

Christine Wakolbinger

# Mutterschaft und Personzentrierte Psychotherapie

**Zusammenfassung:** *Ausgehend von meinen ganz persönlichen Erfahrungen als Personzentrierte Psychotherapeutin und Mutter zweier Kinder stelle ich in diesem Artikel dar, wie Mutterschaft und Personzentrierte Psychotherapie sich gegenseitig befruchten können. Weiters gehe ich darauf ein, inwieweit Ergebnisse aus der Säuglingsforschung und klinischen Bindungsforschung zu mütterlichem Verhalten für die personzentrierte Theoriebildung förderlich sein können. Ich möchte Kolleginnen mit diesem Artikel ausdrücklich dazu ermuntern, diesen einzigartigen Erfahrungsschatz des Mutterseins selbstbewusst in ihr Selbstbild als Personzentrierte Psychotherapeutinnen zu integrieren.*

**Schlüsselwörter:** *Mutterschaft, Wechselwirkung Mutterschaft und Psychotherapie, Mütterlichkeit, Bemutterung*

**Abstract: Motherhood and Person-Centred Psychotherapy.** *Based on my very personal experience as person centred psychotherapist and as the mother of two children I show how motherhood and Person-Centred Approach are really stimulating each other. Furthermore I discuss to which extent the results of research in the fields of child development and attachment behaviour related to maternal behaviour could be useful for the further development of the person centred theory. I expressly encourage women to confidently integrate their unique wealth of experience to be a mother into their self-image as person-centred psychotherapists.*

**Keywords:** *motherhood, interaction of motherhood and psychotherapy, motherliness, mothering*

## Einleitung

Das Thema Mutterschaft und Psychotherapie ist für mich ein sehr persönliches Thema und beschäftigt mich, seitdem mein Mann und ich uns sehr bewusst vor sechs Jahren dazu entschlossen haben, noch ein zweites Kind zu bekommen. Wir haben eine heute siebzehnjährige Tochter und einen fünfjährigen Sohn. Im Zusammensein mit meinem Sohn merke ich immer wieder in verschiedenen Situationen, wie anders ich heute als Mutter im Unterschied zu vor zwölf Jahren fühle, denke, reagiere und handle.

In der Folge hat mich mein unterschiedliches Erleben und Handeln immer mehr auch theoretisch interessiert. Ich habe versucht, Literatur dazu zu finden, wie andere Frauen dieses Spannungsfeld von Mutterschaft und Psychotherapie erleben. Erstaunt habe ich festgestellt, dass kaum Literatur zu diesem Thema zu finden ist, bis auf einige wenige Aufsätze von Analytikerinnen, die sich aber mehr mit den Auswirkungen von Schwangerschaft auf die Analyse ihrer Klienten<sup>1</sup> beschäftigen. Mir wurde immer klarer, dass das Thema

Mutterschaft auf unserer psychotherapeutischen Landkarte ein blinder Fleck ist. Umso erstaunlicher für mich, da doch ein hoher Prozentsatz der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Frauen sind, und viele davon auch Mütter. Bisher war jedoch diese Thematik in unserem personzentrierten theoretischen Diskurs nicht wirklich präsent.

So kam ich zum Entschluss, Mutterschaft und Psychotherapie in einem Workshop am Symposium: „Gestaltende und Vermittelnde Prozesse“ in Salzburg 2004 zum Thema zu machen. Ich danke an dieser Stelle allen Teilnehmerinnen des Workshops für ihre sehr hilfreichen Anregungen in der Diskussion und ihre Ermunterung, meine Gedanken und Überlegungen zu veröffentlichen.

Ich spreche in diesem Artikel ausdrücklich von Therapeutin-Sein und Mutter-Sein. Nicht, um Therapeuten und Väter auszuschließen, sondern weil sich in diversen Diskussionen, aber auch in der Forschung dazu (siehe neueste Ergebnisse der Bindungsforschung, Grossmann & Grossmann, 2002; Orlinsky et al., 1996) immer wieder herausstellt, dass Männer sowohl in Therapien, als auch als Väter oftmals anders fühlen und handeln als Frauen. Vielleicht aber regen meine Überlegungen Kollegen dazu an, sich mit Vaterschaft und Psychotherapie ebenfalls näher zu beschäftigen. In diesem

<sup>1</sup> Im Folgenden spreche ich aus Gründen der leichteren Lesbarkeit von Klienten. Gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter.

Zusammenhang möchte ich auf ein kürzlich erschienen Buch hinweisen, das sich auf erfrischende Art und Weise mit dem Beruf Psychotherapie auseinandersetzt und in dem sich Biermann-Ratjen in einem Aufsatz mit dem Thema beschäftigt, was einen Mann dazu bewegt, „die „Mutterpflege“, wie sie schon Freud genannt und vor allem Winnicott zum Inhalt der psychotherapeutischen Aufgabe erklärt hat, zu seinem Beruf zu machen“ (Biermann-Ratjen, 2005, S. 367).

## Auswirkungen einer personenzentrierten Psychotherapieausbildung auf die Mutterschaft

Vor 17 Jahren, als meine Tochter geboren wurde, war ich als medizinisch-technische Assistentin mit einem 40-Stundenjob in einem Spital tätig. Daneben studierte ich Psychologie, weil ich neben dem Beruf noch eine andere Herausforderung suchte. Nach der Geburt meiner Tochter ging ich nicht mehr in den erlernten Beruf zurück, sondern beendete das Studium. Ich begann die Psychotherapieausbildung, als meine Tochter zwei Jahre alt war.

12 Jahre später, bei der Geburt meines Sohnes, war ich beruflich in einer ganz anderen Situation. Ich war und bin klinische Psychologin, personenzentrierte Psychotherapeutin und blicke auf einige Jahre intensive Berufserfahrung im psychologisch-psychotherapeutischen Tätigkeitsfeld zurück.

Wenn ich zurückdenke an die ersten Lebensjahre meiner Tochter, wie ich damals fühlte, dachte, handelte, und mein damaliges Erleben mit jetzigen Situationen mit meinem Sohn vergleiche, so gibt es deutliche Unterschiede. Ich erkläre mir diese Unterschiede nicht nur durch die Altersdifferenz von 12 Jahren oder dadurch, dass ich als Mutter eines zweiten Kindes natürlich erfahrener bin, sondern vor allem damit, dass die personenzentrierte Therapieausbildung und die Tätigkeit als Personenzentrierte Psychotherapeutin mich und meine Persönlichkeit sehr nachhaltig verändert haben.

Diese persönliche Veränderung und diesen persönlichen Reifungsprozess, den die Auseinandersetzung mit personenzentrierter Theorie in mir ausgelöst hat, werde ich nun genauer darstellen. Dabei betrachte ich vor allem die Fragen: Wie wirkt sich eine Personenzentrierte Psychotherapieausbildung auf die Mutterschaft aus? Was ist es genau, das ich heute als Mutter anders mache als früher? Dazu habe ich meine Erfahrungen zu 4 Punkten zusammengefasst:

### 1. *Ich bin heute als Person nicht mehr so involviert, nicht mehr so überidentifiziert*

Damals machte ich Probleme meiner Tochter sehr schnell zu meinen eigenen Problemen, ich geriet leicht in Panik, und reagierte des Öfteren mit dem Gedanken: „Oh Gott, was habe ich falsch gemacht?“. Heute habe ich eine gesunde Distanz zum Problem des Kindes, nicht aber zum Kind selbst, dem ich mich genauso nahe fühle wie früher. Im Gegensatz zu früher kann ich mir heute sagen: Es gibt immer

einen guten Grund, warum ein Kind etwas tut, sich z. B. für Erwachsene unmöglich und unverständlich „aufzuführen“. Ich bin neugierig und interessiere mich für das „Warum?“. Ich möchte verstehen, worum es dem Kind bei seinem im ersten Moment unverständlichen Verhalten geht.

Dabei ist heute mein Selbstvertrauen viel größer als früher. Ich habe Vertrauen in meine eigenen Fähigkeiten und die Gewissheit, dass es nicht mehr so schwierig ist, richtig zu reagieren, wenn ich verstehe, worum es dem Kind geht und was es braucht.

Wenn ich diese Erfahrungen in eine personenzentrierte Sprache übersetze, heißt das: Durch eine größere Kongruenz bei mir ist auch größere Empathie für das Kind vorhanden, und damit ist mir auch mehr an konkreter Hilfestellung für das Kind möglich. Ich habe als Therapeutin eine „als-ob-Perspektive“ gelernt, d.h. ich fühle mich ein, anstatt mitzuleiden, und bin damit in meinen Handlungen nicht mehr so eingeschränkt wie früher.

### 2. *Heute ist mir ein viel differenzierteres Hinsehen, und damit Unterstützen der Kinder gerade mit ihren individuellen Eigenheiten möglich*

Meine beiden Kinder sind sehr unterschiedlich, meine Tochter ist eher ruhig und introvertiert, mein Sohn dagegen temperamentvoll, lebendig und extrovertiert. Ich bin sehr dankbar, dass meine Kinder nicht in umgekehrter Reihenfolge auf die Welt kamen, denn mit dem Temperament meines Sohnes wäre ich früher sicher nicht so gut zurechtgekommen. Ich hätte ihn sicher viel mehr in seiner Lebendigkeit beschnitten. Heute verstehe ich es als Ausdruck von Temperament, früher hätte ich sein Verhalten sicher als „Schlimmsein“ verstanden, eher strafend reagiert, und vieles persönlich genommen. Heute kann ich die Lebendigkeit und Kreativität meines Sohnes schätzen, auch wenn sie mir manchmal zuviel wird und ich dann Grenzen setze. Dennoch ist mein Handlungsspielraum für das Kind heute deutlich größer als früher.

Mit personenzentrierten Worten ausgedrückt, habe ich heute mehr an unbedingter Wertschätzung für die individuelle Eigenheit, und für die eigene Persönlichkeit des Kindes. Somit haben beide Kinder einen größeren Handlungsspielraum.

### 3. *Ich reagiere heute anders auf intensive negative Gefühle wie Schmerz, Kummer, Ärger und Wut*

Diese Gefühlsäußerungen kann ich heute einfach annehmen, und sie anerkennen. Das kommt aus dem personenzentrierten Therapieverständnis: Das Wichtigste ist anzuerkennen, dass Gefühle da sind, ohne sofortige Bewertung. Meine Bewertung im ersten Eingehen und Reagieren fällt daher weg (nicht immer, aber ich bemühe mich darum). Natürlich kommen dann in einem zweiten Schritt, wenn es z. B. um Süßigkeiten im Supermarkt geht, meine Vorstellungen und meine Bewertungen dazu, und dann wird verhandelt.

Aber wenn sich mein Sohn verletzt, und er Trost sucht, dann tröste ich ihn, und oft ist dadurch sein Kummer schnell bewältigt und er geht weiterspielen. Dies konnte ich früher in dieser Form nicht. Heute verwende ich Sätze wie: „Ist eh nicht so schlimm“ sehr bewusst nicht mehr.

Mit personzentrierten Worten ausgedrückt heißt das: Die Wichtigkeit der bedingungslosen Akzeptanz habe ich in der Auseinandersetzung mit personzentrierter Theorie gelernt, auch wenn dann im zweiten Schritt meine Sichtweise, meine Bewertung dazukommt. Aber in meiner ersten Reaktion bemühe ich mich, Gefühle, die vom Kind kommen, bedingungslos anzunehmen.

#### 4. *Im Laufe der letzten Jahre habe ich viel Wissen und Erfahrung über psychische Entwicklungen erworben*

Ich weiß heute, wie sehr sich Menschen verändern können, und mein Vertrauen in die Aktualisierungstendenz ist immens gewachsen. Dieses Vertrauen in die Aktualisierungstendenz bewirkt bei mir als Mutter eine viel größere Gelassenheit. Ich merke, dass ich mit viel mehr Freude als früher der Entwicklung von beiden Kindern zusehen kann.

Ich hatte von Anfang an viel Vertrauen in meinen Sohn, bei meiner Tochter war das bei weitem nicht so. Ich habe ihr manchmal zuviel abgenommen, sie war ein ängstlicheres Kind als mein Sohn. Ich merke es z. B. an meinem Verhalten am Spielplatz, da greife ich heute viel später ein als früher.

Ich habe heute mehr Vertrauen in die Kinder, ich glaube daran, dass sie es schaffen, schwierige Situationen mit meiner Unterstützung gut zu überstehen. Ein Beispiel dazu: Abends alleine fortzugehen war in den ersten Lebensjahren meiner Tochter schwierig für mich. Ich war besorgt, ob es ihr gut geht, und dadurch war es dann auch immer wieder schwierig für sie, mich gehen zu lassen. Anders heute: Abends ohne Kinder fortzugehen, das brauche ich für mich (heute bin ich in diesen Punkten wesentlich kongruenter), und ich weiß, dass mein Sohn bei der Betreuungsperson gut aufgehoben ist. Wenn es manchmal schwierig für ihn ist, mich gehen zu lassen, haben wir ein Abschiedsritual, das ihm immer hilft.

Diese Erfahrungen personzentriert ausgedrückt heißt: Durch ein tiefes Vertrauen in die Aktualisierungstendenz habe ich heute mehr Vertrauen in die Kinder und kann damit den Kindern auch mehr an Selbstverantwortlichkeit geben.

*Zusammenfassend gesagt:* Meine Haltung meinen Kindern gegenüber hat sich stark verändert. Früher war ich ängstlich und besorgt, ob ich alles richtig mache in der Erziehung. Heute habe ich einen anderen Fokus: Beide Kinder haben großes Potential, das spüre ich, ich freue mich darüber, und ich bin neugierig, wie sie sich in Zukunft weiterentwickeln werden. Ich versuche, beide dabei zu unterstützen, ihren Weg zu gehen und zu erkennen, was sie von mir brauchen, um sich in die ihnen entsprechende Richtung zu entwickeln.

Ich habe heute vor Fehlern keine Angst mehr, sondern ich weiß, dass ich Fehler mache, und dass dies normal und auch erlaubt ist. Wichtig ist für mich, dass ich spüre, wenn etwas falsch läuft, denn dann kann ich mein Verhalten korrigieren. Meine Offenheit für die Kinder ist das Wesentliche für mich geworden. Ich erlebe mich heute als gelassener, sicherer und vertrauensvollere Mutter, als Mutter mit mehr Möglichkeiten.

Von einem theoretischen personzentrierten Standpunkt aus betrachtet bedeutet dies:

Dadurch, dass ich kongruenter geworden bin, ist mir heute mehr an bedingungsloser Wertschätzung und Empathie möglich, was mir ein viel höheres Ausmaß an Kongruenz in der Beziehung mit den Kindern ermöglicht. Im Laufe der letzten Jahre habe ich ein tiefes Vertrauen in die Aktualisierungstendenz entwickelt, das mir ebenfalls mehr an Empathie und Wertschätzung ermöglicht, was beiden Kindern gut tut.

Wenn man Rogers liest, so findet man in „Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen“ (Rogers 1959a/1987, S. 66) zum Familienleben sinngemäß folgendes: Eltern sollen im Idealfall für das Kind ein hohes Ausmaß an bedingungsloser positiver Beachtung erleben. Dafür braucht es beim Elternteil aber eine bedingungslose positive Selbstbeachtung, um in der Beziehung kongruent zu sein und empathisch den inneren Bezugsrahmen des Kindes verstehen zu können.

Das passt eigentlich ganz gut dazu, wie ich die Veränderungen bei mir selbst erlebt habe und bedeutet, dass eine Personzentrierte Psychotherapieausbildung in einem hohen Ausmaß gerade jene Fähigkeiten fördert, die ich als Bezugsperson brauche, damit sich mein Kind gut entwickeln kann.

### **Sind in der Personzentrierten Psychotherapie ähnliche Fähigkeiten gefragt wie als Mutter?**

Ausgehend davon, dass gerade eine Personzentrierte Therapieausbildung in hohem Ausmaß jene Fähigkeiten fördert, die benötigt werden, damit sich Kinder psychisch gesund entwickeln können, haben mich in der Folge weitere Fragen beschäftigt: Ist der Umkehrschluss zulässig? Findet in einer Personzentrierten Psychotherapie eine Art „Bemutterung“ statt? Benötige ich, um eine gute Personzentrierte Therapeutin, ein guter Personzentrierter Therapeut zu sein, möglichst viele mütterlichen Fähigkeiten und wie sehen diese genauer aus? Welche Hinweise kann uns diesbezüglich die genauere Untersuchung der Mutter-Kind-Beziehung liefern? Und worin liegen eigentlich die Unterschiede zwischen Therapie und Mutterschaft? Wie bin ich als Mutter da für meine Kinder, wie als Therapeutin für meine Klienten? Was ist gleich, was ist verschieden?

Zuerst zur Fragestellung, ob in der Personzentrierten Psychotherapie eine Art „Bemutterung“ stattfindet. Biermann-Ratjen schreibt dazu, dass die Aufgabe der Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten darin liegt, „das, was der Patient von sich selbst noch nicht oder nicht mehr weiß, empathisch zu verstehen und liebevoll anzunehmen – so wie die Mutter ihren Säugling versteht und entsprechend behandelt, und das auch schon bevor sie sprachlich kommunizieren können, so lernt der Patient, auch mit sich selbst darüber sprachlich zu kommunizieren“ (Biermann-Ratjen, 2005, S. 367). Sie und andere personzentrierte Autoren bemühen sich in den letzten Jahren verstärkt darum, Erkenntnisse der Säuglingsforschung und der klinischen Bindungsforschung für unser personzentriertes Verständnis von Beziehung und der Entwicklung des Selbst zu nutzen und eine personzentrierte Entwicklungstheorie zu formulieren (siehe dazu auch Höger 1990, 2002, Behr 1996, Biermann-Ratjen 2005).

Welche Erkenntnisse der Säuglings- und Bindungsforschung sind nun für unser personzentriertes Gedankengut von Nutzen bzw. tragen zu einem besseren Verständnis von adäquatem mütterlichen Verhalten bei?

### Säuglingsforschung

Am 1. Weltkongress für Psychotherapie in Wien (1996) fand ein Workshop von Stern („Psychotherapy For Children: The Motherhood Constellation“) statt. Unter den Teilnehmern waren auch einige personzentrierte Kolleginnen und ich. Als Stern seine Sichtweise der Mutter-Kind-Beziehung darstellte, waren wir überrascht, wie viel sich von unserem personzentrierten Gedankengut darin wieder finden ließ. Wir fühlten uns durch seine Forschungsergebnisse in unserer Auffassung von Beziehung und Interaktion sehr bestätigt. Nach dem Workshop fragte eine Kollegin Stern, ob er Rogers kenne, und er verneinte.

In seiner Theorie zur Entstehung des Selbst stellt Stern dar, dass das Selbst eine Ansammlung von Interaktionserfahrungen ist. Es entsteht nicht durch zwischenmenschliche Erfahrungen, sondern setzt sich aus Beziehungserfahrungen zusammen. Durch einen ständigen emotionalen und sozialen Austausch, durch ständige wechselseitige Regulierungen zwischen Mutter und Kind von Geburt an macht der Säugling interpersonale Erfahrungen, die in seinem Selbst repräsentiert werden. Sich wiederholende Interaktionserfahrungen werden zusammengefasst und zu RIGS (representations of interactions that have been generalized) generalisiert. Stern spricht von Repräsentation als „Schema-des-Zusammenseins-mit einem-Anderen“ (Stern, 1998, S. 105).

In dieser wechselseitigen Interaktion zwischen Mutter und Kind ist die Affektabstimmung ganz wichtig, wobei sich die Mutter auf das Gefühl des Säuglings, das sich im Verhalten ausdrückt, einstimmt, und ihm mit einer anderen Sinnesmodalität auf sein Gefühl antwortet.

Konrad (2000) untersuchte Affektabstimmungen genauer und stellte fest, dass ca. 80% der ausgetauschten Information zwischen Therapeut und Klient nicht bewusstseinsfähig sind, d. h. über

Mimik, Physiologie, Blickkontakt und Körperhaltung laufen. „Je schwerer gestört die Patienten waren, desto stärker waren sie auf einen Leitaffekt festgelegt, unfrei in der Breite ihrer Ausdrucksmöglichkeiten. Trifft nun ein Gesunder im Gespräch auf einen schwer gestörten Patienten, so passt sich der Gesunde im Verlauf des Gesprächs den reduzierten Ausdrucksmöglichkeiten des Patienten an, lässt sich in sein System hineinziehen“ (Konrad, 2000, S. 50).

Im Jahr 2000 ist ein Buch von Stern mit dem Titel: „Geburt einer Mutter“ erschienen, das er gemeinsam mit seiner Frau geschrieben hat (Stern & Bruscheiler-Stern, 2000). Dieses Buch richtet sich nicht an ein Fachpublikum, sondern an jede werdende Mutter. In dem Buch sprechen Stern und Bruscheiler-Stern davon, dass es bei der Mutterschaft darum geht, eine adäquate Primärbeziehung zum Baby aufzunehmen (und das heißt: Als Mutter nicht perfekt zu sein, sondern gut genug), um eine normale Entwicklung des Babys zu gewährleisten. Es geht dabei um das Gefühl der Bindung, der Liebe und der Empathie (!) der Mutter für das Kind, und um ihre Identifikation mit dem Baby. Diese Fähigkeit der Mutter zur Empathie und zur Identifikation mit ihrem Baby ist sehr wichtig und gelingt auch jeder gesunden Mutter ganz natürlich. Stern und Bruscheiler-Stern verstehen darunter folgendes: „Kann ich mein Bewusstsein als eigenständiges Selbst für Augenblicke ausschalten, um mich ganz auf mein Baby einzulassen und in seine Haut oder seine Gedankenwelt zu schlüpfen, um es besser kennenzulernen? Um es überhaupt kennenzulernen?“ (Stern & Bruscheiler-Stern, 2000, S. 127).“ Das heißt, Sie sollen in der Lage sein, empathisch in die Haut Ihres Babys zu schlüpfen und damit Ihre eigenen Gefühle so zu ändern, dass sie den bei Ihrem Baby wahrgenommenen Gefühlen entsprechen. Das Endergebnis dieses Prozesses ist, dass Sie (für den Augenblick jedenfalls) zu wissen meinen, wie es ist, Ihr Baby zu sein, und dass Sie mit dieser Erkenntnis Ihr Baby besser verstehen“ (Stern & Bruscheiler-Stern, 2000, S. 135). Stern und Bruscheiler-Stern betonen immer wieder, wie wichtig es ist, dass sich Mutter und Kind in den täglichen Pflegehandlungen, im täglichen Spiel, und im täglichen Zusammensein immer wieder neu aufeinander abstimmen. Denn genau das sichert eine gute emotionale Entwicklung, und eine sichere emotionale Bindung.

Der Kinderanalytiker Winnicott hat schon 1956 von der Wichtigkeit der primären Mütterlichkeit gesprochen, die gegen Ende der Schwangerschaft beginnt und bis in die ersten Lebenswochen des Kindes anhält. Es ist ein Zustand erhöhter Sensibilität, in dem es für die Mutter nichts anderes gibt als das Baby, und in dem es für diesen begrenzten Zeitraum normal ist, auf Kosten aller anderen Interessen nur mit dem Kind beschäftigt zu sein. Ich habe diesen Zustand bei meiner Tochter als emotionalen Ausnahmezustand erlebt, damals wusste ich noch nichts von primärer Mütterlichkeit. Durch diesen Ausnahmezustand der Mutter wird dem Kind die Möglichkeit gegeben, überhaupt zu sein, zu erleben, und ein persönliches Ich aufzubauen. Aus Körperbedürfnissen entwickeln sich dann allmählich Ich-Bedürfnisse, eine erste Ich-Organisation. Winnicott sagt, dass

dieses frühe, vorübergehende Aufgehen der Mutter im Kind normal, selbstverständlich und immens wichtig für das Baby ist. Wenn das nicht passiert, kommt es zu den so genannten Frühstörungen.

In einem späteren Aufsatz schreibt Winnicott weiters: „Ich behaupte, dass wir in der Therapie versuchen, den natürlichen Vorgang nachzuahmen, der das Verhalten jeder Mutter ihrem eigenen Säugling gegenüber kennzeichnet. Wenn ich recht habe, kann uns das Mutter-Kind-Paar die Grundprinzipien lehren, auf die wir unsere therapeutische Arbeit gründen können, wenn wir Kinder behandeln, deren frühe Bemutterung nicht gut genug oder unterbrochen war“ (Winnicott, 1965, S. 34).

Diese Erkenntnisse berücksichtigend heißt das für mich als Mutter: Damit sich mein Kind psychisch gesund entwickelt, ist eine gute, funktionierende Interaktion zwischen uns beiden notwendig. Es ist wichtig, dass ich mich empathisch in seine Erlebenswelt einfühle, mich auf seine Affekte fein abstimme und in der Interaktion Resonanz gebe.

### Welche Erkenntnisse der Säuglingsforschung sind nützlich für die personzentrierte Psychotherapie?

Stern weist mit seinen Forschungsergebnissen und seiner Theorie von der Entstehung des Selbst darauf hin, dass es in der Psychotherapie die Beziehungserfahrungen, die Beziehungsauseinandersetzungen sind, die am hilfreichsten für unsere Klienten sind. Mit seiner feinfühligsten Beschreibung der Beziehungsgestaltung zwischen Babys und Müttern liefert er einen wertvollen Beitrag dazu, genau zu verstehen, was Empathie in der frühen Eltern-Kind-Beziehung ausmacht.

Die Erkenntnisse von Stern haben bereits in der personzentrierten Kindertherapie mit dem Begriff der Interaktionsresonanz (Behr, 1996) Eingang gefunden. Behr versteht darunter, dass der Therapeut auf verbaler Ebene empathisch ist, er stimmt sich feinfühlig auf die Affekte des Kindes ein, gleichzeitig gibt er auf der Handlungsebene durch seine Interaktionen (dem Mitspielen) Resonanz auf das kindliche Verhalten.

### Bindungsforschung

Die Bindungstheorie von Bowlby (1975) besagt, dass die Qualität der Bindungsbeziehung – sicher, unsicher ambivalent, unsicher vermeidend oder unsicher desorganisiert – abhängig ist von der Art der Interaktion zwischen Mutter und Kind im ersten Lebensjahr, wobei eine sichere Bindung die Voraussetzung für ein aktives Hinausgehen in die Welt und Erkunden ist.

Welche Hinweise gibt die Bindungsforschung nun für adäquates mütterliches Verhalten? Forschungen von Ainsworth und anderen (1974) haben vier signifikante Faktoren gefunden, die eine sichere Bindung des Kindes zur Mutter gewährleisten: Feinfühligkeit, Annahme, Zusammenspiel/Kooperation und Verfügbarkeit (Zugänglichkeit), wobei der wichtigste Faktor die Feinfühligkeit ist.

Feinfühligkeit bedeutet, dass die Mutter die Signale des Babys wahrnimmt, richtig interpretiert, und angemessen und prompt darauf reagiert. Dadurch entwickelt der Säugling ein Gefühl von Kompetenz, eine innere Zuversicht und einen Glauben an eine wohlwollende Umwelt. Denn erst bei sicherer Bindung ist das Baby frei für andere Aktivitäten und neue Erfahrungen.

Neuere Studien der Bindungsforschung (Schmücker & Buchheim, 2002) haben ergeben, dass neben der Feinfühligkeit noch weitere Faktoren einen wichtigen Beitrag zu sicherer Bindung leisten: Die Fähigkeit zu Gemeinsamkeit und Synchronizität, und die Fähigkeit dazu, die inneren Vorgänge des Kindes, z. B. während des Spiels, differenziert benennen zu können. Meins (1997) hat sich damit, in Weiterentwicklung des Konzeptes der Feinfühligkeit, näher beschäftigt und misst gerade dieser mütterlichen Fähigkeit zur Intersubjektivität, die sie als mind-mindedness bezeichnet, einen hohen Stellenwert für sichere Bindungsentwicklung zu.

Izard et al. (1991) stellten fest: „... Mütter, deren Kinder sicher gebunden sind, scheinen weniger negative und mehr positive Emotionen zu erleben und sind auch im Ausdruck ihrer negativen Emotionen in Alltagssituationen im Beisein ihres Kindes offener. Mütter dagegen, deren Kinder unsicher gebunden waren, zeigten sich weniger offen im Ausdruck ihrer negativen Emotionen in Gegenwart ihres Kindes, hatten im Alltag jedoch subjektiv das Gefühl, mehr positive Emotionen aufzuweisen“ (Schmücker & Buchheim, 2002, S. 184).

### Welche Erkenntnisse der Bindungsforschung sind nützlich für die Personzentrierte Psychotherapie?

Schon 1990 hat Höger in einem Aufsatz mütterliche Feinfühligkeit mit dem Empathiebegriff von Rogers verglichen und festgestellt, dass es sich um den gleichen Sachverhalt handelt. Er meint, dass Klienten sich von Therapeuten verstanden fühlen, wenn diese ihre Signale wahrnehmen, sie richtig interpretieren und prompt und angemessen auf ihre Bedürfnisse eingehen. Eingehen auf Bedürfnisse im Sinne der Feinfühligkeit bedeutet jetzt nicht, einfach Wünsche zu erfüllen, sondern eine wechselseitige Abstimmung zwischen den Interaktionspartnern. Höger schreibt: In der Klientenzentrierten Psychotherapie geht es darum, „...Menschen in einer Sicherheit gewährenden Beziehung zu sich selbst kommen zu lassen“ (Höger, 1990, S. 51).

Wenn ich diesen Gedanken von Höger weiter ausführe, bedeutet das, dass ich als personzentrierte Therapeutin möglichst feinfühlig, d. h. empathisch, möglichst annehmend, d. h. wertschätzend, und möglichst kooperativ, d. h. in der Beziehung mich fein abstimmend mit meinen Klienten umgehen soll.

Die Bindungstheorie stellt weiters fest, dass es ein von Trieben und anderen Bedürfnissen unabhängiges Bindungsbedürfnis beim Menschen gibt, welches für die psychische Entwicklung entscheidend ist. In der personzentrierten Theorie wird dieses Bedürfnis die

Suche nach unbedingter positiver Beachtung genannt. Die Reaktion der Haupt Bezugsperson auf dieses Bindungsbedürfnis führt beim Kind zu einem charakteristischen Bindungsstil, der über Jahre erhalten bleibt und der Prototyp für spätere emotionale Beziehungen zu anderen Menschen ist. Der personenzentrierte Ansatz nimmt an, dass das Kind durch seine Bezugspersonen vermittelt bekommt, wie es seine organismischen Erfahrungen zu symbolisieren hat und es kommt so zur Entstehung von Bewertungsbedingungen, bzw. von Kongruenz und Inkongruenz.

Im Versuch, die neueren Erkenntnisse der Bindungsforschung mit unserem personenzentrierten Konzept in Verbindung zu bringen, finde ich weitere erstaunliche Ähnlichkeiten. Die mütterliche Fähigkeit zur Intersubjektivität, differenziert die inneren Vorgänge des Kindes benennen zu können, hat für mich große Ähnlichkeit mit dem genauen empathischen Verbalisieren von Gefühlen in der Therapie. Die Ergebnisse von Izard et al. (1991) zeigen, wie wichtig es ist, sich seiner eigenen negativen Gefühle von Ärger, Trauer und Wut bewusst zu sein und diese auch adäquat auszudrücken. Hier sehe ich eine Parallele zur personenzentrierten Annahme der Wichtigkeit von Kongruenz in Beziehungen.

*Zusammenfassend* lässt sich sagen, dass sich zwischen einigen Erkenntnissen der Säuglingsforschung bzw. der klinischen Bindungsforschung und unserer personenzentrierten Theorie große Ähnlichkeiten und Parallelen finden lassen. Als Personenzentrierte Therapeutin geht es mir darum, dass Klienten in der Interaktion mit mir neue, andere Beziehungserfahrungen als bisher machen können, damit neue Symbolisierungen bei ihnen stattfinden und sich in der Folge Inkongruenzen auflösen können. Ich biete eine sichere Bindung an, indem ich feinfühlig auf die Klienten eingehe und diese im Schutz dieser sicheren Bindung ihre inneren Arbeitsmodelle von Beziehungserfahrungen überprüfen können.

Daraus folgt, dass es in der Mutterschaft wie in der Personenzentrierten Psychotherapie um Ähnliches geht. Ich soll als möglichst kongruente Person mit meiner Fähigkeit zu möglichst großer Wertschätzung und Empathie für meine Kinder da sein bzw. auf meine Klienten eingehen, damit sich die Kinder gut entwickeln bzw. damit sich beim Klienten Inkongruenzen auflösen können. Meiner Meinung nach hat gerade die Personenzentrierte Psychotherapie viel mit „Bemutterung“ zu tun, denn Therapeutinnen und Therapeuten versuchen mithilfe vieler der oben genauer beschriebenen adäquaten mütterlichen Fähigkeiten auf ihre Klienten einzugehen.

Es ist nicht verwunderlich, dass sich zwischen Mutterschaft und Personenzentrierter Psychotherapie so viele Ähnlichkeiten finden lassen. Aus Rogers autobiographischen Schriften lässt sich erkennen, dass er als Kind sehr stark unter schmerzlicher Einsamkeit litt. Kontakt, Beziehung, Nähe und Intimität waren für ihn in seiner Familie nicht erfahrbar. Rogers Lebenswerk ist gekennzeichnet vom Ringen um Befreiung aus dieser inneren Isolation und Einsamkeit. Er wünschte sich echten, fühlbaren Kontakt zum Du, zum Gegenüber.

Das waren die glücklichen Momente für Rogers, die ihn dazu brachten, seine Therapietheorie zu entwickeln. Es waren jene Beziehungsqualitäten, die Rogers in seiner Kindheit fehlten, die er dann in seinem psychotherapeutischen Konzept als heilsam beschrieb.

## **Die nächste Frage lautet dann: Worin unterscheidet sich Mutterschaft und Personenzentrierte Psychotherapie?**

Für mich gibt es neben vielen Parallelen auch klare Unterschiede zwischen Mutterschaft und Psychotherapie. Diese habe ich in den folgenden Punkten zusammengefasst:

1. Meine tiefe Liebe, Sorge, und auch Verantwortung ist für keinen anderen Menschen so groß wie für meine Kinder, sie kommen an erster Stelle.
2. Die Psychotherapie stellt immer einen Ausschnitt aus dem Leben eines Klienten bzw. einer Therapeutin oder eines Therapeuten dar. Mutter ist man hingegen sein ganzes Leben lang.
3. Als Therapeutin stelle ich mich mit meinem Wissen, meiner Erfahrung, meinem Glauben an die Wirksamkeit der therapeutischen Variablen ganz bewusst als Instrument zur Verfügung, um hilfreich zu sein, damit die Aktualisierungstendenz wieder zum Fließen kommt. Der Fokus ist dabei auf dem Schwierigen, dem Kranken und der Inkongruenz.

Als Mutter ist mir das Zusammensein, das gemeinsam Erleben, Spaß zu haben, wichtig. Dabei liegt der Fokus auf dem normalen, gesunden Miteinander.

4. Mutter zu sein bedeutet auch, Alltag zu haben, mehr Regeln und mehr Strukturen aufzustellen. Die Kinder müssen bestimmte Aufgaben erfüllen, und ich lerne und zeige ihnen ganz bewusst und gezielt Dinge. Dabei vollziehen sich immer wieder gegenseitige Zuschreibungen und Bewertungen. Ich vermittele den Kindern meine Wertvorstellungen und Interessen, ich zeige deutlich, was mir in der Beziehung mit ihnen wichtig ist, und was ich mir von ihnen wünsche.

Als Mutter öffne ich mein ganzes Selbst, ich zeige meine Wünsche, meine Vorstellungen, meine Werte, meine Gefühle und Bedürfnisse sehr deutlich. Ich mute mich mit all meinen Seiten und Gefühlen, positiven wie negativen, den Kindern zu. Ich will, dass sie etwas lernen, dass sie gewisse Regeln befolgen, dass wir Spaß miteinander haben, dass sie auch einmal auf mich Rücksicht nehmen, etc. Manchmal reagiere ich auch gereizt, ärgerlich, überfordert, bin müde oder mag einfach nicht.

In der Therapie stelle ich mein Privatleben und meine persönlichen Gefühle ganz bewusst zur Seite. Ich versuche, neben dem empathischen Verstehen und der Wertschätzung für alles, was vom Klienten kommt, möglichst offen zu sein für alle Gefühle, die in der therapeutischen Situation in mir fließen. Was davon ich dem Klienten zeige und mitteile, steht dabei aber immer unter dem

Blickwinkel, ob es hilfreich für ihn ist, bzw. ob es den therapeutischen Prozess vertieft. Ich versuche auf transparente Weise auf das einzugehen, was in der Interaktion zwischen dem Klienten und mir passiert. Mein persönliches Leben aber, meine persönlichen Werte und Gefühle spielen dabei kaum eine Rolle. Wenn ich etwas davon mitteile, dann eher in den Endphasen von Therapien.

5. Ich merke immer wieder, dass es mir oftmals schwerer fällt, meine Kinder bedingungslos wertzuschätzen als meine Klienten, da ich diese nur für begrenzte Zeit sehe und meine eigenen Interessen viel leichter hintan stellen kann und will als bei meinen Kindern.

Diese Unterschiede verschwimmen für mich dann, wenn meine Kinder Probleme haben, oder eine Situation schwierig ist. Da versuche ich in meiner ersten Reaktion genauso zu verstehen: Worum geht es, was will sich ausdrücken? Ich nehme mich als Person erst einmal zurück, je jünger das Kind ist, umso mehr. Erst in einem zweiten Schritt kommen meine Interessen dazu, es geht dann ums Aushandeln unterschiedlicher Interessen, es kommt das dazu, was man gemeinhin unter Erziehung versteht.

Aber gerade in den ersten Lebensjahren meines Sohnes habe ich bemerkt, dass ich mich oft ganz automatisch auf seine Bedürfnisse fein abgestimmt und auf ihn eingestellt habe. Da Kinder vor allem in den ersten Lebensjahren sehr bedürftig sind, war dieses Einstellen, Abstimmen, Sehen und Fühlen, was das Kind braucht, viel häufiger der Fall als heute. Jetzt nehme ich mich weniger zurück, fühle mich entlasteter und ein Stück auch freier als früher.

*Nochmals zusammenfassend formuliert:* Als Mutter sind meine Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Vorstellungen und damit automatisch auch Bewertungen wichtig. Meine Verantwortung und meine Liebe für die Kinder ist eine andere und größere als für meine Klienten. Aber in Krisen, oder bei Schwierigkeiten mit den Kindern erlebe ich das Eingehen und Dasein für die Kinder ähnlich wie das Gefühl, als Therapeutin für meine Klienten da zu sein, da spüre ich kaum einen Unterschied.

## Schlussfolgerungen

Wenn nun das Eingehen als Mutter auf meine Kinder, dem Eingehen als Therapeutin auf meine Klienten ähnlich ist und sich hauptsächlich in Fokus, Intensität und unterschiedlicher Handhabung meiner Erlebenswelt unterscheidet, welche Bedeutung hat es, dass ich Ähnliches gebe, ähnlich präsent bin als Mutter wie als Therapeutin? Welche Gefahr, aber auch welches Potential liegt darin? Dazu gibt es von mir folgende Überlegungen:

### Klare Abgrenzungen sind wichtig

In Psychotherapien ist für mich dieses sehr konzentrierte Einstellen, Einfühlen, fein Abstimmen, Eintauchen in die Welt des anderen

und sehr präsent sein auch anstrengend. Mir ist das nur eine begrenzte Stundenanzahl pro Tag gut möglich.

Zuhause fühle ich mich manchmal ähnlich gefordert: Nach einem langen Arbeitstag wünscht sich mein Sohn nach dem Abholen aus dem Kindergarten meine ganze Aufmerksamkeit und Präsenz. Er ist böse, wenn ich mit den Gedanken woanders bin. Ähnlich geht es meiner Tochter, die es sofort merkt, wenn sie mir etwas erzählt und ich nicht ganz bei der Sache bin. Dann ist da noch mein beruflich gestresster Ehemann, der mir auch noch etwas von einem schwierigen Projekt erzählen möchte. Nebenbei koche ich, fülle die Waschmaschine und streichle den Kater. Oft genug bin ich froh, in die Praxis gehen zu können, wo ich mich wenigstens nur auf einen Menschen konzentrieren muss.

Es ist anstrengend, sich dauernd auf andere einzustimmen, abzustimmen, in gutem Kontakt zu bleiben, und dafür zu sorgen, dass ich in der Beziehung bleibe oder dass Beziehung entsteht. Manchmal ist es kein großer Unterschied, ob ich zuhause oder in der Praxis bin. Dabei fällt mir auf, dass ich hin und wieder ganz automatisch diese Haltung, für den anderen da zu sein, einnehme, auch wenn es gar nicht so nötig ist.

Immer wieder spüre ich, dass ich in der Therapie und als Mutter Ähnliches gebe. Ich merke es unter anderem auch daran, dass ich nach längeren Urlauben in den ersten Arbeitstagen auch einen Widerstand meinerseits spüre, wieder so präsent zu sein, mich wieder so zur Verfügung zu stellen, so zu geben, so sehr da zu sein für andere. Es dauert in etwa eine Woche, bis ich mich wieder daran gewöhnt habe. Aber im Unterschied zu einer verhaltenstherapeutisch arbeitenden Kollegin habe ich nie Zweifel, ob ich noch therapieren kann, da ich mich selbst als Instrument zur Verfügung habe.

Dazu passt noch eine weitere Beobachtung, die ich in den Jahren meiner Mitgliedschaft einer laufenden Intervisionsgruppe immer wieder mache. Wir sind sieben Frauen, in ähnlichem Alter, mit ähnlich langer Berufserfahrung, mit und ohne Kinder. Immer wieder ist bei uns Thema, dass wir müde sind und Probleme haben, uns abzugrenzen, z. B. eine Therapiestunde nach 50 Minuten zu beenden, oder noch einen Klienten in Therapie zu nehmen, obwohl wir schon eine volle Praxis haben, oder Pausen auch wirklich als Pausen zu nützen, etc.

Oft stelle ich mir die Frage, warum wir immer wieder mit unserer Überforderung zu kämpfen haben, unabhängig von vorhandenen Kindern oder der Unterstützung durch die betreffenden Lebenspartner.

Meine Gedanken dazu gehen in folgende Richtung: Kann ein Grund in der noch immer üblichen weiblichen Sozialisation auf Beziehung hin liegen? Oder kann es sein, dass wir als Frauen uns einerseits als Therapeutinnen leichter als unsere männlichen Kollegen auf unsere Klienten einstimmen, andererseits aber auch schwerer abgrenzen können, und uns daher leichter verausgaben, weil uns dieses dauernde Abstimmen, dieses sich zur Verfügung stellen so in Fleisch und Blut übergegangen ist? Sprechen gerade Frauen besonders leicht auf Bedürftigkeit an, die sie beim anderen spüren?

In einem Artikel (Baron-Cohen, 2004) las ich, dass das weibliche Gehirn so verdrahtet ist, dass es überwiegend auf Empathie ausgerichtet ist, während das männliche Gehirn überwiegend auf das Begreifen und den Aufbau von Systemen ausgerichtet ist. Sind wir also durch unsere Gene determiniert? Oder ist es doch die Sozialisation von Kindheit an?

Wenn ich auf meine Lebensgeschichte zurückblicke, so musste ich erst lernen, darauf zu achten, nicht auf mich zu vergessen. Es wurde mir im Laufe der Jahre immer wichtiger, meine Grenzen zu spüren, sie deutlich zu kommunizieren und einzufordern, mich durchsetzen zu können und zu kämpfen, dann aber auch den Frust und den Zorn der anderen über meine Grenzsetzungen zu ertragen.

Es ist sicher so, dass Frauen auch heute noch sehr in Richtung Beziehung sozialisiert sind und für sie daher in Beziehung zu sein und an der Beziehung zu arbeiten einen hohen Stellenwert hat. Das ist vielleicht mit ein Grund, warum ein hoher Prozentsatz der Psychotherapeuten Frauen sind.

Ich glaube, dass wir als Therapeutinnen – wie auch als Mütter – besonders aufpassen müssen, auf unsere Grenzen zu achten und unsere Bedürfnisse nicht hintanzustellen, sondern sie einzufordern und sie uns zu erfüllen. Ganz bewusst sollten wir immer wieder mit unserer Aufmerksamkeit zu uns selbst zurück kehren, und uns um uns selbst genauso kümmern, wie wir uns um andere sorgen. Eigene Bedürfnisse und eigene Grenzen spürt man oft genau dann nicht mehr so gut, wenn man sie bereits überschritten hat. Ich denke, dass personenzentriert arbeitende Therapeutinnen oft einseitig belastet sind, weil sie im Beruf und zuhause Ähnliches geben und ähnlich präsent sind, da sie meist auch Hauptbezugspersonen für ihre Kinder sind.

Diesen Punkt unterstützt ein Zitat sehr gut, dass ich bei Besch-Cornelius gefunden habe, einer Analytikerin, die sich als eine der wenigen Therapeutinnen mit diesem Thema beschäftigt hat. Sie schreibt: „Um eine genügend gute Therapeutin, bzw. eine genügend gute Mutter zu sein, gehört auch die Fähigkeit, eigene Bedürfnisse zu vertreten, mich auch als verletzend, kränkend, versagend und enttäuschend anzunehmen, mich nicht zu opfern, ausnehmen zu lassen, um dadurch stabil zu bleiben“ (Besch-Cornelius, 1987, S. 80).

Ich denke, dass in diesem Punkt Frauen von Männern noch manches lernen können. Mir fällt dazu ein persönliches Zitat von Johannes Wiltschko ein, der immer wieder sagt: „51 % gehören mir, 49 % den anderen“.

Mütterlich zu sein, andere zu versorgen, zu kochen, die Lebensumwelt schön zu gestalten, hat für Frauen oftmals auch eine eigene, sehr stärkende Qualität. Diese geht jedoch verloren, wenn es nicht in Ruhe und gut abgegrenzt getan wird, sondern in Hektik oder nur nebenbei.

### **Mütterlichkeit als hoher Qualitätsfaktor**

Es sollte Frauen noch mehr als bisher bewusst sein, welchen hohen Wert, welche Qualität dieses Dasein für den anderen, diese spezielle

Fähigkeit, so auf andere eingehen zu können, hat. Wenn ich mir die neuesten Erkenntnisse aus Säuglings- und Bindungsforschung ansehe, dann geht es immer wieder genau um diese spezielle Fähigkeit, liebevoll sorgend für den anderen da zu sein und damit eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen. Diese „holding-function“ (Winnicott, 1964) ist nicht so normal und selbstverständlich, wie es uns vielleicht manchmal scheint.

### **Gegenseitige Befruchtung von Psychotherapie und Mutterschaft**

Die Erfahrung, Mutter zu sein, verändert eine Frau grundlegend, und beeinflusst auch die therapeutische Arbeit sehr stark. Es findet eine gegenseitige Befruchtung statt: Nicht nur steigt die Qualität des Mutterseins mit der Auseinandersetzung mit personenzentrierter Theorie, sondern es findet umgekehrt ebenfalls ein Qualitätssprung statt, denn die Mutterschaft ist ein Erfahrungsschatz. Diesen Punkt möchte ich im Folgenden noch näher ausführen:

Die tägliche Erfahrung mit den eigenen Kindern zeigt, dass selbst dann, wenn etwas nicht gut läuft, es trotzdem gut weitergehen kann, wenn wir nur in Kontakt bleiben. Dies hilft mir als Therapeutin, gelassener zu sein, und in schwierigen Situationen ruhig zu bleiben. Man wird demütiger, hat mehr Respekt vor kleinen Schritten und sieht Schwierigkeiten in der Therapie gelassener als früher. Ein gutes Beispiel ist dazu die Phase der Pubertät, in der ich als Hauptbezugsperson immer wieder gefordert bin, auf Beziehungsabbrüche von Jugendlichen adäquat zu reagieren und mich immer wieder um Beziehungsaufnahme bemühen muss. Gerade in dieser Entwicklungsphase eines Kindes ist man als kongruent handelnde Beziehungspartnerin gefragt. Und diese Erfahrung hilft in der therapeutischen Praxis, gerade wenn es um Beziehungsauseinandersetzung und Beziehungsklärung geht.

Unsere therapeutische Arbeit ist anstrengend, und da hilft die Erfahrung als Mutter mit den eigenen Kindern: Wenn Liebe fließt, wird es leicht, da ist alle Anstrengung wie weggeblasen (z. B. nach der Geburt eines Babys). Wenn es in der Therapie gelingt, viel Nähe und viel Beziehung herzustellen, dann ist es nicht mehr anstrengend, es fließt Liebe – das sind die Glücksmomente in den Therapien. Diese Erfahrungen motivieren dazu, mich immer wieder aufs Neue um Beziehung zu bemühen.

Durch das Muttersein steigt auch die Qualität der therapeutischen Fähigkeiten. Die einzigartige Erfahrung der primären Mütterlichkeit, in der ich für einen begrenzten Zeitraum ganz im anderen aufgegangen, und ganz eingetaucht bin in eine andere, vorsprachliche Welt, um mein Baby kennenzulernen, bedeutet ja, die Fähigkeit zu haben, teilweise zu regredieren und gleichzeitig die erwachsene Identität behalten zu können. In der Therapie hilft mir diese Erfahrung dabei, tief einzutauchen in die Erlebenswelt der Klienten und gleichzeitig mein eigenes Selbst nicht zu verlieren.

Oder das erste Lebensjahr eines Kindes, wo man als Hauptbezugsperson stundenlang darum bemüht ist und dauernd übt,



die Signale des Kindes richtig zu deuten, zu verstehen, und dann angemessen darauf zu reagieren. Das hilft in der therapeutischen Arbeit beim Eingehen und Verstehen von Klienten, vor allem bei Frühstörungen, die als zentrales Merkmal die Beziehungsstörung haben. Bei diesen Klienten ist es die Hauptaufgabe, überhaupt in Beziehung zu kommen, und diese Aufgabe lässt sich oft nicht verbal lösen. Die psychotherapeutische Arbeit bei Frühstörungen oder in der Kindertherapie bedeutet oft Arbeit auf vorsprachlicher, symbolischer Ebene, wo bei diesen Klienten viel Nachholbedarf besteht. Mütter kommunizieren mit ihren Säuglingen und Kleinkindern die ganze Zeit auf dieser Ebene. Die meisten personzentrierten Therapeutinnen, die auch Mütter sind, haben diesen ungeheuren Erfahrungsschatz, die ersten Lebensmonate und -jahre mit ihrem Kind als Hauptbezugsperson, und damit mit viel Übung im Beziehungsaufbau verbracht zu haben.

Nur ein verschwindend geringer Anteil unserer männlichen Kollegen arbeitet mit Kindern – vielleicht ist der Grund darin zu finden, dass es Männern leichter fällt, auf verbaler Ebene zu arbeiten als auf der vorsprachlichen, symbolischen Ebene? Grundsätzlich ist die Fähigkeit zu „bemuttern“ ja nicht an Weiblichkeit gebunden, sondern an ein gewisses Maß an psychischer Gesundheit und Reflexionsfähigkeit (siehe auch Biermann-Ratjen, 2005, S. 369). Trotzdem ist es für Männer manchmal schwierig, sich auf die infantile, vorsprachliche Welt eines Kindes einzulassen. Die Vereinnahmung durch ein Kleinkind, die damit verbundene Passivität und teilweise Regression, das Leben im unmittelbaren Augenblick in einer rein gefühlsgesteuerten Welt, belebt eigene Erfahrungen wieder und verlangt von Männern, dass sie eigene passive, pflegende, und versorgende Anteile zulassen.

*Zusammenfassend* lässt sich sagen, dass die Erfahrung der Mutterschaft Frauen bereichert. Sie fördert auch unsere Qualität als personzentrierte Therapeutinnen, weil es so viele Parallelen und Ähnlichkeiten zwischen Mutterschaft und Personzentrierter Psychotherapie gibt. Aber wieso war das bisher kein Thema? Wieso wird das Muttersein von Psychotherapeutinnen noch so wenig selbstbewusst vertreten? Wieso ist oft eine große Scheu da, zu dieser Qualität zu stehen? Warum wird Mutterschaft nicht als besondere Qualifikation gesehen? Gesunde Mütter sind hoch qualifizierte Expertinnen für Beziehungsarbeit. Aber Aussagen wie: „Das kenne ich als Mutter von meinen Kindern“, sind eher tabuisiert, sie kommen nur selten vor.

Daher abschließend noch ein paar Überlegungen dazu, welche Gründe möglicherweise dafür ausschlaggebend sein könnten, warum Mutterschaft in unseren theoretischen Diskurs bisher noch wenig bis gar keinen Eingang gefunden hat:

1. Mütterlich zu sein als Psychotherapeutin bzw. als Psychotherapeut ist zum Teil auch verpönt. Jaeggi (1997) äußert sich in einem Artikel sehr kritisch über Bemutterung in der Therapie und meint, dass die traditionelle Rogerianische Psychotherapie das Prinzip der

Bemutterung sehr weit getrieben hätte und ihr das väterliche Prinzip fehle, nämlich Strenge, Struktur und Regel. Ihrer Meinung nach ist diese Bemutterung eine Antwort auf unsere narzisstische Bedürftigkeit, aber in Therapie wie im Leben falsch. Wichtiger sei das Abgrenzen, sich selbst als ein eigenständiges Individuum zu sehen und damit die Position der reifen Ödipalität zu gewinnen. Dem möchte ich entgegenhalten, dass gerade die Personzentrierte Psychotherapie mit ihrer Betonung auf transparenter Beziehungsaus-einandersetzung und kongruenter Interaktion ein unreflektiertes Bemuttern im negativen Sinn verhindert.

2. Das Thema Mutterschaft ist sehr mit der eigenen Identität als Frau verknüpft und damit auch oftmals ein heikles Thema. Es ist nicht leicht, darüber „öffentlich“ zu sprechen.

3. Mütter wollen kinderlose Frauen mit der Betonung auf diesen Erfahrungsschatz nicht vor den Kopf stoßen, da ein hohes Bewusstsein darüber herrscht, wie schmerzhaft oftmals ungewollte Kinderlosigkeit für die betroffenen Frauen ist.

4. Sehen Frauen unbewusst weg, weil der Alltag mit den Kindern und die Psychotherapie ähnlich erlebt werden und sie ohnedies mit dem Abgrenzen kämpfen?

5. In unserer Gesellschaft lässt sich immer noch das Mutterideal „perfekt zu sein“, finden. Hemmt uns Frauen dieses Ideal doch noch? Wenn es mit den Kindern nicht gut läuft, ist ja oft die Mutter schuld, bzw. bei späteren Störungen wird der Grund häufig im mütterlichen Fehlverhalten gesucht und die Vaterrolle völlig ausgeblendet.

6. In unserer westlichen Welt wird Mutterschaft sehr ambivalent gesehen. Frauen von heute sollen möglichst alles unter einen Hut bekommen können: Sie sollen eine begehrenswerte Frau sein, beruflich Karriere machen und auch noch eine gute Mutter sein. Wir haben einerseits als Frauen internalisiert, dass „nur“ Mutter zu sein nicht genug ist. Andererseits ergibt sich aus ökonomischen Gründen bzw. der zum Teil noch immer herrschenden gesellschaftlichen Rollenverteilung, dass Frauen sehr wohl hauptberuflich Mütter sein müssen, damit jedoch unzufrieden sind, weil sie in diese Rolle gedrängt werden und sich nicht frei dafür entscheiden können. Um meine Qualitäten als Frau, Mutter, Therapeutin sehen und spüren zu können, bedarf es aber eines ganz klaren Bildes, und einer ganz klaren Entscheidung meinerseits zu der jeweiligen Rolle, ohne Idealisierungen, Abwertungen oder zu hohen Ansprüchen an mich selbst. Nur dann, wenn ich hundertprozentig zu meiner jeweiligen Rolle stehen kann, kann ich auch wirklich meine Stärken spüren.

7. Bisher wurde – und wird auch heute noch – Theorie wesentlich mehr von Männern als von Frauen entwickelt und auch unsere personzentrierte Theorie ist noch immer männlich orientiert. Siehe dazu auch Schmid (2004), der am Beispiel der Aktualisierungstendenz aufzeigt, dass noch immer männliche Auffassungen und Denkweisen in unserem personzentrierten Gedankengut vorherrschen. Dadurch entsteht bei Frauen möglicherweise eine gewisse Scheu, ihren Zugang zu Theorie, der aus der weiblichen Erlebenswelt entwickelt ist, gleichberechtigt daneben zustellen, da dieser weibliche

Zugang oftmals ein praxisnäherer ist und damit leichter als nicht wissenschaftlich oder nicht hinreichend wissenschaftlich abgetan werden kann.

## Resümee

Ich habe mich in diesem Artikel mit mehreren Themen beschäftigt:

- meiner eigenen Entwicklung als Mutter und als Psychotherapeutin,
- den Ähnlichkeiten, Unterschieden, wechselseitigen Beeinflussungen von Mutterschaft und Psychotherapie und den damit verbundenen Gefahren, aber auch Ressourcen für Therapeutinnen,
- Ergebnissen aus Säuglingsforschung und klinischer Bindungsforschung zu adäquatem mütterlichem Verhalten und deren Relevanz für unsere personenzentrierte Theoriebildung.

Meine Absicht war es, Mutterschaft in unserem theoretischen Diskurs zum Thema zu machen. Die Schriften von Rogers haben mir dabei Mut gemacht, meine ganz persönlichen Erfahrungen zu nutzen. 1961 schrieb er: „Das Persönlichste ist das Allgemeinste“ (Rogers, 1961a/1988, S. 41). Rogers machte die Erfahrung, dass gerade dann, wenn er sich zutiefst persönlich ausdrückte, er bei vielen anderen Menschen Resonanz fand. Er betonte immer wieder, dass er aus seinen eigenen, persönlichen Erfahrungen am meisten gelernt hatte.

Mir ist bewusst, dass dieser Artikel nur den Beginn einer Auseinandersetzung mit dem Thema Mutterschaft und Psychotherapie darstellen kann. Viele Punkte konnte ich thematisch nur ansatzweise behandeln. Es wäre interessant, genauer herauszuarbeiten, worin die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der therapeutischen Arbeit von Frauen und Männern liegen. Denn gerade diese Unterschiedlichkeit zu bemerken habe ich oft als große Bereicherung erlebt.

Was verbinden personenzentrierte Kollegen mit dem Begriff Väterlichkeit? Wie erleben sie Vaterschaft und Psychotherapie? Meine Vermutungen gehen dahin, dass es da deutliche Unterschiede zu Frauen geben könnte.

Ich möchte Kolleginnen und Kollegen dazu anregen, ihre eigenen persönlichen Erfahrungen als Mütter und Väter mehr als bisher in unseren theoretischen Diskurs mit einzubeziehen. Ich bin überzeugt davon, dass wir daraus wertvolle Hinweise für unsere tägliche therapeutische Arbeit gewinnen können.

Derzeit wird die Mutter-Kind-Beziehung (und glücklicherweise auch langsam die Vater-Kind-Beziehung) von Säuglings- und Bindungsforschung wieder stärker untersucht. Ich halte dies für bedeutsam und wünsche mir, dass noch mehr als bisher deren Ergebnisse auf ihren Nutzen hin für die personenzentrierte Theorieentwicklung untersucht werden. Biermann-Ratjen vermutet, dass die klinische Bindungsforschung Rogers' Annahmen von der Art des psychotherapeutischen Prozesses bestätigen wird und zu einer

Fundierung seiner ursprünglichen Therapietheorie beitragen kann (Biermann-Ratjen, 2002).

Zum Abschluss möchte ich noch einmal betonen, dass ich die Erfahrung, Mutter und personenzentrierte Therapeutin zu sein, als ungeheure Bereicherung, sowohl im privaten Bereich, als auch in der täglichen Arbeit, mit vielen Überschneidungen in beiden Lebensbereichen, erlebe. Ich wünsche mir sehr, dass Kolleginnen ihre Erfahrung, Mutter zu sein, mehr als bisher selbstbewusst in ihr Selbstbild als personenzentrierte Psychotherapeutinnen integrieren.

## Literatur

- Ainsworth, M. (1974). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys. In K. Grossmann & K. Grossmann (2003). *Bindung und menschliche Entwicklung* (S. 414–422). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baron-Cohen, S. (2004). Männliches Denken, weibliches Denken: Zwei Welten. *Psychologie Heute*, 3, 44–47.
- Behr, M. (1996). Therapie als Erleben der Beziehung. In C. Boeck-Singelmann, B. Ehlers, T. Hensel, F. Kemper & C. Monden-Engelhardt (Hrsg.), *Personenzentrierte Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 120–128). Göttingen: Hogrefe.
- Besch-Cornelius, J. (1987). *Psychoanalyse und Mutterschaft*. Göttingen: Verlag für medizinische Psychologie.
- Biermann-Ratjen, E. (2002). Erwartungen an eine klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Gesprächspsychotherapie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 9–17). Stuttgart: Schattauer.
- Biermann-Ratjen, E. (2005). Der männliche Psychotherapeut. In O. F. Kernberg, B. Dulz & J. Eckert (Hrsg.), *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren unmöglichen Beruf*. Stuttgart: Schattauer.
- Bolwby, J. (1975). *Bindung. Eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung*. München: Kindler.
- Grossmann, K., & Grossmann, K. (2002). Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspsychologie. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 295–318). Stuttgart: Schattauer.
- Höger, D. (1990). Zur Bedeutung der Ethologie für die Psychotherapie – Aspekte der Aktualisierungstendenz und der Bindungstheorie. In G. Meyer-Cording & G. Speierer (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit* (S. 30–45). Köln: GwG-Verlag.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 2, 35–44.
- Izard, C. E., Haynes O. M., Chisholm, G., & Baak, K. (1991). Emotional determinants of Infant-Mother Attachment. *Child Development* 62, 906–917.
- Jaeggi, E. (1997). Psychotherapie zwischen Abstinenz und Bemutterung. *Psychomed*, 9(4), 196–200.

- Konrad, R. (2000). Die Fähigkeit zum Alleinsein als Fähigkeit zur Selbstregulation: Stern und Winnicott. *Fachtexte zur Entwicklung von Psychotherapie in Theorie und Praxis*, Jg.1, 47–54.
- Meins, E. (1997). *Security of attachment and social development in cognition*. Hove: Psychology Press.
- Orlinsky, D., Ambühl, H., Buchheim, P., Cierpka, M., Meyerberg, J., & Wil-lutzki, U. (1996). Die Qualität der therapeutischen Beziehung: entsprechen gemeinsame Faktoren in der Psychotherapie gemeinsamen Charakteristika von PsychotherapeutInnen? *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie* 46, 102–110.
- Rogers, C. (1959a/1987). Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Köln: GwG. (Original erschienen 1959a: A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In: Koch (ed.). *Psychology. A Study of Science. Vol. III: Formulations of the person and the social context*. New York: Mc Graw Hill, S. 184–256).
- Rogers, C. (1961a/1988). *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 1961a: On Becoming a Person. A Therapist's View of Psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin Company).
- Schmid, P. (2004). New men? – A new image of man? Person-centred challenges to gender dialogue. In G. Proctor & M. Napier (Eds.), *Encountering feminism*. Ross-on Wye: PCCS.
- Schmücker, G. & Buchheim, A. (2002). Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren. In B. Strauß, A. Buchheim & H. Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung* (S. 173–191). Stuttgart: Schattauer.
- Stern, D. (1998). *Die Mutterschaftskonstellation*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Stern, D., & Bruschweiler-Stern, N. (2000). *Geburt einer Mutter*. München: Piper.
- Winnicott, D. W. (1956). Primäre Mütterlichkeit. In D. Winnicott (Hrsg.), *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. München: Fischer.
- Winnicott, D. W. (1978). *Familie und individuelle Entwicklung*. Frankfurt am Main: Fischer. (Original erschienen 1965: *The Family and Individual Development*. London: Tavistock Publications Limited).

### Autorin

Mag. Christine Wakolbinger, geb. 1960, Klinische Psychologin und Personzentrierte Psychotherapeutin in freier Praxis, Lehrtherapeutin der VRP, Co-Leitung des Weiterbildungscurriculums für Personzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der APG/Sektion Forum und der VRP.

### Korrespondenzadresse

Mag. Christine Wakolbinger  
1060 Wien, Fillgradergasse 9/9  
E-Mail: chr.wakolbinger@chello.at  
www.praxis-wakolbinger.at