

Barrows, Paul

Der Vater in der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 49 (2000) 8, S. 596-610

urn:nbn:de:bsz-psydok-42544

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

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Bonney, H.: Neues vom „Zappelphilipp“ – Die Therapie bei Kindern mit hyperkinetischen Störungen (ADHD) auf der Basis von Kommunikations- und Systemtheorie (Therapy of children with attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) based on communication- and systemtheories)	285
Bünder, P.: Es war einmal ein Scheidungskind. Das Umerzählen als pädagogisch-therapeutisches Mittel bei der Bewältigung von Trennungs- und Scheidungserfahrungen von jüngeren Schulkindern (Once upon a time there was a child of divorce. The rearranged narrative as a pedagogical and therapeutical means for younger pupils to deal with the experience of separation and devorce)	275
Frey, E.: Vom Programm zur Metapher – den Bedürfnissen der Kinder im Trennungs- und Scheidungsprozeß ihrer Eltern gerecht werden (From program to metaphor: caring for the needs of children during the separation and divorce of their parents)	109
Müller, F.-W.: Abenteuer Konflikt – frühe Gewaltprävention in Kindertagesstätten und Grundschulen (Adventure conflict – Early prevention of violence in child day care centres and in primary schools)	779
Wintsch, H.: Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien (Sow hope: therapeutic groups with children and youth with training for local professionals)	210

Originalarbeiten / Original Articles

Bäcker, A.; Pauli-Pott, U.; Neuhäuser, G.; Beckmann, D.: Auswirkungen deutlich erhöhter Geburtsrisiken auf den Entwicklungsstand im Jugendalter (The effect of severe perinatal complications on the development at youth)	385
Bernard-Opitz, V.; Chen, A.; Kok, A.J.; Sriram, N.: Analyse pragmatischer Aspekte des Kommunikationsverhaltens von verbalen und nicht-verbalen autistischen Kindern (Analysis of pragmatic aspects of communicative behavior in non-verbal and verbal children with autism)	97
Böhm, B.; Grossmann, K.-E.: Unterschiede in der sprachlichen Repräsentation von 10- bis 14jährigen Jungen geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in the linguistic representation of relationship of 10- to 14 years old boys from divorced and non-divorced families)	399
Empt, K.; Schiepek, G.: Ausschnitte aus der Genesungsgeschichte einer Patientin mit Anorexia nervosa aus der Sicht der Selbstorganisationstheorie (The way out of problems: recovery from anorexia nervosa seen by dynamic systems theory)	677
Federer, M.; Herrle, J.; Margraf, J.; Schneider, S.: Trennungsangst und Agoraphobie bei Achtjährigen (Separation anxiety and agoraphobia in eight-year-olds)	83
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.: Zur Therapiemotivation bei Schülern: Der Wunsch nach pädagogisch-therapeutischer Hilfe (Therapy motivation of primary and secondary school students: the wish for pedagogical-therapeutic help)	641
Klemenz, B.: Ressourcendiagnostik bei Kindern (Resource diagnosis with children)	177

Lenz, A.: Wo bleiben die Kinder in der Familienberatung? Ergebnisse einer explorativen Studie (Where are the children in the family counseling? Results of an explorative study)	765
Schepker, R.; Wirtz, M.; Jahn, K.: Verlaufsprädiktoren mittelfristiger Behandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Predictors of the course of medium-range treatments in inpatient child and adolescent psychiatry)	656
Schmidt, C.; Steins, G.: Zusammenhänge zwischen Selbstkonzept und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen Lebensbereichen (Relations of self-concept to obesity of children and adolescents with regard to different living areas)	251
Schwarck, B.; Schmidt, S.; Strauß, B.: Eine Pilotstudie zum Zusammenhang von Bindungsmustern und Problemwahrnehmung beim neun- bis elfjährigen Kindern mit Verhaltensauffälligkeiten (A study of the relationship between attachment patterns and problem perception in a sample of 9-11 year old children with behavioral disorders)	340
Stasch, M.; Reich, G.: Interpersonale Beziehungsmuster in Familien mit einem bulimischen Mitglied – eine Interaktionsanalyse (Interpersonal relationship-patterns in families with a bulimic patient – An interaction-analysis) 157	
Steinhausen, H.-C.; Lugt, H.; Doll, B.; Kammerer, M.; Kannenberg, R.; Prün, H.: Der Zürcher Interventionsplanungs- und Evaluationsbogen (ZIPEB): Ein Verfahren zur Qualitätskontrolle therapeutischer Maßnahmen (The Zurich Intervention Planning and Evaluation Form (ZIPEF): A procedure for the assessment of quality control of therapeutic interventions)	329
Steinhausen, H.-C.; Winkler Metzke, C.: Die Allgemeine Depressions-Skala (ADS) in der Diagnostik von Jugendlichen (The Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) in the assessment of adolescents)	419
Storch, G.; Poustka, F.: Psychische Störung bei stationär behandelten Kindern mediterraner Migrantenfamilien (Psychiatric disorders in young offsprings from parents of Mediterranean origin treated as inpatients)	200
Winkelmann, K.; Hartmann, M.; Neumann, K.; Hemmch, C.; Reck, C.; Victor, D.; Horn, H.; Uebel, T.; Kronmüller, K.-T.: Stabilität des Therapieerfolgs nach analytischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie – eine Fünf-Jahres-Katamnese (Stability of outcome in children and adolescents psychoanalysis at 5 year follow-up)	315

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Balloff, R.: Das Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. Juli 1999 zur Frage der wissenschaftlichen Anforderungen an aussagepsychologische Begutachtungen (Glaubhaftigkeitsgutachten) und die Folgen für die Sachverständigentätigkeit (Relating to the decision of the Highest Federal Court of Germany dated July 30, 1999 dealing with questions concerning the scientific demands to be placed upon the decisions of experts in psychology called upon to express opinion as to whether or not a testimony is believable and the effects of said decision on future action of such experts)	261
Barrows, P.: Der Vater in der Eltern-Kind-Psychotherapie (Fathers in parent-infant psychotherapy)	596
Barth, R.: „Baby-Lese-Stunden“ für Eltern mit exzessiv schreienden Säuglingen – das Konzept der „angeleiteten Eltern-Säuglings-Übungssitzungen“ (“Reading a baby” – “Guided parent-infant-training sessions” for parents with excessively crying babies)	537

Bürgin, D.; Meng, H.: Psychoanalytische Diagnostik und pädagogischer Alltag (Psychoanalytic diagnostics and pedagogical everyday-life)	477
Cierpka, M.; Cierpka, A.: Beratung von Familien mit zwei- bis dreijährigen Kindern (Counselling with 2 to 3s and their families)	563
Cohen, Y.: Bindung als Grundlage zum Verständnis psychopathologischer Entwicklung und zur stationären Behandlung (Attachment as the basis of psychopathological development and residential treatment)	511
Hédervári-Heller, É.: Klinische Relevanz der Bindungstheorie in der therapeutischen Arbeit mit Kleinkindern und deren Eltern (Clinical relevance of attachment theory for the infant-parent psychotherapy)	580
Hundsals, A.: Qualität in der Erziehungsberatung – Aktuelle Entwicklungen zu Beginn des 21. Jahrhunderts (Quality in child guidance – Developments at the beginning for the 21th century)	747
Meier, U.; Tillmann, K.-J.: Gewalt in der Schule – importiert oder selbstproduziert? (Violence in schools – Imported or self-produced?)	36
Melzer, W.; Darge, K.: Gewalt in der Schule – Analyse und Prävention (Violence in schools – Analysis and prevention)	16
Meng, H.; Bürgin, D.: Qualität der Pädagogik in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The quality of pedagogy in in-patient child and adolescent psychiatry)	489
Möhler, E.; Resch, F.: Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion (Early appearance and intergenerational transmission of maternal traumatic experiences in the context of mother-infant-interaction)	550
Oswald, H.; Kappmann, L.: Phänomenologische und funktionale Vielfalt von Gewalt unter Kindern (Phenomenological and functional diversity of violence among children)	3
Papoušek, M.: Einsatz von Video in der Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie (Use of videofeedback in parent-infant counselling and parent-infant psychotherapy)	611
Pfeifer, W.-K.: Vorgehensweisen der institutionellen Erziehungsberatung im Spiegel der Zentralen Weiterbildung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung (Methods of established child guidance reflected on the background of Zentrale Weiterbildung of Bundeskonferenz für Erziehungsberatung)	737
Rudolf, G.: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell (How psychogenic disorders develop: an integrative model)	351
Seiffge-Krenke, I.: Ein sehr spezieller Freund: Der imaginäre Gefährte (A very special friend: the imaginary companion)	689
Specht, F.: Entwicklung der Erziehungsberatungsstellen in der Bundesrepublik Deutschland – ein Überblick (The development of child guidance centers in the Federal Republic of Germany – An overview)	728
Streeck-Fischer, A.: Jugendliche mit Grenzenstörungen – Selbst- und fremddestruktives Verhalten in stationärer Psychotherapie (Adolescents with boundary disorders – Destructive behavior against oneself and others in in-patient psychotherapy)	497
Vossler, A.: Als Indexpatient ins therapeutische Abseits? – Kinder in der systemischen Familientherapie und -beratung (As index patient into therapeutic offside? Children in systemic family therapy and counseling)	435

Diskussion / Discussion

Fegert, J. M.; Rothärmel, S.: Psychisch kranke Kinder und Jugendliche als Waisenkinder des Wirtschaftlichkeitsgebots?	127
Rudolf, G.: Die frühe Bindungserfahrung und der depressive Grundkonflikt	707
Strauß, B.; Schmidt, S.: Die Bedeutung des Bindungssystems für die Entstehung psychogener Störungen – Ein Kommentar zum Aufsatz von G. Rudolf: Die Entstehung psychogener Störungen: ein integratives Modell	704

Werkstattberichte / Brief Reports

Schubert, B.; Seiring, W.: Waffen in der Schule – Berliner Erfahrungen und Ansätze (Guns in schools – experiences and approaches made in Berlin)	53
--	----

Buchbesprechungen

Beckenbach, W.: Lese- und Rechtschreibschwäche – Diagnostizieren und Behandeln (C. von Bülow-Faerber)	235
Brisch, K. H.: Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie (L. Unzner) ..	529
Buchholz-Graf, W.; Caspary, C.; Keimeleder, L.; Straus, F.: Familienberatung bei Trennung und Scheidung. Eine Studie über Erfolg und Nutzen gerichtsnaher Hilfen (A. Korittko)	523
Butzkamm, W.; Butzkamm, J.: Wie Kinder Sprechen lernen. Kindliche Entwicklung und die Sprachlichkeit des Menschen (D. Gröschke)	300
Cierpka, M. (Hg.): Kinder mit aggressivem Verhalten. Ein Praxismanual für Schulen, Kindergärten und Beratungsstellen (D. Gröschke)	371
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 40 (M. Hirsch)	73
Eickhoff, F.-W. et al. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 41 (M. Hirsch)	145
Eiholzer, U.; Haverkamp, F.; Voss, L. (Hg.): Growth, stature, and psychosocial wellbeing (K. Sarimski)	306
Fend, H.: Eltern und Freunde. Soziale Entwicklung im Jugendalter (U. Preuss)	375
Fieseler, G.; Schleicher, H.: Gemeinschaftskommentar zum SGB VIII: Kinder- und Jugendhilferecht (J. M. Fegert)	373
Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie (K. Sarimski)	232
Freitag, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Illegale Alltagsdrogen. Cannabis, Ecstasy, Speed und LSD im Jugendalter (C. von Bülow-Faerber)	304
Frohne-Hagemann, I. (Hg.): Musik und Gestalt. Klinische Musiktherapie als integrative Psychotherapie (C. Brückner)	301
Greve, W. (Hg.): Psychologie des Selbst (D. Gröschke)	791
Grimm, H.: Störungen der Sprachentwicklung (D. Irblich)	237
Hundsatz, A.; Menne, K.; Cremer, H. (Hg.): Jahrbuch für Erziehungsberatung, Bd. 3 (F. Fippinger)	140
Klicpera, C.; Innerhofer, P.: Die Welt des frühkindlichen Autismus (D. Gröschke)	528
Kluge, N.: Sexualverhalten Jugendlicher heute. Ergebnisse einer repräsentativen Jugend- und Elternstudie über Verhalten und Einstellungen zur Sexualität (P. Hummel)	632
Körner, W.; Hörmann, G. (Hg.): Handbuch der Erziehungsberatung, Bd. 2 (M. Micklely) ..	716

Kühl, J. (Hg.): Autonomie und Dialog. Kleine Kinder in der Frühförderung (<i>D. Gröschke</i>)	465
Lanfranchi, A.; Hagmann, T. (Hg.): Migrantenkinder. Plädoyer für eine Pädagogik der Vielfalt (<i>H. Heil</i>)	527
Lempp, R.; Schütze, G.; Köhnken, G. (Hg.): Forensische Psychiatrie und Psychologie des Kindes- und Jugendalters (<i>P. Hummel</i>)	630
Lukesch, H.: Einführung in die pädagogisch-psychologische Diagnostik (<i>K.-H. Arnold</i>)	239
Mussen, P.H.; Conger, J. J.; Kagan, J.; Huston, A.C.: Lehrbuch der Kinderpsychologie (<i>L. Unzner</i>)	713
Neuhäuser, G.; Steinhausen, H.-C. (Hg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	144
Oerter, R.; v. Hagen, C.; Röper, G.; Noam, G. (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch (<i>L. Unzner</i>)	463
Ohm, D.: Progressive Relaxation für Kids (CD) (<i>C. Brückner</i>)	461
Peterander, F.; Speck, O. (Hg.): Qualitätsmanagement in sozialen Einrichtungen (<i>D. Gröschke</i>)	629
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie (<i>H. Mackenberg</i>)	377
Petermann, F.; Kusch, M.; Niedank, K.: Entwicklungspsychopathologie – ein Lehrbuch (<i>K. Sarimski</i>)	142
Petermann, F.; Warschburger, P. (Hg.): Kinderrehabilitation (<i>D. Irblich</i>)	141
Rauchfleisch, U.: Außenseiter der Gesellschaft. Psychodynamik und Möglichkeiten zur Psychotherapie Straffälliger (<i>K. Waligora</i>)	791
Remschmidt, H.; Mattejat, F.: Familiendiagnostisches Lesebuch (<i>M. Bachmann</i>)	72
Rohmann, U.: Manchmal könnte ich Dich ... Auch starke Kinder kann man erziehen, man muß nur wissen wie! (<i>E. Sticker</i>)	75
Romeike, G.; Imelmann, H. (Hg.): Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie (<i>E. Sticker</i>)	460
Schäfer, M.; Frey, D. (Hg.): Aggression und Gewalt unter Kindern und Jugendlichen (<i>H. Mackenberg</i>)	233
Schiepek, G.: Die Grundlagen der Systemischen Therapie. Theorie – Praxis – Forschung (<i>C. Höger</i>)	368
Schweitzer, J.: Gelingende Kooperation. Systemische Weiterbildung in Gesundheits- und Sozialberufen (<i>R. Mayr</i>)	302
Senkel, B.: Du bist ein weiter Baum. Entwicklungschancen für geistig behinderte Menschen durch Beziehung (<i>D. Irblich</i>)	74
Silbereisen, R. K.; Zinnecker, J. (Hg.): Entwicklung im sozialen Wandel (<i>L. Unzner</i>)	373
Simon, F. B.; Clement, U.; Stierlin, H.: Die Sprache der Familientherapie – Ein Vokabular (<i>J. Kaltschmitt</i>)	372
Sohni, H. (Hg.): Geschwisterlichkeit. Horizontale Beziehungen in Psychotherapie und Gesellschaft (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	790
Speck, O.: Die Ökonomisierung sozialer Qualität. Zur Qualitätsdiskussion in Behindertenhilfe und Sozialer Arbeit (<i>D. Gröschke</i>)	715
Steimer, B.: Suche nach Liebe und Inszenierung von Ablehnung. Adoptiv- und Pflegekinder in einer neuen Familie (<i>F.-J. Krumenacker</i>)	793
Swets Test Service: Diagnostische Verfahren (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tent, L.; Langfeldt, H.-P.: Pädagogisch-psychologische Diagnostik, Bd. 2: Anwendungsbereiche und Praxisfelder (<i>K.-H. Arnold</i>)	240

Testzentrale des Berufsverbands Deutscher Psychologen: Testkatalog 2000/1 (<i>K.-H. Arnold</i>)	717
Tomatis, A.: Das Ohr – die Pforte zum Schulerfolg. Schach dem Schulversagen (<i>K.-J. Allgaier</i>)	77
Ullrich, M.: Wenn Kinder Jugendliche werden. Die Bedeutung der Familienkommunikation im Übergang zum Jugendalter (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	635
Vorderlin, E.-M.: Frühgeburt: Elterliche Belastung und Bewältigung (<i>G. Fuchs</i>)	238
Walper, S.; Schwarz, B. (Hg.): Was wird aus den Kindern? Chancen und Risiken für die Entwicklung von Kindern aus Trennungs- und Stieffamilien (<i>A. Korittko</i>)	523
Warschburger, P.; Petermann, F.; Fromme, C.; Wojtalla, N.: Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen (<i>K. Sarimski</i>)	634
Wunderlich, C.: Nimm' mich an, so wie ich bin. Menschen mit geistiger Behinderung akzeptieren (<i>M. Müller-Küppers</i>)	376
Zander, W.: Zerrissene Jugend: Ein Psychoanalytiker erzählt von seinen Erlebnissen in der Nazizeit 1933-1945 (<i>J. Kaltschmitt</i>)	714
Zero to three/National Center for Infants, Toddlers, and Families (Hg.): Diagnostische Klassifikation: 0-3. Seelische Gesundheit und entwicklungsbedingte Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern (<i>L.Unzner</i>)	462

Neuere Testverfahren

Ciepka, M.; Frevert, G.: Die Familienbögen. Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen (<i>K. Waligora</i>)	242
Lohaus, A.; Fler, B.; Freytag, P.; Klein-Haßling, J.: Fragebogen zur Erhebung von Streßerleben und Streßbewältigung im Kindesalter (SSK) (<i>K. Waligora</i>)	466
Kuhl, J.; Christ, E.: Selbstregulations-Strategientest für Kinder (SRST-K) (<i>K. Waligora</i>)	719

Editorial / Editorial	1, 475, 535, 725
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 133, 232, 300, 367, 450, 522, 628, 703, 789
Aus dem Verlag / From the Publisher	71
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	134, 452
Tagungskalender / Calendar of Events	78, 148, 244, 308, 380, 469, 531, 638, 721, 790
Mitteilungen / Announcements	82, 152, 249, 384, 473, 640, 798

Der Vater in der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie¹

Paul Barrows

Summary

Fathers in parent-infant psychotherapy

This paper discusses the relative neglect of the role of the father by researchers and parent-infant psychotherapists. It goes on to describe reasons why the father's role is of developmental significance. Using clinical examples, it is suggested that it is often critical to ensure that fathers are included if the therapeutic work is to have the best chance of success. Two particular aspects of the father's contribution are considered, namely the direct influence that his own "ghosts" may exercise on the parent-infant relationship, and a slightly more indirect role that he may play as the other half of the parental couple.

Zusammenfassung

In dieser Arbeit wird diskutiert, daß und warum die Rolle des Vaters sowohl von Forschern als auch von Eltern-Kleinkind-Therapeuten bisher nur wenig beachtet wird und warum der Vater für die Entwicklung des Kindes bedeutsam ist. Anhand von Fallbeispielen wird gezeigt, daß der Vater häufig in die therapeutische Arbeit eingebunden werden muß, damit die Therapie erfolgreich sein kann. Zwei besondere Aspekte der Funktion des Vaters werden dargestellt: der direkte Einfluß seiner „Gespenster“ auf die Beziehung zwischen Eltern und Kleinkind, aber auch die stärker indirekte Rolle, die er als ein Teil des Elternpaares spielen kann.

1 Einleitung

Die Bedeutung des Vaters für die psychische Gesundheit des Kleinkinds wird nach wie vor zu wenig beachtet. Das gilt für praktisch tätige Eltern-Kleinkind-Psychotherapeuten ebenso wie für Forscher und Entwicklungspsychologen, die Interaktionen zwischen Eltern und Kleinkindern untersuchen.

¹ Die Arbeit ist unter dem Titel „Fathers in parent-infant psychotherapy“ erstmals in *Infant Mental Health Journal* 20(3): 333-345 (1999) erschienen. Der Abdruck der deutschen Übersetzung durch Susanne Starke-Perschke (Duisburg) erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Michigan Association for Infant Mental Health, East Lansing, MI.

Phares (1992) hat Forschungsberichte zu Kindern und Jugendlichen aus den Jahren 1984 bis 1991 durchgesehen und dabei festgestellt, daß in 48% der Berichte nur die Mütter mit in die Untersuchung aufgenommen worden waren, während bei 1% der Forschungsarbeiten ausschließlich die Väter mit erfaßt worden waren. Phares faßt zusammen: „Zwar stimmt es hoffnungsvoll, daß in 26% der Untersuchungen in diesem Zeitraum Daten von Vätern wie auch von Müttern erhoben und ausgewertet wurden, aber dennoch läßt sich unverändert eine Tendenz feststellen, eher die Mütter zu untersuchen und damit auch für die Probleme ihrer Kinder verantwortlich zu machen“ (zit. nach Walters 1997). Ein neueres Beispiel: Im Register zu Murray und Cooper „Postpartum Depression and Child Development“ (1997) findet sich bezeichnenderweise zwar der Eintrag „Freunde als soziale Unterstützung“, nicht aber das Stichwort „Vater“.

Aber auch die Therapeuten, die mit Eltern und Kleinkindern arbeiten, unterschätzen oft die Bedeutung des Vaters – sei es nun als Mitverursacher des Problems, dessentwegen Hilfe gesucht wird, oder als Unterstützung bei dessen Bewältigung. In Cramer und Palacio-Espasa (1993) geht Cramer auf diese Kritik ein. Er argumentiert dabei folgendermaßen: (1) bei Einzeltherapien ist es nicht üblich, auch den Partner zu sehen, selbst wenn wegen Eheschwierigkeiten um Hilfe nachgesucht wird, denn es geht hier um die innere subjektive Welt der Patienten; (2) die Mutter ist diejenige, die den Kontakt aufnimmt, und sollte deshalb auch allein entscheiden, wer außer ihr zur Beratung oder Therapie kommt; (3) wenn eine Mutter allein kommt, zeigt sie damit, daß sie den Vater auch gar nicht dabeihaben will; (4) die Mutter wird sowieso auf den Vater zu sprechen kommen, und es ist ja auch ihre innere Repräsentation des Vaters (oder deren Fehlen), an der gearbeitet werden muß. Cramer geht es also nicht in erster Linie um das interaktive System der ganzen Familie, sondern um die Erkundung der mütterlichen „Gespenster“ („ghost“, Fraiberg 1975).

In „The Motherhood Constellation“ (1995) vertritt Stern die Auffassung, daß in dieser Phase der weiblichen Entwicklung die triadische Konstellation „Tochter-Mutter-Mutter der Mutter“ als zentrales organisierendes psychisches Prinzip wesentlich wichtiger ist als der Ödipuskomplex. Dementsprechend wird dem Vater keine eigenständige Rolle zugestanden, sondern er wird nur als Unterstützung für die Mutter angesehen. „Der Vater und andere sollen den stützenden Rahmen liefern, in dem die Mutter ihrer Mutterrolle nachkommen kann“ (Stern 1995, S. 174). Meiner Ansicht nach unterschätzen Cramer und Stern den Einfluß des Vaters hier ganz massiv und schränken damit auch die Möglichkeiten der therapeutischen Einflußnahme ein.

2 Die Bedeutung des Vaters

Der Vater spielt in zweierlei Hinsicht eine wichtige Rolle: direkt in der Vater-Kleinkind-Dyade und etwas weniger direkt als Teil des elterlichen Paars. Jeder Mann, der zum Vater wird, bringt, ebenso wie die Mutter, eine eigene Geschichte und damit unvermeidlich auch seine eigenen „Gespenster“ mit ins Kinderzimmer. Sie werden auf die Interaktionen mit seinen Kindern und auf die sich entwickelnde Psyche des Säuglings und Kleinkindes einen bestimmenden Einfluß ausüben.

Fonagy et al. (1993) konnten das in ihrer Untersuchung des „ghost in the nursery“ (also der „Gespenster“ im Kinderzimmer) auch empirisch nachweisen. Sie erfaßten mit Hilfe des Adult Attachment Interview (AAI) das Bindungsmuster der Eltern vor der Geburt eines Kindes. Später bestimmten sie mit Hilfe der „Fremden Situation“ (Ainsworth) für Mutter und Vater getrennt den Bindungstyp des Kindes. Die Autoren konnten zeigen, daß das Bindungsmuster des Kindes mit dem der Eltern in Zusammenhang stand und auch je nach Elternteil unterschiedlich sein konnte. Das Kleinkind kann also an einen Elternteil sicher, an den anderen aber unsicher gebunden sein. Die Autoren fassen zusammen: „Anscheinend gab es keinen Zusammenhang zwischen der Beziehung des Kindes zu dem einen Elternteil und seiner Beziehung zu dem anderen Elternteil ... Offenbar tauchte das Gespenst nur in Beziehung zu einem Elternteil auf und geisterte nicht so stark durch das Kinderzimmer, daß auch die Beziehung zum anderen Elternteil beeinträchtigt worden wäre“ (Fonagy et al. 1993, S. 972, Hervorhebung vom Verf.).

Somit waren die Befunde von Main et al. (1985) repliziert worden. In einer neueren Arbeit (Steele et al. 1996) überprüften die Autoren die Ergebnisse ihrer Untersuchung speziell im Hinblick auf die Spezifität der Bindung. Sie kamen zu dem Schluß, daß die Mutter zwar möglicherweise den wichtigsten Einfluß ausübt, aber „insgesamt zeigen diese Ergebnisse, daß Säuglinge und Kleinkinder in ihren ersten 18 Lebensmonaten bedeutsame Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Bindungseinstellungen von Vater und Mutter so wahrnehmen und repräsentieren können, daß dies Einfluß auf ihr Verhalten gegenüber dem jeweiligen Elternteil hat.“

In diesem Zusammenhang besonders wichtig ist der gefundene signifikante Zusammenhang zwischen dem AAI-Ergebnis des Vaters und der Klassifizierung der Kleinkind-Vater-Bindung im Alter von 18 Monaten. „Dieser signifikante Zusammenhang zeigt sich darin, daß 80% der Väter, die dem AAI zufolge vor der Geburt des Kindes sicher gebunden waren, im Alter von 18 Monaten sicher gebundene Kinder hatten, während die Kinder von 59% der Väter, die als desorientiert/desorganisiert (D) klassifiziert worden waren, im Alter von 18 Monaten ein unsicher-vermeidendes Bindungsmuster aufwiesen. Das Maß dieses Zusammenhangs zwischen dem AAI-Wert desorientiert/desorganisiert des Vaters und einer Vermeidungsneigung des Kleinkindes gegenüber dem Vater ist doppelt so hoch, wie man unter Zufall allein erwarten könnte; hier haben wir also einen wichtigen Beitrag zur allgemeinen intergenerationalen Übereinstimmung zwischen dem Vater und dem Kleinkind-Vater-System“ (Steele et al. 1996).

Van Ijzendoorn und De Wolff (1997) konnten in ihrer Metaanalyse von 14 Untersuchungen an insgesamt 950 Familien die Spezifität der Bindungsbeziehungen des Vaters zu seinen Kindern bestätigen. Sie fanden nur eine geringe Ähnlichkeit der Bindungsmuster Kleinkind-Mutter und Kleinkind-Vater ($r=0.17$) und fassen zusammen: „Allgemein gesprochen, generalisiert sich die Bindungssicherheit des Kleinkinds offenbar nicht über die Beziehungen im Familiensystem: *Die Bindungssicherheit des Kleinkinds ist eher beziehungsspezifisch als kindspezifisch* (Sroufe 1985)“ (Van Ijzendoorn u. De Wolff 1997, S. 607, Hervorhebung vom Verf.).

Aus diesen wichtigen Befunden läßt sich schließen, daß die Beziehung zu einem Elternteil nicht notwendigerweise durch die Beziehung zum anderen Elternteil modifi-

ziert wird und daß das Kind für beide Elternteile unterschiedliche innere Repräsentationen hat. Deshalb müssen wohl die „Gespenster“ des Vaters ebenso ans Tageslicht gezerrt werden wie diejenigen, die die Mutter umtreiben. Das heißt, das Kleinkind muß nicht nur von den Projektionen der Mutter, sondern ebenso von denen des Vaters befreit werden.

Aber neben diesem direkten Einfluß des Vaters auf das Kleinkind muß auch – und das ist genauso wichtig – seine Rolle im gesamten Familiensystem bedacht werden. Corboz-Warnery et al. (1993) schreiben dazu: „Zwar sind die Einzelbeiträge aller Mitglieder der Triade wichtig, aber es reicht nicht aus, nur sie zu beschreiben, will man den gesamten Kontext der Entwicklung des Kleinkinds erfassen. Vielmehr muß man über diese additive Beschreibung hinausgehen, um zu verstehen, wie die Familie als Kleingruppe funktioniert“ (Parke 1990, S. 182).“

Stern (1995) beschreibt die interaktive Natur des „klinischen Systems“ und impliziert damit bereits, daß der Vater als Teil des Systems alle anderen Systemkomponenten beeinflusst. Beispielsweise kann der Vater dadurch starken Einfluß nehmen, daß er den Einfluß der Großmutter mütterlicherseits abschwächt und so die Auswirkungen der „Mutterschaftskonstellation“ auf die Mutter begrenzt.

Stern richtet seine Aufmerksamkeit in erster Linie auf die stützende Funktion des Vaters und stellt sich damit in eine lange Reihe psychoanalytischer Autoren. Wenn hier überhaupt über den Vater gesprochen wird (neben seiner Rolle als Dritter im ödipalen Dreieck), dann meistens in seiner Funktion als Unterstützung für die Mutter. Indem er die Mutter stützt und hält, heißt es, wird sie ihrerseits in die Lage versetzt, den Säugling zu pflegen. In Bicks klassischer Arbeit über Säuglingsbeobachtung zeigt sich in einem bewegenden Fallbeispiel, wie entscheidend diese Funktion sein kann, falls etwa eine Mutter sehr wenig Vertrauen in ihre mütterlichen Fähigkeiten hat; die Autorin kommentiert: „Dieses stützende Verhalten des Vaters trug offenbar stark dazu bei, daß die Mutter allmählich mehr Nähe und Toleranz gegenüber dem Baby empfinden konnte“ (Bick 1964, S. 560).

Auch neuere Untersuchungen bestätigen, daß die Mutter in erster Linie vom Vater Unterstützung erfährt (und umgekehrt), denn Frauen und Männer wenden sich mit dem Wunsch nach Unterstützung immer zuerst an ihren Partner (Thorpe 1991a, b).

Diese stützende Funktion ist deshalb zweifellos sehr wichtig. Allerdings wird sie der Komplexität des väterlichen Einflusses auf die entstehenden Beziehungen innerhalb der Familie nicht gerecht. Diese Beziehungen, insbesondere die Beziehung zwischen Vaters und Mutter, bestimmen aber die generelle emotionale Atmosphäre in der Familie, die sich ihrerseits ganz entscheidend auf die Entwicklung des Säuglings und Kleinkinds auswirkt.

Cramer (1993) diskutiert die Faktoren, die zum Auftreten der Postpartum-Depression beitragen können und faßt einen Teil der relevanten Forschung zusammen. „Einer der zuverlässigsten Prädiktoren ist offenbar die Güte des Funktionierens als Paar (Stein et al. 1989; Watson et al. 1984). Ambivalenz des Mannes während der Schwangerschaft war ein guter Prädiktor dafür, daß bei ihm selbst oder seiner Ehefrau später eine Depression auftrat (Cowan u. Cowans, 1992). ... Campbell et al. (1992) haben herausgefunden, daß ... sich aus der Wechselwirkung zwischen Komplikationen in der

Schwangerschaft oder bei der Geburt und Hilfe vom Ehemann depressive Beschwerden 2 Monate nach Geburt des Kindes sehr gut voraussagen lassen“ (Cramer 1993). Angesichts solcher Ergebnisse ist es um so erstaunlicher, daß Cramer an anderer Stelle einräumt, die Mutter könne den Vater von der therapeutischen Situation fernhalten.

Parr (1997) sieht unter Berufung auf die Ergebnisse von Diamond et al. (1996) noch direktere Zusammenhänge: „Es hat sich gezeigt, daß die Art der Beziehung einer Mutter zu ihrem Säugling sehr viel mit der Qualität der Partnerschaft und einer gewissen gegenseitigen Ergänzung im Prozeß der Elternschaft zu tun hat.“ Deshalb wird in der präventiven Interventionsform im Gruppen-Setting, die sie entwickelt hat (PIPPIN), auch besonderer Wert auf die Einbeziehung des Vaters schon vor der Geburt gelegt.

Eine weitere, vielleicht noch wichtigere Funktion des Vaters hat damit zu tun, wie er dem Kleinkind dabei hilft, weitere Objektbeziehungen einzugehen, wie er es also im Prozeß der „Triangulierung“ unterstützt. Corboz-Warnery et al. (1993) schreiben: „Triadische Beziehungen erfordern komplexe Koordinationen als Dreierheit, die für dyadische Interaktionen nicht erforderlich sind. Die nonverbalen Interaktionen der Partner zeigen, ob eine Triade einen jederzeit abrufbaren Interaktionsrahmen als Dreierheit bereitstellen und diesen auch für weitere Subfunktionen abwandeln kann. Wir nehmen an, daß dieser Rahmen positive Folgen für die Autonomieentwicklung des Kindes hat, sein Fehlen dagegen negative Folgen für das Kind nach sich zieht. Faktisch kann die Fähigkeit, eine Dreierheit zu bilden, die weitere Entwicklung der Familie und des Säuglings (Lewis, Owen u. Cox 1988) auf der sozio-emotionalen Ebene (Erlernen der verschiedenen Kommunikationsformen) wie auch auf der kognitiven Ebene (Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsstörungen; Wynne 1967) beeinflussen.“

In psychoanalytischer Ausdruckweise geht es hier um das Ausmaß, in dem das Kleinkind den Ödipuskomplex erfolgreich bewältigen kann. Neben anderen hat auch Britton (1989) die schwerwiegenden Folgen einer mißlingenden Bewältigung beschrieben: „Der phantasierte tragische Ausgang des Ödipuskomplexes besteht darin, daß die Entdeckung des ödipalen Dreiecks der Tod der Dyade ist – der Mutter-Kind-Dyade oder der elterlichen Dyade ... Vermutlich denken wir alle gelegentlich so; einige Menschen sind jedoch dauerhaft von dieser Vorstellung überzeugt, und das führt dann zu einer schwerwiegenden Psychopathologie.“

Der Vater ist zwar der ödipale Rivale, kann aber dennoch eine entscheidende elterliche Funktion ausüben, indem er dem Kleinkind hilft, „um die verlorene exklusive Beziehung zu trauern“ (Britton 1989). Es kann auch vorkommen, daß er stärker aktiv eingreifen muß, um eine verstrickte Beziehung behutsam zu lösen. Maiello (1997) führt ein Beispiel dafür an: „Der Vater wurde im Leben seiner Tochter zunehmend wichtiger. Sie lernte schnell sprechen. Sie rief ‚Papa‘ und nannte ihren eigenen Namen, und oft spielten sie zusammen.“ Maiello beschreibt dann weiter ein kleines Spiel, in dem der Vater das kleine Mädchen tröstet, das aufgeregt ist, weil der Puppenschnuller nicht für sie, sondern für ihre Puppe gedacht ist: „Mit der Unterstützung ihres Vaters konnte sie dem Verlust der exklusiven Beziehung zu ihrer Mutter ins Auge sehen und die Verbindung zwischen zwei nicht zu ihr selbst gehörigen Teilobjekten, nämlich dem Mund und dem Schnuller ihrer Puppe, akzeptieren. Die Triangulierung mit ihren zahllosen Varianten war möglich geworden.“

Mit den folgenden Fallbeispielen will ich beide Funktionen des Vaters anschaulich machen und zeigen, wie sie therapeutisch genutzt werden können. Im ersten Fall steht die direkte Auswirkung der „Gespenster“ des Vaters im Mittelpunkt. Im zweiten Beispiel geht es stärker um die eher indirekte Rolle des Vaters als Vermittler zwischen der Mutter und deren Familie und um seine Funktion im therapeutischen Prozeß.

3 Fallbeispiel 1

Familie R. sahen wir im Rahmen eines kurzfristigen Besuchs in der Sprechstunde für Kinder unter fünf Jahren in einer Erziehungsberatungsstelle. Die Familie war wegen Schlafproblemen ihres 18 Monate alten Sohnes Peter von ihrem Health Visitor² an uns verwiesen worden. Er bezeichnete die Familie als „am Ende ihrer Kraft“, denn Peter hatte seit seiner Geburt keine Nacht allein durchgeschlafen. Health Visitor und Allgemeinarzt hatten sich der Familie intensiv angenommen und sie Schlaf-Trainingsprogramme gelehrt, aber das hatte nichts geholfen.

Der Familie wurde relativ kurzfristig ein Termin angeboten, und da sich aus dem ersten Telefongespräch ergeben hatte, daß der Vater unbedingt anwesend sein wollte, wurde ein Termin ausgemacht, der ihm paßte. Als sie in der Erziehungsberatungsstelle ankamen, war der Vater nicht dabei, aber auf dem Weg dorthin und hoffte, bald dazusein. Peter war ein aufgeweckter kleiner Junge, der sich in meinem Zimmer gleich interessiert umsah. Er beruhigte sich bald und probierte das Spielzeug aus. Seine Mutter erzählte auf meine Nachfrage, welche Probleme sie zur Konsultation veranlaßt hatten. Sie beschrieb, daß Peter von seiner Geburt an drei- oder viermal pro Nacht aufwachte. Sie fragte sich besorgt, was ihn wohl immer aufwecke. Als ich mich erkundigte, wie die Eltern mit dem Aufwachen umgingen, hörte es sich zunächst so an, als ob sie in sein Zimmer gingen, um ihn zu beruhigen, und daß er sich gelegentlich recht schnell beruhige – ohne wirklich ganz wach zu werden –, sobald er etwas aus seiner Flasche getrunken hätte. Sie erklärte, daß er jetzt Saft oder Wasser bekomme, während sie die Milch vor einiger Zeit abgesetzt hätten, da sie den Eindruck hatten, daß er sie eigentlich nicht mehr brauche. Sie glaube, daß er inzwischen mehr aus Gewohnheit als aus einem wirklichen Bedürfnis heraus nach der Flasche verlange.

Sobald wir genauer darüber sprachen, stellte sich aber heraus, daß die Eltern mittlerweile nur noch selten versuchten, ihn in seinem Zimmer wieder schlafen zu legen, sondern ihn sofort in ihr eigenes Bett brachten, um selbst auch noch ein wenig Ruhe zu bekommen. Das hieß allerdings nicht, daß er dann in dieser Nacht nicht mehr aufwachte, sondern nur, daß er schnell wieder einschlief, weil er ihre Anwesenheit spürte.

In diesem Augenblick, etwa 5 bis 10 Minuten nach Beginn der Sitzung, traf der Vater ein und begrüßte Peter voller Wärme – er war offensichtlich ganz verzückt von seinem Sohn. Wir sagten ihm, was wir bisher besprochen hatten, und der Vater fügte hinzu, daß sie den Ratschlägen von Health Visitor und Arzt folgend alles mögliche versucht hatten, damit Peter in seinem Zimmer bliebe. Wie die Mutter formulierte auch er die besorgte Frage, was Peter denn wohl aufwecke; allerdings glaubten offenbar beide nicht, daß er schlecht träumte. Der Vater spielte während des ganzen Gesprächs mit seinem Sohn, und Peter reagierte darauf, indem er mehrfach Spielzeuge aufnahmen und ihm zeigte.

² Der Health Visitor im britischen Gesundheitssystem ist eine staatliche Angestellte oder ein Angestellter, die oder der Familien aufsucht, bei denen sich gesundheitliche oder soziale Probleme ergeben könnten. Familien mit Neugeborenen werden vom Health Visitor routinemäßig aufgesucht.

Ich erfragte, wie und wann Peter ins Bett gebracht wurde, und erfuhr, daß nach dem Schlafenlegen faktisch immer ein Elternteil bei ihm blieb, bis er eingeschlafen war. Ich erläuterte, das habe zur Folge, daß Peter bisher nicht die Erfahrung gemacht hätte, selbst in den Schlaf zu finden; wenn er dann nachts aufwache, wisse er gar nicht, wie er allein wieder einschlafen solle. Ich fragte nach seiner Säuglingszeit, und die Mutter erklärte, daß er als Säugling alle 2 Stunden nach Nahrung verlangt habe. Sie hatte ihn 6 Wochen lang gestillt, ihm dann bald die Flasche gegeben und rasch auch feste Nahrung – offenbar überwiegend aus der Sorge heraus, er würde sonst nicht ausreichend ernährt. Offenbar dachten sie, daß Peter immer aus Hunger schrie – und fühlten sich in dieser Sicht dadurch bestätigt, daß er nach dem Füttern ruhig war; seit kurzem waren sie sich da aber nicht mehr so sicher und fragten sich, ob es vielleicht an Blähungen oder Koliken liegen könnte. Wenn er nachts wach wurde, hatten sie ihm immer die Flasche gegeben, aber inzwischen fragten sie sich, ob er das wirklich brauchte oder ob er nur deshalb nachts so regelmäßig aufwachte, weil er auch tagsüber alle 2 Stunden gefüttert wurde. Sie fügten hinzu, daß sie sich verzweifelt nach mehr Schlaf sehnten und daß sie ihn schon gelegentlich mehrere Tage lang zu den Großeltern mütterlicherseits gebracht hatten, damit sie selbst sich ein paar Tage lang ausruhen konnten. Die Großeltern hatten dieselben Schwierigkeiten mit ihm.

Ich sprach an, daß sie offenbar in Sorge seien, daß ihn etwas aufwecke und deshalb irgendein Problem vorliegen müsse. Ich sagte ihnen, es sei bekannt, daß Kinder nachts häufig wach, oder zumindest halb wach werden, und so sei es offenbar mit Peter auch. Oft finden sie dann von allein wieder in den Schlaf zurück, manchmal müssen sie sich nur umdrehen und wieder einschlafen. Deshalb müßten wir vielleicht nicht so sehr klären, warum er so oft aufwachte, sondern was anschließend geschah. Warum schrie er? Wie reagierten sie, wenn er schrie?

Ich fragte sie danach, wie sie selbst sich fühlten, wenn er schrie, und der Vater antwortete sofort, er könne es nicht ertragen, Peter weinen zu hören. Bald wurde deutlich, daß Peters Mutter ihn länger allein lassen würde, daß der Vater das jedoch verhinderte. Ich bat den Vater, mir ein wenig von seiner eigenen Familie zu erzählen. Ich erfuhr, daß er aus Kreta stammt und zwei ältere Schwestern und einen jüngeren Bruder hat – er selbst ist also der älteste Sohn. Er bezeichnete seine Familie als eng verbunden und sagte, er sei als einziger „rausgekommen“, als er Kreta mit 22 Jahren verließ. Ich fragte ihn, ob das schwierig war. Er verneinte das, meinte aber, irgend etwas an der Familie sei ihm klaustrophobisch vorgekommen, und er sei entschlossen gewesen, wegzugehen. Sein Vater hatte ihm vorausgesagt, er werde in 3 Wochen zurück sein, deshalb habe er mit voller Absicht nur die Hinfahrt gebucht und sei seitdem in England geblieben. Er bedauerte seine Entscheidung nicht, aber seine Mutter sei „am Boden zerstört“ gewesen, als er fortging.

Peter spielte mit einem Spielzeugtelefon, der Vater sagte ihm, er solle mit „Opa“ sprechen, und erklärte mir, daß sie seinen Vater jede Woche einmal anriefen. Seine Mutter war vor 3 Jahren gestorben, so daß sie diesen Enkel nie gesehen hatte. Ich fragte nach ihrem Entschluß, Kinder zu bekommen, und er antwortete, er habe zunächst keinen Kinderwunsch gehabt. Erst mit dem Tod seiner Mutter sei dieser Wunsch in ihm aufgekommen. Auf meine Frage, wie er sich das erkläre, antwortete er, daß er mit dem Tod seiner Mutter etwas Wertvolles verloren hatte und diesen Verlust wieder wettmachen wollte. Peter füllte, zumindest zum Teil, die Lücke, die der Tod seiner Mutter hinterlassen hatte. Er betonte, wie wertvoll Peter für ihn war, und daß er es nicht ertragen konnte, ihn außer Fassung zu erleben. Er wollte nicht zulassen, daß Peter aufgeregt sein oder es unbequem haben könnte.

Dadurch wurde ein wenig deutlicher, warum der Vater Schwierigkeiten hatte, den Ratschlägen des Health Visitors und anderer Fachleute zu folgen. Der Trennungs-Streß, der in Peters Schreien zum Ausdruck kam, rührte bei seinem Vater an starke Gefühle, die damit zu tun hatten, wie er sich selbst von seiner Familie losreißen mußte, um eine gewisse Eigenständigkeit

zu erreichen. Offenbar repräsentierte Peter in gewisser Weise auch die Großmutter väterlicherseits, ein wertvolles Objekt, das man nicht leiden lassen durfte, vielleicht wegen ihrer niedergeschlagenen Reaktion auf den Fortgang des Vaters. Hier kann nur vermutet werden, daß diese Reaktion darauf hinwies, daß auch andere, frühere Trennungen als unerträglich schmerzhaft erlebt wurden und daß der Vater dementsprechend selbst mit diesen Gefühlen nur schlecht umgehen konnte. Offenbar geisterte durch dieses Kinderzimmer ein großes „Gespenst“ der Großmutter väterlicherseits.

In dieser ersten Sitzung konnten wir nicht alle diese möglichen Weiterungen erkunden. Allerdings sprach ich die Angst der Eltern und besonders des Vaters an, daß sie Peter real schaden könnten, indem sie ihn nicht beruhigten. Ich betonte weiter, daß Peter nicht lernen könne, allein in den Schlaf zu finden, solange sie beim Einschlafen immer dabei wären; also müßte er sich auch in der Nacht an sie wenden. Am Ende der Sitzung nahm der Vater dies auf und sagte, sie müßten wohl einen Weg finden, wie er allein einschlafen könnte. Er sagte weiterhin recht offen, daß er wohl die Beruhigung brauche, daß sie Peter nicht schadeten, wenn sie ihn nachts allein ließen.

Die tiefere Bedeutung dieser Dinge für Herrn R. konnte nicht vollständig erkundet werden, denn als die Familie 2 Wochen später wiederkam, hatte sich die Lage entscheidend verbessert. Zweimal hatte Peter die ganze Nacht durchgeschlafen, und in den anderen Nächten hatten die Eltern ihn in seinem Bettchen gelassen und ihn einfach dadurch beruhigt, daß sie seinen Namen riefen. Sie hatten sich auch entschlossen, ihn zur Schlafenszeit allein in seinem Bettchen zu lassen, aber in der Nähe zu bleiben, um ihn zu beruhigen. In der ersten Nacht hatte er mehrere Stunden lang dagegen protestiert, und schließlich war der Vater zu ihm ins Zimmer gegangen (worüber die Mutter sehr erleichtert war), aber schon am nächsten Abend hatte er nicht mehr lange protestiert, und seitdem war er immer recht schnell eingeschlafen. Der Vater räumte ein, daß ihm das schwer gefallen war, und die Mutter fügte scherzhaft hinzu, sie müsse ihn immer noch beruhigen, daß es Peter wirklich gut gehe – sie müsse also faktisch beide beruhigen, Peter und seinen Vater! Zu diesem Zeitpunkt hatten sie kein Bedürfnis nach weiterer Hilfe.

Hier läßt sich recht deutlich erkennen, wie die Schwierigkeit des Vaters, einem Verlust ins Auge zu sehen, auf das Kind projiziert wurde, was zu einer verstrickten Beziehung zu beiden Eltern führte. Hätte man zu diesem wichtigen Teil der Geschichte des Vaters keinen Zugang gefunden, hätte man wohl mit dem Schlafproblem, für das sie Hilfe suchten, nicht effektiv umgehen können, und vermutlich hätte sich die zugrundeliegende Dynamik anschließend in anderer Form manifestiert.

4 Fallbeispiel 2

Auch diese Ratsuchenden waren von einem Health Visitor an uns verwiesen worden. Frau A. und ihr Lebensgefährte Richard hatten sie vor kurzem wegen Problemen mit der 4jährigen Joanna aufgesucht. Joanna war das Kind eines früheren Freundes der Mutter. Deren Beziehung zu Richard, mit dem sie eine 7 Monate alte Tochter hatte, war anscheinend recht stabil. Joannas leiblicher Vater und seine Freundin hatten vor kurzem auch ein Kind bekommen.

Der Brief des Health Visitor gab an, Frau A. sei „am Ende ihrer Kraft“, und beschrieb die Schwierigkeiten wie folgt: „Joannas Verhalten: Verhält sich in der Schule aggressiv und schlägt andere Kinder. Frau A. wurde deshalb schon zur Schule bestellt und gebeten, Joanna von der Schule zu nehmen. ... Joanna ist zu Hause sehr schwierig, verschlossen, schlägt den Säugling, ist sehr zornig auf ihre Mutter, wirft mit Dingen um sich und zeigt weitere Verhaltensauffälligkeiten.“

Der Health Visitor hatte mit den Eltern schon besprochen, warum Joanna wohl so zornig ist – sie hatte eine Reihe von Veränderungen durchgemacht, darunter auch Umzüge – und ihnen manchen vernünftigen Ratschlag gegeben, aber dennoch wollten sie gern unsere Sprechstunde für Eltern mit Kindern unter 5 Jahren aufsuchen.

Zum Erstgespräch erschien die ganze Familie, wobei der Vater den Säugling samt Tragesitz sowie alle Utensilien zur Babypflege trug. Er war es, der sich hauptsächlich um sie kümmerte, sobald sie aufwachte. Frau A. zeigte Joanna den Raum und sagte in ziemlich übertriebener Ausdrucksweise, wie „süß“ meine Spielzeuge doch seien.

Ich frage zunächst, warum sie hier seien und wie sie Joanna das erklärt hätten. Die Mutter sagte, sie habe ihr erklärt, man wolle jemanden zum Thema „Familie sein“ aufsuchen. (Die Schwierigkeiten in der Schule waren bereits überwunden, wie ich dann bald erfuhr.) Zu Hause leide Joanna jedoch an Konzentrationsmängeln und könne nicht eigenständig und nicht mit kreativem Spielzeug spielen. Ihre Mutter fragte sich, ob sie an ADHS litte. Ihr zufolge wollte Joanna ständig von den Erwachsenen beachtet werden und sagte immer „ich will“. Wenn sie Besuch hätten, versuche Joanna, den besuchenden Erwachsenen mit Beschlag zu belegen. Wenn Joanna sehe, wie Frau A. und Richard sich in den Arm nähmen, würde sie sehr übellaunig. Frau A. erbat sich von mir ein paar einfache Ratschläge und Verhaltenstips.

Auf diese Bitte reagierte ich nicht, sondern explorierte weiter, was derzeit bei ihnen zu Hause vor sich ging. Die Mutter erwähnte dann, daß Joanna ins Schlafzimmer der Eltern umgezogen war, als sie vor kurzem krank war; bisher war sie noch nicht wieder in ihr eigenes Zimmer zurückgezogen. Das rief offenbar bei Frau A. spezifische Ängste hervor, die einmal sagte, sie wolle, daß Joanna ein bißchen eigenständiger würde, denn schließlich könne ihr [Frau A.] ja einmal etwas zustoßen. Später erfuhr ich, daß diese Sorge damit zu tun hatte, daß die Mutter selbst im Alter von 7 Jahren eine enge Freundin durch einen Verkehrsunfall verloren hatte, und damit, daß sie sich Sorgen um Joannas frühere Tagesmutter machte, die zur Zeit krank war.

Im Verlauf des Gesprächs lernte ich Frau A.s Lebensgeschichte genauer kennen. Sie war das zweite von vier Kindern, mit einem älteren und zwei jüngeren Brüdern, die sie alle als „reizend“ bezeichnete und von denen sie sagte, sie hätten „keine Fehler gemacht“. Sie selbst wurde von ihrer Mutter offenbar als sehr forderndes Kind wahrgenommen. Schon diese Bezeichnung schlug offenkundig eine Brücke zwischen Joannas „schwierigem“ Verhalten und der Lebensgeschichte ihrer Mutter – zwei fordernde kleine Mädchen. Darauf ging ich nicht sofort ein, wollte es aber weiter explorieren. Wenn nämlich dieser Aspekt von Frau A.s Geschichte ihre Wahrnehmung von Joanna zu stark verzerrt, könnten wir auch verstehen, warum Ratschläge zum Umgang mit Joanna nichts ausrichten können, sofern und solange Frau A. nicht auch erkennt, was Joanna für sie darstellt.

Ich erfuhr dann, daß Frau A.s Mutter mit einer Ausbildung begann, als Frau A. 12 Jahre alt war. Anschließend war sie, so Frau A., immer müde und reizbar. Sie betonte mehrfach, sie wolle „nicht so sein wie sie“. Auch die Großmutter mütterlicherseits hatte offenbar den Eindruck, daß es mit ihrer Tochter zu dieser Zeit „bergab ging“. Verächtlich sprach Frau A. davon, daß ihre Mutter offenbar keinerlei Verbindung zwischen ihrer Ausbildung und den Schwierigkeiten ihrer Tochter erkannte, die jetzt auf ihren beiden kleinen Brüdern aufpassen sollte und darüber sehr verärgert war.

Als sie 16 Jahre alt war, warf ihre Mutter sie aus dem Haus, da sie angeblich einen schlechten Einfluß auf ihre jüngeren Brüder ausübte; sie zog dann in eine Einzimmerwohnung in einer nahe gelegenen Stadt. Bezeichnenderweise formulierten beide Eltern ihre Sorge, wie sie mit Joannas Adoleszenz umgehen sollten. Frau A. befürchtete, daß Joanna sie dann für „total daneben“ halten könnte. Offenbar brachte sie das jedoch nicht damit in Verbindung, daß sie über ihre eigene Mutter kurz zuvor ebenso abfällig gesprochen hatte.

Später hatte Frau A. eine Ausbildung zur Sozialarbeiterin gemacht – diesen Beruf hatte auch ihre Mutter. Während dieser Ausbildung wurde sie mit Joanna schwanger. Die Beziehung mit

ihrem damaligen Partner war jedoch schon beendet, bevor sie von ihrer Schwangerschaft erfuhr. Damals zog sie zu ihrer Mutter zurück, die sie aber nur unter der Bedingung aufnahm, daß sie ihre Ausbildung fortsetzte. Frau A. hatte dem zugestimmt, wenn auch ziemlich widerwillig.

Möglicherweise war es Frau A. nicht angenehm, über ihre eigene Geschichte zu sprechen, jedenfalls bezweifelte sie, daß es etwas nützen könnte, mit jemandem über die derzeitigen Schwierigkeiten zu reden. An dieser Stelle des Gesprächs spielte Richard eine entscheidende Rolle. Er sagte, seiner Meinung nach sei zwischen ihr und ihrer Mutter vieles ungeklärt, müsse aber bearbeitet werden, da es ihre Beziehung mit Joanna beeinträchtige. Er gab zusätzliche Informationen und formulierte seine Sicht der Beziehung von Frau A. zu ihren Eltern.

Beispielsweise erzählte er, daß ihre Mutter am Telefon häufig einfach das Gespräch abbrach – etwas, was seine Eltern nie tun würden. Er erwähnte auch, wie exzentrisch ihr Vater war und daß dieser nach einem Streit darüber, ob Joanna Kaugummi haben dürfe, seit 4 Monaten nicht mehr mit Frau A. sprach. Er behauptete, sie glaube offenbar, nicht böse auf Joanna sein zu dürfen, und noch während der Sitzung zeigte sich das auch in einer kurzen Sequenz: Joanna sagte: „Keiner liebt mich“, und Frau A. antwortete rasch: „Doch, ich, ganz bestimmt“, und dann: „Sie soll wissen, daß ich sie liebe“, und: „Ich will, daß sie glücklich ist“.

Kurz darauf wiederholte sie, sie halte es für sinnlos, über ihre Beziehung zu ihrer Mutter zu sprechen; da sagte Richard, sie sei selbst wie ihre Mutter. In gespielmtem Zorn antwortete sie: „Sag’ nicht, daß ich wie meine Mutter bin.“ Ich gab den Kommentar, er sei vielleicht der Meinung, daß ihre Ablehnung eines Gesprächs über diese Dinge letzten Endes so sei, als breche sie das Gespräch mit sich selbst ab.

Aus Frau A.s Beschreibung ihrer eigenen Kindheit zeichnete sich für mich, so fuhr ich fort, das Bild einer Mutter-Tochter-Beziehung mit einer fordernden Tochter ab, deren Mutter ihre Bedürfnisse nicht erfüllen konnte und mit deren Schwierigkeiten offenbar nur durch verschiedene Formen des Ausschlusses umgegangen worden sei. Dazu gehörte der Rauswurf – ihr Umzug in die Einzimmerwohnung – wie auch der Kommunikationsabbruch, der Abbruch des Gesprächs. Ich gab den Kommentar, Frau A. habe zwar den bewußten Wunsch, anders als ihre Mutter zu sein, befürchte aber offenbar, daß sich derzeit irgendwie etwas Ähnliches abspiele wie mit ihrer Mutter, etwa indem Joanna auf ihr Zimmer geschickt werde oder aber als Jugendliche ausziehen werde. Der Wunsch, diese Wiederholung zu vermeiden, erschwere es ihr offensichtlich, Joanna vernünftige Grenzen zu setzen, wenn diese sich übermäßig fordernd verhalte.

Da wir keine Zeit mehr hatten, schlug ich eine zweite Sitzung vor. Frau A. war immer noch etwas skeptisch, aber Richard wollte diesen Termin unbedingt, und so machten wir einen Zeitpunkt aus, der beiden paßte.

An diesem Beispiel sieht man nicht nur sehr schön, wie ein Gespenst aus der Vergangenheit der Mutter sich in Joannas Kinderzimmer eingeschlichen hat, sondern auch, wie sehr die Anwesenheit des Vaters/Partners dazu beitrug, Zugang zur konflikthaften Vergangenheit bekommen zu können. Frau A. fürchtet die Wiederholung einer konfliktbeladenen Mutter-Tochter-Beziehung, wie sie selbst sie erlebt hatte. Dementsprechend ist sie entschlossen, diese Fehler nicht zu wiederholen und nicht wie ihre Mutter zu sein. Sie versucht nun in bester Absicht, das umzusetzen und eine Identifizierung mit ihrer eigenen Mutter zu vermeiden, und kann sich aus diesem Grund nicht erlauben, Joanna gegenüber Zorn oder Gereiztheit zu zeigen – worauf Richard hinwies –, was dazu führt, daß sie ihr keine angemessenen Grenzen setzen kann. So kann Joanna in unangemessener Weise in den persönlichen Bereich der Erwachsenen eindringen.

Richard fühlt sich seiner Position in dieser „neuen“ Familie unsicher, und auch deshalb fällt es ihm schwer, in gewissem Umfang auch selbst Grenzen zu setzen. Offenbar ruft nun gerade das Fehlen dieser Begrenzungen mehr forderndes Verhalten bei Joanna hervor, und es entsteht die Situation einer fordernden Tochter mit einer Mutter, die diesen Forderungen nicht nachkommen kann. Das Gespenst hat sich materialisiert, und die transgenerationale Weitergabe eines Beziehungsmuster hält an.

In Frau A.s eigener Geschichte konnte diese Situation nur durch den Abbruch der Beziehung zu ihrer Mutter und ihren Weggang in die Nachbarstadt gelöst werden. Nun wird sie von der Furcht umgetrieben, daß dieses Szenario sich wiederholt und daß Joanna ihrerseits sie in ihrer Adoleszenz geringschätzig abweisen wird. Verachtung und Idealisierung gehen Hand in Hand – beide sind typisch für ein Beziehungsmuster, in dem Spaltung die Hauptrolle spielt. Frau A.s „innere Welt“ basiert offenbar auf diesen Prinzipien, wie man schon an ihrer übertriebenen Reaktion auf die Spielzeuge im Zimmer erkennen konnte. Daß sie ihre Brüder „reizend“ nannte und wie höhnisch sie sich über ihre Mutter äußerte, bestätigte diese Auffassung ebenfalls. Mit dieser psychischen Grundausstattung kann sie weder Joanna noch sich selbst in einem realistischen Licht sehen. Es fällt ihr schwer, sich einzugestehen, daß sie gegenüber Joanna sowohl negativ als auch positiv empfindet, und das scheint zum Teil daran zu liegen, daß sie befürchtet, ihre Verachtung könne ihre positiven Gefühle völlig überlagern. Deshalb bemüht sie sich, ihre derzeitige Mutter-Tochter-Beziehung zu idealisieren, was aber nicht gelingen kann. Dieses Nicht-Gelingen erlebt sie nun jedesmal als eigenes Versagen – erneut ist sie diejenige, die (im Gegensatz zu ihren Brüdern) „Fehler macht“, das schwarze Schaf der Familie.

In der zweiten Sitzung, 3 Wochen später, wurde ich gleich mit der Neuigkeit empfangen, daß Joannas Verhalten sich stark gebessert hatte, sie besser mit Freunden spielte und „alles gut war“. Sogar Frau A.s Beziehung zu ihren eigenen Eltern stand jetzt auf einer besseren Grundlage. Scheinbar war gar nicht mehr viel zu sagen, aber im Verlauf der Sitzung zeigte sich, daß Frau A. und Richard sich am Wochenende heftig gestritten hatten. Dabei war es im wesentlichen um Frau A.s Wunsch gegangen, er solle „immer um sie sein“, und der Streit war so heftig gewesen, daß sie schon glaubten, möglicherweise liege sogar ihre Trennung in der Luft. (Etwas früher in der Sitzung hatte Frau A. von ihren Schwierigkeiten mit ihren Eltern berichtet, und dabei den Ausdruck „mich von ihnen trennen“ benutzt.) Richard beschrieb ihre Beziehung als entweder „wunderbar“, und dann wünsche er sich auch nichts anderes, oder schrecklich. Der Kern des Streits ging darum, wie beide ihr eigenes Leben leben könnten, und um Frau A.s Furcht, sie könnten wie auf zwei parallelen Gleisen nebeneinanderherlaufen. Sie sprachen auch darüber, daß Richard, genau wie der Großvater mütterlicherseits, „in seinen Schuppen geht“, wenn es schwierig wird. Als es weiter um die Schwierigkeiten des Paares ging, fragte Frau A. wütend, ob sie gehen könne, und verließ den Raum. Kurz darauf war die Sitzung beendet.

4.1 *Kommentar*

Die Eltern nahmen den Kontakt nicht wieder auf, obwohl ihnen dies angeboten worden war. Nach ungefähr einem Jahr habe ich aber einmal bei der Health Visitor nachgefragt. Sie berichtete, daß die Familie sich relativ häufig wegen der üblichen Kind-

heitsbeschwerden an sie wandte (im allgemeinen rief Richard an), aber daß dabei keine besonderen Schwierigkeiten mit Joanna erwähnt worden waren. Sie sprachen davon, daß sie die beiden Sitzungen äußerst hilfreich gefunden hatten.

In dieser zweiten Sitzung kamen dieselben Themen auf wie schon in der ersten Sitzung. Dabei geht es speziell um das Bedürfnis, eine ganz enge, idealisierte Beziehung aufrechtzuerhalten, die dementsprechend instabil ist. Sie ist entweder „wunderbar“ oder steht kurz vor der Trennung. Wieder wirkt Frau A. fordernd, und jeder Versuch, diesen Forderungen zu widerstehen, wird von ihr als bedrohlich erfahren. Inzwischen konzentrieren sich diese Schwierigkeiten jedoch nicht mehr in der Mutter-Tochter-Beziehung, sondern in der Beziehung zwischen den erwachsenen Partnern. Nachdem Joanna von der Last der Projektion befreit ist, blüht sie offenbar auf, und die Schwierigkeiten, die zur Kontaktaufnahme geführt haben, sind in den Hintergrund getreten. In dieser Hinsicht kann man also von einem therapeutischen Erfolg sprechen, aber zugleich wird deutlich, daß das Kernproblem nur von einem Austragungsort auf einen anderen verschoben wurde. Das Problem ist jetzt jedoch angemessener in der elterlichen Beziehung lokalisiert, und es besteht das (allerdings nicht angenommene) Angebot, in einer Therapie, die sich an das Paar in seiner Elternrolle richtet, daran weiterzuarbeiten. Zwar wurde die Therapie nicht beendet, wäre jedoch ohne die Unterstützung des Partners bei der Auseinandersetzung der Mutter mit ihrer Geschichte noch nicht einmal so weit gediehen, wie sie es ist.

5 Diskussion

Kleinkinder wachsen in einem Netzwerk von Beziehungen auf und werden durch sie beeinflusst. Als Kliniker müssen wir versuchen, unsere Aufmerksamkeit auf jeden einzelnen dieser Wirkfaktoren zu richten, auch wenn unsere Aufgabe dadurch ungleich komplexer wird. In den meisten Familien ist die Beziehung zum Vater immer noch die wichtigste unter diesen frühen anderen Beziehungen, und seiner Rolle muß die größte Aufmerksamkeit gezollt werden, selbst wenn er nur durch seine Abwesenheit unübersehbar sein sollte.

Phares und Compas (1992) haben auf den potentiell negativen Einfluß des Vaters auf die psychische Gesundheit des Kindes hingewiesen: „Verhalten, Persönlichkeitszüge und Psychopathologie des Vaters können das Risiko einer Psychopathologie im Kindes- und Jugendalter nachweislich vergrößern.“ Dem hält Long (1997) entgegen: „Zwar wissen wir heute noch nicht genau, auf welchem Wege Väter ihre Kinder beeinflussen, aber daß sie ihre Kinder positiv beeinflussen können, das zeigt die klinische wie die wissenschaftliche Literatur zunehmend deutlicher.“ Dieser Satz steht in einem Editorial und soll Kliniker davor warnen, die Rolle des Vaters geringzuschätzen. So oder so übt der Vater einen nachhaltigen Einfluß aus, und schon das allein ist ein wesentliches Argument dafür, daß er an einer Eltern-Kleinkind-Therapie immer teilnehmen sollte.

Als Eltern-Kleinkind-Therapeuten müssen wir sorgfältig beachten, wie sich der Einfluß des Vaters bemerkbar macht, darunter als wichtigste Möglichkeiten: auf der indi-

viduelle Ebene (als Mitglied der Kleinkind-Vater-Dyade) und als Teil des Elternpaars, das den emotionalen Kontext schafft, in dem das Kind aufwächst.

Das erste Fallbeispiel zeigt, welchen starken Einfluß die „Gespenster“ des Vaters ausüben können. Walters (1997) stellt die Auswirkungen von Verlusten in der Lebensgeschichte des Vaters dar und führt dabei ein ähnliches klinisches Beispiel mit einem schlaflosen Kind an, das, wie man dann herausfand, mit einer massiven Trauerreaktion des Vaters zu tun hatte. Sie faßt zusammen: „Nach meinem klinischen Eindruck präsentiert der Vater häufig eine Geschichte von Trennung oder Verlust, die bisher nicht offen angesprochen wurde. Damit meine ich, daß die Erfahrung zwar gemacht wurde, aber wenig darüber gesprochen wurde und der Schmerz nicht wahrgenommen wurde. ... Frühe schmerzhaftes Erfahrungen können auch dazu führen, daß es für einen Vater schwieriger wird, problematische Erfahrungen bei seinen Kindern wahrzunehmen, so daß es ihm schwer fällt, seiner Elternrolle voll gerecht zu werden und Probleme, die therapeutisches Eingreifen erfordern, wahrzunehmen. Sein Bindungsverhalten als Partner und als Vater wird durch seine eigenen Bindungsbedürfnisse beeinflusst.“

Das zweite Fallbeispiel zeigt, wie entscheidend die Rolle des Vaters im Familiensystem und wie hilfreich sein Beitrag im klinischen Setting sein kann. Wir wissen, daß Kinder am besten gedeihen, wenn die Ehebeziehung der Eltern stabil ist (Rutter u. Quinton 1984), und deshalb können wir manchmal am besten dadurch helfen, daß wir den Vater dazu bringen, an der ehelichen Beziehung zu arbeiten, so daß die Rahmenbedingungen für die emotionale Entwicklung des Kindes verbessert werden. Zufriedenheit in der Ehe führt auch zu größerer innerer Beteiligung des Vaters und entsprechenden Vorteilen: „Familien mit engagierten Vätern haben einen stärkeren Zusammenhalt und können deshalb auch eine kohärentere und konstruktivere Weltansicht vermitteln, die eine stärkere Leistungsorientierung und geringere Kriminalitätsneigung nach sich zieht“ (Lewis et al. 1982, zit. nach Walters 1997). Leider konnten wir bei dieser Familie die Arbeit nicht fortführen.

Gelegentlich muß die Therapie dem Vater auch einen Raum zur Verfügung stellen, in dem er seine Rolle bekräftigen oder erneut übernehmen kann. Watillon (1993) zufolge „wird der Vater durch seine aktive Teilnahme häufig als aktiver Partner, als strukturierender Dritter oder als Container für die Mutter-Kinder-Dyade erstmals oder erneut bestätigt.“

Daß der Vater vom therapeutischen Prozeß häufig eher ausgeschlossen bleibt, wird oft damit begründet, daß es schwierig ist, Väter zur Mitarbeit zu bewegen, sei es nun von Anfang an oder auch erst später im therapeutischen Prozeß. Walters (1997) schreibt dazu jedoch: „Ich habe die Erfahrung gemacht, daß es – mit einer Ausnahme – bei allen hier dargestellten Vätern leicht war, sie für die Probleme ihrer Kinder zu interessieren.“ Ebenso schreibt Watillon (1993) über ihre Erfahrungen aus der Eltern-Kleinkind-Psychotherapie: „Heutige Väter wirken engagiert; in mindestens 90 Prozent der Fälle begleiten sie die Mutter und das Kind.“ Angesichts der Bedeutung der Einbindung des Vaters kann man erfreulicherweise annehmen, daß Väter vielleicht alles andere als nur widerwillige Verbündete im Therapieprozeß sind.

Bei der relativen Vernachlässigung des Vaters mag auch eine Rolle spielen, daß eine Therapie mit der Einbeziehung eines weiteren Familienmitglieds sehr viel komplexer

wird. Fivaz und Kollegen formulieren es mit Bezug zu ihrer Forschung zur Triangulierung so: „Vermutlich ist die Familie unter anderem deshalb bisher nicht als Ganze untersucht worden, weil in den Vater-Mutter-Kleinkind-Interaktionen so viele unterschiedliche Variablen zugleich wirksam sind“ (Corboz-Warnery et al. 1993).

Dementsprechend bedeutet auch für Eltern-Kleinkind-Therapeuten die Einbeziehung des Vaters weit komplexere Interaktionen; sie sind schwerer nachzuvollziehen und bereiten weit größere Probleme beim Fokussieren einer Deutung oder anderen Intervention. Genau dieses komplexe Netz gegenseitiger Beziehungen konstituiert jedoch auch die reale Welt des Kleinkinds, und es ist die Aufgabe der Therapeuten, sich mit ihm in seiner ganzen Komplexität auseinanderzusetzen.

Literatur

- Bick, E. (1964): Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psychoanalysis* 45: 558-566.
- Britton, R. (1989): The missing link: Parental sexuality in the Oedipus complex. In: Steiner, J. (Hg.): *The Oedipus Complex today*. London: Karnac Books, S. 83-101.
- Campbell, S.B.; Cohn, J.F.; Flanagan, C.; Popper, S.; Meyera, T. (1992): Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology* 4: 29-47.
- Corboz-Warnery, A.; Fivax-Depeursinge, E.; Bettens, C.G.; Favez, N. (1993): Systemic analysis of father-mother-baby interactions: The Lausanne triadic play. *Infant Mental Health Journal* 14: 298-316.
- Cowan, C.P.; Cowan, P.A. (1992): *When partners become parents*. New York: Basic Books.
- Cramer, B. (1993): Are postpartum depressions a mother-infant relationship disorder? *Infant Mental Health Journal* 14: 283-297.
- Cramer, B.; Palacio-Espasa, F. (1993): *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. Paris: P.U.F.
- Diamond, D.; Heinicke, C.; Mintz, J. (1996): Separation-individuation as a family process in the transition to parenthood. *Infant Mental Health Journal* 17: 24-42.
- Fonagy, P.; Steele, M.; Morgan, G.; Steele, H.; Higgitt, A. (1993): Measuring the ghost in the nursery: An empirical study of the relationship between parents' mental representations of childhood experiences and their infants' security of attachment. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 41(4): 957-989.
- Fraiberg, S.; Adelson, E.; Shapiro, V. (1975): Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. In: Fraiberg, S. (Hg.): *Clinical studies in infant mental health*. London: Tavistock, S. 164-196.
- Lewis, C.; Newson, E.; Newson, J. (1982): Fathers participation through childhood and its relationship with career aspirations and delinquency. In: Beail, N.; McGuire, J. (Hg.): *Fathers: Psychological perspectives*. London: Junction Books, S. 174-193.
- Lewis, J.M.; Owen, M.T.; Cox, M.J. (1988): The transition to parenthood: III. Incorporation of the child into the family. *Family Process* 27: 411-421.
- Long, N. (1997): Editorial: Are we contributing to the devaluation of fathers? *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2: 197-199.
- Maiello, S. (1997): Twinning phantasies in the mother-infant couple and the observer's counterpoint function. *International Journal of Infant Observation* 1: 31-50.
- Main, M.; Kaplan, N.; Cassidy, J. (1985): Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 50 (1-2, Serial No. 209): 66-104.
- Murray, L.; Cooper, P.J. (1997): *Postpartum depression and child development*. New York: Guilford.
- Parke, R.D. (1990): In search of fathers: a narrative of an empirical journey. In: Sigel, I.E.; Brody, G.H. (Hg.): *Methods of family research. Biographies of research projects, Vol. 1: Normal Families*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, S. 154-187.

- Parr, M. (1997): Description of a study evaluating a new approach to preparation for parenting for women and men in the transition to parenthood. (unpublished).
- Phares, V. (1992): Where's poppa? The relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. *American Psychologist* 47: 656-664.
- Phares, V.; Compas, B. (1992): The role of fathers in child and adolescent psychopathology: Make room for daddy: *Psychological Bulletin* 111(3): 387-412.
- Rutter, M.; Quinson, D. (1984): Paternal psychiatric disorder: Effects on children. *Psychological Medicine* 14: 853-880.
- Sroufe, L.A. (1985): Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament. *Child Development* 56: 1-14.
- Steele, H.; Steele, M.; Fonagy, P. (1996): Associations among attachment classifications of mothers, fathers and their infants. *Child Development* 67: 541-555.
- Stein, A.; Cooper, P.J.; Campbell, E.A.; Day, A.; Altman, P.E.M. (1989): Social adversity and perinatal complications: Their relation to postnatal depression. *British Medical Journal* 298: 1073-1074.
- Stern, D. (1995): *The motherhood constellation*. New York: Basic Books.
- Thorpe, K.; Dragonas, T.; Golding, J. (1991a): The effects of psychosocial factors on the mother's emotional well-being during early parenthood: A cross-cultural study of Britain and Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 10: 205-217.
- Thorpe, K.; Dragonas, T.; Golding, J. (1991b): The effects of psychosocial factors on the mother's emotional well-being during early pregnancy: A cross-cultural study of Britain and Greece. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 10: 191-204.
- van Ijzendoorn, M.; De Wolff, M.S. (1997): In search of the absent father – meta-analyses of infant-father attachment: A rejoinder to our discussants. *Child Development* 68: 604-609.
- Walters, J. (1997): Talking with fathers: The inter-relation of significant loss, clinical presentation in children and engagement of fathers in therapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 2: 415-430.
- Watillon, A. (1993): The dynamics of psychoanalytic therapies of the early parent-child relationship. *International Journal of Psychoanalysis* 74: 1037-1048.
- Watson, J.P.; Elliott, S.A.; Rugg, A.J.; Brough, D.I. (1984): Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry* 144: 453-462.
- Wynne, L.C. (1967): Family transactions and schizophrenia: II. Conceptual considerations for a research strategy. In: Romano, J. (Ed.): *The origins of schizophrenia*. Amsterdam: Excerpta Medica Foundation, S. 165-178.

Anschrift des Verfassers: Paul Barrows, United Bristol Healthcare (NHS) Trust, Child and Adolescent Service, Knowle Clinic, Broadfield Road, Bristol BS4 2UH, United Kingdom; Tel.: 0117-9724227; Fax: 0117-914-5526.