau, nicht als Mutter zu gehen scheint. Das Mutter-Sein ist wie der „Basso continuo“ der bei allen anderen Themen begleitend weiterläuft. Demnach hat es also entscheidenden Einfluss auf die Art der therapeutischen Beziehung, die einer guten Entwicklung einer Frau, die Mutter ist, zuträglich ist. Nehmen wir als Beispiel, um dies deutlicher zu machen, eine Patientin mit einer „frühen“ Störung, also eine Borderline-Patientin oder eine Patientin mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. In den meisten Fällen haben diese Patientinnen eine mangelhafte Erfahrung im Bereich des Mütterlichen, das heißt, sie müssen/wollen ihrem Kind etwas geben, das sie selbst nicht bekommen haben. Häufig haben diese Patientinnen bereits durch die Schwangerschaft, Geburt und/oder die erste frühe Zeit mit dem Baby eine Art „Retraumatisierung“ erlebt. Durch das Schreien o.ä. des eigenen Kindes werden die Verletzungen aus der eigenen frühen Kindheitsgeschichte aktiviert. Selma Fraiberg (*Clinical Studies in Infant Mental Health*. 1980) schreibt, dass die Anwesenheit des Babys „im Raum“ Gefühle und Erinnerungen der Mutter weckt, die durch nichts anderes hätten geweckt werden können. („Ghost in the nursery“). Die Mutter erinnert einerseits sich selbst als Baby/Kind und ihr Erleben als solches (empfangend). Gleichzeitig erinnert sie ihre Mutter und deren aktiven Teil an der Interaktion (gebend). Die gespeicherten Erinnerungen oder Erinnerungsfragmente enthalten also beide Teile der Interaktion: Erinnerungen an die Akte des *Bemutterns* und auf diese Weise Erinnerungen an die frühe Kindheit der Mutter selbst und gleichzeitig an die *Bemutterung* werden geweckt,

die sie von ihrer eigenen Mutter erfahren hat. Der Plastizität wegen sprechen wir in der Therapie häufig von „innerem Kind“ oder „innerem Baby“, weil es Begriffe sind, die sich den Patientinnen fast wie von selbst erschließen. (vgl. dazu das Buch von Herbold und Sachsse *Das sogenannte innere Kind*. 2007). Daraus folgt, dass die Patientin als Mutter durch die „äußeren Kinder“ in besonderem Maße dem eigenen „inneren Kind“ mit all seinen Erlebnissen und Erinnerungsfragmenten begegnet und dass es zu einigen Verwicklungen im Innen und Außen kommen kann. Diesem Erinnerungskontext war die Patientin noch nie zuvor ausgesetzt. Nur dadurch, dass sie selbst Mutter wird, wird dieser aktiviert. Durch die aktuelle Situation des Mutterseins werden immer wieder Schemata des Zusammenseins mit der eigenen Mutter auftauchen und die aktuellen Erfahrungen durchdringen. Es versteht sich, dass eine Patientin, die keine hinreichend guten Erfahrungen der Bemutterung gemacht hat, oder gar von ihrer Mutter verlassen wurde, durch das Muttersein einer ständigen Konfrontation mit Belastungs- oder Traumamaterial ausgesetzt ist. Dies sollte sich entscheidend auf die therapeutische Beziehung auswirken: eine Patientin als Mutter ist unbedingt darauf angewiesen, dass in der therapeutischen Beziehung korrigierende Erfahrungen gemacht werden können in Bezug auf die Muttererfahrung. Es besteht von Seiten der Mutter als Patientin ein ausgeprägter Wunsch, von einer mütterlichen Gestalt geachtet und anerkannt zu werden. Es lässt sich häufig ein starkes Bedürfnis wahrnehmen, von dieser Unterstützung und Beistand und vor allem Verständnis zu erhalten. Stern schlägt vor, die spezifische Übertragung, die sich hier konstellierte als „Gute-Großmutter-Übertragung“ zu bezeichnen. Man könnte es auch einfach „korrigierende Mutter-Übertragung“ nennen. Stern benennt folgende Gefahr: **„Die Gefahr, die dem Behandlungsrahmen und dem therapeutischen Bündnis in dieser Situation droht, besteht in der Unfähigkeit des Therapeuten, auf diese Bedürfnisse und Wünsche einzugehen – entweder aus persönlichen Gründen oder weil er an einem therapeutischen Rahmen festhält, der zwar für die Psychoneurose, nicht aber für die Mutterschaftskonstellation geeignet ist. Die meisten Mütter erleben einen solchen Mangel an Responsivität gegenüber ihren Bedürfnissen so, als weigere sich der Therapeut, sie zu unterstützen und zu ermutigen; sie haben das Gefühl, dass er ihnen als Mutter nichts zutraut oder ihre Fähigkeiten nicht anerkennt, und empfinden sein Verhalten als Kritik. Dem therapeutischen Bündnis wird damit eine hohe Hypothek auferlegt.“** (Stern, D.: *Die Mutterschaftskonstellation*. S. 227)

Es besteht also die Gefahr einer tiefen Verwundung der Patientin als Mutter, deren Gefühl der Unzulänglichkeit, deren Gefühl, eine psychische Gefahr für ihr Kind zu sein, von therapeutischer Seite noch verstärkt wird, anstatt ihr einen Rahmen zu bieten, in dem sich ihre Sicht von sich selbst als Mutter langsam wandeln kann hin zu einer positiveren Identität als Mutter. Über die jeweiligen Auswirkungen auf das Kind braucht nicht näher eingegangen werden, da sie auf der Hand liegen.

„In Anwesenheit des Therapeuten (das heißt in der realen oder imaginären Interaktion mit ihm) wird die Mutter sich selbst als Person und Mutter anders sehen und fühlen, als wenn sie mit dem Baby (Kind A .d. A.) alleine ist. Das Potential der Therapie, in der Mutter alternative (und positivere) Bilder von sich selbst als Mutter zu erzeugen, solche Bilder zu ermöglichen, zu erlauben und zu fördern, gehört zu den wichtigsten Folgen der therapeutischen Beziehung. (...) Die aktive Beteiligung der Mutter an der therapeutischen Beziehung führt ihr eine Reihe anderer möglicher Mütter vor Augen, die sie selbst realistischerweise sein oder zu denen sie werden könnte, und ebenso eine Reihe anderer Mütter, die zu sein sie aufhören oder zu denen zu werden sie vermeiden könnte.“(s.o. S. 139f.) Die Chance, die in dieser Art der therapeutischen Beziehung besteht ist, dass sich die Sicht der Patientin von sich selbst als Mutter, also ihre Identität als Mutter, zum Positiven verändert und daraus positive Verhaltensweisen den Kindern gegenüber erwachsen können. Stern postuliert: „Theoretisch könnte eine Veränderung der Art und Weise, wie der Therapeut die Mutter-als-Mutter sieht, Auswirkungen darauf haben, wie sie selbst sich letztlich sehen wird.“ (Stern, D.: *Die Mutterschaftskonstellation*. S. 143) Die Erfahrung in der Arbeit mit den Müttern zeigt, dass die meisten sich für schlechte Mütter halten. Die Tatsache, dass sie (und evtl. sogar ihre Kinder) sich in Therapie begeben, scheint dies gewissermaßen zu beweisen. Ein erstes Aufatmen ist in der Therapie meistens dann wahrzunehmen, wenn die Patientinnen neben dem Bewusstsein für die Fehler (dies muss häufig von einem allgemeinen Gefühl zu konkreten Dingen hingelenkt werden) auch ein Bewusstsein für ihre Einzigartigkeit als Mutter eben dieses Kindes entwickeln können. Sie haben häufig erstmals ein Gegenüber (in Gestalt der Therapeutin, die eine korrigierende Mutter – bzw. „gute Großmutter“-Übertragung zulässt), das etwas Positives in ihr als Mutter sieht und ihr zutraut, in ihre Rolle als Mutter hineinzuwachsen und sie gut auszufüllen. An dieser Stelle sei zum Schluss noch einmal Stern zitiert, der das Beschriebene präzise zusammenfasst:

„Nehmen wir also an, dass die Mutterschaftskonstellation den geeigneten Rahmen für die meisten Mutter-Kind-Therapien darstellt. (...). Ein solcher Rahmen ermöglicht es dem Therapeuten, sich selbst als eine spezifische Form der unterstützenden Matrix zur Verfügung zu stellen, die der Mutter Bestätigung, Unterstützung und Anerkennung vermittelt und sie auf diese Weise so „halten“ kann, dass ihre mütterlichen Funktionen freigesetzt oder entdeckt und gefördert werden. Darüber hinaus kann sie ohne eine Beeinträchtigung ihrer Aktivitäten, ihres Selbstwertgefühls oder ihrer Selbständigkeit geschehen. Dieser Rahmen erleichtert es ihr, ihre Repräsentationen in erster Linie durch korrigierende emotionale Erfahrungen sowie mit Hilfe von Deutungen und Vorbildfunktionen zu verändern oder neu zu verknüpfen. Er ist ideal geeignet zur Erforschung und Entdeckung zuvor unerkannter oder brachliegender mütterlicher Talente und zur Suche nach alternativen Muttergestalten, die in ihrer Vergangenheit eine so positive Rolle gespielt haben, dass sie nun davon profitieren kann. In diesem Rahmen kann sie den real benötigten Rat und praktische Hilfe finden. Er fördert

ihre Fähigkeit, die notwendigen „positiven Verzerrungen“ in Bezug auf ihr Baby zu entwickeln – jene, die sich später als Self-fulfilling-prophecies erweisen werden.“ (Stern, D.: *Die Mutterschaftskonstellation*, S. 229f.)

Hier lässt sich auch noch einmal der Bogen zur „Prozessorientierten Psychotherapie“ spannen, die davon ausgeht, dass jeder therapeutischen Intervention eine emotionale Selbstregulation des Therapeuten vorausgeht. Dies ermöglicht wiederum dem Patienten, selbstregulierend mit dem besprochenen Material umzugehen. Plassmann nennt es „Prozesskommunikation“ (vgl. Plassmann: *Selbstorganisation*. 2011). Zwei Transformationssysteme, das von Patient und von Therapeut, kommunizieren miteinander. Im speziellen Fall der Mutterschaftskonstellation bedeutet dies, dass die Therapeutin vorwegnehmend selbstregulativ mit dem Material des Mutter-Seins der Patientin umgeht. Das bedeutet nicht, alles gut zu heißen, was die Patientin als Mutter tut, es bedeutet aber den Raum für das bipolare Prinzip zu öffnen, es bedeutet die Transformation in Bezug auf die Rolle und Identität der Patientin als Mutter anzubahnen und sie in ihrem Menschsein und Muttersein zunächst einmal anzunehmen. Damit hat die therapeutische Beziehung im Sinne der Etablierung einer sicheren Bindung Vorbildcharakter für die Beziehung der Mutter zu ihrem Kind. Was könnte in einer Mutter-Kind-Therapie Besseres passieren?

Literatur:

Fraiberg, S.: *Clinical Studies in Infant Mental Health*. 1980.

Herbold, W. und Sachsse, U.: *Das sogenannte innere Kind*. 2007.

Plassmann, R.: *Selbstorganisation*. 2011.

Plassmann, R.: *Die Kunst des Lassens*. 2007.

Stern, D.: *Die Mutterschaftskonstellation*. 1995.

Stern, D.: *Die Geburt einer Mutter*. 1998.

Brisch, K.-H.: *Bindungsstörungen*. 1999.