

Matthias Sonnenburg

Die Kränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes - Zur inneren Situation der Eltern in der stationären Psychotherapie von Kindern

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 43 (1994) 4, S. 138-143

urn:nbn:de:bsz-psydok-37187

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

INHALT

Erziehungsberatung

- HUNDSALZ, A.: Erziehungsberatung zwischen Beratung und behördlicher Mitwirkung (Educational Guidance between Counseling and Official Participation) 157
- JAEDE, W./WOLF, J./ZELLER, B.: Das Freiburger Gruppeninterventionsprogramm für Kinder aus Trennungs- und Scheidungsfamilien (The Freiburg Group Intervention Program for Children from Separated and Divorced Families) 359
- KNOKE, H.: Rollenkonfusion in der Nachscheidungsphase (Role Confusion in the Phase after a Divorce) 366

Familientherapie

- CZECH, R./WERNITZNIG, H.: Therapeutische Briefe als Intervention in der Familientherapie – dokumentiert am Fallbeispiel einer Schulphobie (Therapeutical Letters as an Effective Ressource in Family Therapy – Documented by a Case of School Phobia) 304
- REITER, L./REITER-THEIL, S./EICH, H.: Der ethische Status des Kindes in der Familientherapie und systemischen Therapie. Antwort auf Kritik (The Ethical Status of the Child in Family Therapy and Systemic Therapy) 379

Forschungsergebnisse

- BOEGER, A./SEIFFGE-KRENKE, I.: Body Image im Jugendalter: Eine vergleichende Untersuchung an gesunden und chronisch kranken Jugendlichen (Body Image in Adolescents: A Comperative Investigation of Healthy and Chronically Ill Adolescents) 119
- ELBING, U./ROHMANN, U.H.: Auswirkungen eines Intensivtherapie-Programms für verhaltensgestörte Geistig-behinderte auf ihre Bezugspersonen im Heim (Effects of an Intensive Therapy Program Designed for Mentally Handicapped Persons with Severe Behavioral Problems on Their Staff Personal in a Residential Institution) 90
- HOKSBERGEN, R./JUFFER, F./TEXTOR, M.R.: Attachment und Identität von Adoptivkindern (Attachment and Identity of Adopted Children) 339
- KLICPERA, C./GASTEIGER-KLICPERA, B.: Sind die Lese- und Rechtschreibleistungen der Buben stärker von der Unterrichtsqualität abhängig als jene der Mädchen (Does the Reading and Spelling Achievement of Boys Depend More Strongly on the Quality of Classroom Teaching than the Achievement of Girls?) 2
- KUSCH, M./LABOUIVIE, H./BODE, U.: Unterschiede im aktuellen Befinden zu Beginn der Krebstherapie und mögliche Folgen: Eine Pilotstudie in der pädiatrischen Onkologie (Differences in Actual State in the Beginning of Cancer Treatment and Its Implications: A Pilot Study in Pediatric Oncology) 98
- LUGT-TAPPESE, H./WIESE, B.: Prospektive Untersuchung zum mütterlichen Verhalten in der Neugeborenenzeit: eine Erkundungsstudie (A Prospective Study on Mater-

- nal Behavior During the Period of New-born Child: A Pilot Study) 322
- LUGT-TAPPESE, H.: Können Kinder ihre Ängste schildern? Eine Interviewstudie zum Vergleich der Einschätzung kindlicher Ängste durch Verhaltensbeobachtung, die Kinder selbst, deren Erzieherinnen und Mütter (Are Children able to describe their Anxieties? An Interview Study) 194
- NEUMÄRKER, K.J./STEINHAUSEN, H.C./DUDECK, U./NEUMÄRKER, U./SEIDEL, R./REITZLE, M.: Eßstörungen bei Jugendlichen in Ost- und West-Berlin in den 80er Jahren (Eating Disorders in East- and West-Berlin in the Eighties) 60
- ROGNER, J./WESSELS, E.T.: Bewältigungsstrategien bei Müttern und Vätern mit einem erst- oder zweitgeborenen geistig behinderten Kind (Coping of Mothers and Fathers with a First- or Second-born Mentally Handicapped Child) 125
- SCHNURNBERGER, M.: Zur Situation von Bewegungs- und Körpertherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (The Situation of Movement- and Body Therapy in Inpatient Child and Adolescent Psychiatry) 208
- SOHR, S.: Ist es schon ‚fünf nach zwölf‘? Entwicklung einer Skala zu ‚Ökologischer Hoffnungslosigkeit‘ (Is it “Five past Twelve” Already? Development of a New Instrument to measure ‘Ecological Hopelessness’) 203
- WAGNER, H.: Auditive Wahrnehmungsprobleme und verbale und nonverbale Intelligenzleistungen (Auditory Perception Problems and Verbal and Non-verbal Intelligence Achievements) 106
- WOLKE, D./MEYER, R./ORTH, B./RIEGEL, K.: Häufigkeit und Persistenz von Ein- und Durchschlafstörungen im Vorschulalter: Ergebnisse einer prospektiven Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe in Bayern (Prevalence and Persistence of Sleeping Problems during the Preschool Years: A prospective Investigation in a Representative Sample of South German Children) 331

Praxisberichte

- HEINEMANN, C.: Neuentscheidungstherapie bei Pflege-, Adoptiv- und Heimkindern mit Scheiterer-Verläufen (New Decision-Making Therapy in Foster Children, Adopted Children and Children Living in Children's Homes with Courses of Failure) 130
- JARCZYK, B./ROSENTHAL, G.: „Gewalt“ und Erziehungsberatung (“Violence” and Child Guidance) 163
- KUNTZAG, L.: Diagnostische Probleme bei Verdacht auf sexuellen Mißbrauch an behinderten Vorschulkindern (Diagnostic Problems in Developmentally Retarded Children Suspected of Having been Sexually Abused) 21
- SONNENBURG, M.: Zur Konzeption von Elterngruppen in der stationären Psychotherapie von Kindern (On the Conception of Group Psychotherapy with Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children) 175
- SONNENBURG, M.: Die Kränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes – Zur inneren Situation der Eltern

in der stationären Psychotherapie von Kindern (Parents' Wounds through a Child's Illness – On the Psychological Situation of Parents during Inpatient Psychotherapy of their Children)	138	lichkeit in der jungen Generation ("I came here a Stranger, as a Stranger I will go." – From Alienation to Ant-Foreign Sentiment in the Younger Generation)	247
TATZER, E./KRISCH, K./HANICH, R.: Arbeit mit psychisch gestörten Eltern in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung (Working with Mentally Disturbed Parents in a Psychiatric Institution for Children)	170	REMSCHMIDT, H./MATTEJAT, F.: Kinder psychotischer Eltern – eine vernachlässigte Risikogruppe (Children of Psychotic Parents – A Neglected Risk Group)	295
Psychotherapie		RESCH, F.: Magisches Denken und Selbstentwicklung (Magic Thinking and Self Development)	152
CRAMER, B.: Mutter-Kleinkind-Beziehung: Beginn der psychischen Struktur (Mother-Infant-Relationship: the Beginning of the Psychic Structure)	345	SCHEUERER-ENGLISCH, H./SUESS, G.J./SCHWABE-HÖLLEIN, M.: Das psychologische Sachverständigengutachten als Intervention bei Sorgerechtskonflikten während der Scheidung (The Psychological Expert Opinion as a Form of Intervention in Custody Conflicts during Divorce)	372
DIEZ GRIESER, M.T.: Zur Rolle der Eltern beim Abbruch von Kinderpsychotherapien (On the Role of Parents in Premature Termination of Child Psychotherapy)	300	SOHNI, H.: Geschwisterbeziehungen – Die Einführung der horizontalen Beziehungsdynamik in ein psychoanalytisches Konzept 'Familie' (The Psychoanalytic Starting Position Concerning the Sibling Relationship as attributed to S. Freud)	284
KERN, H.J.: Paradoxe Interventionen: Erklärungsversuche und Kategorisierungen (Paradoxical Interventions: Explanations and Categorizations)	9	STRECK-FISCHER, A.: Männliche Adoleszenz, Fremdenhaß und seine selbstreparative Funktion am Beispiel jugendlicher rechtsextremer Skinheads (Male Adolescence, Xenophobia and its Self-repairing Function using the Example of Adolescent Right-wing Extremist Skin Heads)	259
Übersichten		WALTER, R./REMSCHMIDT, H.: Zum Bedarf an Psychotherapie im Schulalter (On the Need of Psychotherapy for School Children)	223
BAUERS, W.: Das Übertragungsgeschehen in der psychoanalytischen Kindertherapie (Transference in Psychoanalytic Child Therapy)	84	Werkstattberichte	
DERICHS, G./KROHN-JASTER, G.: Integrativer Ansatz zum Umgang mit Teilleistungsschwächen bei 5–8-jährigen (An Integrative Concept to cope with Developmental Retardations of 5 to 8 Years old Children)	215	NETZER, J.: Akzeptanz einer kommunalen Erziehungsberatungsstelle im ländlichen Bereich	27
ERDHEIM, M.: Das fremde Böse (The Strange Evil)	242	Tagungsberichte	
FRIEBEL, V.: Entspannungstraining für Kinder – eine Literaturübersicht (Relaxation Training for Children. A Review of Literature)	16	Bericht über den XIII. Kongreß der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)	350
HESS, T.: Systemdenken in Schulpsychologie und Schule (Systemic Perspectives in Guidance and Educational Counseling in Public Schools)	45	Buchbesprechungen	
HIRSCHBERG, W.: Kognitive Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit Störungen des Sozialverhaltens – eine Übersicht (Cognitive Characteristics of Children and Adolescents with Conduct Disorders – a Review) . .	36	ADLER, M.: Ethnopschoanalyse. Das Unbewußte in Wissenschaft und Kultur	352
HÖGER, C.: Systemische Ansätze in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie (Systemic Aspects in Outpatient Child Psychiatry)	78	BARRON, J./BARRON, S.: Hört mich denn niemand? Eine Mutter und ihr Sohn erzählen, wie sie gemeinsam den Autismus besiegten	182
KAHL-POPP, J.: „Ich bin Dr. Deutschland.“ – Rechtsradikale Phantasien als verschlüsselte Kommunikation in der analytischen Psychotherapie eines Jugendlichen ("I am Dr. Deutschland." – Right-wing Extremist Phantasies as Enciphered Communication in the Analytic Psychotherapy of an Adolescent)	266	BIERMANN, G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie, Bd. V	272
KOHE-MEYER, I.: „Ich bin fremd, so wie ich bin.“ – Migrationserleben, Ich-Identität und Neurose ("I am a Stranger for Everybody." – Experience of Migration, Ego-Identity and Neurosis)	253	BOSSELMANN, R./LÜFFE-LEONHARDT, E./GELLERT, M.: Variationen des Psychodramas – ein Praxisbuch, nicht nur für Psychodramatiker	183
MÄRTENS, M.: Bettnässen als individuelles Symptom und systemisches Ereignis – Überlegungen zur Verwendung hypnotherapeutischer Methoden unter familiendynamischen Aspekten (Enuresis as Individual Symptom and Systemic Event – Considerations Concerning the Application of Hypnotherapy Methods under Aspects of Familydynamics)	54	BOTT SPILIUS, E. (Hrsg.): Melanie Klein heute – Entwicklungen in Theorie und Praxis Bd. 1 u. 2	27
PETRI, H.: „Fremd bin ich eingezogen, fremd zieh ich wieder aus.“ – Von der Entfremdung zur Fremdenfeind-		BRACK, U. (Hrsg.): Frühdiagnostik und Frühtherapie. Psychologische Behandlung von entwicklungs- und verhaltensgestörten Kindern	273
		BRÜNDEL, H.: Suizidgefährdete Jugendliche. Theoretische und empirische Grundlagen für Früherkennung, Diagnostik und Prävention	275
		BUCHHOLZ, M.B.: Dreiecksgeschichten. Eine klinische Theorie psychoanalytischer Familientherapie	235
		BÜRGIN, D.: Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter .	183

COOKE, J./WILLIAMS, D.: Therapie mit sprachentwicklungsverzögerten Kindern	73	NEUBAUER, G./SÜNKER, H. (Hrsg.): Kindheitspolitik international. Problemfelder und Strategien	71
DEGENER, G./DIETEL, B./KASSEL, H./MATTHAEI, R./NÖDL, H.: Neuropsychologische Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen	232	PASSOLT, M. (Hrsg.): Hyperaktive Kinder. Psychomotorische Therapie	184
DETTMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETERMANN, F. (Hrsg.): Verhaltenstherapie mit Kindern ..	147
DETTMERING, P.: Die Adoptionsphantasie – Adoption als Fiktion und Realität	352	PETRI, U.: Umweltzerstörung und die seelische Entwicklung unserer Kinder	27
Deutsches Jugendinstitut (Hrsg.): Beratung von Stieffamilien – Von der Selbsthilfe bis zur sozialen Arbeit	110	PETRI, H.: Verlassen und verlassen werden. Angst, Wut, Trauer und Neubeginn bei gescheiterten Beziehungen ..	30
DITTLER, U.: Software statt Teddybär. Computerspiele und die pädagogische Auseinandersetzung	278	RENNEN-ALLHOFF, B./ALLHOFF, P./BOWI, U./LAASER, U.: Elternbeteiligung bei Entwicklungsdiagnostik und Vorsorge	112
EGGERT, D.: Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung	315	RÖHRLE, B.: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung ..	187
EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 30, 31, 32	312	RÖTTGEN, G.: Spielerlebnisse zum handelnden Spracherwerb	111
ELLEBRACHT, H./VIETEN, B. (Hrsg.): Systemische Ansätze im psychiatrischen Alltag. Perspektiven und Meinungen aus Theorie und Praxis	72	SCHIFFER, E.: Warum Huckleberry Finn nicht süchtig wurde. Anstiftung gegen Sucht und Selbstzerstörung bei Kindern und Jugendlichen	313
FAHRENFORT, J.: Attachment und Early Hospitalization ..	279	SCHMIDT, M. H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie	280
FALLER, H./FROMMER, J. (Hrsg.): Qualitative Psychotherapieforschung	318	SCHUBARTH, W./MELZER, W. (Hrsg.): Schule, Gewalt und Rechtsextremismus	186
FRANSEN, S.: Ganz normal – und doch ver-rückt. Freiwillig in die Jugendpsychiatrie	111	SCHUBBE, O. (Hrsg.): Therapeutische Hilfen gegen sexuellen Mißbrauch an Kindern	313
GAULD, J. W.: Character first – the Hyde School Difference ..	386	SCHUBERT, B.: Erziehung als Lebenshilfe. Individualpsychologie und Schule – ein Modell	72
GIL, E.: Die heilende Kraft des Spiels: Spieltherapie mit mißbrauchten Kindern	315	SCHUMACHER, K.: Musiktherapie mit autistischen Kindern ..	316
GRAWE, K./DONATI, R./BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession	316	SEIDLER, G. (Hrsg.): Magersucht – öffentliches Geheimnis ..	288
GROSSKURTH, P.: Melanie Klein – ihre Welt und ihr Werk ..	232	SOLNIT, J. (Ed.): The Psychoanalytic Study of the Child, Vol. 47	70
HEINL, P.: Maikäfer flieg, dein Vater ist im Krieg ... Seelische Wunden aus der Kriegskindheit	235	STEINHAUSEN, H. C./VON ASTER, M. (Hrsg.): Handbuch Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin bei Kindern und Jugendlichen	147
HENNICKE, K./ROTHHAUS, W. (Hrsg.): Psychotherapie und geistige Behinderung	147	STORK, J. (Hrsg.): Kinderanalyse. Zeitschrift für die Anwendung der Psychoanalyse in Psychotherapie und Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters	32
HESSE, S.: Suchtprävention in der Schule – Evaluation der Tabak- und Alkoholprävention	185	TENT, L./STELZ, I.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik	109
HURRELMANN, K.: Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung	317	Testzentrale des Berufsverbandes deutscher Psychologen: Testkatalog 1994/95	318
KASTEN, H.: Die Geschwisterbeziehung, Bd. II: Spezielle Geschwisterbeziehungen	72	TIETZE-FRITZ, P.: Elternarbeit in der Frühförderung. Begegnungen mit Müttern in einer besonderen Lebenssituation	274
KLAUSS, T.: Trennung auf Zeit	274	Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung (Hrsg.): Früherkennung von Entwicklungsrisiken	274
KLEES, K.: Partnerschaftliche Familien: Arbeitsteilung, Macht und Sexualität in Paarbeziehungen	277	VOLLBRECHT, R.: Ost-west-deutsche Widersprüche. Ost-deutsche Jugendliche nach der Wende und im Westen ..	31
KNÖLKER, U./SCHULTE-MARKTWORT, M. (Hrsg.): Subjektivität in der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, Therapie und Forschung	183	WEBER-KELLERMANN, I.: Die helle und die dunkle Schwelle. Wie Kinder Geburt und Tod erleben	186
KROWATSCHEK, D.: Marburger Konzentrationstraining ..	386		
KUSCH, M.: Entwicklungspsychopathologie und Therapieplanung in der Kinderverhaltenstherapie	185	Editorial 240, 358	
LANFRANCHI, A.: Immigranten und Schule	385	Autoren und Autorinnen dieses Heftes 27, 68, 109, 138, 175, 229, 266, 310, 345, 382	
LAUTH, G.W./SCHLOTTKE, P.F.: Training mit aufmerksamkeitsgestörten Kindern	112	Diskussion 179	
LICKONA, T.: Educating for Character – How our Schools can teach Respect and Responsibility	276	Zeitschriftenübersichten 68, 143, 230, 310, 383	
LINDEN, M./HAUTZINGER, M. (Hrsg.): Verhaltenstherapie ..	146	Tagungskalender 34, 74, 114, 148, 188, 236, 280, 319, 354, 387	
LÜCK, H.E./MÜLLER, R. (Hrsg.): Illustrierte Geschichte der Psychologie	353	Mitteilungen 34, 74, 114, 149, 188, 237, 320, 354	
MÖNKS, F.J./YPENBERG, I.H.: Unser Kind ist hochbegabt. Ein Leitfaden für Eltern und Lehrer	235		
MYSCHKE, N.: Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Erscheinungsformen, Ursachen, hilfreiche Maßnahmen	145		

Die Kränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes – Zur inneren Situation der Eltern in der stationären Psychotherapie von Kindern¹

Matthias Sonnenburg

Zusammenfassung

Bei der stationären Aufnahme eines Kindes in eine psychotherapeutische Klinik zeigt sich regelmäßig, daß die Notwendigkeit eines so schweren Eingriffs in das Familienleben auch für die Eltern ein schwerer Schock ist. Aufgrund der Erfahrungen in Elterngruppen wird die zugrundeliegende Kränkung untersucht. Hinter den Aspekten sozialer Ächtung und der als Diskriminierung erlebten Notwendigkeit, die Hilfe von Fachleuten in Anspruch nehmen zu müssen, erweist sich als tiefster Grund der Kränkung, daß das Kind mit seiner Krankheit, die einerseits Ausdruck der Familiendynamik ist, sich gleichzeitig auch wichtigen seelischen Bedürfnissen der Eltern entzieht. Die stationäre Aufnahme wiederholt im Äußeren eine bereits vom Kind teilweise vollzogene Trennung. Die Bearbeitung des dadurch ausgelösten Schocks kann in der Familienarbeit zu loslösenden Schritten der Eltern führen, die eine beiderseitige Individuation von Eltern und Kind einleiten.

1 Die stationäre Behandlung eines Kindes im Spannungsfeld von Einzeltherapie und Familientherapie

Durch die Aufnahme in die psychotherapeutische Klinik wird das Kind eindeutig von den Behandelnden als Patient akzeptiert und definiert. Eltern und Kind erleben die Situation so, daß es zu uns gesandt wird, um die jeweils störende Symptomatik „zu reparieren“. Entsprechende Wünsche und Aufträge bekommen wir von den Eltern: Das Kind soll wieder essen und zunehmen; es soll seine Angst überwinden und wieder die Schule besuchen; es soll seine Wutausbrüche in der Schule aufgeben und zu Hause wieder lenkbar und umgänglich werden.

Das Kind wird durch die Aufnahme in die Klinik sowohl räumlich als auch zeitlich nachhaltig von der Familie getrennt, für die alltägliche Erziehung sind nun andere, professionelle Erzieher zuständig. Das Kind steht als Individuum im Zentrum der Behandlung, die in der Tiefenbrunner Klinik als psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie in Kombination mit milieutherapeutischen Ansätzen durchgeführt wird.

Andererseits ist es altersspezifisch für Kinder, daß ihre inneren Konflikte, als Ergebnisse ihrer frühkindlichen Beziehungen, eingebettet sind in die noch andauernden Beziehungen vor allem zu ihren Eltern. Die Entwicklung der Familientherapie hat den Blick für die Erfahrung geöffnet, daß die seelische Position des Kindes in einem Netz von familialen Beziehungen verknüpft ist und sich nicht verändern kann, ohne daß sich dieses Netz verändert. Dies gilt – so auch BERGER (1976) in seiner grundlegenden Arbeit über Elternarbeit in Klinik und Heim – auch für die stationäre Therapie. Kinder sind wegen ihrer realen Abhängigkeit von ihren Eltern in ihrem Veränderungsspielraum in der Regel so stark in die Familiendynamik eingebunden, daß man sagen kann, ihre Veränderungsmöglichkeit ist direkt begrenzt durch das, was die Familiendynamik zuläßt. Ein Kind fühlt sich existentiell abhängig davon, von den Eltern *innerlich* nicht (noch weiter) abgeschoben zu werden. Dies ist sogar wichtiger als das äußere Verbleiben in der Familie, etwa wenn Kinder in Erfüllung von Delegationen der Eltern durch ihr Verhalten zu einer Heimaufnahme beitragen.

Es spürt überdies sehr fein, wo die Eltern in ihrer inneren Situation von seiner eigenen Veränderung bedroht wären. Wir erleben z.B. bei schulphobischen Kindern, denen es nach einer Zeit in der Klinik womöglich ganz gut geht, daß sie am Telefon einem Elternteil aber etwas vorjammern, offensichtlich, um zu zeigen, daß sie in ihrer eigenen Trennungsfähigkeit noch nicht so weit sind und um damit den Elternteil in seinen Trennungsängsten zu beruhigen.

Zumindest die innere Toleranz der Eltern, eine veränderte Stellung des Kindes im Familiennetz zuzulassen, ist dementsprechend eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung.

Ebenso wie die intrapsychischen Konflikte müssen die Familienbeziehungen des Kindes in die Behandlung einbezogen werden. Aufgrund der geschilderten Abhängigkeit des Kindes würde sich eine Familientherapie anbieten. Allerdings hat sich gezeigt, daß die Familientherapie in der Praxis auch ihre Grenzen hat und Einzelbehandlungen, wie hier im stationären Rahmen, nicht ersetzen kann; z.B. wenn Eltern nicht von vornherein bereit und in der Lage sind, aufgrund der zugespitzten familiären Konfliktsituation sich selbst als Patienten zu sehen. In anderen Fällen ist die Familiendynamik durch die gegenseitige An-

¹ Dank an Herrn M.B. Buchholz für seine kritischen Anmerkungen.

ziehung der verschiedenen Rollen so zementiert, daß erst die Erschütterung durch die äußere Trennung eine Behandlung, ein „Dazwischenkommen“ von Therapeuten ermöglicht.

Ein explizit familientherapeutisches Setting kommt für uns nicht in Frage, da die Mitarbeit der Familie oft erst gewonnen werden muß. Dennoch spielen familiendynamische Gesichtspunkte immer eine entscheidende Rolle. Es ist u. U. leichter, Veränderungen des Systems durch die Behandlung des Kindes sowie die gleichzeitige „begleitende Psychotherapie der Bezugspersonen“ zu bewirken.

So kam z. B. erst Bewegung in die Familiengespräche, als die 13jährige Tochter durch die in der Einzeltherapie und den klinischen Alltag durchgearbeiteten Autonomiekonflikte den Mut fand, die Eltern mit ihrer abweichenden Sicht bis dahin ständig nur wiederholter Beziehungsstrukturen zu konfrontieren.

Möglich wäre in diesem Rahmen sowohl eine beratende Begleitung der Einzeltherapie des Kindes, die eher die elterlichen Erziehungseinstellungen im Blick hat, als auch die Behandlung der neurotischen Konflikte der Eltern, die mit denen der Kinder in Wechselwirkung stehen. Weiter ist die Orientierung auf eine Paarbehandlung möglich, um die Eltern mit ihren eigenen Problemen zu befassen, damit das Kind aus seiner darauf bezogenen Rolle entlassen werden und sich mit Hilfe seiner Einzeltherapie quasi im „Windschatten“ entwickeln kann.

2 Die Klinik als „Dritte“

Im klinischen Rahmen scheint mir eine grundsätzliche Orientierung nützlich an dem Modell, daß der Therapeut zu der Beziehung zwischen Eltern und Kind als Dritter hinzutritt und aus dieser Wahrnehmung und dem bewußten Umgang damit seine therapeutischen Wirkungsmöglichkeiten schöpft. Entsprechend faßt ÖLSNER (1986, S. 69) die Ergebnisse der Jahrestagung 1985 des Arbeitskreises DGPT/VAKJP zum Thema: „Elternarbeit in der analytischen Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen“ zusammen: „Die Ergebnisse der Arbeitsgruppen zeigen auf, daß die Diskussion um Familientherapie, Einzelberatung, -behandlung, Teilfamilien- oder Mehrgenerationensetting zurücktritt hinter der Aufmerksamkeit bzgl. des Einbringens des „Therapeuten als Dritten“ – real oder per Übertragung – in den Triangulierungsprozeß der Familienmitglieder.“ (vgl. auch BAUERS 1993).

Daran orientiert, ist es notwendig, daß sich auch die Klinik, d. h. hier der Einzeltherapeut des Kindes und die Erzieher im „Realraum“ bewußt als Dritte in dem Beziehungsgeflecht zwischen Eltern und Kind begreifen. Das Klima, dem die Eltern hier begegnen, die Atmosphäre, in der sie mit den Erziehern über den pädagogischen Alltag sprechen und am Gegenstand der konkreten Erziehungsprobleme Hilfe und Rückmeldung bezüglich ihres eigenen Verhaltens bekommen, trägt entscheidend zur Behandlung bei. Sich als „Dritte“ zu begreifen, bedeutet besonderes Augenmerk auf die Pflege der Beziehung zu den Eltern zu legen, weil dies die Seite in dem Dreieck Kind-Eltern-Kli-

nik ist, die strukturell am schwächsten ausgebildet ist. Es ist unsere regelmäßige klinische Erfahrung, daß geringe Behandlungserfolge bei Kindern damit einhergingen, daß wir die Eltern beziehungsmäßig nicht erreichen konnten. Wir müssen die Eltern also als Patienten gewinnen.

AHLHEIM und MÜLLER-BRÜHN (1990, S. 84) formulieren dazu: „Die Bereitschaft, die Eltern zu Patienten, zu Kindern werden zu lassen – kommt einem Angriff auf das Erwachsensein der Eltern gleich.“ Wohl in derselben Intention weist M. B. BUCHHOLZ darauf hin, daß die Eltern nicht Patienten, sondern *Eltern* werden müßten. Natürlich ist der Intention der Autorinnen beizupflichten, wenn sie sich gegen ein „Klein-Machen“ der Eltern wenden, die ja gerade ihre Eltern-Funktionen wirksamer ausfüllen sollen. M. E. setzt die Veränderung von Eltern ihre Einsicht in eigene Beschränkungen und die Möglichkeit, dies in das Gespräch mit dem Therapeuten einzubringen, voraus. Entsprechend ist die ausdrückliche Einbeziehung der Eltern in einen auch sie selbst betreffenden therapeutischen Prozeß notwendig und nicht als „Angriff“ (s. o.) zu werten, wobei die Haltung des Therapeuten wichtig ist.

Eltern dürfen uns nicht als Ankläger wegen ihrer Beteiligung an der das Kind krankmachenden Situation erleben. Vielmehr müssen sie das Gefühl bekommen, daß wir sie selbst in ihrer inneren Situation verstehen können. Diese für jede Einzeltherapie selbstverständliche Voraussetzung entspricht der Forderung nach Allparteilichkeit in der Familientherapie. „Allparteilichkeit heißt ..., daß der Therapeut jedem Mitglied das Gefühl vermittelt, ein wertvoller Mensch zu sein, der zählt und dessen Anliegen er sich zu eigen zu machen versucht, und auch das Gefühl, daß er jeden in der Familie auf eine Weise gern hat.“ (STIERLIN 1980, S. 45). Dies ist nicht nur für die therapeutische Arbeit mit den Eltern wichtig, auch für die Psychotherapie mit den Kindern werden anderenfalls unübersteigbare Hürden durch Loyalitätskonflikte aufgebaut.

Die positive Haltung den Eltern gegenüber ist nicht immer leicht zu gewinnen und zu behalten. Es gibt vielerlei Mechanismen und Versuchungen, die dem entgegenwirken, und z. B. zu Stimmungen des Sich-Empörens über solche „unmöglichen Eltern“ führen. Es handelt sich dabei um Identifikationen mit der Position des Kindes gegen die Eltern, was der Abwehr der eigenen Konflikte mit dem Kind durch Verlagerung der „bösen“, störenden Anteile in die als Verursacher angesehenen Eltern dienen kann. Außerdem lösen Eltern, die sich selbst massiv in ihrem Selbstwert bedroht fühlen – wozu der Klinikaufenthalt ihres Kindes beitragen kann – und dies ihrerseits durch Entwertungen uns gegenüber agieren, eine entsprechende Gegenübertragung aus (vgl. dazu auch BERGER 1976, S. 98; DÜHRSEN 1960, S. 178 ff.). SCHMID hat in seinen Arbeiten (1974 und 1981) auf eindrucksvolle Weise geschildert, welch wichtigen kli-

² Eine besondere Schwierigkeit ist dies bei den Eltern, die aus eigener narzißtischer Gestörtheit dem Kind notwendige Beziehungsleistungen verweigern, es vernachlässigen oder auch abschieben. Die Probleme der Elternarbeit bei Familien, bei denen wir den Eindruck bekommen, daß die Kinder besser nicht wieder in die Familie zurückkehren, können hier nicht behandelt werden.

matischen Unterschied es macht, ob die Eltern als Gegner oder Partner erlebt werden.²

3 Die innere Situation der Eltern

Besonders in Elterngruppen hören wir neben und hinter Aktuellem regelmäßig eine teils leise, teils lautere Grundmelodie heraus, die sich nach ihrem allgemeinen emotionalen Gehalt so ausdrücken ließe: „*Es ist ein ganz schönes Ding, daß wir unser Kind hier haben müssen!*“ Das Leiden der Eltern, bedingt durch den Klinikaufenthalt ihres Kindes, ist für sie zentral, auch dort, wo sie andererseits durch die stationäre Aufnahme entlastet und erleichtert sind. Wir wurden in dieser Wahrnehmung immer wieder dadurch bestätigt, daß die Gruppen, wenn die Eltern dies äußern konnten und wir diesen Inhalt gesehen und verstanden haben, einen Verlauf nahmen, der zu intensiver persönlicher Betroffenheit und der Möglichkeit der Eltern führte, sich offener über sich und ihre Schwierigkeiten zu äußern und auszutauschen.³

Ich nenne dieses „Ding“, das bei den meisten Eltern immer wieder in verschiedener Gestalt und doch ähnlich auftaucht, die Kränkung der Eltern durch die Krankheit des Kindes. Ich will im folgenden zeigen, daß dies ein wesentliches Merkmal des Leidens der Eltern ist, das sich in verschiedener Gestalt zeigt und verschiedene seelische Ebenen umfaßt: von offen ausgesprochenem zu eher indirekt ausgedrücktem, von bewußtem Erleben zu unbewußtem, was erst im Laufe der gemeinsamen Arbeit mit ihnen erschlossen werden kann.

Zunächst gibt es bei den Eltern die Sorge um das Wohlergehen des Kindes fern von Zuhause. Die Betreuer sind vorläufig noch fremde Personen, eine fragende Haltung ihren Eltern-Ersatz-Fähigkeiten gegenüber ist u. U. angemessen, kann im Übermaß aber auch mangelndes Zutrauen in das Kind oder Ambivalenz der Klinik gegenüber signalisieren sowie die Verletzung eigener Bedürfnisse rationalisieren.

Diese sind oft verletzt durch das Leiden an der räumlichen Trennung; das Kind fehlt im normalen Familienalltag. Auch dies kann wieder zunächst als positiver Ausdruck der familiären Beziehungen gesehen werden, weist im Übermaß aber auch auf die Probleme hin, die Familien mit besonders gebundenen Kindern haben. Z.B. wird in Familien mit magersuchtkranken Kindern oft stark unter der Trennung gelitten, bei Familien von Kindern mit Schulphobie kann das bis zum Abbruch der stationären Behandlung führen.

Andererseits leiden Eltern auch unter der Symptomatik oder z. B. einer gegenseitigen Verclinchung in aggressiven Auseinandersetzungen und spüren deshalb auch – und manchmal überwiegend – Entlastung und Erleichterung durch die Trennung.

In der Beziehung zu uns Therapeuten haben es die Eltern zunächst schwer. Wir sind Fremde, mit denen sie nun über familieninterne Dinge kommunizieren müssen. Darüber hinaus haben sie es in der Klinik mit einer

Vielzahl von Menschen zu tun, die ihnen mit unterschiedlichen Rollen und Kompetenzen gegenübertreten. Jedesmal sind ihre Kontakt- und Orientierungsfähigkeiten gefordert, sind sie der typischen Anfangsverunsicherung ausgesetzt, noch dazu mit Themen, die ihnen oft intim und peinlich sind.

Die Gefahr sozialer Stigmatisierungen ist bei einer stationären psychotherapeutischen Behandlung noch größer als bei einer ambulanten Psychotherapie. Viele Familien bemühen sich sorgfältig, dies in ihrer sozialen Umgebung zu verschleiern, was ja bei z.T. mehrmonatigen Aufenthalten schwierig ist. Die sozialen Sanktionierungen durch das Reden von Nachbarn und Freunden wirken jedoch besonders auf dem Hintergrund eigener Schuldgefühle. Den Behandlern gegenüber läßt sich nichts verschleiern; hier sind sie deshalb der Beurteilung ihrer inneren Instanzen, die sie auch noch auf uns projizieren mögen, so verständnisvoll wir uns immer auch verhalten, besonders ausgesetzt.

Diese innere Be- bzw. Verurteilung ist vielschichtig. Kränkend ist die Erkenntnis, mit seelischen Problemen innerhalb der Familie, mit dem eigenen Kind oder gar mit sich selbst nicht allein fertig zu werden, Hilfe von Fachleuten zu brauchen. Letztere geraten in Übertragungspositionen, die sie groß und mächtig erscheinen lassen wie einstmal die eigenen Eltern; es stehen also auch die entsprechenden Konflikte mit ihnen an. Neben der Hoffnung, die Therapeuten mögen mit den Problemen des Kindes besser fertig werden, steht die Befürchtung, gerade damit die Mangelhaftigkeit der Eltern zu bestätigen. Neben hohen Ansprüchen an die Fachleute steht oft die Enttäuschung durch deren vermeintliches Versagen. Teils aus Übertragungsgründen, teils auch aus der aktuellen Eifersucht- und Konkurrenzsituation zwischen Eltern und den klinischen Ersatz-Eltern, bedeutet der Erfolg der Fachleute den Mißerfolg der Eltern. Die Eltern fühlen sich als solche entthront, ganz real im Alltag, in dem jetzt andere bestimmen, wieviel Taschengeld ihr Kind bekommt und wie das Fernsehen geregelt wird, aber z.B. auch, wann das Kind in die öffentliche Schule kommt. Die Eltern hoffen, daß ihr Kind die Betreuer mag und müssen dies doch gleichzeitig auch fürchten.

Die Kränkung, nicht allein mit Problemen fertig geworden zu sein, führt noch tiefer in elterliche Unzulänglichkeitsgefühle: Die Eltern spüren ihre eigene Verstrickung mit den Konflikten der Kinder, stehen jedoch diesen Zusammenhängen meist völlig rat- und hilflos gegenüber, und fühlen sich im Kontakt mit den Behandelnden ihren Projektionen von verurteilenden Instanzen weitgehend ausgeliefert. Die Abwehr dieser Schuld- und Schamgefühle und damit die eigener Beteiligung am Krankheitsgeschehen des Kindes erschwert den Weg des Sich-bewußt-Werdens der eigenen Anteile an den Konflikten, letztlich auch der eigenen Konflikte.

4 Abwehr und Schuldgefühle der Eltern

Die Abwehr der Eltern sieht häufig so aus, daß sie dazu neigen, über ihr Kind in einer Art zu sprechen, die immer

³ Das Konzept dieser Elterngruppen soll in einer folgenden Arbeit beschrieben werden.

wieder wie in einem Wiederholungszwang die Eigenschaften und Verhaltensweisen des Kindes, besonders seine Symptomatik, beschreibt und sich daran festhält. Offenbar steckt in den Klagen der Eltern auch gleichzeitig der verschleierte Versuch, von einer eigenen Traumatisierung zu berichten. Die in den wiederholten Erzählungen der Eltern steckende Verschleierung ist nach meiner Erfahrung der häufigste Widerstand von Eltern, mit dem vermieden wird, daß diese von sich sprechen. Dahinter steht der Konflikt zwischen dem Wunsch, aus den eigenen Schwierigkeiten herauszufinden, und der Angst, diesen zu begegnen. Obwohl Eltern in der Regel von Beginn an beredt von der Symptomatik des Kindes sprechen, erfahren wir oft erst nach längerer Zeit das ganze Ausmaß der Symptomatik und die konkrete Wirklichkeit, wie sie sich für die Eltern gefühlsmäßig darstellt. Denn die dargestellten Schwierigkeiten in der äußeren und inneren Situation der Eltern werden zu Widerständen in der Beziehungsaufnahme zu uns Therapeuten.

Die nächste Stufe der Abwehr in den Gesprächen ist die Frage der Eltern nach ihrer Schuld an den Problemen ihres Kindes. Egal, ob es die Suche nach eigener Schuld oder deren Ablehnung ist, dieses Thema ist für Eltern zentral. Wenn sie diese Frage einbringen, sind dies Momente hoher Aktualisierung ihrer Betroffenheit vom Krankheitsgeschehen. In ihrem Wunsch nach Verständnis steckt die Hoffnung, vom Therapeuten besser verstanden zu werden und auch selbst besser zu verstehen, wie auch die Angst davor. Hier gibt es Ansatzpunkte für eine Krankheitseinsicht der Eltern. Es zeigt sich jedoch oft, daß es eher um Selbstbeschuldigungen geht, die den Prozeß blockieren.

Auch in anderen Situationen ist die zentrale Rolle der Schuldsuche der Eltern zu beobachten. WOLFF und BRIX (1981) berichten bei den Eltern von an Krebs erkrankten Kindern von einem Schock, der sich als Ausdruck schwerer eigener Verletzung erweist. Der erste Verarbeitungsversuch besteht dann in der Suche nach Ursachen, die besonders in der Abwehr eigener Schuld wie der Suche nach eigener Schuld gipfelt. ROTH (1990, S.105) beschreibt, daß bei Heimaufnahmen das Schuld- und Kränkungsthema für die Eltern alle anderen Konfliktbereiche überragt, und daß die Beschäftigung damit die Familie vor anderen, grundlegenden, bedrohlichen Konflikten zwischen den Vorgenerationen schützt.

Auch BERGER (1976) sieht die hemmende Funktion elterlicher Schuldgefühle. „Daß die Eltern Schuldgefühle haben, hat ja meist den Sinn, daß sie sich ihre tatsächlichen Einschränkungen und Beschränkungen nicht eingestehen müssen.“ (S.100) Insofern schützt die Beschäftigung mit der eigenen Schuld. Gerade der manchmal dringend vorgebrachte Wunsch, der Therapeut möge auf ihre Fehler hinweisen, dient dem Kampf gegen Fehler, also der Phantasie, nicht durch die eigenen seelischen Beschränkungen gehandicapt zu sein. Die Selbstbeschuldigung dient in diesem Zusammenhang als Abwehrmechanismus: Durch Selbstbeschuldigung werden die Seiten gewechselt von der Anklagebank auf die Seite der Richter. Die Eltern beschuldigen sich lieber selbst, ehe sie durch andere oder

auch durch die eigene Wahrnehmung beschuldigt und beschämt werden. Diese Art der Verarbeitung führt nicht weiter, weil sie der Abwehr des notwendigen Erlebens der Kränkung und der zugehörigen Scham, Trauer und Wut dient.

Solange die Eltern in dem inneren Kampf mit Schuldgefühlen verharren, ist der therapeutische Prozeß, das Vertrauensverhältnis zum Therapeuten und die Möglichkeit eines Arbeitsbündnisses mit ihm behindert. Es ist deshalb wichtig, interaktionelle Bedingungen zu schaffen, in denen die Eltern das Erleben der eigenen Verletzung zulassen und sich darin begleiten lassen können.

5 Trennungserleben und Individuation

Wenn wir in den Elterngruppen soweit gekommen sind, daß die Eltern offener und authentischer von den Problemen sprechen können, die die Symptomatik ihres Kindes für sie bedeutet, gibt es regelmäßig einen Punkt der Ohnmacht und Hilflosigkeit gegenüber dieser Symptomatik, an dem die „Kränkung durch die Krankheit des Kindes“ nahe empfunden werden kann, wenn die Gruppenleiter diesen Punkt verstehen, durch Ansprechen markieren und im Erleben sowie Gruppengeschehen dabeibleiben, und nicht mit Erklärungen ausweichen. *Dieses Erleben wird als Trennung empfunden, die das Kind den Eltern zumutet.* So z. B. die völlige Fassungslosigkeit des Vaters eines mager-süchtigen Mädchens, daß „seine Brigitte“ lieber hunderte von Kilometern entfernt in einer Klinik bleibt, als zu essen und zuzunehmen.

In der Tat ist die Symptomatik des Kindes auch eine Trennung von den Eltern. Es ist eine Kompromißbildung zwischen dem Bestreben, im Rahmen der Familiendynamik, im Rahmen der Bedürfnisse der Eltern zu bleiben und andererseits eigene Bedürfnisse zu haben, die dem entgegenstehen. Das Symptom, das Störende, erweist sich so gesehen als wichtige Botschaft der Seele des Kindes, daß es mit dem Platz, den ihm der innere Haushalt der Eltern bzw. des Familiensystems zuweist, nicht zurechtkommt. Es ist sowohl Teil dieses Systems als auch Kampf-ansage gegen dasselbe, gegen das Funktionieren als Teil der elterlichen Bedürfnisse. Dies hat im übrigen zur Folge, daß eine Behandlung notwendig wird, also Dritte in die Familie gelassen werden müssen. Dieses Motiv der Kinder hat FREUD (1909) bereits beim „kleinen Hans“ bemerkt, der den Vorhaltungen des Vaters über schlimme Gedanken entgegenhält: „Wenn er's denken tut, ist es doch gut, damit man's dem Professor schreibt.“ (S.66).

Das zugehörige Trennungserleben der Eltern reicht wie die Beziehung der Eltern zu ihren Kindern in tiefe seelische Schichten. FREUD (1914, S.56 u. 58) ordnet die Beziehungen von Eltern zu ihren Kindern dem von ihm so definierten narzißtischen Beziehungstypus zu. Kinder sind innerlich für die Eltern immer auch ein Teil ihrer selbst. Sie sind es umso mehr, je kleiner sie sind, die gesamte Kindheit und Jugend ist ein langsamer Loslösungsprozeß für beide Seiten. Neurotische Strukturen der Eltern prägen diese Beziehung und hemmen den Loslösungsprozeß.

FREUD (1914, S. 42) stellt fest, daß „Neurotiker“ stark an inneren Objekten verhaftet sind und sich deshalb den äußeren Menschen nicht genug mittels realer Sicht ihrer eben von ihnen getrennten Eigenart zuwenden können. Dies gilt dann auch für die eigenen Kinder. Diese sind umso mehr innerlich Teil ihrer Eltern, je unvollständiger sich diese aufgrund eigener Konflikte oder Individuationsmängel fühlen und deshalb die Kinder zur komplementären oder symmetrischen Vervollständigung brauchen.

Die räumliche Trennung durch die Aufnahme in die Klinik vollzieht sowohl tatsächlich als auch symbolisch erlebbar nach, daß die Kinder mit ihrer Symptombildung bereits vorher den Eltern ein Stück Trennung zugemutet haben, was von diesen entsprechend gefühlsmäßig als Kränkung erlebt wird, insbesondere, wenn es sie mit Mängeln ihres Selbst konfrontiert.

Das Erleben der eigenen Unzulänglichkeit wird zusätzlich angestoßen, wenn die Kinder sich während der stationären Therapie verändern. Eine wiederkehrende Beobachtung ist, daß erste Fortschritte, auch wenn es sich um Milderungen der von den Eltern beklagten Symptomatik handelt, nicht mit Verbesserungen der Befindlichkeit der Eltern einhergehen.

Der Vater eines 8jährigen Jungen, der kurze Zeit nach der Einschulung den Schulbesuch verweigert hatte und nach ca 5monatiger Behandlung hier seine erneute Einschulung ohne größere Probleme meisterte, leitete eine Elterngruppensitzung wie folgt ein: Sein Sohn habe nunmehr diese Einschulung geschafft, das mache ihn stolz und froh. Seine ganze Haltung und sein Tonfall hörten sich dabei nicht stolz und froh an, sondern eher so, als ob er uns ein für ihn sehr wichtiges und bedrückendes Problem mit großem Ernst vortrage. Auch in den Mitteilungen der Mutter stand nicht die Freude über den erreichten Fortschritt, sondern eher Trauer im Vordergrund.

Durch die Veränderungen haben sich die Kinder – entgegen den Erwartungen der Eltern – eher noch weiter aus dem Familiensystem gelöst als vorher, als sie mit ihren Symptomen die Behandlung und Trennung vom Elternhaus erzwangen. Dies spüren die Eltern, was sie verunsichert. Wenn der Sohn jetzt kann, was er damals bei den Eltern nicht konnte, ist dies auch eine Kränkung, die die Eltern vor die Notwendigkeit stellt, sich die beklemmende Frage nach den eigenen Anteilen nochmals und schärfer zu stellen.

Es ist naheliegend, daß Eltern, deren Kinder Loslösungsschritte unternehmen, sich selbst auch mit ihrem nunmehr größeren Abstand auseinandersetzen müssen: Indem die Eltern spüren, daß sie durch Veränderungen ihres Kindes mit Trauer und Angst erfüllt werden – mit Affekten, die hauptsächlich mit Verlust zu tun haben – spüren sie ihre eigene innere Abhängigkeit. Sie werden durch die Veränderung des Kindes näher mit sich selbst und mit scham- und angstbesetzten Bereichen ihrer Person konfrontiert. Diese scham- und angstbesetzten Bereiche können als *Mängel in der eigenen Individuation* aufgefaßt werden.

Der Begriff der Individuation dient in verschiedenen theoretischen Systemen der Beschreibung des zentralen Therapieziels. Dabei kann Individuation verschiedene Inhalte ausdrücken, je nach seelischer Reife der betreffenden Person.

Individuation wäre einmal die Loslösung von einem prä-ödpalen Objekt und dem damit symbiotisch verbundenen Selbstkonzept. MAHLER (1975), die Individuation als die Entfaltung intrapsychischer Autonomie definiert, die sich aus dem langen Prozeß des Ausstiegs aus der Symbiose ergibt (S. 85), betont die frühe psychische Errungenschaft eines Gefühls des Getrenntseins als Kern des Individuationsprozesses. Im weiteren Verlauf der seelischen Entwicklung hätte Individuation aber auch die Lösung von späteren, bereits ödpalen Objekten zum Gegenstand, die als innere Objekte die Interaktionen prägen. Dieser Stufe würde eher die JUNGsche Definition der Individuation als bewußte Auseinandersetzung mit dem eigenen Seelenzentrum entsprechen, die über die Auseinandersetzung mit den eigenen unerwünschten Anteilen zur Selbstfindung führt.

In beiden Fällen prägen die inneren Objekte die Beziehungen zu eigenen Eltern, Partnern und Kindern. In beiden Fällen drücken sich Fortschritte der Individuation auch in Lösung von realen äußeren Objekten, also z. B. den eigenen Eltern oder auch von etwa parentifizierten Kindern aus. Das gilt im übrigen auch für Adoptiveltern, die sich in der Regel von der Phantasie, ihre adoptierten Kinder wie eigene aufziehen zu können, trennen müssen.

STIERLIN et al. (1980, S. 23 ff.) benennen in ihrem Konzept der Familientherapie als ersten Hauptgesichtspunkt die „Bezogene Individuation“, als Fähigkeit zur Ausbildung individueller Eigenschaften und psychischer Grenzen. BAURIEDL (1982) betont, daß in dem Therapieziel der Individuation kein Widerspruch zwischen Psychoanalyse und Familientherapie besteht. „Es geht in jedem Fall um die Individuation des Einzelnen, die dadurch möglich wird, daß er riskiert, erpresserische Beziehungsstrukturen aufzugeben, die ihm bisher die Angst vor eigenen Triebwünschen und vor Nähe bzw. Ferne seiner Beziehungspartner unterdrücken halfen, und sich etwas mehr seinen wahren Wünschen, Gefühlen und Ängsten entsprechend zu verhalten.“ (S. 3)

Sowohl die Krankheit des Kindes als auch die stationäre Behandlung muten den Eltern zu, auf einen Teil ihres Selbst zu verzichten, der ihnen nicht gehören kann, weil er einer von ihnen getrennten Person, ihrem Kind gehört. Dies ist aus der Sicht der Eltern der eigentliche Skandal im Rahmen der Behandlung in der Klinik.

Die den Eltern durch die Symptomatik und die Behandlung des Kindes zugemutete Trennung konfrontiert sie mit der Notwendigkeit, eröffnet ihnen aber auch die Chance, an ihrer eigenen Individuation zu arbeiten. Wenn es gelingt, daß sie dies im therapeutischen Prozeß in der Beziehung zum Therapeuten erleben können, ist Entscheidendes auch für die Therapie der Kinder erreicht.

Das meist undeutliche Erleben der eigenen Individuationsgrenzen bildet gewissermaßen den „Hintergrund“ für die vielfältigen hier beschriebenen Schwierigkeiten und Kränkungen der Eltern, der die Tiefe der Dynamik bestimmt (zur bestimmenden Kraft des Hintergrundes siehe LICHTENBERG 1990, S. 872–877). Je enger diese Grenzen sind, umso schmerzlicher und schwerer fällt die Trennung von der alten Verbundenheit mit dem Kind.

Für die Therapie ist es wichtig, daß der Therapeut als „dritte“, außenstehende Person soweit als Beziehungspart-

ner akzeptiert wird, daß die Eltern uns dieses schmerzliche Erleben mitteilen können. Durch das Annehmen dieses Erlebens begünstigen wir die innere Loslösung von ihrem Kind. Entsprechend haben wir als Therapeuten für alle diese beschriebenen Ebenen von Kränkungen dazusein, damit die Eltern die Trennung von ihrem Kind bzw. von dem, was es bis dahin für sie bedeutete, bewußt erleben können. Die Unterstützung dieses Prozesses durch Elterngruppen soll in einer weiteren Arbeit dargestellt werden.

Summary

Parents' Wounds Through a Child's Illness – On the Psychological Situation of Parents During Inpatient Psychotherapy of Their Children

When a child is admitted to inpatient psychotherapeutic treatment it regularly becomes evident that the necessity of such a major change in the life of the family also constitutes a major shock for the parents. Based on experience gained in group psychotherapy with parents, the underlying narcissistic wounds are examined. Aside from aspects of social ostracism and the necessity – often experienced as discrimination – of accepting help from professionals, the most painful wound is related to the fact that through its illness – which is also an expression of family dynamics – the child also detaches itself from significant emotional needs of the parents. The admission to inpatient treatment repeats manifestly a separation which the child has already attained in part. Working through the shock experience can lead to further steps of separation and initiate a reciprocal individuation between parents and child.

Literatur

AHLHEIM, R. u. F. MÜLLER-BRÜHN (1990): Elternarbeit als Erweiterung des analytischen Bezugsrahmens der Kinderpsychotherapie. Arbeitskreis DGPT/VKJP für analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Heft 3, S.71-98. – BAUFERS, B. (1993): Die ‚dritte Beziehung‘: Triangulierende Funktionen in der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 42: 124-131. – BAURIEDL, T. (1982): Die Therapie von Kindern und Jugendlichen – verstanden als Teil einer psychoanalytischen Familientherapie. Kind und Umwelt 40/1983, S.3 ff. – BERGER, W.P. (1976): Elternarbeit in Klinik und Heim. In: J. ZAUNER (1976), S.90-105. – DÜHRSEN, A. (1960): Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht. – FREUD, S. (1909): Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben. Studienausgabe Bd. 8. – FREUD, S. (1914): Zur Einführung des Narzißmus. Studienausgabe Bd. 3. – LICHTENBERG, J.D. (1990): Einige Parallelen zwischen den Ergebnissen der Säuglingsbeobachtung und klinischen Beobachtungen an Erwachsenen, besonders Borderline-Patienten und Patienten mit narzißtischer Persönlichkeitsstörung. Psyche 44, S.871-901. – MAHLER, M. et al. (1975): Die psychische Geburt des Menschen. Frankfurt: S. Fischer, 1978. – ÖLSNER, W. (1986): Aspekte der begleitenden Elterntherapie. Kind und Umwelt 49/1986, S.64 ff. – ROTH, J.K. (1990): Heimkinder – Kinder mit mehreren Eltern? Familiendynamik 15: 96-112. – SCHMID, U. (1974): Die Überwindung der Heimerziehung im Osterhof. In: M. BONHOEFFER/P. WIDEMANN: Kinder in Ersatzfamilien. Stuttgart. – SCHMID, U. (1981): Über Begegnungen mit Eltern. Unsere Jugend 33 (3). – STIERLIN, H. et al. (1980): Das erste Familiengespräch, 2. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta. – WOLFF, G. u. J. BRIX (1981): Onkologisch erkrankte Kinder und ihre Familien. In: ANGERMEYER/DÖHNER: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche in der Familie. Stuttgart: Enke, S.59-68. – ZAUNER, J. (Hrsg.) (1976): Familiendynamik und analytische Kindertherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Anschrift des Verfassers: Matthias Sonnenburg, Tiefenbrunn 3, 37124 Rosdorf.