

Stillen im therapeutischen Setting

Christiane Ludwig-Körner

Forum der Psychoanalyse
Zeitschrift für psychodynamische
Theorie und Praxis

ISSN 0178-7667

Forum Psychoanal
DOI 10.1007/s00451-017-0291-x



Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer Medizin Verlag GmbH. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at link.springer.com".



Stillen im therapeutischen Setting

Christiane Ludwig-Körner

© Springer Medizin Verlag GmbH 2017

Zusammenfassung Allein schon die Schwangerschaft einer Patientin verändert die therapeutische Beziehung. Aber wenn das Kind zur Welt gekommen ist, stellen sich schwierige Fragen: Soll die Patientin es in die Stunden mitbringen und wird sie es stillen wollen? Zweifellos entstünde dann eine sehr intime, vielleicht auch erotisch getönte Beziehungssituation, und es mag fraglich erscheinen, ob dann noch eine analytische Arbeit möglich sein kann. Die Literatur gibt darüber wenig Auskunft, sei es, dass dieser Fall selten vorkommt, oder sei es auch nur, dass Psychotherapeuten solch starke Veränderungen des Rahmens der analytischen Situation nur ungern einräumen.

Anhand ausführlicher Fallbeispiele zeigt die Autorin, dass der anwesende Säugling einer Patientin den analytischen Prozess nicht behindern muss, auch dann nicht, wenn die Patientin ihn in der Stunde immer wieder einmal stillt. Im Gegenteil: In einigen Fällen ist wohl damit zu rechnen, dass ein Verbot, den Säugling in die Stunden mitzubringen, den therapeutischen Prozess infrage stellen würde. Offen bleibt in diesem Beitrag, ob die hier geschilderten positiven Erfahrungen auch auf Lehranalysen übertragbar sind, ferner, ob der analytische Prozess auch dann gelingen kann, wenn die Mutter ihr Kind in Anwesenheit eines männlichen Analytikers stillt.

Breastfeeding in a therapeutic setting

Abstract The pregnancy of a patient alone changes the therapeutic relationship; however, after the birth of the child difficult questions arise: should the patient

Überarbeitete Version eines Vortrags „Intimacy situations in Parent Infant Psychotherapy – breastfeeding“ gehalten am 28.07.2017 beim 50. Kongress der International Psychoanalytical Association (IPA), Buenos Aires.

Prof. Dr. phil. habil. C. Ludwig-Körner (✉)

International Psychoanalytic University Berlin gGmbH, Stromstr. 1, 10555 Berlin, Deutschland
 E-Mail: christiane.ludwig-koerner@ipu-berlin.de

bring the baby to the therapeutic sessions and will she want to breastfeed it? This would doubtlessly create a very intimate, maybe even slightly erotic relationship situation, which might seem questionable whether this can impede the analytic work. There is hardly any literature dealing with this question, either because this case seldom occurs or simply because psychotherapists are reluctant to admit such major changes in the setting of the analytic situation. On the basis of detailed case studies, I would like to show that the presence of a patient's baby need not hinder the analytic process, even if the patient occasionally breastfeeds her child during the sessions. On the contrary: it should be taken into account that in some cases the refusal to admit the baby to the sessions might jeopardize the analytic process. What remains open is the question whether the positive experiences described here can be transferred to training analyses and furthermore, whether the analytic process can also be successful if the mother breastfeeds her baby in the presence of a male analyst.

Stillen in der Literatur

Sichtet man die Literatur zum Stillen, so findet man Quellen zu kultur- und sozialgeschichtlicher Betrachtung, gesundheitswissenschaftliche Abhandlungen wie Vorzüge des Stillens versus Flaschenernährung, Stillen nach „Plan“ versus „Wunsch“ oder zum Einfluss mütterlicher Stressoren auf die Milchproduktion, Zusammenhänge zwischen Oxytoxinausschüttung und mütterlichem Wohlbefinden (Beijers et al. 2013; Raphael-Leff 2015) bzw. über den Zusammenhang des kindlichen und des elterlichen Schlafverhaltens und des Stillens oder der Flaschennahrung (Mileva-Seitz et al. 2016).

Obwohl Stillen ein so ubiquitäres Thema ist, da die meisten Menschen auf der Welt gestillt wurden und sehr viele Frauen gestillt haben oder beabsichtigen zu stillen, findet man in der psychoanalytischen Literatur – im Vergleich zu vielen anderen Themen – nur sehr wenige Veröffentlichungen, die sich auf das Stillen innerhalb des therapeutischen Settings beziehen. Wie kann man sich dieses Phänomen erklären, war es doch Freud, der den Fokus auf die sexuelle und sinnliche Entwicklung legte und damit viele Anstöße gab, gleichzeitig aber für seine Zeitgenossen mit der Zentrierung auf die kindliche Sexualität auch „anstößig“ wurde. So schrieb er: „Wer ein Kind gesättigt von der Brust zurücksinken sieht, mit geröteten Wangen und seligem Lächeln im Schlaf verfallen, der wird sich sagen müssen, daß dieses Bild auch für den Ausdruck der sexuellen Befriedigung im späteren Leben maßgebend bleibt“ (Freud 1905, S. 81).

Ob Freud sah, wie seine Kinder gestillt wurden? Aus Briefen von Freud erfahren wir – so Christfried Tögel¹, – dass mindestens drei der sechs Kinder, aber vermutlich alle, vielleicht bis auf Anna, eine Amme hatten. Nach Harsch (2001, S. 368) waren

¹ Persönliche Mitteilung Christfried Tögel, Mail vom 26.05.2017: Brief vom 19.10.1887 Freud an Bernays, Emmeline; Bernays, Minna über seine Tochter Mathilde: „Das Kind macht sich menschlicher, wartet noch auf seine Amme, die heute abends ankommt, wird unterdessen von Mitzi's Amme genährt.“ Im Brief vom 21.06.1892, den Sigmund Freud an Martha schrieb: „Die Amme ist richtig angekommen und weggefahren, wir wollen hoffen, daß sie auch richtig zurückkommt, und daß Ernst ihre Abwesenheit gut

auch Psychoanalytikerinnen, die sich mit der weiblichen Entwicklung beschäftigten, wie Therese Benedek und Helene Deutsch, größtenteils von Ammen und Kinderfrauen aufgezogen worden, und sie hatten Ammen für ihre eigenen Kinder. Dieser Sachverhalt erinnert uns daran, dass Mutterschaft nicht nur ein universelles, bedeutendes biologisches, sondern auch ein psychosoziales Phänomen darstellt, in dem sich gesellschaftliche und kulturelle Verhältnisse widerspiegeln, von denen auch das psychoanalytische Denken beeinflusst wurde und wird.

Es war die Zeit, in der Bürger, die es sich leisten konnten, sich eine Amme hielten (Seichter 2014; Harsch 2001). Und der Einfluss auf die früheste Mutter-Kind-Beziehung auf die Entwicklung des Kindes war noch nicht entdeckt worden². Erst um die Jahrhundertwende wurde die Flaschennahrung entwickelt, und Anna (geb. 1895) – ein Flaschenkind – entwickelte sich nach Freud (1960, S. 178) damit „prächtig“.

Es war Klein (1975), die dem Freud'schen Penisneid eine Alternative entgegensetzte, indem sie auf die frühen Erfahrungen des Säuglings an der Mutterbrust fokussierte. Penisneid kann demnach auf den Neid auf die Mutterbrust zurückgeführt werden. Seine Wurzeln liegen in der frühen Mutter-Kind-Beziehung beim Stillen und den damit verbundenen befriedigenden Erfahrungen mit einer befriedigenden „guten Brust“ und einer das Kind frustrierenden „schlechten Brust“, eine Spaltung in Liebe und Hass. Aus einer phallozentrischen entwickelte sich eine auf die Mutter zentrierte Sicht. „Once patriarchal and phallogocentric, it is now almost entirely mother-centred“ (Frampton 2004, S. 360).

Friedman (1996) machte als eine der Ersten darauf aufmerksam, dass psychoanalytische Überlegungen zum Stillen vor allem auf die orale Phase begrenzt blieben. Außer Acht gelassen werde dabei, dass es sich um ein komplexes Phänomen handelte, mit vielen psychosexuellen Facetten, die vor allem auch das Erleben der Frau und ihre Fantasien betrafen: Fantasien, die die weibliche Kompetenz und Macht betreffen, Erotik und Aggression, kannibalistische Triebe oder verführerisch Reizvolles.

Langer (1951), aber auch schon Lorand (1939) wiesen auf den Zusammenhang zwischen Frigidität („frigidity“) und oraler Versagung hin, und Winnicott (1992) schrieb, dass in der Mutterschaft die eigenen Erfahrungen aus der frühesten Zeit wiederbelebt werden. Sarlin (1981, S. 639) betonte die Bedeutung des Neurotransmitters Oxytozin: „The role of the neurohormone oxytocin is a physiological factor in the reproductive cycle of coitus, birth, breast-feeding, the milk ejection reflex, nipple erotism, and female sexual responsiveness.“

Nun fragt sich Früh (2003), warum die weibliche Brust – eine der sensibelsten erogenen Zonen der Frau – nicht als sexuelles Organ gesehen wird. Oder wird sie von Psychoanalytikern so nicht gesehen, weil diese – vor allem, wenn der Psychoanalytiker ein Mann ist – nicht Zeuge eines „realen sexuellen Akts“ werden möchten? Laplanche (1988, S. 139) schreibt: „Angesichts dieser blühenden Entfaltung der Brust, der guten oder der bösen, der sich hingebenden oder sich verweigernden, angesichts dieser Allgegenwärtigkeit unter den Psychoanalytikern, möchte ich die

vertragen hat.“ Am 15.04.1893 über seine Tochter Sophie in einem Brief an Minna Bernays: „Sie hat seit gestern Mittag auch schon eine Amme ...“.

² Man denke nur an die „autistische Phase“, von der noch Mahler 1975 sprach.

Abwesenheit der erogenen, der erotischen Brust innerhalb des analytischen Denkens hervorheben. Die Brust ist eine der wichtigsten erogenen Zonen der Frau, und als solche spielt sie unausweichlich eine Rolle in der Beziehung zum Kind. Was will denn diese Brust von mir?“

Friedman (1996, S. 476) verweist auf die Parallele zwischen „the lactating breast and the functioning penis. Both have erectile capacity, produce a powerful substance, and a source of pride and anxiety to their processors“. Sie bezieht sich dabei auf Helene Deutsch und ihre Parallele zwischen Brust und Penis. Beim Saugen kann die Brustwarze sich bis zu einem Zentimeter vergrößern, eine Fähigkeit, die man auch bei der Klitoris und dem Penis findet. „Just as the breast actively engages in the infant's mouth, so the vagina incorporates the penis; thus both restore a primordial condition of unity“ (Friedman 1996, S. 478).

Der Anblick einer stillenden Frau ruft intensive Gefühle nicht nur bei (Geschwister-)Kindern hervor, die an ihr eigenes Abstillen erinnert werden. Auch bei anderen Frauen können Versagens- und Neidgefühle geweckt werden, sei es, dass sie selbst nicht stillen konnten/wollten, sei es, dass sie sich mit Wehmut an eine lang zurückliegende, glückliche Zeit erinnern. Im Internet (www.mumsnet.com) offenbaren sich Frauen und sprechen über ihren Stillneid. Der Gebärneid des Mannes umschließt, wie Horney (1942) es beschrieb, nicht nur den Neid, kein Kind gebären zu können, sondern auch den, ein Kind selbst nicht unmittelbar ernähren zu können. Dieser Neid kann so stark sein, dass nach Raphael-Leff (2015, S. 18 ff.) einige Männer sich mithilfe hormoneller Stimulanzien behandeln lassen, damit auch bei ihnen eine Laktation angeregt wird. Auch Frauen, die in einer lesbischen Beziehung leben, unterzogen sich zuweilen dieser Behandlung, wenn beide das Baby oder die Zwillinge stillen wollen.

Nach Sarlin (1963, 1981) ist das Stillen auch als Urszene zu verstehen, in der das gestillte Kind sowohl Teilnehmender als auch gleichzeitig Zeuge einer wechselseitigen offen erotischen Beziehung mit der Mutter ist. Mutter und Kind bilden eine erotische Einheit im Erleben, während die phallisch-ödipale Periode vergleichsweise viel distanzierter abläuft, im Sinne eines Zuschauer-Status. „In the symbiotic processes, the mother is not only a giver, but also a receiver“ (Sarlin 1981, S. 634).

Die intensiven erotischen Gefühle, die Mütter beim Stillen bis hin zum Orgasmus erleben, können Irritationen hervorrufen, da sie nun mit ihrem Säugling – oft anstelle des Partners – eine „exclusive, love affair“ erleben. Die Partner mögen mit Stolz auf diese Innigkeit zwischen Mutter und Kind reagieren oder aber mit Gefühlen des Ausgeschlossenseins bzw. mit Eifersucht.

Stillen in der Öffentlichkeit und in der therapeutischen Beziehung

Stillen in der Öffentlichkeit ruft unterschiedliche Reaktionen beim Betrachter, dem (oder der) Dritten hervor: Soll man hin- oder wegschauen? In einigen Kulturen gibt es Tücher, unter denen die Mutter ihr Kind stillt; sie verbirgt die intime Szene. Andererseits sieht man auch stillende Frauen in der Öffentlichkeit, die es zu genießen scheinen, wenn sie beim Stillen betrachtet werden – ein Anzeichen von Exhibitio-

nismus bzw. Voyeurismus? Oder lediglich ein „natürliches Verhalten“, bei dem die Frau ohne Scham ihre Potenz zeigt?

Friedman (1996, S. 484) berichtet von einer Mutter, die empört in der Analysestunde mitteilte, dass niemand sie bei einem Restaurantbesuch beachtet habe, als sie ihr Baby stillte. In Deutschland wurde 1994 eine „Nationale Stillkommission“ (NSK) gegründet, um zum „Abbau von Stillhindernissen“ beizutragen (BfR o.J.). Und eine jüngste Initiative der Bundesregierung will „mit positiven Botschaften“ das Stillen in der Öffentlichkeit populärer machen³. Vorausgegangen waren Vorfälle, bei denen stillende Mütter in der Öffentlichkeit, in Restaurants oder Verkehrsmitteln angefeindet worden waren. Interessanterweise wurde diese Initiative vom Bundesminister für Ernährung und Landwirtschaft, Christian Schmidt, angeregt – und nicht etwa vom Familienministerium, denn beim Stillen geht es ja vorrangig um Ernährung.

Zwar beschäftigten sich zum Beispiel Helene Deutsch (1945), Karen Horney (1942) und Therese Benedek (1959) früh mit der weiblichen Entwicklung, und man findet bei ihnen auch Passagen über das Stillen. Aber es mangelt an Literatur zu der Frage, was es für die therapeutische Beziehung bedeutet, wenn eine Patientin während der Behandlung ihren Säugling stillt. Gibt es stillende Frauen in der psychoanalytischen Behandlung gar nicht, oder herrscht darüber nur einvernehmliches Stillschweigen? Bringen Mütter ihr Baby in die Behandlung überhaupt mit, aber es wird öffentlich nicht darüber gesprochen oder geschrieben, weil Psychotherapeuten vielleicht befürchten, ihr Entgegenkommen würde als Verletzung des Rahmens oder gar als „Agieren“ ausgelegt? Oder kommen Frauen erst wieder in die Behandlung, wenn sich ein fester Stillrhythmus passend zu den Therapieterminen eingependelt hat?

Das dürfte schwierig sein, denn die Abstände zwischen den einzelnen Stillmahlzeiten können sehr schwanken, von einigen Minuten bis vier Stunden (der vorgegebene „pädagogische“ Vier-Stunden-Rhythmus ist heute glücklicherweise sehr selten geworden). In den ersten Lebenswochen kann eine Stillmahlzeit bis zu sechzig Minuten dauern. Und im ersten Lebenshalbjahr benötigt ein gesunder Säugling innerhalb von vierundzwanzig Stunden circa acht bis zwölf Stillmahlzeiten, wobei die meisten Säuglinge nicht zwischen Tag und Nacht unterscheiden.

Was bedeutet es für die therapeutische Behandlung, wenn die Patientin den Eindruck gewinnt, ihr Kind ist in der Behandlung nicht erwünscht, und welchen Einfluss nimmt der anwesende Säugling auf die analytische Beziehung? Und welchen großen Unterschied macht es aus, ob es sich um eine weibliche Therapeutin oder einen männlichen Therapeuten handelt? Viele methodische Fragen tauchen auf, die sich nicht nur auf das Geschlecht des Therapeuten, sondern auch auf das gewählte therapeutische Setting beziehen.

In Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapien stellt sich die Frage nach dem Umgang mit dem Stillen in der Therapiesituation naturgemäß besonders häufig. Dass es ganz überwiegend Frauen sind, die auf diesem Praxisfeld arbeiten, könnte man vielleicht damit erklären, dass sie sich besser in die mütterliche Rolle einfinden, die ihnen in diesem Setting fast unvermeidlich zugeschrieben wird. Es ist aber auch

³ Spiegel online, abgerufen am 03.06.2017, 10.25 Uhr.

denkbar, dass männliche Psychotherapeuten die Intimität von Stillsituationen im therapeutischen Setting fürchten.

Von den über 200 Psychotherapeuten, die an der seit 2003 regelmäßig angebotenen Weiterbildungen zur Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie⁴ teilgenommen haben, waren nur 5 % Männer. Kollegen äußerten, sie scheuten sich, in diesen „urweiblichen Bereich“ hineinzugehen. Aber auch für eine Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapeutin kann es schwierig sein, sich in einer Stillsituation zurechtzufinden, vor allem dann, wenn sie die Mutter noch nicht gut genug kennt. Soll sie von sich aus ansprechen, ob die Mutter beim Stillen lieber mit ihrem Baby allein sein möchte, nimmt sie kleine Hinweise wahr, dass es der Mutter unangenehm sein könnte, oder soll sie warten, ob sich die Mutter von sich aus dazu äußert? Soll sich die Therapeutin beim Stillen abwenden oder hat sie sogar einen separaten, geschützten Raum, in den sich die Mutter zurückziehen kann? Was macht sie, wenn Mütter ihren Säugling „beiläufig“ stillen, nicht dem Kind die Aufmerksamkeit geben, das es benötigt, sondern sich stattdessen vor allem der Therapeutin zuwenden, so als solle diese ihr Nahrung geben. Manche Mütter verwickeln ihre Therapeutin in ein Gespräch, saugen sie manchmal förmlich aus und unterbinden so eine Intimität mit ihrem Kind.

Auf dem Kongress der International Federation of Psychoanalytic Societies (IF-PS) 1991 in Stockholm war die Weiblichkeit eines der Schwerpunktthemen. Ich hörte von älteren Analytikerinnen, wie sie als Ausbildungskandidatinnen von ihren Lehranalytikern oder Kollegen bereits drei Wochen nach der Geburt ihres Kindes angehalten worden waren, wieder zu behandeln und schweren Herzens ihre Säuglinge anderen Personen anvertrauten, oder sie fühlten sich gedrängt, auf Flaschennahrung umzustellen oder ihre Milch abzupumpen.

Entspricht dieses Denken noch unserer heutigen Zeit? Allerdings bekam eine Ausbildungskandidatin erst jüngst noch von ihrem Lehranalytiker auf ihre Frage, was wäre, wenn sie schwanger würde, zu hören: „Wenn eine Frau schwanger wird, ist die Analyse zu Ende.“ Ist sie das wirklich so, oder begegnen wir hier einem „antiquierten“, wenn nicht frauen- bzw. familienfeindlichen Standpunkt? Angesichts der immer jünger werdenden AusbildungskandidatInnen – und dieser Trend wird in den kommenden Jahren im Zuge der Reform des Psychotherapeutengesetzes zweifellos anwachsen – müssen wir uns fragen, wie wir mit Ausbildungskandidatinnen umgehen wollen, die während der Lehranalyse schwanger werden und ihr Kind auch in der analytischen Situation bei sich haben möchten. Es kann ja nicht sein, dass die Aus- bzw. Weiterbildung in analytischer Psychotherapie vor allem denjenigen Frauen offensteht, für die eine Schwangerschaft schon aus Altersgründen kaum noch infrage kommt.

⁴ Die Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie wurde zuerst am Familienzentrum Potsdam angeboten und seit 2010 an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin zusammen mit der Berliner Psychotherapeutenkammer.

Vier Fallbeispiele

Im Folgenden werde ich vier Fallbeispiele erzählen, die zeigen sollen, wie unterschiedlich die Situationen sein mögen, in die wir geraten, wenn wir einverstanden sind, dass eine Patientin ihren Säugling mitbringt und in der therapeutischen Situation stillt. Ich möchte die Vignetten nicht ausführlich kommentieren. Es ist auch nicht meine Absicht, bestimmte Hypothesen zu „beweisen“. Ich möchte lediglich illustrieren, wie wir, ob wir es wollen oder nicht, in ein intimes Beziehungsgeflecht einbezogen werden.

Beispiel 1

Frau D. kommt am Ende ihrer Schwangerschaft in eine therapeutische Behandlung, da sie sehr verunsichert ist, ob sie eine „gute Mutter“ sein könne. Ihre Beziehung zu ihrer eigenen Mutter sei immer schon sehr kompliziert gewesen. Sie haben ihren Erwartungen nie entsprechen können. Was sie auch mache, immer habe diese etwas an ihr zu kritisieren. Die Patientin schildert übergreifende Situationen während der Pubertät durch ihren Vater und ihre Mutter, wie sie sich „taxiert“ gefühlt habe, als ihre Brüste zu wachsen begannen. Voller Widerwillen berichtet sie, wie sie es unlängst habe ertragen müssen, als ihre Mutter ihren schwangeren Bauch „tätschelte“ und wie das Baby heftig im Mutterleib gestrampelt habe. Lachend sagt sie. „Die hat jetzt schon eine Abneigung gegen ihre Oma!“

Aufgrund der Verunsicherungen der Patientin vereinbaren wir, dass die Patientin nach der Geburt mit ihrem Baby gemeinsam weiter zur Behandlung kommt und wir dann schauen, wie wir weiter miteinander arbeiten werden.

Noch aus dem Krankenhaus benachrichtigt mich die Patientin von der Teresas Geburt und möchte möglichst rasch die Therapie fortsetzen. So sehe ich Mutter und Baby drei Wochen nach der Geburt. Sie trägt die schlafende Teresa im Wickeltuch und vermittelt mir nonverbal, dass sie sie auch während der Stunde so an sich geschmiegt halten möchte. Ich biete ihr, damit sie bequemer sitzen kann, an, ein Kissen in ihren Rücken zu schieben; eine Geste, die sie sichtlich genießt. Erst in einer der nächsten Stunden wacht Teresa während der Sitzung auf und gibt leise „Quäklaut“ von sich. Ich spüre, wie die Mutter plötzlich angespannt ist, irritiert um sich schaut, und ich bin es, die für sie ausspricht: „Sie möchten jetzt vielleicht stillen, und meine Anwesenheit stört Sie eventuell dabei?“ Sie scheint erleichtert, dass ich ihren Konflikt erkannt habe. „Wenn ich ehrlich bin, ich weiß es gar nicht. Ich habe Teresa schon bei meiner Freundin gestillt. Das war ok für mich. Ich will es ja auch in der Öffentlichkeit machen können, sonst kann ich ja gar nicht mehr rausgehen, bin dann ja – lachend – wie eine Gefangene meiner Tochter.“ Während sie beginnt, ihre Bluse aufzuknöpfen, sage ich: „Sie möchten sich nicht verschließen müssen, sondern bestimmen können, wie viel des intimen Miteinanders andere erleben dürfen.“ Sie nickt und nestelt weiter an ihrer Bluse, derweil Teresa lauter zu quäken beginnt. „Vielleicht ist es für Sie angenehmer, wenn ich Ihnen beiden mehr Raum für einander gebe, indem ich mich jetzt etwas abwende“, wobei ich mich im Sessel drehe, sodass mein Blick nicht mehr unmittelbar auf sie gerichtet ist. Es breitet sich eine angenehme Stille aus, die von Teresas Schmatzgeräuschen unterbrochen

wird. Während ich meinen auftauchenden Bildern folge – ich sehe Gemälde einer stillenden Maria mit zuschauenden Engelchen –, spricht mich die Patientin an: „Sie können ruhig zuschauen. Da gibt es doch nichts, was ich verbergen muss.“ Und als ich sie anschau, spüre ich ihren Stolz und dass ich mich mit ihr freuen soll, wie gut sie es mit ihrer Tochter hinbekommt, was ich dann auch ausspreche.

Es gab immer wieder Stillszenen mit ihr und ihrer Tochter, die dann aber auch buchstäblich still waren, da sie erleichtert meinen Hinweis annehmen konnte, dass ich diese Innigkeit zwischen ihr und ihrer Tochter nicht durch Sprechen stören möchte. Für die Patientin waren es kontrastierende Szenen, da sie solche ruhigen Momente mit ihrer Mutter nicht erleben konnte, die in ihren Augen immer hektisch war, viel redete und Anspannung verbreitete.

Beispiel 2

Ich lerne Frau K. hochschwanger kennen, da sie nach der Geburt ihres 2. Kindes eine Analyse beginnen möchte. Nachdem ich erfahre, wie kompliziert die Zeit nach der Geburt mit ihrem ersten Kind gewesen war (geplagt von Zwangsgedanken, ihr Kind mit einem Messer erstechen zu wollen), biete ich ihr an, dass wir sofort miteinander arbeiten können, um ihre Befürchtungen, es könne womöglich wieder so schwierig werden, so weit als möglich zu bearbeiten. Frau K. kommt kurz nach der Geburt, die gut verlaufen war, und bringt in den ersten Monaten ihr Baby mit. Wir arbeiten in dieser Zeit im Gegenübersitzen.

Als das Baby in einer Stunde unruhig wird und zu schreien beginnt, spüre ich die Anspannung, in die Frau K. gerät. Ich spreche für sie an, dass sie jetzt vermutlich gerne stillen möchte, sie sich aber in meiner Anwesenheit dabei unwohl fühle, was sie bestätigt. Glücklicherweise ist der Praxisraum meines Mannes zu jener Zeit frei, sodass sie dort in Ruhe stillen konnte. Sie schildert später, wie potent sie sich als stillende Frau im Raum eines „berühmten Analytikers“ gefühlt habe. Schmunzelnd meinte sie: „Das kommt bei ihm bestimmt nicht so oft vor, dass in seinem Behandlungsraum eine Frau stillt, das war etwas Besonderes“. Gleichzeitig gelang es ihr dann, da sich ein einigermaßen vorausschaubarer Stillrhythmus entwickelt hatte, dass ihr Mann sich während der Analysestunden um ihr Baby kümmerte und wir in ein Standardsetting wechseln konnten, wo Frau K. ihre eigenen Bedürfnisse „gestillt“ bekam.

Beispiel 3

Frau I., 35 Jahre alt, wird während ihrer psychoanalytischen Behandlung (dreistündig im Liegen) ungeplant schwanger. Nach zwei intensiven Wochen des Abwägens entscheidet sie sich für das Kind, „unabhängig, ob mein Freund uns will oder nicht; ich will dich!“ Die Schwangerschaft verlief unkompliziert, und die Patientin kam regelmäßig – trotz der schon begonnenen Mutterschutzfrist bis zu drei Wochen vor dem errechneten Termin zur Analyse. In den Sitzungen beschäftigte sich Frau I. intensiv mit der veränderten Situation, ob sie eine gute Mutter sein könne, wie sie als Alleinerziehende „mit allem fertigwerde“. Sie hat das Glück, einen sicheren Ar-

beitsplatz zu haben, und möchte die ihr zustehende Elternzeit in Anspruch nehmen, um danach wieder zu arbeiten.

Die Patientin, deren Mutter verstarb, als sie 16 Jahre alt war, entwickelt eine intensive Übertragung und lässt mich spüren, wie sehr sie sich nach einer mütterlichen Zuwendung sehnt. Sie wünscht sich, dass sie mich „unmittelbar nach der Geburt“ wiedersehen kann. Sie hatte sich entschieden, sich bei der Geburt nicht vom Kindesvater, der weiterhin in seiner eigenen Wohnung lebt, begleiten zu lassen, sondern von einer älteren Freundin, die selbst schon zwei größere Kinder hat. Diese soll auch noch einige Tage nach der Geburt bei ihr bleiben. „Am liebsten hätte ich Sie dabei, aber ich weiß, dass geht nicht. Nur wissen sollen Sie es!“

Noch aus dem Krankenhaus teilt mir die Patientin mit, dass die Geburt von Anna schwieriger war, als sie es sich ausgemalt hatte. „Aber sie trinkt gut! Ach, das kriegen wir schon alles gut hin. Wann können wir wiederkommen?“ Wir hatten vereinbart, dass Frau I. den Zeitpunkt der Weiterführung der Behandlung nach der Geburt selbst bestimmen kann, je nachdem, wie die Geburt verlaufen würde und es ihr geht.

Vierzehn Tage später kommt sie mit Anna, die im Tragetuch kaum zu sehen ist. Sie wickelt sie im Stehen aus und zeigt sie mir voller Stolz. Dann legt sie schmunzelnd das Baby mitten auf die Couch. „So, nun machst du auch eine Analyse und zwar draußen, nicht mehr versteckt im Bauch.“ Sie faltet das Tragetuch zusammen, legt es auf die Couchseite zur Wand, legt die schlafende Anna darauf und sich daneben. Halb ihr zugewandt, betrachtet sie sie: „Ich kann mich nicht sattsehen.“ Ich spüre ihren intensiven Wunsch, dass ich etwas zu ihnen beiden sagen soll. „Und nun darf ich an ihrem Glück teilhaben und miterleben, wie innig die Beziehung auch außerhalb des Mutterleibs ist.“ Frau I. berichtet über die Geburt, ihre anfänglichen Unsicherheiten mit Anna und wie froh sie ist, dass die Hebamme sie regelmäßig aufsucht. „Sie kommt zu Ihnen, und zu mir müssen Sie kommen.“ „Ja, das wäre es doch, wenn wir eine ‚In-house-Analyse‘ machen könnten!“

Anna schläft während der ersten Sitzungen, deren Frequenz in der Anfangszeit auf eine Stunde pro Woche reduziert wurde. Als Anna in der dritten Sitzung unruhig wird, zögert Frau I einen kurzen Moment, dreht sich ihrem Baby zu und reicht ihr die Brust im Liegen. Eine große Ruhe breitet sich aus, unterbrochen von einigen Schmatzlauten. Ich darf teilhaben an der innigen Beziehung der beiden. Als Anna an der Brust eingeschlafen ist, legt sich Frau I. wieder auf den Rücken. „Ich habe früher gerne Frauen gesehen, wenn sie ihre Kinder stillten. Ich gehe davon aus, dass es bei Ihnen genauso ist.“ „Sie machen uns Dreien ein Geschenk damit.“ Sie spricht, wie potent sie sich beim Stillen fühlt, wie gut es ihnen beiden tut, und fragt sich, ob viele Frauen hier auf der Couch schon gestillt haben.

Frau I. bringt Anna in der Babyzeit regelmäßig mit in die Stunden, bei denen sie hin und wieder auch gestillt wird. Frau I. widmet sich dann ausschließlich ihrer Tochter. „Auch in den stillen Stunden, in denen wenig Zeit zum Reden bleibt, habe ich etwas von der Analyse. Ich habe den Eindruck, wir sprechen dann von Herz zu Herz, ohne Worte. Es ist solch ein schöner Zustand, sich den Raum nehmen zu dürfen, begleitet von Ihnen.“

Als Anna in die Krabbelphase kommt und den Raum zu erkunden beginnt, entschließt sich Frau I. nach vielem Abwägen, eine Babysitterin einzubinden, die wäh-

rend der Sitzungen vor der Praxis Anna spazieren fährt. Sie hat die Anweisung, wenn Anna weint, sie sofort anzurufen und in die Praxis zu kommen. Dies geschieht während der gesamten Analysezeit nur einmal. Frau I. nimmt im Wartezimmer Anna entgegen, kommt mir ihr zurück, schaut mich fragend an, ob sie sich dieses Mal auch auf die Couch oder den Sessel zum Stillen setzen kann, da nur noch eine Viertelstunde übrig ist, und entscheidet sich, Anna von einem in der Nähe stehenden Sessel aus zu stillen. Sie blickt mich dabei kurz lächelnd an. „Komisch, hier zu sitzen. So eine ganz andere Perspektive, auf Sie, den Raum. Aber irgendwie auch sehr vertraut.“

Die Analyse wird, nachdem Frau I. halbtags wieder zu arbeiten beginnt und Anna von einer Tagesmutter betreut wird, im „Standardverfahren“ fortgesetzt.

Beispiel 4

Frau K., 34 Jahre alt, wurde mir von einer Hebamme überwiesen, die sehr besorgt um die Patientin war, da diese drei Tage nach der Geburt im Winter mit ihrer Tochter und dem sechsjährigen Sohn in einem VW-Bus quer durch Deutschland ins Ausland fuhr, um den Kindsvater aufzusuchen, der dort mit seiner Familie lebte.

Frau K, eine auffallend schlanke Frau, kam voller Ambivalenzen zur Behandlung, die sie mehr oder weniger freiwillig absolvierte, ahnend, dass andernfalls vielleicht das Jugendamt einschreiten würde. Als sie endlich kam, war ihr Baby vier Wochen alt. Sie trug es in einer Babywippe, und als Anna bei der zweiten Sitzung aufwachte und zu weinen begann, nahm sie sie kommentarlos hoch, schob ihren Pulli hoch und reichte ihr die Brust. Alles wirkte einerseits mechanisch, derweil sie weiter mit mir redete, ohne auf ihre Tochter zu achten, und andererseits erzeugte sie eine leicht erotische Atmosphäre. Sie schob ihren Pullover viel höher, als es nötig war, sodass ich ihre entblößte Brust „in voller Blüte“ sehen konnte. Mir schoss durch den Kopf: „richtig professionell“, und ich erappte mich dabei, dass ich mich schon gewundert hatte, weshalb sie diesen Bus besitzt, aber auch, wovon sie, die von Unterstützung lebt, sich ein kleines Häuschen leisten kann.

Ohne es richtig überlegt zu haben, rutschte mir die Bemerkung heraus: „Sie sind es gewohnt, ihre Brüste zu zeigen“. Sie guckte erstaunt und antwortete: „Ja, ich zeige gerne meine Brüste. Darf ich doch, oder? Obwohl ich viel an mir rummäkele, meine Brüste mag ich.“

Erst später erzählte sie mir von ihrer Zwangsernährung aufgrund ihres kritischen anorektischen Zustands in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik, in der sie fast ein Jahr leben musste. „Ich war eine Gefangene. Das war Freiheitsberaubung. Seitdem bin ich auf der Hut!“ Ich spreche an, dass sie die Termine mit mir, die ja durch ihre besorgte Hebamme zustande gekommen waren, auch wie eine Freiheitsberaubung erleben könnte. „Noch nicht! Aber wenn Sie mir zu sehr auf die Pelle rücken, dann bin ich weg“. Aber auch: „Ist doch fast ein Wunder, dass ich zwei Kinder habe, oder? Die habe ich nun für immer ‚an der Backe‘!“

Da sie allein lebte und der Vater von Anna sie nur sporadisch besuchte, schlief sie mit Anna zusammen in einem Bett und stillte sie nach Bedarf. Dies habe sie bei ihrem Sohn nicht machen können, weil dessen Vater damals darauf bestanden habe, dass der Sohn allein in einem anderen Zimmer schlief. „Ich hatte mich nicht durch-

gesetzt, es war ein einziges Theater. Aufstehen, wenn er schrie, wieder hinlegen, kaum eingeschlafen, wieder aufstehen. Nacht für Nacht. Ich war völlig fertig. Statt mich damals gleich zu trennen. Es war ein einziger Kampf.“ Sie schimpfte weiter über den Vater ihres ersten Kindes, der Alkoholiker sei, sich nicht um den Sohn kümmern. „Dieses Mal mache ich es besser. Ich gebe Anna das, was sie braucht. Es tut mir schon leid, wenn ich Marko sehe, wie er sich bemüht, ein guter Bruder zu sein. Dabei hat er doch so wenig von mir bekommen! Ich glaube, der ist manchmal richtig neidisch.“

Ich kann eine Parallele zu ihrem älteren Bruder herstellen, der vermutlich neidisch auf sie gewesen war. Der Hauptspielplatz der Patientin und ihres Halbbruders war das Restaurant der Eltern, wo sie früh erlebte, dass andere bedient und mit Speisen verwöhnt wurden.

Die Patientin ließ sich nur sehr widerwillig in ein regelmäßiges Setting einbinden, so wie sie es bereits am Beginn der Eltern-Säugling-Kleinkind-Psychotherapie andeutete. Ich sah sie jedoch häufig genug, um die Entwicklung ihrer Tochter miterleben. Wenn sie kam, hatte sie regelmäßig altersadäquates Spielzeug für ihre Tochter dabei, das meist – auch wegen ihrer Geldknappheit – aus verschiedenen Döschen mit Erbsen, Linsen, Reis bestand oder einem kleinen Schneebesen, Stoffstreifen aus unterschiedlichem Material, die sie aneinanderknotete und mit denen ihre Tochter spielen konnte.

Sie stillte ihre Tochter, bis sie drei Jahre alt war, sodass ich Szenen in Sitzungen miterlebte, in denen die kleine Tochter auf ihre Mutter zulief, ihr das T-Shirt hochschob, um sich an der „mütterlichen Milchbar“ zu bedienen. Manchmal irritierten mich diese (späten) Stillszenen. Ich fragte mich, ob ich neidisch war, überprüfte meine Einstellung zum Abstillen, besprach mich in Interventionen mit Kolleginnen.

Ich fühlte Widerwillen, Ärger, wollte nicht Zeugin eines „Komplots“ von Mutter und Tochter sein, bei Szenen, in denen ich den Eindruck hatte, beide „bedienen“ sich aneinander. Mein Eindruck war, dass Anna in diesen Stillszenen Macht über ihre Mutter ausübte, die ihrerseits dieses erotische Miteinander – anstelle des fehlenden Partners – genoss. In einer Sitzung, als Anna in meiner Wahrnehmung ärgerlich an der mütterlichen Brust herumfummelte, deutete ich: „Du bist verärgert, dass du Mutters Brust nicht jederzeit haben kannst, vor allem dann nicht, wenn dein Vater wieder einmal zu Besuch gekommen ist und du dann auch noch im Zimmer deines Bruders schlafen musst.“

Ich konnte mit der Patientin offen über die Problematik sprechen, dass sie Gefahr lief, ihre Tochter auf der einen Seite erotisch sehr an sich zu binden, aber diese fühle sich – sobald der Kinds Vater auftaucht – von ihr weggestoßen. Auch hierzu konnte die Patientin eine Parallele zu ihrer Kindheit herstellen. Ihre Mutter hatte sich von ihrem ersten Mann getrennt, nachdem sie mit der Patientin von einem anderen Mann schwanger geworden war. Auch sie musste das mütterliche Bett dann immer verlassen, wenn ihr Vater auftauchte.

Die Patientin verstand, dass sie in ihrer Tochter, die sie so sehr an sich band, auch sich selbst als das Kind von damals versorgen wollte. Danach konnte sie ihre Tochter endgültig abstillen.

Schlussbemerkungen

Ich weiß natürlich nicht, wie diese therapeutischen Prozesse verlaufen wären, wenn ich das Stillen in den Stunden nicht erlaubt oder die Patientinnen gebeten hätte, ihr Kinder gar nicht erst mitzubringen. Mir scheint aber, dass der therapeutische Fortschritt, der hier und da zu erkennen war, unter solchen restriktiveren Bedingungen wohl kaum möglich geworden wäre.

Die Einbeziehung eines Babys in die Behandlung verändert unvermeidlich den üblichen therapeutischen Rahmen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass wir unter diesen veränderten Bedingungen nicht analytisch arbeiten könnten. Die Intimität dieser Situation insbesondere dann, wenn die Patientin ihr Kind stillt, lässt eine strikt abstinente Haltung der Therapeutin nicht zu. Aber gewiss wird es Unterschiede geben darüber, in welchem Maße sich eine Therapeutin ansprechen lässt und ihre Mitwirkung in der Szene reflektiert und zur Verfügung stellt.

Die hier beschriebenen Beispiele handeln von psychotherapeutischen Prozessen, nicht von Lehranalysen – das konnte aus Gründen der notwendigen Anonymisierung auch nicht anders sein. Ich möchte aber anregen, dass sich die Institute der psychodynamischen Aus- bzw. Weiterbildung offen mit der Frage auseinandersetzen, wie sie es mit Lehranalysandinnen, die schwanger werden, halten wollen. Wie weiter oben schon angedeutet, wird sich diese Frage in den kommenden Jahren gewiss mit wachsender Dringlichkeit stellen.

Schließlich: Die hier angeführten Beispiele handeln von einem weiblichen Analytiker und Patientinnen, die ihre Kinder mitbrachten und stillten. Ganz zweifellos wird sich eine ganz andere Situation konstellieren, wenn eine Patientin ihr Kind in Gegenwart eines männlichen Psychotherapeuten stillt. Ich will darüber nicht spekulieren, mit welchen Chancen und Risiken in solch einem Falle zu rechnen wäre, wünsche mir aber, dass ein Psychotherapeut den Mut finden wird, darüber öffentlich zu berichten.

Literatur

- Beijers R, Riksen-Walraven M, de Weerth C (2013) Cortisol regulation in 12-month-old human infants: associations with the infants' early history of breastfeeding and co-sleeping. *J Child Psychotherapy* 39(2):241–247
- Benedek T (1959) Parenthood as a developmental phase. *J Am Psychoanal Assoc* 7:389–417
http://www.bfr.bund.de/de/nationale_stillkommission-2404.html. Zugegriffen: 03.06.2017
- Deutsch H (1945) *The psychology of women*. Grune & Stratton, New York, dt *Psychologie der Frau*, 2. Band. Bern
- Frampton E (2004) Fluid objects: Kleinian psychoanalytic theory and breastfeeding narratives. *Aust Fem Stud* 19(45):357–368
- Freud E (1960) *Editionen von Briefen und Lebenszeugnissen Sigmund Freuds. Briefe 1873–1939*. Fischer, Frankfurt a.M. (Erstausgabe 1960)
- Freud S (1905) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. GW Bd. 5., S 73–107
- Friedman ME (1996) Mother's milk: a psychoanalyst looks at breastfeeding. *Psychoanal Study Child* 51:475–490
- Früh F (2003) Die sexuelle Brust, Ein Beitrag zu einem psychoanalytischen Verständnis der weiblichen Sexualität. *Psyche* 57(5):385–402
- Harsch H (2001) Wie Kinder aufwachsen. Zur Geschichte und Psychodynamik der Doppelbemutterung. *Psyche* 55(4):358–378
- Horney K (1942) *The collected works of Karen Horney Bd. II*. W.W. Norton, New York

- Klein M (1975) Love, guilt and reparation. Fischer, Frankfurt (dt. Liebe, Schuldgefühl und Wiedergutmachung. In: Klein, M. & Riviere, J. Seelische Urkonflikte 1989)
- Langer M (1951) Maternidad y Sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático. Buenos Aires 1951. dt. Ausgabe: Mutterschaft und Sexus. Körper und Psyche der Frau. Freiburg (1988)
- Laplanche J (1988) Die allgemeine Verführungstheorie und andere Aufsätze. discord, Tübingen
- Lorand S (1939) Contribution to the problem of vaginal orgasm. Int J Psychoanal 20:432–438
- Mahler M, Pine F, Bergman A (1975) The Psychological Birth of the Human Infant. Basic Books, New York. dt. Ausgabe: Die psychische Geburt der Menschen, S. Fischer, Frankfurt a. M. (1978)
- Mileva-Seitz VR, Bakermans-Kranenburg MJ, Luijk M (2016) Parent-child-bed-sharing: the good, the bad, and the burden of evidence. Elsevier. https://www.researchgate.net/publication/298427230_Parent-child_bed-sharing_The_good_the_bad_and_the_burden_of_evidence. Zugriffen: 9. Juni 2017
- Raphael-Leff J (2015) The dark side of the womb. Anna Freud Centre, London
- Sarlin CN (1963) Feminine Identity. J Am Psychoanal Assoc 11:790–816
- Sarlin CN (1981) The role of breastfeeding in psychosexual development and the achievement of the genital phase. J Am Psychoanal Assoc 29(3):631–641
- Seichter S (2014) Erziehung an der Mutterbrust. Eine kritische Kulturgeschichte des Stillens. Beltz, Heidelberg
- Spiegelonline (2017) Regierung fördert Stillen in der Öffentlichkeit. <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/bundesregierung-foerdert-stillen-in-der-oeffentlichkeit-a-1150474.html> (Erstellt: 3. Juni 2017). Zugriffen: 03.06.2017
- Winnicott DW (1945) Primitive emotional development. Int J Psychoanal 26(3-4):137–143. Also in: collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-analysis, Chap 12, S. 145–156. Hogarth, London (1958), reprinted London: Karnac Books (1992)

Christiane Ludwig-Körner Prof. Dr. phil. habil., Studium der Psychologie und Erziehungswissenschaft, Psychoanalytikerin (DPG, IPA, DGPT), Professur an der International Psychoanalytic University, Berlin, Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Eltern-Säugling-Therapien, Psychotherapiemethoden, Forschungen zu Frauen in der psychoanalytischen Bewegung, zur Psychologie des Selbst. (Siehe zuletzt auch Heft 3, 2005 sowie 1, 2007).