

Margret Ziegler

Therapeutische Aspekte im Umgang mit der Empathie in der frühen Kindheit

Therapeutic Aspects in Dealing With Empathy in Early Childhood

Empathie bedeutet, sich in eine andere Person einzufühlen und damit die Möglichkeit die Gefühle eines anderen zu spüren, zu teilen und zu verstehen. In der Entwicklungspsychologie stellt sich immer wieder die Frage, wie Kinder diese hochkomplexe Fähigkeit erlangen. Welche Anteile für eine soziale Entwicklung sind bereits in die Wiege gelegt, was brauchen Babys essentiell in ihrem frühkindlichen Erleben, was erlernen oder besser gesagt erspüren und erfüllen sie in den frühkindlichen Beziehungserfahrungen mit den primären Bezugspersonen, in der Regel den Eltern?

Anhand von Fallbeispielen werden therapeutische Aspekte im Umgang mit der Empathie in der Eltern-Kleinkind-Therapie dargestellt. Fokus ist die Unterstützung der Eltern in der Wahrnehmung und Einordnung der kindlichen Signale und Symptome, Förderung ihrer Beziehungs- und Empathiefähigkeit gegenüber ihrem (schwierigen oder vermeintlich schwierigen) Kind, damit beide, Eltern und Kind, korrigierende Erfahrungen machen können. Häufig sieht sich die TherapeutIn als „ÜbersetzerIn“ der nonverbalen Kommunikation zwischen Eltern und Kind. Die TherapeutIn kann dem Baby eine Sprache geben und so für die Eltern einen Zugang zur Gefühlswelt des Babys oder Kleinkindes schaffen. Was möchte das Kind mit seiner Mimik, seinem Verhalten, seinem Bezugnehmen den Eltern mitteilen? Auf elterlicher Seite stehen die eigenen Beziehungserfahrungen, Repräsentanzen und schließlich aktuelle psychosoziale Belastungen, die das Einfühlungsvermögen der Eltern einschränken können.

In Bezug auf die Empathie in der Eltern-Kleinkind-Therapie bedeutet es auch immer wieder eine Herausforderung für die TherapeutIn mit allen Beteiligten empathisch zu sein, auch wenn man Zeugn von schwierigen Situationen wird oder sich von Eltern und Kind angegriffen fühlt.

Schlüsselwörter

Empathie, präverbale Kommunikation, Eltern-Kind-Beziehung, Eltern-Kleinkind-Psychotherapie

Empathy means to empathize with another person and thus the possibility of feeling, sharing and understanding the feelings of another. In developmental psychology, the question arises how children acquire this highly complex ability. What proportions of social development are given us by birth, what do babies essentially need in their early childhood experience, what do they learn or rather do they feel and sense in early childhood relationships with the primary reference persons, usually parents?

Therapeutic aspects of dealing with empathy in parent-infant therapy are presented using case studies. Focus is the parental support in the perception and classification of the child's signals and symptoms, the promotion of their relational and empathic capacity with their (difficult or supposedly difficult) child so that both parents and children can make corrective experiences. Often the therapist sees him- or herself as a "translator" of non-verbal communication between parents and child. The therapist can give the baby a language and thus provide parents with access to the emotional world of the baby or infant. What does the child want to tell his/her parents with his/her facial expressions, behavior, reference? On the parental side are their own relational experiences, representations, and, ultimately, current psychosocial burdens, which can limit the parental capacity of empathy. Regarding the empathy in parent-infant therapy, it is also a challenge for the therapist to be empathic with all involved, even if witnessing difficult situations or if feeling attacked by parents and children.

Keywords

Empathy, preverbal communication, parent-child-relationship, parent-child-psychotherapy

Aspekte zur frühkindlichen Empathieentwicklung aus den Erfahrungen der frühen Eltern-Kind-Beziehung

„Wenn ich sehe und gesehen werde, bin ich selbst.“ (Donald W. Winnicott)

Empathie ist die Möglichkeit die Gefühle eines anderen nachzuempfinden, zu verstehen und zu teilen, wobei immer klar bleibt, dass diese Gefühle in dem anderen sind und nicht im Beobachter, so als ob man der andere wäre, ohne diesen „als-ob“ Zustand zu verlassen. Es bedeutet den Schmerz oder die Freude eines anderen zu erfühlen, wie er sie wahrnimmt, aber ohne die Erkenntnis zu verlieren, dass es nur so ist als ob ich verletzt oder froh wäre (Stierlin, Rücker-Embsen, Wetzel, & Wirsching, 2001). Diese hochdifferenzierte Abgrenzung zwischen sich und einer anderen Person können Kinder erst einnehmen, wenn sie ein Bild von sich selbst haben (Selbsterkennen im Spiegel) und sich mental in eine andere Person hineinversetzen können, d. h. die Entwicklungsstufe des Theory of mind erreicht haben. In der zweiten Hälfte des 2. Lebensjahres erkennen sich Kleinkinder selbst im Spiegel (Rougetest: Sie sind irritiert von ihrem Spiegelbild, wenn ihnen unbemerkt ein roter Punkt auf die Wange gemacht worden war), sie benennen sich, benutzen die Ich-Form, aber erst mit etwa 4 Jahren können sie sich in die Gedankenwelt einer anderen Person hineinversetzen. Erst in diesem Alter ist die Antwort auf die Frage, wo eine Person einen Gegenstand suchen würde, der ohne Wissen dieser Person in ein neues Versteck transferiert wurde, dass diese Person den Gegenstand in seinem ursprünglichen Versteck suchen würde (Bischof-Köhler, 2001).

Für ein soziales Miteinander ist es wesentlich, sich in die psychische Verfassung eines anderen hineinversetzen zu können. Die genetischen Voraussetzungen und das ideal aufeinander abgestimmte präverbale Kommunikationssystem zwischen Eltern und Kind fördern dieses soziale Lernen, auch die Empathieentwicklung. Babys erfahren in der Regel schon in der Schwangerschaft ein fürsorgliches Umfeld und nach der Entbindung

liebevollen Beziehungen und einen feinfühligem Umgang. Babys zeigen schon in den ersten Lebenstagen und -wochen eine Vorliebe für das menschliche Gesicht, für die menschliche Stimme, für Sprache, für menschliche Bewegungen, für Berührung und Körperkontakt. Die Eltern reagieren intuitiv auf die Signale des Babys (Papoušek, H. & Papoušek, 1987), sie imitieren in einer übersteigerten Form den affektiven Ausdruck des Babys und schreiben seinem Verhalten eine Bedeutung zu. Vor allem in emotional belastenden Situationen ist es für Babys elementar wichtig, eine verfügbare, feinfühligere Bezugsperson zu haben, die tröstet und dem Baby hilft sich zu beruhigen und zu regulieren (Ainsworth et al., 1978). Babys lernen ihre Emotionen durch den Ausdruck bei ihrem Gegenüber, in der Regel den primären Bezugspersonen, zu erkennen. Man kann von einem gut aufeinander abgestimmten komplementären System sprechen und einer co-regulatorischen Unterstützung der Bezugspersonen. Durch sie lernt das Baby seine Gefühle kennen und sie einzuordnen, es lernt sich zu beruhigen und sich zu regulieren. Die reflexiven Fähigkeiten der Bezugspersonen („reflective parenting“, Fonagy et al., 2004), setzen bei ihnen einen gewissen Grad an Mentalisierungsfähigkeit voraus, d.h. Zugang zu ihren eigenen Gefühlen in diversen Situationen und die Sichtweise auf ihr Kind als eigenständiges Individuum, mit eigenen Gedanken, Gefühlen und Wünschen.

Ein schreiendes Baby wird sofort von seiner Mutter aufgenommen und beruhigt; sie versucht zu ergründen warum es schreit und teilt dies dem Baby verbal und nonverbal mit. Ist die Mutter alarmiert durch das Schreien (z.B. das Kind hat sein Fingerchen gequetscht), wird sie anders reagieren, als wenn das Baby durch ein lautes Geräusch erschrocken ist und die Mutter die Situation für das Kind als nicht bedrohlich einschätzt. Damit erfährt das Baby eine Bezugsperson, die sich in seine Gefühlswelt einfühlt und den Affekt, je nach seiner Bedeutung, spiegelt und moduliert. Die Bezugsperson unterstützt die Affektregulierung des Babys und lässt sich von dem Affekt des Babys nicht anstecken, sondern „verdeutlicht“ mit Stimme, Mimik und Gestik, dass es der Affekt des Babys ist. Dies gelingt wahrscheinlich dadurch, dass die Spiegelung „übertrieben“ erscheint und dadurch klar wird, dass der Affekt dem Kind zugehörig ist und nicht der Bezugsperson, die ihn spiegelt („markiertes Spiegeln“, Gergely & Watson, 1999). Dieses „Als ob“-Spiegeln (Fonagy et al., 2004) ermöglicht dem Kind eigene und nicht eigene Gefühle zu trennen und allmählich zu erkennen, dass es Gedanken und Gefühle hat. Dem Kind wird gespiegelt, dass ein bestimmter Ausdruck (z. B. Weinen mit trauriger Mimik oder Lachen mit frohem Gesicht) mit ganz bestimmten Aspekten des inneren Erlebens korrespondiert. Damit gelangt das Baby zu einem Bewusstsein seiner selbst, zu einer „Subjektivität“ und Unterscheidung „ich-andere“, zu einer „Intersubjektivität“ – als Voraussetzung für Empathie und damit Einfühlung in einen anderen Menschen (Fonagy et al., 2004).

Im klinischen Kontext multipel belasteter Eltern (Depressionen, PTBS, Angststörungen, multiple psychosoziale Belastungen, zerrüttete Familien, Paarkonflikte) führen frühkindliche Verhaltensauffälligkeiten, wie das exzessive Säuglingsschreien, Fütterstörungen und kindliche Ein- und Durchschlafstörungen, häufig zu Wahrnehmungsverzerrungen, können aber auch zu emotionaler Vernachlässigung und, in seltenen Fällen, zu einer körperlichen Misshandlung des Kindes führen. Der Affekt des Kindes wird missgedeutet, als (unter Umständen auch absichtlich) gegen die Eltern gerichtet z. B. „der schreit mich an“, „das Kind provoziert mich, will mich ärgern“, „lacht mich aus“. Die Eltern spiegeln dann nicht mehr den kindlichen Affekt, sondern reagieren mit ihrem eigenen, in der Regel, negativen

Affekt – Ärger, Wut, Verzweiflung, Trauer – sie reagieren auf das Baby nicht kontingent und einfühlsam. Das Baby bleibt mit seinem negativen Affekt allein und überfordert, erfährt keine Koregulation durch die Eltern, die sich in dieser Situation aus der Beziehung und dem Kontakt zum Kind zurückziehen (Papoušek, Schieche, & Wurmser, 2004).

Empathie – therapeutische Aspekte in der Eltern-Kleinkind-Therapie

„You have to nurture the mother, so she can nurture her baby.“ (Selma Fraiberg)

Antonia

Die zwölf Monate alte Antonia steht an einem Stuhl und spielt mit einem Schlüssel. Sie kann noch nicht frei stehen, muss sich noch mit einer Hand halten, schafft es aber schon gut sich hochzuziehen. Immer wieder lässt sie den Schlüssel auf den Boden fallen, geht in die Hocke, hebt ihn auf, lässt ihn wieder und wieder fallen. Sehr konzentriert spielt sie dieses Spiel, etwas herunterfallen lassen, wieder aufheben, in die Hocke gehen oder sich auf den Boden setzen und sich wieder selbst aufrichten. Sie lautiert dabei, schaut immer mal wieder nach ihrer Mutter, Frau S., die in der Nähe sitzt und sich mit der Therapeutin unterhält. Antonia dreht sich nach der Therapeutin um, verliert das Gleichgewicht, fällt rückwärts auf den Boden und den Hinterkopf, beginnt heftig zu schreien. Sofort nimmt die Mutter sie auf, drückt sie an ihren Körper, wiegt sie leicht, küsst ihre Stirn, streichelt ihr über den Kopf und in beruhigendem, aber etwas klagendem Tonfall: „Oh, du hast dir wehgetan, oh der arme Kopf, oh, die arme Antonia.“ Nach kurzer Zeit verebbt das heftige Schreien von Antonia, sie jammert noch etwas und die Mutter ergänzt jetzt mit aufmunternder Stimme nach einer kleinen Pause, „es wird gleich wieder besser, die Mama hilft dir und streichelt das Aua.“ Antonia braucht etwas Zeit sich zu beruhigen, bleibt noch auf dem Schoß der Mutter, die sie weiter streichelt. Schon blickt sie wieder um sich, schaut zur Therapeutin, die sie verständnisvoll, aber auch wieder aufmunternd anschaut. Die Mutter zeigt auf den Schlüssel, der am Boden liegt, Antonia beugt sich danach, worauf die Mutter sie wieder auf den Boden setzt. Antonia ergreift den Schlüssel, wendet sich damit einem anderen Spielzeug zu, das auf dem Boden liegt, und setzt ihr Spielen fort, exploriert nun den Schlüssel in ein Gefäß zu legen und wieder auszuschütten. Sie schaut kurz nach der Mutter, die ihren Blick erwidert und leicht mit dem Kopf nickt, beide lächeln sich an. Die Mutter wendet sich nun wieder der Therapeutin zu und Antonia vertieft sich in ihr Spiel.

Solche oder ähnliche Situationen spielen sich alltäglich zwischen Eltern/Bezugspersonen und ihren Kleinkindern/Kindern ab. Diese Mutter reagiert äußerst feinfühlig auf ihr Kind, aus der Perspektive des Kindes, sie reagiert prompt und adäquat. Außerdem fasst sie gegenüber dem Kind den Schmerz auch in Worte und spiegelt dem Kind den Affekt. Sie weiß und spürt, wenn der Schmerz bei dem Kind nachlässt und das Kind wieder bereit ist zu spielen. Sie schränkt das Kind nicht ein, lässt es weiter Erfahrungen machen, auch wenn diese immer wieder mit Frustrationen verbunden sind, auch mit Misserfolgen, wie in diesem Fall. Das Kind erlebt in seiner Mutter eine Sicherheit, Schutz und Trost gebende Bezugsperson; es erlebt, dass seine Mutter Mitgefühl mit seinem Schmerz hat, es erlebt auch eine Einordnung, dass dieser kleine Unfall nicht schlimm war. Mit Hilfe der Mutter kann das Kind sehr schnell wieder einen ausgeglichenen Zustand erreichen,

sich regulieren und schließlich weiterspielen. Auch die Mutter kann sich schnell regulieren und beruhigen und kann sich in das Bedürfnis ihres Kindes einfühlen, wieder weiter spielen zu wollen. Beide erleben Bindungswirksamkeit, positive Gegenseitigkeit und das Kind macht einmal mehr die elementare Erfahrung, dass seine Mutter verfügbar war, sich in ihr Kind hineinversetzen konnte und das System sich wieder beruhigen konnte. Auch nach dem kleinen Unfall kann sich nach Winnicott wieder ein „Spielraum“ für das Kleinkind öffnen, ein „potential space“, der durch die bisherigen Erfahrungen des Kindes auf die Verlässlichkeit der Bezugsperson gegründet ist (Winnicott, 2012).

Die Eltern-Kleinkind-Therapeutin nutzt diese Episode, sie spiegelt Mutter und Kind, fasst in Worte, was sie miterlebt hat. Sie kommentiert, wie gut und adäquat die Mutter auf den Sturz des Kindes reagiert hat, wie rasch sich Antonia dadurch beruhigen konnte und auch, dass die Mutter Antonia wieder weitere Erfahrungen machen lässt. Sie äußert ihr Mitgefühl, dass so ein Sturz wehtut, dass ein Kind dann weinen muss und dass es dann gut ist, wenn eine Mama da ist, die das alles so gut versteht und hilft. Antonia spielt mittlerweile wieder auf dem Boden und schaut die Therapeutin kurz an. Die Mutter von Antonia freut sich über die Anerkennung durch die Therapeutin, beschreibt selbst, wie gut sie ihre Tochter kenne und bringt dann selbst die Frage ein, warum sie beim Füttern von Antonia nicht so sicher sein kann und oft nicht sieht, was ihre Tochter bräuchte. Wegen einer Fütterstörung kommt Antonia mit ihrer Mutter regelmäßig in die Eltern-Kleinkind-Therapie. Antonia trinkt und isst viel zu wenig. Die Gewichtsentwicklung stagniert und weicht von den Perzentilen ab. Während der Füttermahlzeiten ist der extreme Druck der Mutter zu spüren, dass Antonia ausreichende Mengen zu sich nimmt. Auch wenn Antonia schreit und sich wegdreht, versucht die Mutter weiter zu füttern, auch gegen die eindeutigen Abwehrsignale ihres Kindes. Die Therapeutin bleibt noch bei der empathischen Reaktion der Mutter, sie bestärkt ihre gute Beziehung, wie sicher sich ihr Kind bei ihr fühlen kann, wie gut es ist, eine Mutter zu haben, die ihr Kind gut kennt, ihm hilft auch Schmerzen auszuhalten. Frau S. erzählt nun von ihrer eigenen Mutterbeziehung, sie habe ihre Mutter häufig nicht erreichbar erlebt und wenig einfühlsam. Es sei auch jetzt so, dass ihre Mutter kein Verständnis für sie zeige, ihr keine Anerkennung als Mutter gebe und ihr die Schuld daran gebe, dass Antonia so dünn sei.

In der therapeutischen Arbeit mit Antonia und ihrer Mutter, auch direkt in der Fütter-/Essenssituation mit Antonia zeigte sich immer wieder der negative, kontrollierende Einfluss der nicht anwesenden Mutter von Frau S.. Die Therapeutin konnte immer wieder auf die sichere Basis zwischen Mutter und Kind hinweisen, auf das Interesse und die Neugier Antonias, auch in den Essenssituationen, und die Mutter darin unterstützen, dass sie ihr auch in den Füttersituationen den notwendigen Freiraum zum Explorieren und eigenem Gefühl von Hunger und Sättigung geben kann.

Die kommunikationszentrierte Eltern-Kleinkind-Beratung und Psychotherapie (Wollwerth & Papoušek, 2004) beschreibt das gemeinsame Arbeiten an mit Video aufgezeichneten Eltern-Kind-Interaktionen. Das gemeinsame Betrachten einer Füttersituation erleichtert oft den Zugang zu der emotionalen Befindlichkeit der Mutter/Eltern in der konkreten Situation. Mit der nötigen Distanz und niedrigerem Stresslevel schaffen die Eltern es besser sich in ihre Gefühlswelt und die ihres Kindes hineinzusetzen. Vorherrschend sind häufig Ängste um Überleben und Gedeihen des Kindes und, wie bei Frau S., eigene negative Introjekte von Schuld und Versagen. Sichtbar wird dies durch die oft versteinerte

Mimik der Mutter/Eltern, die Sprachlosigkeit oder nur Befehlston in der Füttersituation, schließlich auch Hilfslosigkeit, Wut und Verzweiflung, wenn das Kind nicht ausreichende Mengen isst oder nur abwehrt. Das Kind versucht die Situation aktiv mit Abwehr, Schreien, Wegdrehen, Verweigern oder passiv, sich füttern lassen unter intensiver Ablenkung mit Spielen oder Filme auf Tablet/Smartphone anschauen, zu kontrollieren. Die TherapeutIn muss sich in beide Seiten einfühlen können, emotional verfügbar sein, Containment und Regulation anbieten; die Mutter/Eltern brauchen Sicherheit im Umgang mit ihrem Kind und Vertrauen in die kindlichen Kompetenzen, z. B. in der Essenssituation; das Kind braucht die Möglichkeit Selbstwirksamkeit in der Füttersituation erleben zu können, d. h. die Nahrungsaufnahme selbst zu steuern (Ziegler, 2016).

Johanna

Johanna, zehn Monate, hat sich beim Krabbeln durch den Raum am Regal gestoßen und schreit heftig. Die Mutter, Frau H., reagiert verzögert, scheint das Schreien erst zu ignorieren, wartet erst mal ab, ob Johanna sich selbst beruhigen kann, dann nimmt sie ihre Tochter hoch, streichelt ihr den Kopf, setzt sie auf ihren Schoß und kommentiert in vorwurfsvollem Ton und mit etwas Mitleid was geschehen war – Johanna müsse eben besser aufpassen, es tut ja gar nicht weh. Auch Johanna beruhigt sich am Körper ihrer Mutter, möchte dann aber nicht wieder auf den Boden gesetzt werden, jammert immer wieder und wird schließlich mit der Milchflasche beruhigt. Frau H. wirkt sehr erschöpft. Sie beklagt sich gegenüber der Therapeutin, dass sie mit diesem Kind zu nichts komme, dass die Kleine sich ständig anstoße oder etwas Anderes passiere und sie dann hochgenommen und herumgetragen werden möchte. Auch als sich Johanna beruhigt hatte, möchte sie nicht wieder auf den Boden abgelegt werden; sie beginnt zu quengeln; die Mutter steht auf und geht mit ihr durch den Raum. Johanna ist sofort ruhig, schaut durch den Raum und die Therapeutin an, Mutter und Tochter treffen sich kaum im Blick; beide wirken gefangen in diesem Auf-und-Ab-Wandern.

Johanna findet nicht in einen „Spielraum“ zurück (Winnicott, 2012). Sie macht wiederholt die Erfahrung, dass sie kein Vertrauen in die Verlässlichkeit der Mutter haben kann. Von der Mutter werden ihr Affekte gespiegelt, die eigentlich mit dem inneren Erleben des Kindes nichts zu tun haben können. Sie erfährt einen ärgerlichen Affekt, dann Resignation und Rückzug der Mutter, als sie mit Johanna herumläuft. Johanna macht die Erfahrung, dass sie, wenn sie selbst überfordert ist, sich zu regulieren, wenn sie einfühlsames Getröstetwerden bräuchte, ein ärgerliches und resigniertes Gefühl von ihrer Mutter gespiegelt bekommt.

Warum kann die Mutter in der oben geschilderten Situation nicht empathisch mit ihrer kleinen Tochter sein? Ist es die aktuelle Erschöpfung der Mutter, ihre aktuelle Wut auf ihre Situation und Resignation, da ihr sowieso niemand wirklich hilft und helfen kann? Ist es das Bindungs- und Beziehungsmuster, das die Mutter mit ihrer kleinen Tochter fast immer im Alltag lebt und welches sie selbst als Kind erlebt hat und nun an Johanna weitergibt?

Was braucht diese Mutter damit sie einfühlsam auf ihr Kind reagieren kann, ihr Bindungssicherheit anbieten kann, damit sich ihr Kind auch wieder von ihr lösen kann?

Die Therapeutin erkennt zunächst an, was die Mutter alles zu leisten hat und wie anstrengend es ist ein kleines Kind rund um die Uhr zu versorgen. Sie kommentiert, wie gut und wichtig es ist, dass die Mutter ihr Kind hochgenommen hat und ihr Trost und

Sicherheit damit gibt. Sie erklärt, dass Babys in diesem Alter noch häufig anstoßen, dass dies normal ist und dass die kleine Johanna dies nicht absichtlich macht, sondern, dass sie spielen möchte, neue Erfahrungen machen möchte und dann geht auch mal was schief. Dann ist aber die Mutter zur Stelle und Johanna macht die Erfahrung, dass jemand da ist, wenn sie sich weh tut und dass sie dann am besten von der Mutter getröstet werden kann. Wenn Johanna nun nicht wieder alleine auf der Matte spielen kann, dann schafft sie es vielleicht, wenn die Mutter mit ihr auf den Boden geht, sich zu ihr auf die Matte setzt und ihr hilft wieder in ein Spiel zu finden, mit ihr zusammen spielt.

Die Therapeutin versucht einerseits die Mutter zu halten, ihr ein positives Feedback auch aus der Sicht des Kindes zu geben, was das 10 Monate alte Krabbelkind seiner Mutter sagen würde, falls sie sprechen könnte, andererseits die Bedürfnisse des Kindes zu thematisieren und auch dem Kind einen emotionalen Halt anzubieten; gleichzeitig muss sie eine Konkurrenzsituation um das Kind vermeiden. Der Zusammenhang mit der Kindheitsgeschichte von Frau H. und ihrer aktuellen Situation erleichtern es der Therapeutin aus der Perspektive der Mutter auf die Situation zu blicken und sich empathisch einzufühlen. Die Mutter muss sich sicher fühlen mit der Therapeutin, ihr vertrauen und ihre Unterstützung auch annehmen können. Die Therapeutin „übersetzt“, was Johanna fühlen und wohl denken könnte. Sie hatte sich angestoßen und suchte nun Trost und Sicherheit bei ihrer wichtigsten Bezugsperson. Sie kann sich bei der Mutter beruhigen. Auf dem Arm und Schoß wird es dann wieder rasch langweilig und so muss die Mutter mit ihr herumlaufen.

Frau H. setzt sich mit Johanna auf die Matte, bietet ihr eine Rassel an, die Johanna mit einem kurzen Blick zur Mutter nimmt. Johanna quengelt erneut und Frau H. meint, dass das immer so sei, wenn sie nicht wieder mit Johanna weiter herumlaufen würde. Die Therapeutin ermuntert Frau H. auf der Matte zu bleiben und mit Johanna zu spielen; sie demonstriert der Mutter wie sie Spielsachen aus der Spielzeugkiste für Johanna interessant machen könnte. Frau H. nimmt einen Ball, rollt ihn hin und her, Johanna nimmt ihn und versucht zu imitieren, was die Mutter gemacht hatte, dabei schaut sie die Mutter an, die ihr dieses Mal mit einem Lächeln zunickt. Johanna gibt der Mutter den Ball zurück und es entsteht ein kurzes Geben-Nehmen-Spiel. Die Therapeutin kommentiert was sie beobachtet, sowohl für die Mutter, als auch für Johanna, sie gibt dem Spielen eine begleitende Sprache, die die Mutter schließlich imitierend aufgreift, worauf Johanna immer wieder ihre Mutter anschaut. Dann krabbelt sie weg zu den Spielsachen am anderen Ende der Matte, verweilt kurz und krabbelt weiter durch den Raum. Die Therapeutin bemerkt wie traurig Frau H. plötzlich ist und spricht es an. Frau H. meint, dass sie oft das Gefühl habe, dass Johanna sie nicht richtig liebt.

Die kurze, geglückte Spielsequenz zwischen Mutter und Kind hat für die Mutter ein kleines Fenster zu ihren verdeckten und verdrängten Gefühlen geöffnet, zu einer großen inneren Verlassenheit und Traurigkeit. Frau H. hat in ihrer Kindheit wechselnd bei ihrer Mutter, bei Pflegeeltern und kurze Zeit auch im Heim gelebt. Mit 17 Jahren ist sie von zu Hause ausgezogen zu ihrem ersten Freund, dann hat sie vorübergehend wieder bei ihrer Mutter und ihrem Stiefvater gelebt, bis sie mit Johanna schwanger wurde und in eine Wohngemeinschaft für jugendliche Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern kam. Die Erzieherinnen dort machen sich Sorgen, da die Mutter mit Johanna überfordert sei, häufig ihr Kind anschreie und das Kind ständig quengle und weine.

In vielen Alltagssituationen, vor allem wenn Johanna quengelig, müde und anstrengend war, war deutlich, dass die Mutter wenig feinfühlig und nicht adäquat im Umgang mit ihr war. Sie empfand dann ihr Kind gegen sich selbst gerichtet, „sie will mich ärgern und provozieren“ und reagierte wütend oder resigniert. Es war als würde sich ihre eigene sehr belastete Geschichte zwischen sich und Johanna drängen und die Wahrnehmung des Kindes verzerren. In diesen Situationen war es wichtig empathisch mit der Mutter zu sein, sie nicht abzuweisen, sich letztlich in ihre Gefühlswelt hineinzusetzen und gleichzeitig aus der Perspektive des Kindes und seinen Entwicklungsthemen das Verhalten des Kindes zu spiegeln. Im gemeinsamen, von der Therapeutin gestützten und geschützten Spiel konnten sowohl die Mutter, als auch das Kleinkind korrigierende Erfahrungen machen. Frau H. konnte besser die Bedürfnisse ihrer kleinen Tochter sehen, auch zulassen und sich darüber freuen, wenn diese ihre kleine Welt eroberte. Sehr hilfreich war auch die Arbeit an kurzen mit Video aufgezeichneten Mutter-Kind-Spielinteraktionssequenzen (Wollwerth & Papoušek, 2004). Beim gemeinsamen Anschauen mit der Therapeutin konnte sich Frau H. in die Gefühlswelt ihrer Tochter besser hineinfühlen, konnte Stolz und Freude ihrer Tochter wahrnehmen, wenn ihr etwas gelang oder Mutter und Kind Spaß beim Spielen miteinander hatten, aber sie sah nun auch wenn Johanna gestresst und überfordert war, z. B. wenn es zu kleinen Machtkämpfen beim Wickeln kam, wenn Johanna sich ständig umdrehte und die Mutter sie festhielt und manchmal anschrie. Vermeintliche Ablehnung von Johanna ihr gegenüber, wenn diese von der Mutter wegkrabbelte oder auf dem Arm quengelig war, konnte die Mutter besser aus der Sicht ihres Kindes einordnen und verstehen. Sie konnte in kleinen Schritten die Gefühle ihrer Tochter spiegeln und verstand immer besser, was diese in schwierigen Situationen brauchte. Schließlich konnte Frau H. auch ihre eigenen Gefühle in diesen Situationen wahrnehmen und benennen. Gefühle von Glück, wenn sie sich mit Johanna verbunden fühlte, aber auch Wut, Hilflosigkeit, Frustration und schließlich Leere, wenn sie selbst sehr gestresst war. Die Förderung der Mentalisierung und Emotionsregulation bei der Mutter führte schließlich zu einem besseren Verständnis der Signale und Bedürfnisse ihrer Tochter in den alltäglichen Interaktionen (Schechter & Willheim, 2016).

Immer wieder war die Traurigkeit von Frau H. präsent, für die Therapeutin spürbar und auch in Reaktionen von Johanna wahrnehmbar, mit vermehrter motorischer Unruhe und Quengeln. Frau H. war erstaunt und betroffen, wie sensibel ihre kleine Tochter auf sie selbst reagierte, wie sie scheinbar den Jammer der Mutter ausdrückte. Frau H. konnte im Verlauf der Eltern-Kleinkind-Therapie formulieren, dass sie ihrer kleinen Tochter ein ähnliches Schicksal, wie das ihre ersparen möchte; Johanna sollte nicht von ihrer Mutter weggenommen werden, sie sollte sich nicht wie sie selbst einsam und verlassen fühlen.

Selma Fraiberg hat in ihrer „psychotherapy in the kitchen“ mit ihrem Team psychosozial hochbelastete Familien zu Hause besucht und eine Eltern-Kleinkind-Psychotherapie begründet, die sich im Hier und Jetzt mit der elterlichen Vergangenheit auseinandersetzt, den „Gespenstern im Kinderzimmer“ (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975), die die elterliche Wahrnehmung des Kindes in Alltagssituationen oder wenn das Kind gerade schwierig ist, verzerren. *„In jedem Kinderzimmer gibt es Gespenster. Sie sind die Besucher aus der nicht erinnerten Vergangenheit der Eltern, die ungeladenen Taufgäste. Unter günstigen Umständen können diese barschen und ungebetenen Geister wieder gebannt und an ihre unterirdischen Aufenthaltsorte zurückgeschickt werden... In einem unbewachten Augenblick können*

die Eindringlinge aus der Vergangenheit in den magischen Kreis eindringen..., und Mutter und Kind finden sich dabei wieder, einen Moment oder eine Episode aus einer anderen Zeit mit anderen Akteuren erneut in Szene zu setzen...“ (Fraiberg, 2011, S. 227).

In der Übertragung auf die Geschichte von Frau H. waren diese „Gespenster“ das Erleben von Verlassenheit und Leere, Angst und Trauer, emotionale und wahrscheinlich auch körperliche Misshandlungserfahrungen in ihrer frühen Kindheit. Sie kamen, wenn Frau H. sich überfordert und mit Johanna gestresst fühlte und legten sich wie ein Schatten zwischen Johanna und ihre Mutter. Alicia Lieberman beschreibt in ihrem Buch „Psychotherapie mit Babys und Kleinkindern“ (Lieberman & Van Horn, 2015) sehr viele solcher Fallvignetten und wie es gelingen kann immer wieder in Kontakt mit den Eltern zu kommen, um letztlich über die Mitarbeit der Eltern, das Kind zu schützen, in seiner Entwicklung zu fördern und zu einer liebevollen Eltern-Kind-Beziehung zu begleiten. Die positiven Erfahrungen in der Eltern-Kleinkind-Therapie waren die von Alicia Lieberman in einem Aufsatz beschriebenen „angels in the nursery“: *„Erfahrungen, die sich durch intensiv gemeinsam empfundene Gefühle zwischen Eltern und Kind auszeichnen, in denen sich das Kind fast ideal verstanden und geliebt fühlt. Dies gibt dem Kind ein grundlegendes Gefühl von Sicherheit und Selbstwert, auf das zurückgegriffen werden kann, wenn das Kind selbst Eltern wird, um den Zyklus von Misshandlung zu unterbrechen...“* (Lieberman et. al., 2005, S. 504).

In der Eltern-Kleinkind-Therapie ist der Fokus die Beziehung zwischen Mutter/Eltern und Kind; wie in diesem Fall war es wichtig, dass die Mutter im Rahmen einer eigenen Therapie ihre Vernachlässigungen und frühen Verletzungen mit vielen Beziehungsabbrüchen bearbeiten konnte. In Familien mit multiplen psychosozialen Belastungen führen häufig die Symptome der Kinder (exzessives Schreien, chronische Unruhe, Schlafstörungen, Fütterstörungen) zu professioneller Beratung und Therapien, wie eine Eltern-Kleinkind-Psychotherapie, und bieten letztlich eine Chance für Mutter/Eltern und Kind neue und korrigierende Erfahrungen zu machen (Ziegler & Schieche, 2014).

Empathie als Herausforderung in der Eltern-Kleinkind-Therapie

Es gehört zur therapeutischen Grundhaltung, sich in den Patienten einzufühlen, ihm Respekt, Wertschätzung und Offenheit entgegenzubringen. In der Eltern-Kleinkind-Therapie bedeutet das sowohl empathisch mit dem Kind, als auch mit den Eltern zu sein, und allen „Parteien“ gegenüber offen zu bleiben, auch vielleicht gegenüber einem Elternteil, das nicht zur Therapiestunde gekommen ist und vom anderen Elternteil abgewertet wird. Gerade in schwierigen Situationen, wenn Eltern ihr Kind sehr negativ vorstellen, sich ihm gegenüber vielleicht auch offen feindselig verhalten, gelten die Sympathien der TherapeutIn rasch dem Kind und das einfühlsame Mitgehen mit den Eltern wird eine Herausforderung.

Luca

Luca wurde mit acht Monaten wegen einer massiven Fütterstörung vorgestellt. Er schreie beim Füttern, wehre sich gegen das Trinken aus der Flasche, verschlucke sich häufig. Die Mahlzeiten würden meist mehr als eine Stunde dauern und bedeuteten für die Mutter „einen Kampf, den ich meistens verliere, weil er doch nicht seine Menge schafft.“ Luca

kam nach 27+5 Schwangerschaftswochen mit einem Geburtsgewicht von 750g zur Welt, viel zu früh, viel zu klein. Mit Hirnblutung, Sepsis, Lungenproblemen war es in den ersten 2 Lebenswochen nicht klar, ob er überleben würde. Aber „er hat es allen gezeigt, dass er leben möchte“. Nach drei Monaten, also etwa entsprechend seinem errechneten Geburtstermin, kam er nach Hause; anfangs brauchte er noch eine Magensonde, diese konnte aber nach einem Monat entfernt werden. Der Alltag blieb extrem anstrengend für die ganze Familie. Arztbesuche, Physiotherapie, die Mahlzeiten, die kein Ende nahmen, und über allem die große Sorge und Angst, dass sich Luca nicht gut entwickeln würde. Eine gute Gewichtszunahme hatte jetzt für die Mutter die höchste Priorität, aber es war zuletzt nicht mehr möglich, dass er seine Mengen schaffte. Die Mutter schilderte, dass sie nur funktioniere und nicht wisse, wie sie Zeit und Energie für die Termine in unserer Ambulanz aufbringen solle und zweifelte, ob man dem Kind wirklich helfen könne oder wieder nur der Weg über die Magensonde bleibe, was sie auf keinen Fall wollte.

Die Beobachtung einer Zwangsfütterung kann eine Gratwanderung für eine Eltern-Kleinkind-TherapeutIn sein. Muss sie das Kind augenblicklich schützen oder zunächst mal abwarten, beobachten um zu verstehen und um schließlich neue Wege aufzeigen zu können? Die Beobachtung der Flaschenfütterung von Luca war kaum erträglich. Nach wenigen Schlucken aus der Flasche begann Luca zu schreien, wurde trotzdem weitergefüttert, trotz Würgen, Verschlucken, Husten, trotz Kämpfen des Kindes mit Atemnot. Die Mutter ging mit ihrem Sohn während des Fütterns auf und ab, starrte vor sich hin, schien ihren Sohn nicht wahrzunehmen. Fütterte ihr kämpfendes Kind weiter, bis wir sie baten eine Pause zu machen. Sie hatte kein Verständnis für unser Eingreifen; sie müsse ihr Kind doch ernähren und anders ginge es nicht.

Frau R. war schwer traumatisiert von der viel zu frühen Entbindung und Frühgeborenenzeit von Luca. Eher mechanisch erzählte sie Lucas Krankengeschichte. Es gab sie aber auch, die kurzen schönen Momente, wenn sie Luca wickelte und sich Zeit für erste Spielchen mit ihm nahm. Dann war die Mutter für ihn präsent, liebevoll, feinfühlig, hatte eine weiche, melodische Stimme, streichelte ihr Kind zärtlich. Luca schaute dann seine Mutter an, lächelte sie an, lauterte mit ihr.

Luca sollte nicht fortgesetzt diese Zwangsfütterung, letztlich körperliche Misshandlung, erfahren müssen, er musste aber weiter gut ernährt werden und die Mutter brauchte dringend Sicherheit auch in der Füttersituation, die für beide eine wiederholte Retraumatisierung bedeutete. Außerhalb der Füttersituationen war die Mutter einfühlsam und kompetent und die Mutter-Kind-Interaktionen waren liebevoll und adäquat. In solchen Situationen entstehen auch bei der TherapeutIn Gefühle der Hilflosigkeit und Überforderung, auch Wut auf die Mutter oder eine dritte Person, die vielleicht die Sondenentwöhnung forciert hatte. Dies sind einerseits Übertragungsgefühle in der therapeutischen Situation mit Mutter und Kind, aber auch reelle Gefühle von Ratlosigkeit und Überforderung der TherapeutIn. Muss das Baby augenblicklich geschützt werden, muss erneut eine Magensonde gelegt werden? Sehr rasch kann es passieren, dass die TherapeutIn selbst aus dem Kontakt geht und direktiv handelt, z. B. ohne Einverständnis der Mutter weitere Schritte plant.

Sich als TherapeutIn in die Verfassung der Mutter hineinzusetzen, empathisch einzufühlen und ihr Wertschätzung und Respekt entgegenzubringen, war die einzige

Möglichkeit die Mutter dazu zu bringen, sich einzulassen und etwas zu verändern. Luca war in seiner Entwicklung verzögert, hatte aber in Anbetracht seiner medizinischen Vorgeschichte sehr gut zugenommen und hatte aktuell keine medizinischen Probleme. Dies gegenüber der Mutter anzuerkennen, war für die therapeutische Beziehung zu Beginn der ausschlaggebende Punkt. Auch die Würdigung des Leids, das die Frühgeburtlichkeit für Mutter und Kind mitgebracht hatte sowie die Anerkennung der Sorge um die Entwicklung des Kindes und der Not der Mutter und des Kindes aktuell beim Füttern waren essenziell. Tatsächlich war es bei Luca notwendig, nochmals vorübergehend eine Sonde zu legen, von der er im Rahmen eines insgesamt 6-wöchigen stationären Aufenthalts in kleinen Schritten wieder entwöhnt werden konnte. Bei Luca wurde die Diagnose einer posttraumatischen Fütterstörung gestellt; er hatte wiederholt aversive und schmerzhafte Erfahrungen im Gesicht, Mund und Rachen gemacht, einhergehend mit Atemnot und Erstickungsgefühlen, sowohl in seiner Frühgeborenzeit mit wiederholten Intubationen, Sonden Legen, Absaugen, etc., als auch durch die traumatischen Füttersituationen mit offensichtlicher Atemnot. Zunächst war eine vorsichtige Desensibilisierung der Mundregion notwendig, gefolgt von selbstgesteuerten neuen Erfahrungen, z. B. eigene Händchen am Mund, bevor er wieder ein Füttern durch die Mutter tolerierte (Ziegler, 2016).

Frühgeburtlichkeit und Fütterstörungen belasten eine Mutter in ihrer Rolle als Lebensspenderin, als Garantin von Überleben und Gedeihen, als Ernährende. Daniel Stern beschreibt in „Mutterschaftskonstellation“ den psychodynamischen Reorganisationsprozess beim Übergang zur Elternschaft. Eigene Bindungs- und Beziehungserfahrungen (implizites Beziehungswissen) werden wiederbelebt. Die vier Hauptthemen der frühen Elternschaft sind: Leben und Wachstum, primäre Bezogenheit, sozial unterstützende Matrix und die Reorganisation der Identität als Frau und Mutter (Stern, 1998).

In der Therapie mit Frau R. und Luca war das erste Thema, das Thema des Lebens und Wachstums zentral: ist sie als Mutter in der Lage ihr Kind am Leben zu erhalten, dass es wächst und gedeiht, dass es ausreichend gestillt und ernährt wird? Frau R. hatte massive Versagens- und Schuldgefühle, ihr Kind nicht ausgetragen zu haben, die Angst, dass er nicht überleben würde, war noch nicht gebannt und Wachstum und Gedeihen, das mütterliche Nähren und Ernähren waren ständig präsent. Frau R. hatte über fünf Monate Muttermilch abgepumpt, aber an der Brust stillen war nicht möglich gewesen. Frau R. hatte sich selbst immer wieder damit Mut gemacht, dass ihr viel zu früh geborenes Kind von Anfang an einen so starken Lebenswillen gezeigt hatte.

Das Thema der primären Bezogenheit zu Luca war trotz der massiven Einschnitte, die ein länger dauernder stationärer Aufenthalt auf der Intensivstation und in der Kinderklinik mit sich bringt, für Frau R. geglückt. Bereits auf der Intensivstation durfte sie ihr Kind oft an ihrem Körper haben (Känguru-Pflege) und war früh in die tägliche Pflege einbezogen worden. Die positiven Beziehungsmomente beim Wickeln und Spielen waren die wichtigste Ressource für Mutter und Kind. Mit der Mutter konnte erarbeitet werden, wie sie es trotz der massiven Belastungen geschafft hatte zu ihrem kleinen Sohn eine innige Beziehung aufzubauen. Frau R. konnte in diesen Momenten gut ihre Gefühle zu Luca wahrnehmen und beschreiben; sie war dann auch gut für die Therapeutin spürbar. Frau R. vermied es aber über die schwierige und sehr belastende Zeit auf der Neugeborenen-Intensivstation zu sprechen – es war noch zu schmerzhaft, mit viel Trauer

und Angst verbunden. Sich beim Füttern in Luca einzufühlen war ein längerer Prozess und erforderte viel Vertrauen in die TherapeutIn und Sicherheit, dass Luca ausreichend Nahrung zu sich nehmen könne. In der Füttersituation wehrte Luca dann den Löffel ab, wenn die Mutter unter Druck geriet und nicht mehr die Signale ihres Sohnes beachtete. Luca lehnte nicht das Essen oder den Geschmack ab, sondern die negativen Gefühle der Mutter: Angst, Trauer oder Wut, die spürbar wurden, wenn bereits eine zweite Mahlzeit am Tag schwierig war. Aufgabe der Therapeutin war es dann emotional verfügbar zu bleiben, sich in beide, Mutter und Kind einzufühlen, beide zu beruhigen, zu regulieren und zu spiegeln. Mit zunehmender Sicherheit konnte sich Frau R. über kleine Erfolge freuen, sie lobte dann Luca, war stolz über seine Fortschritte und Luca erlebte entspannte Füttersituationen und das Respektieren seiner Grenzen.

Das dritte Thema der Mutterschaftskonstellation ist die sozial unterstützende Matrix. Frau R. hatte ein sehr mitfühlendes und unterstützendes Umfeld mit einem fürsorglichen Ehemann und Vater für Luca und eine präsente Großmutter für Luca, ihre eigene Mutter. Sie hatte in ihrer Vorgeschichte vorwiegend gute Beziehungserfahrungen gemacht, auf die sie nun zurückgreifen konnte. Diese Unterstützung ist auch für das vierte Thema relevant: das Thema der Reorganisation der Identität als Frau und Mutter. Frau R. wurde von ihrem Mann und ihrer Mutter als Mutter anerkannt und geschätzt. Es dauerte aber über ein Jahr, bis sie den Freiraum, den ihr diese anboten, indem sie sich um Luca kümmerten, annehmen konnte. Sie konnte dann diese Zeiten mit ihrem Mann genießen und fand nach 2 Jahren wieder in Teilzeit in ihre Arbeit zurück, was einerseits anstrengend in einem Alltag mit Kleinkind war, andererseits für Frau R. auch sehr befriedigend und erfüllend. Die positiven Erfahrungen in der Eltern-Kleinkind-Therapie ermutigten Frau R. eine eigene Psychotherapie zu beginnen, um die traumatischen Erfahrungen der zu frühen Geburt und Frühgeborenenzeit von Luca zu bearbeiten.

In therapeutischen Situationen kann es immer wieder vorkommen, dass die Empathiefähigkeit der TherapeuIn in Frage gestellt wird. Sei es, dass ihr unterstellt wird, sich nicht in eine bestimmte Situation einfühlen zu können („*Sie wissen nicht, wie es ist, wenn abends drei Kinder gleichzeitig schreien*“), sei es nicht aufmerksam gegenüber allen Personen zu sein („*Haben Sie überhaupt bemerkt, wann meine Frau Tränen in den Augen hatte?*“). Es stellt eine Herausforderung dar in Kontakt zu bleiben, sich immer wieder in die emotionale Verfassung der Eltern einzufühlen, dann können die „Vorwürfe“ schließlich für ein besseres Verständnis genutzt werden. In der Eltern-Kleinkind-Therapie sieht sich die TherapeutIn, Eltern oder einem Elternteil gegenüber, die hochbelastet sind, häufig massiv erschöpft, angespannt, verunsichert und von Versagens- und Schuldgefühlen geplagt sind. Sie berichten oft, mit einem exzessiv schreienden Baby oder mit einem schwer schlafgestörten Kind, das nachts jede Stunde aufwacht und beruhigt werden muss, an ihre Belastungsgrenze gekommen zu sein. Häufig haben sie erlebt, nicht ernst genommen zu werden, haben resigniert und sind wütend. Empathie auf Seiten der TherapeutIn bedeutet, anzuerkennen, was die Eltern mit ihrem Kind leisten, ihnen Wertschätzung und Respekt entgegen zu bringen und doch authentisch zu bleiben. In der Therapiesituation können die Eltern-Kind-Interaktionen beobachtet und von der TherapeutIn eingeordnet werden für ein besseres Verständnis der Eltern-Kind-Beziehung.

Im Hier- und Jetzt bieten sich häufig Gelegenheiten positive Momente zwischen Mutter/Eltern und Kind hervorzuheben und einen emotionalen Bezug zu unterstüt-

zen. Zum Beispiel beschreibt die TherapeutIn wie das Baby auf dem Arm aufmerksam seine Mutter anschaut, die daraufhin ihr Baby anlächelt und innehält. Ein Kleinkind bringt seiner Mutter ein Spielzeug, und die TherapeutIn kommentiert das Bedürfnis des Kindes seiner Mutter etwas zu zeigen, seine Mutter an seinem Spiel teilhaben zu lassen. Die Mutter zeigt gegenüber ihrem Kind daraufhin Freude und Stolz, beide schauen sich an. In beiden Situationen erleben Mutter und Kind einen innigen Moment gegenseitiger Bezogenheit, einen „Gegenwartsmoment – Moments of meeting“ (Stern, 2005). Die TherapeutIn nimmt beobachtend teil, macht den Moment damit bewusst und kann sich mit beiden freuen. Für beide Seiten bedeutet es unter Umständen eine neue, bisher wenig gespürte Beziehungserfahrung, für das Kind, „ich bin gemeint“ und für die Eltern/Mutter das sehr befriedigende und beglückende Gefühl, ihr Kind zu verstehen und zu lieben.

Literatur

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bischof-Köhler, D. (2011). *Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., Target, M. (2004): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Fraiberg, S., Adelson, E. & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. A psychoanalytical approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 387-422.
- Fraiberg, S. (Hrsg.) (2011). *Seelische Gesundheit in den ersten Lebensjahren*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gergely, G. & Watson, J.S., (1999). Early social-emotional development: Contingency perception and the social biofeedback model. In P. Rochat (Hrsg.), *Early social cognition: Understanding others in the first months of life* (S. 101-137). Hillsdale: Erlbaum.
- Lieberman, A.F., Padron, E., Van Horn, P. & Harris W.W. (2005). Angels in the nursery: The intergenerational transmission of benevolent parental influences. *Infant Mental Health Journal*, 26, 504-520.
- Lieberman, A.F. & Van Horn, P. (2015). *Psychotherapie mit Babys und Kleinkindern*. Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Papoušek, H. & Papoušek, M. (1987). Intuitive parenting: A dialectic counterpart to the infant's integrative competence. In J.D. Osofsky (Hrsg.), *Handbook of infant mental health* (2. Aufl.) (S. 669-720). New York: Wiley.
- Papoušek, M., Schieche, M. & Wurmser, H. (Hrsg.) (2004). *Regulationsstörungen der frühen Kindheit. Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen*. Bern: Huber.
- Schechter, D. & Willheim E. (2016). Wenn Elternschaft undenkbar wird. Arbeit mit traumatisierten Eltern und ihren Kleinkindern. In P. Bründel, M. Edres & S. Hauser (Hrsg.), *Elternschaft. Klinische und Entwicklungspsychologische Perspektiven* (S.55-65). Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.
- Stierlin, H., Rücker-Embden, J., Wetzell N. & Wirsching M. (2001). *Das erste Familiengespräch* (8. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation: Eine vergleichende Darstellung verschiedener Formen der Mutter-Kind-Psychotherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D.N. (2005). *Der Gegenwartsmoment. Veränderungsprozess in Psychoanalyse, Psychotherapie und Alltag*. Frankfurt/Main: Brandes & Apsel.
- Winnicott, D.W. (2012). *Vom Spiel zur Kreativität* (13. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Wollwerth, R. & Papoušek, M. (2004). Das Münchner Konzept einer kommunikationszentrierten Eltern-Säuglings-/Kleinkind-Beratung und -Psychotherapie. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit* (S. 281-310). Bern: Huber.
- Ziegler, M. & Schieche, M. (2014). Beziehungsfokussierte Therapie bei Verhaltensstörungen im Kleinkindalter. In V. Mall, F. Voigt & N. Jung (Hrsg.), *Wege zur Inklusion, Frühdiagnostik, Frühtherapie, Kindliche Sozialisation* (S. 211-221). Lübeck: Schmidt Römhild.
- Ziegler, M. (2016). Schreibabyambulanz und stationäre Sozialpädiatrie. In V. Mall & A. Friedmann (Hrsg.), *Frühe Hilfen in der Pädiatrie* (S. 161-178). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Korrespondenzadresse

Dr. Margret Ziegler
Kinder- und Jugendärztin, Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeutin
kbo-Kinderzentrum München gemeinnützige GmbH
Margret.Ziegler@kbo.de
www.kinderzentrum-muenchen.de