

Erfahrungen und Konzepte als Grundlagen für die Gruppenarbeit mit Eltern frühgeborener Kinder

H. von Lüpke

Frankfurt am Main, Germany

Abstract

Prematurely born children often confront professionals with problems that cannot be explained by organic causes. These problems may be otherwise unexplained developmental retardation, behavioral problems such as disturbed sleep, temper tantrums, delayed development of autonomy, and psychosomatic symptoms (for instance abdominal pain for no organic reasons). The concepts of a "Vulnerable Child Syndrome" (Green and Solnit), the "Phantasmatic Child" (Lebovici/Mannoni/Soulé) and the "Depression in Infancy" (Kreiser) can be used as models for the interdependence between the parent's expectations of the child, based on their own biographical experiences of caring and loss, the consequences of the premature birth and the perception of the child's individuality. The impact of this constellation on the mutual relationship will be discussed. Parent groups with professional guidance seem to offer an opportunity to deal with the risks and chances of premature birth.

Zusammenfassung

Frühgeborene Kinder konfrontieren die Professionellen mit Problemen, die sich auf der Basis von organischen Befunden oft nur unzureichend erklären lassen. Es werden Konzepte dargestellt wie das „Vulnerable Child Syndrome“ (Green and Solnit), das vom „Phantasmatischen Kind“ (Lebovici/Mannoni/Soulé) und der „Depression

Correspondence to: Dr. med. Hans von Lüpke, Glauburgstr. 66, 6000 Frankfurt am Main 1, Germany

Überarbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten auf der Fachtagung „Frühgeborene Kinder – Frühgeborene Eltern“, Prävention, Begleitung in der Anfangsphase und spätere Aufarbeitung“, Wilhelm-Polligkeit-Institut, 6000 Frankfurt am Main 71, 19.–21. November 1990.

im Säuglingsalter“ (Kreisler). Das Zusammenspiel von Erwartungen an das Kind, geprägt von Familie und früher Kindheit der Eltern; Erfahrungen, die sich aus der vorzeitigen Geburt und deren Folgen ergeben und der Wahrnehmung der Individualität des Kindes ergibt eine Vielzahl von Risiken und Chancen. Gruppen von Eltern frühgeborener Kinder bieten die Möglichkeit, blockierende Probleme zu bearbeiten und vorhandene Chancen zu nutzen.

*

Haben sich die Professionellen dazu entschlossen, ein zu früh geborenes Kind schließlich als organisch gesund und in seiner Entwicklung nicht mehr gefährdet anzusehen, dann sind sie oft erstaunt – nicht selten enttäuscht –, wenn die Eltern darauf keineswegs mit ungeteilter Zustimmung reagieren. Immer wieder kommen Zweifel, erneute Untersuchungen werden gefordert, die Eltern finden keine Ruhe. Die Entwicklung der Kinder erscheint jetzt nicht mehr durch den lange befürchteten Organschaden, sondern als Folge dieser Unsicherheiten und Zweifel gefährdet. Auf diese Probleme nicht vorbereitet, reagieren die Professionellen nicht selten hilflos und verärgert, ihre Beziehung zu den Eltern ist gefährdet. Entwicklungsneurologische, apparative oder testpsychologische Untersuchungen werden veranlaßt, neue Therapie- oder Fördermöglichkeiten eingeleitet, das Dilemma dadurch aber nur vergrößert.

In dieser Situation sind neue Konzepte und Strategien gefragt. Green und Solnit haben 1964 zum ersten Mal von einem „Vulnerable Child Syndrom“, dem Syndrom des verletzlichen Kindes gesprochen. Sie bezeichneten damit Störungen in der psychosozialen Entwicklung bei Kindern, die zu einem früheren Zeitpunkt so schwer erkrankt waren, daß mit ihrem Überleben nicht mehr gerechnet wurde. Beim genaueren Studium dieser Zusammenhänge stießen sie auf eine weitere Gruppe, nämlich Kinder, die als bedroht empfunden wurden, weil sie eine in der Vergangenheit verstorbene Person repräsentierten und schließlich Kinder, mit deren Tod gerechnet wurde, weil die Mutter selbst unter der Geburt lebensgefährlich erkrankt war und diese Bedrohung nun auf das Kind verschoben wurde. Als ein typisches Fallbeispiel schildern Green und Solnit die Geschichte des dreijährigen Garry, der mit seinen Schlafstörungen die Mutter an den Rand des Zusammenbruchs brachte. Im Gespräch mit dem Kinderarzt stellte sich heraus, daß zur Zeit der Geburt das Überleben dieses Kindes gefährdet erschien, da eine Placenta prævia vorlag und die Wehen vorzeitig einsetzten. Der Geburtshelfer sagte zur Mutter: „Es könnte nötig werden, daß ich zwischen Ihnen und dem Baby zu entscheiden habe. Also seien Sie nicht überrascht, wenn das Kind nicht lebt.“ Im Laufe der Gespräche wurde deutlich, daß es die Mutter selbst war, die das Kind wach hielt, da sie jedesmal, wenn sie es schlafend vorfand, von der Angst beherrscht wurde, es könne tot sein. Diesen Zusammenhang zu klären und die Mutter immer wieder in der Vorstellung zu bestärken, daß ihr Kind wirklich gesund sei, genügte, um das Schlafproblem zu lösen.

Green und Solnit beschreiben noch weitere Störungen, die sie auf lebensbedrohliche Zustände in der frühen Kindheit zurückführen. Im Kleinkind-

ter nennen sie vor allem Abgrenzungsprobleme: überbehütende, nachgiebige Eltern und abhängige, klammernde, unselbständige, aber auch widerspenstige und zugleich übermäßig irritierbare Kinder, die ihre Mütter nicht selten schlagen, beißen oder kratzen. Die Mütter haben Angst, den Kindern einen Spielraum für ihre körperlichen Aktivitäten zu lassen. Häufig bestehen Eßstörungen. Bei älteren Kindern, insbesondere im Schulalter, treten häufig wiederkehrende Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Trennungsängste auf. Hinzu kommen Konzentrationsstörungen und Bewegungsunruhe. Bei der genaueren Analyse entwickeln die Autoren ein Konzept, nach dem die Eltern zum Zeitpunkt der vorangegangenen schweren Erkrankung das Kind vorübergehend bereits aufgegeben, den Tod akzeptiert und mit der Trauer begonnen hatten. Wenn die Unsicherheit unerträglich wurde, hatten sie sich diesen Tod sogar gewünscht. Dies alles hinterließ schwere Schuldgefühle, den Wunsch, etwas wieder gutzumachen – zusätzlich zu der anhaltenden Vorstellung, daß dieses Kind, das schon einmal vom Tode bedroht war, auch in Zukunft besonders gefährdet sei. Den psychosomatischen Beschwerden wie Bauch- und Kopfschmerzen kommt nach dem Konzept von Green und Solnit die Funktion zu, das Gefühl der totalen Bedrohung auf einen Körperteil zu lokalisieren und damit abgrenzbar zu machen.

Auch wenn die Autoren diese Zusammenhänge auf eine lineare Kausalität reduzieren und die vielfältigen vorangegangenen und nachfolgenden Erfahrungen, die sich in einem aktuellen Symptom verdichten können, unberücksichtigt lassen, ist es doch ihr Verdienst, erstmals ein Konzept entwickelt zu haben, das die Bedeutung früher lebensbedrohlicher Zustände für die weitere psychosoziale Entwicklung beschreibt. Gerade bei Frühgeborenen, die ihre kritische Anfangszeit ohne Organschäden überlebt haben, scheinen solche Zusammenhänge von Bedeutung sein. Nicht selten sind gerade hier jene von Green und Solnit beschriebenen Auffälligkeiten zu finden. Oft leben die Eltern noch viele Jahre später in der Angst, ihr Kind sei empfindlicher, anfälliger als andere Kinder. Jede noch so leichte Abweichung von einem erwarteten Verhalten wird als Hinweis für den doch noch sichtbar werdenden Schaden gewertet. Das Bild des vom Tode bedrohten, an zahllose Schläuche angeschlossenen Kindes im Inkubator wird auch durch harmlose Erkrankungen immer wieder wachgerufen. Ein leichter Brechdurchfall mit vorübergehender Nahrungsverweigerung läßt das Kind unmittelbar als von Austrocknung bedroht erscheinen wie seinerzeit das „Frühchen“, das nur über extrem labile Regulationsmöglichkeiten verfügte; ein harmloser Husten weckt die Erinnerung an frühe Atemstörungen, vielleicht eine Lungenentzündung; eine Mutter bricht weinend zusammen, als bei ihrem inzwischen 2-jährigen Kind Blut abgenommen wird: die für sie endlosen Versuche, bei dem bereits völlig „verstochenen“ Kind im Inkubator Blut zu bekommen, werden wieder lebendig. Oft kommt es den Eltern so vor, als sei alles erst gestern geschehen, selbst wenn das Kind inzwischen in die Schule geht. Anders ausgedrückt: es zeigt sich, wie stark das Bild vom Kind die aktuelle Wahrnehmung bestimmt.

Diese Beobachtung führt zu einem weiteren Konzept, das für die eigene Arbeit grundlegend geworden ist: das Konzept vom phantasmatischen Kind. Es wurde von französischen Psychoanalytikern wie Mannoni (1963), Lebovici

(1986) und Soulé (1990) entwickelt. Das phantasmatische Kind ist mehr als nur die bewußte Vorstellung von einem Kind, die Überlegung, wie ein noch ungeborenes Kind aussehen könnte, welche Eigenschaften man sich wünscht etc.. Das phantasmatische Kind stellt sich dar als ein Bild, das vorwiegend aus unbewußten Prozessen resultiert und daher nicht willkürlich ausgetauscht oder verändert werden kann. Es hat seinen Ursprung in den eigenen frühen Erfahrungen von Versorgung und Verlusten, findet seinen ersten Niederschlag in den Puppenspielen und wird durch alle nachfolgenden Beziehungserfahrungen weiter geprägt. Der eigene Kinderwunsch ist maßgeblich davon bestimmt. Das Bild vom phantasmatischen Kind wird in dem Maße zum prägenden Faktor für die weiteren Beziehungen, in dem eigene Mängel oder frühe Verluste von Bezugspersonen nicht verarbeitet wurden und die Hoffnung auf eine Wiedergutmachung sich auf das Kind richtet. Im Extremfall soll das phantasmatische Kind die Versorgung der Mutter selbst übernehmen, ihr das geben, was sie in ihrer frühen Kindheit nicht bekommen hat. Es soll zum Helden werden, sie für Entbehrtes rächen und entschädigen (von Lüpke, 1987). In dem Maße, in dem solche Erwartungen an das Kind übermächtig werden, kann die Wahrnehmung der aktuellen Bedürfnisse des Kindes und damit der Diskrepanz zwischen dem Bild vom Kind und dessen spezifischer Identität in den Hintergrund treten, möglicherweise völlig ausbleiben.

Stellen wir uns diese Variante von Entwicklung als ein Extrem am Ende einer Skala vor, dann wäre das andere Ende als eine Situation zu beschreiben, in der ein solches Bild vom Kind, ein phantasmatisches Kind, völlig fehlt oder zumindest nicht in Erscheinung tritt. Es wird nur noch das faktisch wahrgenommene Kind gesehen und mechanisch versorgt, „operativ“ im Sinne des psychosomatischen Konzepts von Marty (Marty und de M'Uzan, 1963). In diesem Zustand der emotionalen Abwesenheit der Mutter entsteht eine Deprivation analog der von Spitz in Kinderheimen beschriebenen „anaklitischen Depression“, nur ist die Abwesenheit der Bezugsperson hier nicht körperlicher sondern psychischer Natur. Kreisler (1990) spricht von „Säuglingsdepression“ und sieht als wichtigste Ursache für eine solche emotionale Abwesenheit die Depression der Mutter. Die Säuglinge selbst reagieren mit Apathie („Stimmungs-Atonie“), „motorischer Trägheit, Armut der interaktionalen Kommunikation und psychosomatischer Verwundbarkeit“ (Kreisler, 1990). Es liegt auf der Hand, daß nach einer Frühgeburt Mutter und Kind für diese Problemkonstellation in besonderer Weise gefährdet sind, kommt doch zur Verlusterfahrung der Mutter noch die verminderte Kompetenz zur Interaktion beim Kind (s. Beitrag von Sarimski in diesem Heft).

Die Gegenüberstellung der Extreme zeigt, daß die Phantasmen vom Kind offensichtlich eine große Bedeutung für dessen emotionale Besetzung haben. Die emotionale Besetzung ist es also nicht, die dem Kind beim Überwiegen der Phantasmen fehlt, nur gilt diese Besetzung einem anderen Kind. Das Kind mit seinen aktuellen Bedürfnissen gerät so ebenfalls in den Zustand einer Deprivation. Es bleibt ihm nur ein Weg, sich aus dieser Notlage zu befreien: der Versuch, von sich aus die Diskrepanz zu dem von den Eltern wahrgenommenen Bild so weit wie möglich abzubauen, sich den Erwartungen der Umwelt anzupassen,

sein „wahres Selbst“ im Sinne von Winnicott (1974) zu verbergen und ein nach außen orientiertes, problemlos im Zusammenspiel mit der Umwelt funktionierendes „falsches Selbst“ zu entwickeln. Der Preis dafür ist später das Gefühl der inneren Leere, das Risiko des depressiven Zusammenbruchs (Miller, 1979).

In der Regel wird die reale Beziehung zum Kind weder vom phantasmatisch noch vom „operativ“ bestimmten Bild ausschließlich geprägt. Hinzu kommt, daß sich im phantasmatischen Kind nicht nur Hoffnungen verdichten, sondern auch Angst und Schrecken. Neben dem Kind der Träume steht das der Alpträume, das Phantasma des Parasiten, der die Mutter von innen her auslaugt, des Monsters, „Rosemaries Baby“. Und schließlich gibt es nicht nur die Phantasmen der Mutter, auch der Vater hat seine Bilder, die eigenen Eltern, weitere Verwandte, das gesamte kulturelle Umfeld. Verpflichtungen und Verbote, Regeln und Tabus wirken über die Generationen hinweg.

Für die Entwicklungschancen des Kindes ist es entscheidend, wie sich das Zusammenspiel zwischen den verschiedenen Bildern gestaltet. Die Vielfalt der Einflußgrößen bewirkt Unvorhersagbarkeit, „Chaos“, gleichzeitig aber auch Flexibilität, ein Mehr an Regulationsmöglichkeiten und damit an Gesundheit. Die Chaos-Theorie demonstriert solche Zusammenhänge bereits an physikalischen Modellen (Gleick, 1988). Für den hier diskutierten Kontext bietet sich das Dialog-Modell von Milani Comparetti (Milani Comparetti, 1986a, 1986b) an, das im Zusammenspiel zwischen ungleichen Partnern die Unterschiedlichkeit nicht als Bedrohung, sondern als Bereicherung und die Nicht-Vorhersagbarkeit als einen Aspekt von Kreativität bewertet.

Für die Mutter entwickelt sich im Verlauf der Schwangerschaft die Möglichkeit einer inneren Auseinandersetzung mit ihren Phantasmen und körperlichen Wahrnehmungen, vor allem dann, wenn Kindsbewegungen spürbar werden. Diese Auseinandersetzung ist eine wichtige Vorbereitung auf die Zeit nach der Geburt, in der Phantasmen und Wahrnehmung oft auseinanderklaffen, nicht selten begleitet von schmerzlichen Gefühlen und Trauer. Sie stellt die Basis dar für die Möglichkeit, das Kind auch als eigenständige Persönlichkeit zu empfinden und mit ihm in jenen Dialog zu treten, der gerade auch Abweichungen von der eigenen Erwartung fruchtbar werden läßt.

Für die Entwicklungschancen des Kindes ist es von besonderer Bedeutung, daß kein Bild und keine Wahrnehmung als *das* Kind verstanden wird, sondern daß die Unterschiedlichkeit, die Bedingtheit und Relativität all dieser verschiedenen Bilder dem Kind die Chance gibt, seine eigene Individualität zu entwickeln, durch Probephasen von der frühesten Zeit im Mutterleib an allmählich zu dem zu kommen, was Winnicott (1974) das wahre Selbst genannt hat.

Hier wird die belastende Situation im Falle einer Frühgeburt deutlich. Eine Geburt in der 28. Woche bedeutet in diesem Zusammenhang, daß die Mutter gerade erst angefangen hat, Kindsbewegungen wahrzunehmen. Der Prozeß eines Austausches von Phantasmen und Wahrnehmung ist in extremer Weise verkürzt. Dies mag den durch die Frühgeburt selbst bedingten Zweifel an der Verlässlichkeit der eigenen Wahrnehmung, am Zutrauen zum eigenen Intakt-Sein noch verstärken. Auch ist die Chance, in der Auseinandersetzung zwischen Bildern und Wahrnehmungen eine Balance zu schaffen, vermindert. Das Risiko,

daß einzelne Bilder die anderen „überwuchern“ und ausschließlich die Vorstellung vom Kind bestimmen, wird erhöht. In dieser Situation kann der Dialog zwischen Eltern mit ähnlichen Vorerfahrungen dazu beitragen, festgefahrene Beziehungen und entwicklungsgefährdende Bilder zu mobilisieren und damit den Kindern neue Entwicklungschancen zu ermöglichen. Der gegenseitige Austausch könnte dabei den Wert der eigenen Erfahrung, dessen, was bereits geleistet wurde, verstärken und die Eigenkompetenz betonen. Die Professionellen werden zu „Begleitern“ (von Lüpke, 1989). Gruppenarbeit mit Eltern frühgeborener Kinder eröffnet auf diese Weise Möglichkeiten, Probleme nicht erst zur Krankheit werden zu lassen, sondern prophylaktisch zu wirken.

Literatur

- Gleick, J. (1988). Chaos – die Ordnung des Universums. Droemer Knauer, München
- Green, M. und Solnit, A. J. (1964). Reactions to the threatened loss of a child: a vulnerable child syndrome. *Pediatrics* 34, 58–66
- Kreisler, L. (1990). Die Depression des Säuglings. In: Stork, J. (Hrsg.) *Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes*. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt
- Lebovici, S. (1986). Klinische Gesichtspunkte der frühen Interaktion. In: Stork, J. (Hrsg.) *Zur Psychologie und Psychopathologie des Säuglings*. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt
- von Lüpke, H. (1987). Pränatale mütterliche Phantasien und postnatale Mutter-Kind-Beziehung. In: Fedor-Freybergh, P. G. (Hrsg.) *Pränatale und Perinatale Psychologie und Medizin. Begegnung mit dem Ungeborenen*. Saphir, Älvsjö, München
- von Lüpke, H. (1989). Perfekte Therapie – oder: Begleitung von Familien in der Krise. In: Voß, R. (Hrsg.) *Das Recht des Kindes auf Eigensinn*. Reinhardt, München, Basel
- Mannoni, M. (1963). *L'enfant arriéré et sa mère*. Editions du Seuil, Paris. Deutsch: *Das zurückgebliebene Kind und seine Mutter*. Walter-Verlag, Olten, 1972
- Marty, P. und de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue française de Psychanalyse* No. spécial 27
- Milani Comparetti, A. (1986a). Fetal and neonatal origins of being a person and belonging to the world. *Italian Journal of Neurological Science* Suppl. No. 5: Maturation and Learning, 95–100
- Milani Comparetti, A. (1986b). Von der Behandlung der Krankheit zur Sorge um Gesundheit... *Dokumentation einer Fachtagung des Paritätischen Bildungswerks*. Frankfurt am Main, Lyoner Str. 34
- Miller, A. (1979). *Das Drama des begabten Kindes*. Suhrkamp, Frankfurt
- Soulé, M. (1990). Das Kind im Kopf. In: Stork, J. (Hrsg.) *Neue Wege im Verständnis der allerfrühesten Entwicklung des Kindes*. Frommann-Holzboog, Stuttgart-Bad Cannstatt
- Winnicott, D. W. (1974). Ich-Verzerrung in Form des wahren und des falschen Selbst. In: *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Kindler, München