

Z. f. Individualpsychologie, 26. Jg., S. 238–257 (2001)  
© Ernst Reinhardt Verlag München Basel

## **Zwischen freudiger Überraschung und plötzlicher Belastung: Ein Konzept der begleitenden Beratung von Paaren mit einem adoptierten Säugling**

EDITH HUEBMER<sup>1</sup>, WILFRIED DATLER<sup>2</sup>

### **Between Joyful Surprise and Sudden Strain: A Concept of Accompanying Counselling for Couples with an Adopted Infant**

When couples adopt an infant this mostly results in specific burden: parents are often informed at short hand notice about the concrete possibility for an adoption, they have to decide quickly and already because of that they are not able to prepare themselves to be parents as is possible for biological parents during the pregnancy. Having suddenly to take full responsibility for a baby, they are confronted with a number of new, emotionally disturbing situations that make the development of a beneficial parent-child-relation difficult. This is taken into account by a concept of accompanying counselling which is aiming at supporting parents in establishing an understanding, helpful relation with the adopted infant. This concept is presented with reference to psychoanalytical therapy and counselling concepts which were developed in England and USA. Case excerpts and materials illustrate the kind of work that follow this concept.

Wenn Paare einen Säugling adoptieren, so bringt dies zumeist spezifische Belastungen mit sich: Eltern erfahren von der konkret gegebenen Adoptionsmöglichkeit oft kurzfristig, sie müssen sich schnell entscheiden, und sie sind schon alleine deshalb nicht in der Lage, sich innerlich auf das Kind und auf ihre Elternschaft so vorzubereiten, wie dies biologischen Eltern während der Schwangerschaft möglich ist. Haben sie dann plötzlich für ein Baby, das ihnen bislang fremd war, umfassend Verantwortung zu tragen, so sehen sie sich mit einer Fülle von neuen, emotional aufwühlenden Situationen konfrontiert, welche die Entstehung einer förderlichen Eltern-Kind-Beziehung erschweren. Dem trägt ein Konzept der begleitenden Beratung Rechnung, das darauf abzielt, Eltern bei der Entfaltung einer einfühlsam-hilfreichen Beziehung zu ihrem adoptierten Säugling zu unterstützen. Dieses Konzept wird unter Bezugnahme auf psychoanalytische Therapie- und Beratungskonzepte, die in England und Amerika entwickelt wurden, vorgestellt. Fallausschnitte und Fallmaterialien verdeutlichen die Art der Arbeit, die diesem Konzept folgt.

### **1. Von Entlassungsgesprächen zur begleitenden Beratung**

Ähnlich wie Individuen oder Organisationen durchlaufen auch Familien unterschiedliche Entwicklungsphasen, in denen sie sich mit verschiedenen Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsbelastungen konfrontiert sehen. Um manchen dieser Belastungen standhalten zu können, benötigen Familien mitunter besondere Formen von Unterstützung, welche die Entwicklungsmöglichkeiten der Familien insgesamt, im Regelfall aber auch die Entwicklungschancen einzelner Familienmitglieder begünstigen, die Entwicklungschancen von Kindern mit eingeschlossen.

<sup>1</sup> Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde des A. ö. Landeskrankenhauses Mödling (Leitung: Prim. Dr. Franz Paky)

<sup>2</sup> Arbeitsgruppe für Sonder- und Heilpädagogik des Instituts für Erziehungswissenschaft der Universität Wien (Leitung der Arbeitsgruppe: Ao Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler)

Zu den verschiedenen, von Familien mitunter benötigten Formen von Unterstützung zählen diverse Formen von Beratung – auch wenn manche Beratungsangebote den landläufigen Vorstellungen von „Beratung“ oft gar nicht entsprechen, weil sie nur bedingt auf die Vorgabe von Tips oder auf die Entwicklung von konkreten Handlungsempfehlungen abzielen und vielmehr anderes ins Zentrum der Aufmerksamkeit rücken: die Auseinandersetzung mit der Frage, was anstehende Probleme, Aufgaben und Entscheidungen für einzelne Familienmitglieder (oder auch für das gesamte Familiensystem) bedeuten, und das damit verbundene Bemühen um ein differenzierteres Verstehen von aktuell gegebenen Gefühlen und Vorstellungen, die ein überlegtes und zugleich einfühlsames Herangehen an anstehende Probleme, Aufgaben und Entscheidungen nur allzu oft erschweren oder gar verhindern (vgl. dazu den Beitrag von Günther Bittner in diesem Heft).

Sinnvoll und hilfreich sind Beratungsgespräche dieser Art auch dann, wenn Familien mit speziellen Institutionen in Kontakt kommen oder den Zuständigkeitsbereich bestimmter Institutionen verlassen. Wir denken in diesem Zusammenhang etwa an Situationen, in denen Kinder in Institutionen wie Kindergarten, Kindertagesstätte oder Schule eintreten; an Situationen, in denen Kinder aus solchen Bildungs- und Betreuungseinrichtungen austreten; aber auch an Situationen, in denen Kinder etwa in ein Spital eingeliefert werden oder ein Krankenhaus verlassen.

Die Entlassung von Kindern aus einem niederösterreichischen Landeskrankenhaus nimmt seit einigen Jahren Edith Huebmer, die erstgenannte Autorin dieses Beitrages, zum Anlaß, um mit den Eltern dieser Kinder eine Art „psychotherapeutisches Entlassungsgespräch“ zu führen. Solche „psychotherapeutischen Entlassungsgespräche“ erachtet sie vor allem dann als besonders dringlich, wenn einiges darauf hinweist, daß die innerfamiliären Beziehungen (und somit auch die Eltern-Kind-Beziehungen) besonderen Belastungen ausgesetzt sind – was bereits dann der Fall sein kann, wenn die Entlassung eines frühgeborenen Kindes, die Entlassung eines schwer bzw. chronisch kranken Kindes oder die Übernahme eines Säuglings ansteht, der im Spital zur Welt kam, zur Adoption freigegeben war und nun von seinen Adoptiveltern vom Spital weg nach Hause geholt wird.

Die Reflexion verschiedener Erfahrungen, die in Gesprächen mit Adoptiveltern gesammelt wurden, führte zur Entwicklung eines Konzepts der beratenden Begleitung von solchen Adoptiveltern. Den unmittelbaren Anstoß für die Entwicklung eines solchen Konzepts gaben allerdings einige Erfahrungen ab, die in der psychotherapeutischen Arbeit mit einem neunjährigen Adoptivmädchen und dessen Eltern gesammelt werden konnten; denn diese Arbeit machte aus einer psychotherapeutischen Perspektive nochmals in besonderer Weise auf einige Probleme aufmerksam, mit denen sich Adoptivfamilien in der Regel konfrontiert finden.

## **2. Aus der psychotherapeutischen Arbeit mit Jutta und ihren Eltern**

Einige dieser Probleme wurden bereits im Erstgespräch deutlich. Die Psychotherapeutin, an die sich die Eltern wegen der Enuresis ihrer neunjährigen Adoptivtochter gewandt hatten, hielt in ihrem Bericht fest:

„Das Erstgespräch beginnt die Mutter mit der Bemerkung: ‚Sie ist ein Adoptivkind.‘ Als ich dann den Namen des Mädchens von der Ambulanzkarte abschreibe, fällt mir auf, daß der Vorname des Mädchens, der ‚Jutta‘ lautet, mit nur einem *t* geschrieben ist. Ich frage, wie es dazu gekommen sei, und die Adoptivmutter erzählt: ‚Als ich aufs Standesamt ging, um meine Tochter anzumelden, fragte mich der Beamte, ob ich *Jutta* mit einem oder mit einem doppelten *t* schreiben wolle. Ich sagte, mit einem *t*.‘ Und sie fügt hinzu: ‚Wie hätte ich denn wissen sollen, wie man *Jutta* schreibt.‘

Ich sage: ‚Alles ging vermutlich so schnell, und Sie hatten kaum Zeit, sich Gedanken darüber zu machen.‘

Sie sagt ja und erzählt vom ersten Anruf der Sozialarbeiterin: Als sie und ihr Mann erfuhren, dass sie ein Baby bekämen, hätten sie es nicht glauben können. Eigentlich hätten sie mit dem Thema schon abgeschlossen gehabt und gar nicht mehr gedacht, daß sie noch ein Kind bekommen würden.

Ich frage, wie das Kennenlernen des Babys für sie war. Sie sagt, ihr Mann und sie wären ins Spital gefahren; und als sie den ‚kleinen Wurm‘ gesehen hätten, hätten sie sich sofort entschieden, ihn zu nehmen. Ihre Schwangerschaft dauerte dann gewissermaßen drei Tage lang, so lange das Kind noch im Spital bleiben mußte. Sie und ihr Mann hatten große Angst und den Wunsch, nur ja alles richtig zu machen. Sie fragten sich, ob sie überhaupt erkennen könnten, was Jutta bräuchte. Eine Freundin sagte ihnen dann, was sie wie und wann zu tun hätten. Nach diesem ‚Schnellsiedekurs‘ hätten sie dann das Kind vom Spital mit nach Hause genommen. Sie bekamen so viele Sachen von Freunden und Bekannten, sie hatten sogar zwei Kinderwägen zu Hause, viele Dinge doppelt, und sie brauchten kaum etwas zu kaufen.

Auf die Frage, wie es ihr und ihrem Mann mit Jutta zu Hause ergangen sei, sagt sie: ‚Gut.‘ Als Jutta drei Wochen alt war, fuhren die Eltern zwei Wochen lang auf Urlaub, während Jutta von der Mutter des Adoptivvaters versorgt wurde. Die Eltern hatten den Urlaub schon vorher gebucht und Jutta schien es nichts auszumachen, von jemandem anderen betreut zu werden. Sie war problemlos, trank gut und schlief schon sehr früh durch. Jutta sei überhaupt ein problemloses Kind, sie war nie trotzig, und sie hatten wenig Reibereien, da die Wünsche der Eltern und die Wünsche ihrer Tochter fast immer übereinstimmten. Jutta war früh selbständig und half auch bald im elterlichen Geschäft mit, was ihnen Freude bereitete. Das einzige, was ihrem Mann Sorgen mache, sei der Umstand, daß Jutta in der Nacht noch immer die Windel bräuchte. Deshalb seien sie zu mir gekommen. Schon vor drei Jahren waren sie bei einer Psychologin ‚zur Austestung‘, aber zu der wollten sie dann nicht mehr gehen.

Auf meine Frage, was die Psychologin gesagt hätte, erzählt die Adoptivmutter, daß es kein Wunder sei, daß Jutta einnäse, denn sie vermisse ihre eigentlichen Eltern. Sie habe ein Recht darauf und drücke das durch Einnäsen aus. Die Adoptivmutter war darüber sehr gekränkt – und ich spüre in der Art, wie sie darüber spricht, daß dieses Thema für sie nach wie vor sehr schmerzvoll ist und daß sie mir zu verstehen gibt, ich möge sehr behutsam mit ihr umgehen.

Ich frage, welche Erklärung sie selbst dafür habe, daß Jutta nach wie vor Windeln in der Nacht brauche. Die Mutter antwortet, daß dies wahrscheinlich mit den vielen Trennungen zu tun habe, die Jutta bereits erlebt hätte: Als sie drei Jahre alt war, sei ihre Großmutter gestorben, dann der Opa und vor einem Jahr ihr geliebter Hund“ (Huebmer 2000, 2).

Bereits in diesen Passagen des Erstgesprächs wurde deutlich, daß Jutas Mutter innerlich mit dem Thema der Adoption sehr beschäftigt war (sie hatte das Gespräch ja gleich mit diesem Thema eröffnet). Allerdings schien sie eine nähere Auseinandersetzung mit diesem Thema als sehr bedrohlich zu erleben; denn als sie im Gespräch „von den vielen Trennungen“ erzählte, die Jutta bereits erlebt hatte, konnte sie just an Jutas allererste Trennung, an die Trennung von ihrer leiblichen Mutter, gar nicht denken. Tatsächlich bedurfte es Monate, ehe sie sich mit diesem Thema näher befassen konnte. Und ähnlich schwierig war es für die Mutter, sich damit auseinanderzusetzen, daß der Tod ihrer eigenen Mutter zeitlich mit Jutas Aufklärung über die Adoption zusammengefallen war.

Am stärksten beunruhigte Jutas Mutter der Umstand, daß Jutta ihre leiblichen Eltern kennenlernen wollte. Sie befürchtete, Jutta zu verlieren, da sie die Angst hatte, daß Jutas Beziehung zu ihr nicht stabil genug wäre und daß Jutta vielleicht gar nicht

bei ihr bleiben wollte. Unterstützt wurde diese Angst dadurch, daß Juta kaum von sich und ihren Problemen erzählte: Die Mutter glaubte, Juta hätte zu wenig Vertrauen zu ihr, um über sich und ihre Sorgen zu sprechen. Erst nach mehreren Sitzungen, in denen diese Ängste besprochen werden konnten, „gelang es den Adoptiveltern, auch über andere Schwierigkeiten und Probleme zu reden, die Juta betrafen: Juta verweigerte die Schule, wollte sich nicht waschen und hatte kaum Freunde“ (Huebner 2000, 2).

In der psychotherapeutischen Arbeit mit Juta wurde deutlich, wie intensiv auch sie mit dem Thema des Adoptiert-Seins belastet war. Sie hatte große Sehnsucht danach, ihre leiblichen Eltern kennenzulernen. Gleichzeitig erlebte sie jeden Schritt der Ablösung von ihren Adoptiveltern wie ein Verlassen der Eltern und hatte Angst, die Adoptiveltern könnten auch von sich aus Juta verlassen.

Die Tatsache, daß Jutas Adoptiert-Sein sowohl auf Seiten des Kindes als auch auf Seiten der Eltern von äußerst beunruhigenden Gefühlen, Gedanken und Phantasien begleitet war, wurde in der Folge mehrfach Thema der psychotherapeutischen Arbeit und entspricht auch den Ergebnissen anderer Studien, die zur psychosozialen Situation von Adoptionsfamilien verfaßt wurden (vgl. Bernard 1990, Wieder 1990 b, c, Brinich 1990, Hodges und Berger 1991, Hopkins 2000, Edwards 2000). Jene Passage aus dem Erstgespräch, in der die Mutter davon erzählte, wie überrumpelt sie war, als sie plötzlich um die genaue Schreibweise des Namens des eben erst adoptierten Babys gefragt wurde, machte darüber hinaus auf einen weiteren Aspekt aufmerksam: darauf, daß „für diese Adoptiveltern schon der Start mit Juta sehr schwierig gewesen war“ (Huebner 2000, 2).

Letzteres mag mit spezifischen Unsicherheiten von Jutas Adoptiveltern verbunden gewesen sein, verweist aber auch darauf, daß sich viele Paare, die Babys adoptieren, mit besonderen Belastungen und Schwierigkeiten konfrontiert sehen, die in der Art und Weise gründen, in der sie mit ihrem Säugling in Kontakt kommen.

### **3. Die Besonderheit der Kontaktaufnahme zwischen Eltern und Säuglingen bei Adoptionen**

Schon die äußerliche Form des In-Kontakt-Kommens verdeutlicht, wie sehr sich die Situation von Adoptiveltern von der Situation jener Eltern unterscheidet, die ein Kind zeugen, neun Monate Schwangerschaft erleben und dadurch Zeit haben, sich mit ihrer werdenden Elternschaft auseinanderzusetzen. Denn im Regelfall warten Paare, die einen Säugling adoptieren möchten, lange und erfahren dann kurzfristig, daß „ein Baby für sie bereit sei“. Um dies zu illustrieren, werden wir die Adoptionspraxis skizzieren, die in Niederösterreich praktiziert wird:

In Österreich fällt Adoption in den Zuständigkeitsbereich der Jugendwohlfahrt. An ihre Einrichtungen wenden sich Paare, die sich entschlossen haben, ein Kind adoptieren zu wollen. Diese Entscheidung stellt für viele Paare den Endpunkt zahlreicher, oft über Jahre hinweg vergeblich verfolgter Versuche dar, auf andere Weise ein Kind bekommen zu können. Das Scheitern dieser Versuche, die in physischen Problemen ebenso wie in psychischen Konflikten gründen können, bereitet Schmerz, mit dem die werdenden Adoptiveltern im Regelfall alleine zurechtkommen müssen.

Paare, die ein Kind adoptieren möchten, haben konkret mit der zuständigen Sozialarbeiterin des Jugendamtes Kontakt aufzunehmen. Erfüllen die Paare bestimmte, äußerlich ausmachbare Voraussetzungen, steht einer Adoption nichts mehr im Wege. Wie es um die „innerpsychischen Voraussetzungen“ steht, bleibt im Regelfall unberücksichtigt.

Werdende Adoptiveltern müssen dann mit einer Wartedauer von bis zu fünf Jahren rechnen, ehe sie ein Kind bekommen. Dabei berücksichtigt das Jugendamt, ob das Kind in der näheren Umgebung der künftigen Adoptiveltern geboren wurde oder ob die leiblichen Eltern in der Nähe der Adoptiveltern leben; denn es wird mit Nachdruck darauf geachtet, daß leibliche Eltern und Adoptiveltern einander nicht kennen und auch nicht in die Situation geraten sollen, einander ungeplant kennenzulernen. Dies kann nochmals zu einer Verlängerung der Wartezeit führen.

In der Regel werden Adoptiveltern über die Existenz eines in Frage kommenden Adoptivkindes erst informiert, nachdem das Kind geboren wurde und die leiblichen Eltern den Adoptionsantrag unterschrieben haben. Sobald die erste Unterschrift getätigt wurde, nimmt das Jugendamt mit den werdenden Adoptiveltern Kontakt auf. Häufig geschieht das telefonisch mit den Worten: „Es gibt ein Kind für Sie!“ oder „Ihr Kind ist da!“ und „Sie können sich das Baby im Spital ansehen.“ Kommen wartende Adoptiveltern dieser Einladung nach (was so gut wie immer der Fall ist), so ruft die Sozialarbeiterin im Krankenhaus an und meldet, daß sich ein Ehepaar das „freigegebene Kind“ ansehen kommt. Wenn das Ehepaar sich für das Kind entschieden hat – auch dies geschieht im Regelfall sofort –, erhält es vom Jugendamt die Pflegevormundschaft übertragen. Rein rechtlich gesehen könnte das Paar, das damit zu einem Adoptivelternpaar geworden ist, sofort mit dem Kind nach Hause gehen.

Allerdings ist damit die rechtliche Klärung des Adoptionsprozesses noch nicht abgeschlossen. Denn die leiblichen Eltern haben etwa sechs Monate lang Zeit, sich dafür zu entscheiden, das Kind doch (wieder) zu sich zu nehmen. Erst dann, wenn sie nach einem halben Jahr mit einer Unterschriftsleistung beim Jugendgericht der Freigabe ihres Kindes zur Adoption endgültig zustimmen, ist die Adoption rechtlich vollzogen.<sup>3</sup> Streng genommen, können sich die „Adoptiveltern“ erst von diesem Zeitpunkt an als „Adoptiveltern“ bezeichnen; denn bis dahin sind sie – rechtlich besehen – „Adoptivwerber“ gewesen, die das Baby „bloß“ in Pflege übernommen haben.

Es ist offensichtlich, daß sich die Situation werdender biologischer Eltern gravierend von der Situation unterscheidet, in der sich Adoptiveltern befinden. Während biologische Eltern im Regelfall neun Monate Zeit haben, sich auf die Zeit mit dem neuen Baby äußerlich, vor allem aber auch innerlich vorzubereiten, stürzt das konkrete Eltern-Werden innerhalb weniger Stunden auf Adoptiveltern ein. Die Bedeutung und das Gewicht dieses Umstandes werden erkennbar, wenn man sich einige der zahlreichen jüngeren Studien vergegenwärtigt, in denen der Stellenwert jener äußeren und inneren Prozesse für das Entstehen einer gedeihlichen Eltern-Kind-Beziehung beschrieben wird, denen sich biologische Eltern zumeist ausgesetzt sehen (Bittner 2001, 165ff, Diem-Wille 2002). Auf einige Punkte möchten wir exemplarisch eingehen:

(1) Biologische Eltern zeugen ihr Kind selbst. Auch wenn sie nicht immer glücklich darüber sind, in einer bestimmten Lebensphase ein Kind gezeugt zu haben, so leben sie doch im Bewußtsein, daß sie ihr Kind, das biologisch von ihnen stammt und somit einen Teil von ihnen darstellt, aus eigener Kraft „geschaffen“ haben (Pines 1997, 67).

Adoptiveltern hingegen haben mit der Entstehung des Babys so gut wie nichts zu tun. Jene Anteile von Lust und Sexualität, die zur Zeugung ihres Kindes geführt haben, konnten andere erleben, was Adoptiveltern mitunter mit Neid erfüllt. Häufig erleben sie diese Situation überdies als kränkend und bedrohlich, zumal sie nicht wissen, welches Erbgut „ihr Kind“ bekommen hat und wie sich dieses auswirken wird.

<sup>3</sup> Wenn die leiblichen Eltern der Adoption *nicht* zustimmen, kann das Gericht auf der Basis entsprechend gehaltener Gutachten die Zustimmung der Eltern ersetzen. Wenn die leibliche Mutter allerdings innerhalb der besagten Sechs-Monate-Frist das Kind zu sich zurücknehmen möchte und nachweisen kann, daß sie in einer stabilen Partnerschaft sowie in geordneten Verhältnissen lebt, ist es wahrscheinlich, daß die Adoptivwerber das Kind wieder verlieren.

(2) In mehreren Veröffentlichungen wird betont, daß die Phase der Schwangerschaft eine berührende und zugleich aufwühlende Zeit darstellt, in der werdende Mütter und Väter verschiedene Phasen der Annäherung an das werdende Kind durchlaufen, das anfangs kaum spürbar ist, das in den nächsten Monaten aber mehr und mehr spürbar und sichtbar wird (Brazelton & Cramer 1990, 28ff; Wimmer-Puchinger 1992, 85ff). Biologische Eltern neigen dazu, in den Anfangsphasen der Schwangerschaft ein „Phantasiekind“ bzw. „imaginäres Kind“ zu erschaffen. Die Zunahme der Kindsbewegungen, das Wachsen des Bauches, Ultraschallbilder und der Geburtsvorgang führen schließlich dazu, daß eine schrittweise Annäherung an das „reale Baby“ erfolgt (Raphael-Leff 1993, 121; Schleske 2000). Das Abschiednehmen vom „imaginären Baby“ stellt einen Prozeß dar, welcher der Begegnung mit dem tatsächlich gegebenen Baby entgegenkommt, von manchen Eltern nur mit Mühe vollzogen wird und Zeit braucht.

Diese Zeit steht Adoptiveltern jedoch nicht zur Verfügung. Für sie ist es oft zu schmerzvoll, ein Phantasiekind im Wissen darum zu erschaffen, daß sie auf „ihr Baby“ oft jahrelang warten müssen. Erhalten sie es, so sehen sie sich abrupt mit dem „realen Baby“ anderer realer Eltern konfrontiert, die sie nicht kennen. Phantasien, die entstehen, können dann an realen Begegnungen kaum abgearbeitet werden und verfolgen Adoptiveltern oft jahrelang.

(3) Die Zeit der (insbesondere ersten) Schwangerschaft stellt einen Lebensabschnitt dar, in dem sich werdende Eltern schrittweise auf die Übernahme elterlicher Aufgaben und Funktionen vorbereiten können, in dem sie darüber hinaus aber auch ihre Paarbeziehung sowie die Beziehung zu ihren leiblichen Eltern neu erleben und gestalten. Bestandteil dieser Auseinandersetzung ist oft auch die Beschäftigung mit der Frage, in welcher Weise sie ihr im Mutterleib heranwachsendes Kind ähnlich oder auch anders erziehen wollen, als sie selbst als Kind erzogen wurden. Raphael-Leff (1993, 76ff) und Salzberger-Wittenberg (1999) zeigen, mit welcher intensiven Gefühlen dieser Prozeß der Neuorientierung verbunden sein kann und welche Schritte der Bearbeitung dieser Themen Paare mitunter benötigen, ehe sie ihre Rollen als Eltern in einer überwiegend zufriedenstellenden Weise ausüben können.

Auch dieser Prozeß der „werdenden Elternschaft“ bleibt Adoptiveltern zumeist verschlossen und bringt mit sich, daß Adoptiveltern all diese Neuorientierungen in einer Zeit finden müssen, in der sie auch schon Verantwortung für ein bislang fremdes Baby zu tragen haben.

(4) Wie plötzlich die Übernahme elterlicher Aufgaben für Adoptiveltern erfolgt, ist vordergründig zumeist an der Eile (und oft auch Hektik) zu bemerken, mit der Adoptiveltern den äußeren Rahmen schaffen müssen, der für das Zusammenleben mit einem Säugling nötig ist. Innerhalb weniger Tage haben sie Kinderbett und Kinderwagen, Utensilien und Gewand zu organisieren; und auch ihren Tages- und Nachtrhythmus haben sie ohne Vorbereitungszeit dem Leben des Babys anzupassen.

Dieser Aspekt bringt für Adoptivmütter besondere Belastungen mit sich. Da Frauen über zunehmend präzisere Möglichkeiten der Empfängnisverhütung verfügen, versuchen sie zusehends mit ihren Partnern zu entscheiden, wann ein Kinderwunsch realisiert werden soll (Schülein 1990, 89ff); und wenngleich manche Kinderwünsche nicht realisiert werden können, so sind Mütter, die nach wie vor weit häufiger in Karenz gehen als Väter, während der Schwangerschaft in der Lage, sich zumindest für einen gewissen Zeitpunkt aus ihrem Berufsleben zu verabschieden.

Adoptivmütter sind hingegen von einem Tag auf den anderen gezwungen, ihre Arbeit wenigstens vorübergehend aufzugeben und damit verbundene Gefühle zu „verdauen“. Auch in dieser Hinsicht sind sie – um Stern u. a. (2000) zu paraphrasieren – einer „Sturzgeburt“ ausgesetzt.

(5) Die Phase des „Übergangs zur Elternschaft“ und die damit verbundene Auseinandersetzung mit vielen ambivalenten Gefühlen erfolgen für biologische Eltern vor dem Hintergrund der Überzeugung und des Wissens, daß sie Vater bzw. Mutter werden *können*, wenn sie sich für ihr Baby entschieden haben. Nur das Eintreten besonderer Ereignisse oder Umstände kann dieses Eltern-Werden sowie das Zusammensein mit dem Baby verhindern – etwa ein Abortus, eine (äußerst selten erfolgende) Abnahme des Kindes durch das Jugendamt bzw. durch den Jugendgerichtshof beim Vorliegen einer massiven „Gefährdung des Kindeswohls“ oder die Freigabe des Kindes zur Adoption durch die Eltern selbst. Über weite Strecken und in den meisten Fällen ist es bloß von den Lebensumständen bzw. vom Entscheid der Eltern abhängig, ob ein Zusammenleben mit dem Säugling zustandekommen wird oder nicht; zumal Eltern ja sogar die Freigabe des Babys zur Adoption sechs Monate lang widerrufen können.

Adoptiveltern befinden sich hingegen in der umgekehrten Position: Ihr Eltern-Werden hängt davon ab, daß sich andere Eltern dazu entscheiden, sich von ihrem Kind zu trennen. Und wenn andere Eltern einen entsprechenden Beschluß gefaßt haben und Adoptiveltern einen Säugling zugesprochen erhalten, müssen sie ihre Beziehung und Bindung zu dem Baby zunächst im Wissen darum aufbauen, daß die leiblichen Eltern über einen längeren Zeitraum hinweg noch die Möglichkeit haben, ihr Kind zurückzuverlangen. Dieses Moment der Ungewißheit und Abhängigkeit erschwert nochmals die Situation von Adoptiveltern und deren Auseinandersetzung mit den vielen Schwierigkeiten und aufwühlenden Gefühlen, denen sie als Adoptiveltern ausgesetzt sind.

#### 4. Ein Konzept der beratenden Begleitung

Angesichts dieser besonderen Belastungen, denen sich Adoptivfamilien kaum entziehen können, ist es bemerkenswert, daß in den weithin verbreiteten Veröffentlichungen, die sich mit der Entstehung, Entwicklung und Förderung der frühen Eltern-Kind-Beziehung befassen, kaum der Frage nachgegangen wird, wie Adoptiveltern vor allem in der ersten Zeit des Zusammenlebens mit einem adoptierten Säugling unterstützt werden können.

(a) Vorliegende *Veröffentlichungen, die explizit dem Thema der Adoption gewidmet sind*, behandeln ein durchaus breites Spektrum an relevanten Problemen und gehen beispielsweise den Fragen nach,

- inwiefern Adoptivkinder dazu neigen, spezifische Formen von Ängsten, Konflikten und Phantasien sowie von Selbst- und Objektrepräsentanzen auszubilden (Barnes 1990, Brinich 1990, Dettmering 1994, Edwards 2000);
- wann und in welcher Weise Adoptivkinder über ihre Adoption aufgeklärt werden sollten (Wieder 1990 a,b; Hodges & Berger 1991);
- welche Probleme sich für Kinder ergeben, die erst im fortgeschrittenen Alter adoptiert werden (Hopkins 2000);
- wie es um psychopathologische oder psychiatrische Auffälligkeiten von adoptierten Kindern steht (Toussien 1962, Humphrey & Ounsted 1964, Simon & Sentura 1966, Reeves 1971);
- mit welchen besonderen Schwierigkeiten und Problemlagen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu rechnen haben, wenn sie mit adoptierten Kindern und ihren Adoptiveltern arbeiten (Hopkins 2000, Edwards 2000).

Die Frage der insbesondere *frühen* Begleitung und Beratung von Adoptiveltern wird in diesen Zusammenhängen aber kaum thematisiert.<sup>4</sup>

<sup>4</sup> Eine gewisse Ausnahme bildet der Beitrag von Edwards (2002, 353), der zumindest einen kurzen Hinweis darauf enthält, daß Miriam Steele am Londoner „Anna Freud Center“ unter Einsatz einer modifizierten Fassung des Adult-Attachment-Interviews von Main, George & Goldwyn die Entstehung von Bindung zwischen Adoptiveltern und adoptierten Kindern in der Absicht untersucht, im Anschluß daran Möglichkeiten zu entwickeln, Eltern und Kinder bei der Entwicklung entsprechender Formen von Bindung zu unterstützen. Dieser Hinweis schließt zumindest nicht aus, daß dabei auch eine Form der Unterstützung von Eltern konzipiert wird, die ein Kind bereits im Säuglingsalter adoptieren. Andere Arbeiten zu dieser Thematik beziehen sich nicht auf die Begleitung von Eltern, die ein *Baby* adoptieren (vgl. Brown 1959, Textor 1993).

(b) Zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt man, wenn man sich jenen Veröffentlichungen zuwendet, die von verschiedenen Formen der Eltern-Kleinkind-Therapie und Eltern-Kleinkind-Beratung handeln. In diesen Publikationen wird zwar – auch aus tiefenpsychologischer Sicht – verdeutlicht, daß manche Familien mit Säuglingen speziellen Belastungen ausgesetzt sind und deshalb besonderer Formen der Hilfe bedürfen: Brisch (2000) spricht in diesem Zusammenhang etwa von „präventiver Psychotherapie“ für Eltern frühgeborener Kinder; Messerer (1999, in diesem Heft) vom Angebot der Frühförderung, die sich an Eltern behinderter Kleinkinder wendet; und Fraiberg (1980) von einer speziellen Form von Psychotherapie, die innerhalb des häuslichen Umfeldes solchen Eltern angeboten wird, die auf Grund aktualisierter neurotischer Konflikte nicht in der Lage sind, zu ihrem Baby förderliche Beziehungen einzugehen. Über Angebote der begleitenden Beratung von Paaren, die einen Säugling adoptieren, ist allerdings auch in diesen Veröffentlichungen nichts nachzulesen.

Anregend ist in diesem Zusammenhang freilich Fraiberg (1980, 59ff), die in Hinblick auf die Konzeption unterschiedlicher Therapie- und Beratungsformen zwischen drei Gruppen von Belastungen unterscheidet, die sie mit jeweils unterschiedlichen Formen der Unterstützung von Eltern in Verbindung bringt:

- Neben der Eltern-Kind-Psychotherapie (*infant-parent psychotherapy*) für Eltern mit aktualisierten neurotischen Konflikten spricht sie von kurzer Krisenintervention (*brief crises intervention*), die dann angezeigt ist, wenn sich Eltern, die grundsätzlich für ihr Kind ausreichend gut sorgen können, mit plötzlich eintretenden, emotional belastenden äußeren Ereignissen konfrontiert sehen, die es ihnen nicht erlauben, ihrem Baby das nötige Maß an Fürsorglichkeit entgegenzubringen. Ein Beispiel dafür wäre etwa der Tod eines nahen Verwandten, der auf elterlicher Seite Trauer nach sich zieht und zur Folge hat, daß Eltern wegen dieser Trauer Signale des Babys falsch interpretieren oder zu niedergeschlagen sind, um den Bedürfnissen des Babys in angemessener Form nachzukommen. Wenn nun das Baby seinerseits heftig reagiert – sei es durch Rückzug oder durch exzessives Schreien –, so kann dies eine erhebliche Belastung der frühen Eltern-Kind-Beziehung darstellen. Die Gründe für das Zustandekommen dieser Schwierigkeiten werden von Eltern häufig nicht verstanden; und deshalb wird den Eltern geholfen, Verbindungen zwischen den Schwierigkeiten des Babys und der Bedeutung, die ein belastendes Ereignis für sie hatte, herzustellen, und es wird versucht, ihnen zu helfen, sich von den malignen Formen der Reaktion auf das auslösende, belastende Ereignis zu lösen (was etwa bedeuten kann, daß Eltern in ihrer „Trauerarbeit“ im Sinne von Bogyi [1999] unterstützt werden).
- Nochmals anders verhält es sich nach Fraiberg (1980, 60f) mit Eltern, die grundsätzlich die Fähigkeiten haben, „good enough parents“ im Sinne von Winnicott (1954, 159; 1966) zu werden, die ihre Elternschaft aber in Situationen auszuüben haben, die ganz besonderer Fähigkeiten (*parenting capabilities*) bedürfen, über welche Eltern üblicherweise nicht verfügen. Fraiberg denkt in diesem Zusammenhang an Eltern von Kindern, die zu früh zur Welt gekommen sind, die chronisch krank sind oder die eine Behinderung aufweisen. Nach Fraiberg haben auch diese Eltern mitunter Unterstützung durch Krisenintervention nötig; und ihre

Lebenssituation aktualisiert mitunter neurotische Konflikte, welche im Rahmen einer Eltern-Kind-Therapie bearbeitet werden sollten. Wie es sich damit aber auch immer verhält – jedenfalls benötigt diese Gruppe von Eltern bestimmte Fähigkeiten, die im Regelfall erst erworben und ausgebildet werden müssen; und anleitend-unterstützende Formen von entwicklungsorientierter Begleitung und Beratung (*developmental guidance-supportive treatment*) wären dann die angemessene Art von Hilfe, die es Eltern – aus Fraibergs Sicht – anzubieten oder nahezubringen gilt.

Vergegenwärtigt man sich die oben skizzierte Situation von Paaren, die einen Säugling adoptieren, so ist offensichtlich, daß sie zum Zeitpunkt der Adoption kaum über all jene Fähigkeiten verfügen, die sie benötigen, um mit der schwierigen und belastenden Situation und all den damit verbundenen vielschichtigen Gefühlen alleine und auf sich gestellt denkbar gut zurechtzukommen. Deshalb sind wir der Ansicht, daß Paare, die einen Säugling adoptieren, ebenfalls der Gruppe jener Eltern zuzurechnen sind, denen eine bestimmte Form von „*developmental guidance-supportive treatment*“ im Sinne Fraibergs (1980, 60f, 65ff) anzubieten ist. Als eine solche Form von „*developmental guidance-supportive treatment*“ verstehen wir auch jene begleitende Beratung, die sich an folgenden konzeptionellen Gesichtspunkten orientiert:

#### 4.1 Die Anbahnung und Eröffnung der Beratung

Für das Zustandekommen und für den weiteren Verlauf der begleitenden Beratung ist der institutionelle Kontext bedeutsam, in dem die Adoptiveltern ihr künftiges Adoptivkind kennenlernen. Dieser institutionelle Kontext ist durch den Umstand mitdefiniert, daß Säuglinge, die zur Adoption freigegeben sind, „zur vorläufigen Aufbewahrung“ in die Kinderabteilung des Landeskrankenhauses Mödling aufgenommen werden. Wird ein Paar, das einen Säugling adoptieren will, vom Jugendamt verständigt, so kommt es zunächst ins Krankenhaus, um den Säugling zu sehen. Da sich Adoptiveltern meist schon nach wenigen Stunden dafür entscheiden, den Säugling zu adoptieren, wird ihnen im Krankenhaus ein Mutter-Kind-Zimmer angeboten, um zunächst „unter ärztlicher und pflegerischer Aufsicht“ das Kind und seine Bedürfnisse kennenlernen zu können. Dieses Angebot nehmen Adoptiveltern im Regelfall gerne an, da sie sich von der Plötzlichkeit der eintretenden Ereignisse ohnehin überfordert fühlen und somit die Möglichkeit erhalten, sich äußerlich (in Hinblick auf die Anschaffung von Kinderbett, Bettwäsche, Gewand oder Pflegeutensilien) *und* innerlich auf die Übernahme der Verantwortung für den Säugling zumindest ein wenig einstellen zu können. Die Adoptivmutter bleibt dann in der Regel drei bis vier Tage lang im Spital aufgenommen, und die Schwestern bemühen sich, sie (und nach Möglichkeit auch den werdenden Adoptivvater) in dieser Zeit mit der Pflege des Neugeborenen vertraut zu machen.

Während des stationären Aufenthaltes wird den Adoptiveltern vom stationsführenden Oberarzt angeboten, ein Gespräch mit einer Mitarbeiterin des Krankenhauses zu führen, die Kinderkrankenschwester und Psychotherapeutin ist: Mit ihr könnten die Eltern über sich und ihre Gefühle sprechen. (Bislang haben alle werdenden Adoptiveltern dieses Angebot angenommen.)

Während des stationären Aufenthaltes finden dann zwei solche Gespräche statt, wobei die werdenden Adoptiveltern gebeten sind, „ihr Kind“ zum Gespräch mitzunehmen. Im *ersten Gespräch* werden die Eltern vor allem eingeladen, von sich und ihrem Wunsch nach einem Baby zu erzählen. Im *zweiten Gespräch* wird dann die Aufmerksamkeit auf das Baby gelenkt, das die Adoptiveltern annehmen möchten und mit dem sie nach Hause gehen werden. Im Laufe dieser zwei Gespräche gilt es überdies deutlich zu machen, weshalb den Adoptiveltern auch eine weiterführende beratende Begleitung angeboten wird. Da Adoptiveltern möglichst schnell „normale Eltern“ sein möchten, ist es in diesem Zusammenhang besonders wichtig, daß sich die Beraterin in spürbarer Weise in die Situation von Adoptiveltern einfühlen kann und somit auch von den Schwierigkeiten weiß, die sich für die Eltern im Moment sowie in nächster Zukunft ergeben.

#### 4.2 *Frequenz und Setting*

Mit den Adoptiveltern wird vereinbart, daß sie einmal pro Monat zu einem Gespräch eingeladen werden. Treten besondere Probleme auf, so können zusätzliche Termine vereinbart werden.

Die Adoptiveltern sind gebeten, zu diesen Gesprächen zu dritt – also mit dem Baby – zu kommen. Ähnlich, wie es im Konzept des „Under Fives' Councelling“ vorgesehen ist (vgl. dazu Daws 1999, Diem-Wille 1999 a, b sowie Messerer in diesem Heft), spricht für die Wahl dieses Settings zum einen der Umstand, daß die unmittelbare Anwesenheit des Babys den Adoptiveltern hilft, dem Erleben äußerst nahe zu sein, das sie auch zu Hause empfinden, wenn sie mit dem Baby zusammen sind. In diesem Sinn aktualisiert die Anwesenheit des Babys bedeutsame Dimensionen des elterlichen Erlebens, das in der Beratungssituation zum Ausdruck gebracht, verstanden und besprochen werden kann. Zum anderen eröffnet dieses Setting die Möglichkeit, real zu beobachten, wie Adoptiveltern ihre Beziehung zum Säugling sowie ihre Beziehung zueinander gestalten, wie sie aufeinander reagieren, wie sie auf das Baby eingehen. Auch das erlaubt ein vertieftes Verstehen der soeben neu entstehenden innerfamiliären Beziehungen sowie ein unmittelbares Bezugnehmen darauf, was im Hier und Jetzt zwischen den Eltern, vor allem aber auch zwischen den Eltern und dem Baby ausgemacht werden kann. Zum dritten ist festzuhalten, daß die Beraterin in diesem Setting die Gelegenheit erhält, am Interaktions- und Beziehungsgeschehen, das in der Situation mit dem Baby entsteht, im Sinne Lorenzers (1973, 195ff) teilzuhaben und in dieses Interaktions- und Beziehungsgeschehen selbst eingebunden zu werden. Das Erleben dieser Teilhabe und das Gewahrwerden von damit verbundenen Gefühlen, Phantasien, Eindrücken oder Impulsen erlauben es der Beraterin, eigene Reaktionen als Gegenübertragungsphänomene zu begreifen, deren Reflexion ebenfalls Zugang schafft zum Verstehen von bewußten, vor allem aber unbewußten Dimensionen des Beziehungsgeschehens, das sich in der werdenden Adoptivfamilie zu entfalten beginnt.

#### 4.3 *„Frei flottierende Aufmerksamkeit“ und Themenwahl*

Die Beraterin eröffnet die Gespräche häufig mit einer offen gestellten Frage, in welcher die Beziehung der Adoptiveltern zum Säugling ganz allgemein angesprochen wird (etwa: „Wie geht es Ihnen mit Nina?“). In der Folge achtet die Beraterin dar-

auf, was die Eltern erzählen und in welcher Weise sie dies tun; welche Interaktionen und Beziehungen in der Beratungssituation entstehen oder ausmachbar werden; und welche Gefühle und Gedanken dabei die Beraterin bei sich selbst zu spüren beginnt. Die Grundhaltung der Beraterin ist der „frei flottierenden Aufmerksamkeit“ ähnlich, die Daws (1999) folgendermaßen beschreibt:

„Was ich ihnen (den Eltern; Anm.) zunächst bieten kann, ist schlicht meine *frei flottierende Aufmerksamkeit*. Wenn sie ihre Geschichte erzählen, knüpfen sich *unbewußte Fäden* aneinander, und Verbindungen werden deutlich. Da ich nicht sofort Lösungen anbiete, neigen sie weniger dazu, ablehnend zu reagieren. Sie können weiterhin frei assoziieren und mich als interessierten und aufnehmenden Menschen wahrnehmen, der imstande ist, eine Menge von Information zu behalten. Es ist bemerkenswert, wie Eltern in diesem Setting sehr dichte Informationen in sparsamer Weise übermitteln können“ (Daws 1999, 143).

Indem die Beraterin diese Haltung der „frei flottierenden Aufmerksamkeit“ einnimmt, bemüht sie sich um ein „emotionale(s) Aufnehmen der gesagten und gemeinten, d. h. oft unbewußt zwischen den Zeilen“ zum Ausdruck gebrachten Themen (Diem-Wille 1999 a, 102). Sie bietet den Eltern damit „Containment“ im Sinne von Bion (1962; vgl. auch Lazar 1993), was freilich auch bedeutet, daß sie mitunter auch das zur Sprache bringt und zu verstehen hilft, was die Eltern in latenter Weise zu beschäftigen scheint.

Vieles deutet darauf hin, daß es für die Beraterin sinnvoll ist, vornehmlich solche Themen aufzugreifen und zu besprechen, die – in manifester oder latenter Weise – von den Adoptiveltern selbst aufgebracht werden; zumal andernfalls mit Abwehr und Widerstand zu rechnen ist. Dessen ungeachtet, bemüht sich die Beraterin auch von sich aus, darauf zu achten, daß bestimmte Themen, mit denen Adoptiveltern als Adoptiveltern befaßt sind, nicht völlig unbesprochen und unbearbeitet bleiben. Zu diesen Themen zählen folgende:

- der oft jahrelange, unerfüllte Wunsch nach einem Baby; Gründe, die vermutlich (oder auch offensichtlich) dafür ausschlaggebend sind, daß die Eltern kein Kind empfangen oder zur Welt gebracht haben, das sie selbst zeugten; die Bedeutung, die Unfruchtbarkeit oder Zeugungsunfähigkeit für das Paar hat, und die Frage nach Gefühlen der Kränkung und der Wut, die damit auf Seiten des Mannes und/oder der Frau häufig verbunden sind;
- die Gedanken und Gefühle, die entstanden sind, als das Paar plötzlich erfuhr, daß ein Baby „für sie da sei“; die Bedeutung der Tatsache, daß das Paar wenig Zeit hatte, die Position von Vater und Mutter einzunehmen; der „plötzliche“ Abschied von Beruf und dem Leben zu zweit;
- das Entstehen von „Mutter-“ und „Vatergefühlen“ sowie das Entstehen der Eltern-Kind-Beziehung angesichts der Angst, das Baby wieder verlieren zu können; das Erleben vielschichtiger, ambivalenter Gefühle (der Freude und Unsicherheit, der Kompetenz und Inkompetenz, des Stolzes und der ärgerlichen Ungeduld) in Alltagssituationen mit dem Baby;
- Phantasien, die dem Baby als Kind anderer leiblicher Eltern entgegengebracht werden; Phantasien über die leiblichen Eltern des Babys und damit verbundene ambivalente Gefühle und Impulse (wie Dankbarkeit, Neid, Vorwurf und Unverständnis), die den leiblichen Eltern des Babys gegenüber empfunden werden;

- Gedanken und Gefühle, welche auf die weitere Entwicklung des Babys und auf die weitere Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung bezogen sind; Gedanken der Adoptiveltern darüber, wann und wie das Kind über die Adoption später aufgeklärt werden sollte; sowie Phantasien und Sorgen der Adoptiveltern darüber, welche Bedeutung die leiblichen Eltern für das adoptierte Kind einmal erhalten werden (diese Phantasien hängen oft mit der Frage zusammen, ob das Kind die leiblichen Eltern später kennenlernen möchte und ob es sich mit den leiblichen Eltern stärker verbunden fühlen wird als mit den Adoptiveltern).

#### *4.4 Die weitere Gestaltung der Gespräche und die primäre Zielsetzung der Beratungsarbeit*

Es wäre mißverständlich zu meinen, die angeführten Themenbereiche würden in den Gesprächen der Reihe nach oder gar fragebogenartig „abgearbeitet“ werden. Die Beraterin ist vielmehr bedacht darauf, daß diese Themen nicht unbedacht ausgespart oder gar tabuisiert werden, und läßt grundsätzlich den Adoptiveltern Raum, damit diese jene Themen zur Sprache oder auch unbewußt zur Darstellung bringen können, mit denen sie als werdende Adoptiveltern beschäftigt sind. Die Arbeit der Beraterin orientiert sich an der primären Zielsetzung der Beratungsarbeit, die beschrieben werden kann als

Unterstützung der werdenden Adoptiveltern in der Entwicklung ihrer Fähigkeit und Bereitschaft, eine möglichst einfühlsame, verlässliche und somit förderliche Beziehung zum Baby einzugehen, die möglichst wenig belastet ist von inneren Schwierigkeiten, denen Eltern als Adoptiveltern ausgesetzt sind und die nur allzu schnell dazu führen, daß Ängste oder Phantasien das Erleben, Denken und Handeln der Eltern – und somit auch die entstehende Eltern-Kind-Beziehung – belastend beeinflussen.

Die Beratungsarbeit, die an dieser Zielsetzung orientiert ist, schließt mehrere Punkte mit ein:

- (a) Manifeste und latente Erzählungen und Darstellungen der Eltern werden durchgängig aufgegriffen, kommentiert und mitunter auch gedeutet, um auf diese Weise die Fähigkeit der Eltern zu unterstützen, über sich und das Baby verstehend nachzudenken und einzelne Geschehnisse im Sinne Fonagys zu „mentalalisieren“ (Fonagy 1998). Dies vermag einerseits der Sensibilität förderlich zu sein, mit der Adoptiveltern sich und ihren Babys plötzlich zu begegnen haben, vermag Adoptiveltern aber auch zu entlasten, wenn sie beunruhigende Gefühle und Gedanken äußern, teilen und besprechen können. Entlastungen können sich vor allem auch dann einstellen, wenn es gelingt, Zusammenhänge zwischen einzelnen Gefühlen und Gedanken einerseits und der besonderen Situation andererseits herzustellen, in der sich Adoptiveltern von Babys befinden.
- (b) Wird das Erleben, werden Gedanken und Phantasien von Adoptiveltern besprochen, so wird darauf geachtet, daß bereits im Ansatz unangemessen-verzerrende Wahrnehmungen des Säuglings oder unangemessen-verzerrende Einschätzungen der Eltern-Kind-Beziehung (im Sinne von Figdors „pädagogischen Geistern“) erkannt und verstanden werden – was zumeist eine Lindering, wenn nicht gar Auflösung solcher Wahrnehmungen und Einschätzungen nach sich zieht (vgl. Figdor 1999, 43ff). Dies ist bedeutsam, weil die Fixierung und Ausweitung solcher unangemessen-verzerrender Wahrnehmungen oder Einschätzungen zur Entstehung von erheblichen Beziehungs- und Entwicklungsproblemen führen können (Dornes 2000, 228ff), eine Gefahr, der in der Beratungsarbeit häufig vorausspringend-prophylaktisch begegnet werden kann.
- (c) Da Paare, die einen Säugling adoptieren, kaum Zeit haben, sich so wie leibliche Eltern konkret auf ihre Elternschaft und somit auf das werdende Baby vorzubereiten, wird in der Beratungsarbeit darauf geachtet, Adoptiveltern mitunter auch „entwicklungspsychologische Beratung“ (Dornes 2000, 237) und „pädagogische Aufklärung“ (Figdor 1999) zukommen zu lassen. Dies

bedeutet, daß den werdenden Adoptiveltern manchmal auch sachliche Informationen gegeben werden; und gelegentlich werden ihnen gegenüber auch Empfehlungen und Einschätzungen ausgesprochen. Auch auf diese Weise wird versucht, den Adoptiveltern zu helfen, ein angemessenes inneres Bild von sich und ihrem Baby aufzubauen; Unsicherheiten und Ängste bezüglich der Entwicklung des Babys und der Entwicklung der Eltern-Kind-Beziehung zu lindern; und bei gleichzeitiger Beachtung vieler ambivalenter Gefühle die „Freude am Kind“ zu stärken (vgl. Datler u.a. 1999).

#### *4.5 Die Beendigung der Beratungsarbeit*

Die Dauer der Beratungsarbeit ist zum einen davon abhängig, wie lange die Eltern den Eindruck haben, die begleitende Beratung zu benötigen oder von der begleitenden Beratung zu profitieren. Sie hängt aber auch davon ab, wie lange die Beraterin die Arbeit für notwendig und sinnvoll hält. Wenn sie in den Gesprächen mit den Adoptiveltern den Eindruck gewinnt, daß es den Adoptiveltern möglich ist, die begonnene Beziehung zum Baby in förderlicher Weise weiterzuführen, über Ängste und Gefühle selbständig nachzudenken und ihren gegebenen Möglichkeiten entsprechend zu handeln, beginnt sie über eine Beendigung der Begleitung zu sprechen. Letztlich wird das Ende der beratenden Begleitung jedenfalls von den Adoptiveltern gemeinsam mit der Beraterin besprochen und festgelegt.

### **5. Die ersten neun Monate von Sarah und ihren Adoptiveltern R.: Ein Beispiel für den Prozeß einer begleitenden Beratung**

Nach dieser knappen Darstellung von zentralen Gesichtspunkten, an denen sich das hier vorgestellte Konzept der beratenden Begleitung von Adoptiveltern orientiert, möchten wir in exemplarischer Absicht einen längeren Ausschnitt aus einem Beratungsprozeß skizzieren. Es handelt sich dabei um die ersten neun Monate der Beratungsarbeit mit dem Ehepaar R., das ein neugeborenes Mädchen adoptieren möchte, das den Namen Sarah erhalten soll. Die Beraterin schildert diese Beratungsarbeit folgendermaßen:

„Sarah wurde im Krankenhaus Mödling geboren und von ihrer Mutter zur Adoption freigegeben. Obwohl das Mädchen den Namen Jacqueline von ihrer leiblichen Mutter bekommen hatte, wurde sie, da sie zur Adoption freigegeben war, nur unter ‚Mädchen‘ geführt. Den Namen Sarah wählten die Adoptiveltern – und von da an wurde das Mädchen Sarah genannt. Sarah lag auf der Neugeborenenstation und wurde die ersten vier Tage über von den Kinderkrankenschwestern versorgt.

Die zuständige Sozialarbeiterin rief den stationsführenden Oberarzt an, um ihm das in Frage kommende Adoptivelternpaar anzukündigen. Nachdem das Ehepaar das Baby gesehen hatte, entschied es sich sofort, das Baby adoptieren zu wollen. Tags darauf zog die werdende Adoptivmutter ins Mutter-Kind-Zimmer ein, um Sarah selbständig zu versorgen.

Der stationsführende Oberarzt schlug den Adoptiveltern vor, ein Beratungsgespräch mit einer Mitarbeiterin zu führen, die Kinderkrankenschwester und Psychotherapeutin ist. Dieses Gespräch würde ihnen die Möglichkeit geben, über sich und ihre Gefühle zu sprechen. Die Adoptiveltern nahmen an, und es wurde ein Termin für den frühen Nachmittag vereinbart.

#### **Erstes Gespräch (Sarah ist 5 Tage alt)**

Nachdem ich das Ehepaar R. und Sarah begrüßt habe, beginne ich das Gespräch und erkläre, daß ich Eltern zu unterschiedlichsten Themen berate und begleite. Da ich mir vorstellen kann, daß Sarah sehr überraschend in ihr Leben getreten ist und dadurch viele Gedanken und Gefühle ausgelöst wurden, möchte ich ihnen gerne ein Gespräch anbieten. Ich bitte sie, über ihren Wunsch, ein Kind zu adoptieren, zu erzählen.

Frau R. erzählt, daß Herr und Frau R. seit fünf Jahren auf ein Adoptivkind warten. Sie hätten bereits zahlreiche Inseminationsversuche hinter sich. Erst in der vorigen Woche wurde Frau R. ein Spendersamen eingesetzt. Frau R. erzählt weiters, daß das Kinderkriegen an ihrem Mann scheitere und daß es für sie ein großes Problem darstelle, nicht von dem Mann ein Kind zu bekommen, den sie liebe.

Ich frage Herrn R., wie es für ihn sei, nicht zeugungsfähig zu sein. Er meint, für ihn sei es nicht so schwer, er könne sehr gut das Kind eines anderen Mannes annehmen. Wenn der Spendersamen aufgehe, wäre es ja das Kind von seiner Frau, und das genüge ihm.

Da mir auffällt, daß wir von einer Schwangerschaft reden, obwohl es hier unmittelbar um den möglichen Beginn einer Adoption geht, frage ich Frau R., wie es ihr damit gehe, daß sie sich für Sarah entschieden habe, ohne zu wissen, ob der Inseminationsversuch erfolgreich verlaufe und der Samen aufgehe. Sie sagt, daß sie nächste Woche wissen werde, ob sie schwanger sei, daß sie sich jetzt in den zwei Tagen ganz auf Sarah eingestellt habe und wenig über die künstliche Befruchtung nachdenke. Sie hätte der Sozialarbeiterin davon erzählt, welche meinte, sie könne ja kein Baby aufziehen, wenn sie schwanger sei. Herr R. meint, daß Herr und Frau R. jetzt die Pflegevormundschaft hätten, daß beide bis zur nächsten Woche mehr wüßten, daß sie jetzt Sarah hätten und daß sie Sarah, wenn alles klappe, nicht mehr hergeben wollten.

Ich frage beide, welche Informationen sie über die Schwangerschaft und die Eltern von Sarah haben. Frau R. sagt, daß Sarah das dritte Kind sei, daß ihre Mutter im Frauenhaus wohne und aus Mazedonien stamme. Herr R. sagt, daß Sarah ehelich geboren sei, ihre Eltern aber bereits geschieden wären. Sarah sei von einem anderen Mann, der für eine Abtreibung gewesen sei. Uneinigkeit bestehe, ob die ersten zwei Kinder bei der Mutter im Frauenhaus oder beim Ex-Mann lebten. Herr R. meint, daß letzteres rechtlich schwieriger sei, da der Ehemann Anspruch auf das Baby erheben könnte, aber auch der Kindesvater und die Kindesmutter. Ich sage zu Herrn R., sie machten sich beide Gedanken darüber, wie sicher es sei, daß Sarah bei ihnen bleiben werde. Er stimmt zu und ergänzt, daß sich darum das Jugendamt kümmern würde.

Sarah schläft die ganze Zeit über im Arm ihrer vielleicht künftigen Adoptivmutter. Frau R. hält sie sehr liebevoll, und ich frage sie, wie es ihr in den letzten beiden Tagen im Mutter-Kind-Zimmer gegangen sei. Sie strahlt und sagt, daß sie keine Zeit zum Nachdenken gehabt habe: Sie sei immer mit Sarah beschäftigt, müsse sie immer ansehen und komme schon gut zurecht. Ihr Mann habe sich freigenommen und besorge alle Dinge, die sie für Sarah brauchen.

Um die Stunde zusammen zu fassen, sage ich zu den Adoptiveltern, daß sich ihr Leben durch Sarah plötzlich sehr verändert habe. Frau R.s Tag sei mit Sarah ausgefüllt, sie möchte Sarah sehr schnell kennenlernen und wisse schon gut, was Sarah brauche. Zum Adoptivvater sage ich, daß ich merke, daß ihm vieles durch den Kopf gehe. Beiden möchte ich eine ambulante Begleitung anbieten, die eine Möglichkeit darstelle, über ihre Erfahrungen mit Sarah und über die Gedanken, die sie beschäftigen, zu sprechen. Da die Eltern wissen, daß ich auch Kinderkrankenschwester bin, biete ich an, daß sie mit mir außerdem über allgemeine Themen der Säuglingspflege reden könnten. Die Adoptiveltern stimmen zu, und wir vereinbaren den nächsten Termin in zwei Wochen.

### Zweites Gespräch (Sarah ist 3 Wochen alt)

Die Adoptiveltern erzählen, daß sie ohne ein ärztliches Entlassungsgespräch aus dem Krankenhaus entlassen worden seien. Sie hätten von einer Schwester einen Arztbrief und den Mutter-Kind-Paß erhalten. Es wäre gesagt worden, daß Sarah gesund sei. Beim Lesen des Arztbriefes wäre den Adoptiveltern jedoch einiges aufgefallen – von einer „suspekten Leistenhernie“, einer „Nabelhernie“ und „Sichelfüßen“ sei da die Rede. Im Mutter-Kind-Paß sei beim Thema *Extremitäten* und beim Thema *Abdomen* „abnorm“ angekreuzt. Die Adoptiveltern wären dann zur praktischen Ärztin gegangen. Diese sagte, daß der Nabel auffällig sei, und überwies sie zu einem Kinderarzt. Der meinte, der Nabel sei in Ordnung, aber die Leistenhernie sei auffällig. Er überwies sie an eine Kinderchirurgie. Dort meinte der Arzt, sie müssten mit dem Baby sofort dableiben. Obwohl der Samstag kein Operationstag sei, wurde sofort operiert.

Ich sage, daß ich merke, wie enttäuscht und verärgert sie sind, weil man ihnen nicht die Wahrheit gesagt habe und weil sie als „Eltern“ nicht ausreichend informiert worden seien. Frau R. sagt, daß sie sehr in Sorge wäre, daß aber zum Glück nichts passiert sei und daß sie nichts gegen die Station unternehmen wollten. Wenn sie als Mutter gewußt hätte, daß Sarah eine Hernie habe, hätte sie Sarah besser beobachten können, aber sie wußte es nicht.

Ich sage, daß sie selbst sehr aufmerksam gewesen wären und die richtigen Schritte unternommen hätten. Herr und Frau R. zeigen mir den Mutter-Kind-Paß, in dem „abnorm“ angekreuzt ist. Ich erlebe sehr oft, daß Ärzte kleinere Auffälligkeiten als „abnorm“ einstufen, ohne zu bedenken, wie kränkend und verunsichernd das von Eltern erlebt wird. Als ich dies zum Ausdruck bringe, sagen die Eltern, daß sie am Anfang schockiert gewesen wären, jetzt aber wüßten, daß Sichelfüße korrigiert werden können.

Bezugnehmend auf den Inseminationsversuch erzählt Frau R., daß sich das Ei nicht eingemischt habe, wahrscheinlich wegen der ganzen Aufregung. Sie sei schon so auf Sarah eingestellt, daß sie froh darüber sei, daß der Inseminationsversuch nicht geglückt sei. Herr R. hält Sarah auf dem Arm, sie schläft, und er erzählt, daß er am Abend Sarah füttere, auch wickle. Frau R. lacht, und sie erzählt, daß Herr R. am Anfang nicht wickeln wollte. Sie erwähnt, wieviel Sarah trinke, daß sie ab und zu erbreche, daß sie aber gut zunehme und daß sie sich deshalb wegen des Erbrechens keine Sorgen mache. Abends sei sie sehr unruhig. Beide würden mit ihr stundenlang spazierengehen, bis sie einschläft.

### Drittes Gespräch (Sarah ist 9 Wochen alt)

Am Anfang reden die Adoptiveltern über das Trinken, übers Schlafen, daß Sarah unproblematisch sei und sie mit ihr überall hingehen könnten. Besonders der Adoptivvater habe keine Probleme, sie könnten mit Sarah, so sagt er, auf jedes Fest gehen. Für ihn habe sich von der Mannrolle hin zur Vaterrolle nicht viel verändert, genauso hätte er es sich vorgestellt, meint er.

Ich frage, wie es Frau R. mit der Mutterrolle gehe, und sie sagt, daß sie sehr unkonzentriert sei, wenn sie mit anderen spreche, daß sie abwesend sei, weil sie sich immer mit Sarah beschäftige. Der Vormittag sei schwierig, oft könne sie selbst erst zu Mittag duschen. Sie hätte nicht gedacht, daß das ‚Mutter-Sein‘ so anstrengend sei. Sie erzählt, daß sie einen Erste-Hilfe-Kurs gemacht habe. Dort wäre über den plötzlichen Säuglingstod gesprochen worden. Das hätte sie ganz irritiert und ihr Angst um Sarah gemacht. Ich sage, daß Sarah sehr viel Raum und Besorgnis in ihr einnehme, daß ihre Bedürfnisse hintanstünden und daß es dadurch für sie oft sehr anstrengend würde.

Herr R. sagt daraufhin, daß seine Frau Sarah viel zu viel herumtrage. Seiner Meinung nach würde Sarah gerne allein liegen, das Herumgetragenwerden wäre ihr sicher manchmal zu viel. Frau R. sagt, daß sie sich nicht gut fühle, wenn Sarah drei Stunden im Bett liege. Sie hätte auch das Gefühl, als Mutter zu wenig zu tun, außerdem hätte Sarah einiges aufzuholen. Ich sage, daß Frau R. auch als Mutter etwas zum Aufholen hätte, da sie Sarah ja nicht im Bauch gehabt habe. Ihr fehle diese Zeit. Frau R. stimmt zu und sagt, daß sie Sarah vielleicht deshalb so viel herumtrage, weil sie selbst es brauche.

Zu Herrn R. sage ich, daß es für ihn vielleicht auch manchmal zu viel sei, wenn für ihn und seine Frau so wenig Zeit bleibe. Er sagt, er würde gerne mit seiner Frau essen gehen, aber sie möchte lieber zu Hause bleiben. Frau R. meint, daß sie einmal weg gewesen wären, nach dreißig Minuten jedoch von ihrer babysittenden Schwiegermutter angerufen worden wären, weil diese Sarah nicht beruhigen konnte. Sie wären dann schnell wieder nach Hause gefahren. Frau R. meint, daß Sarah noch nicht sicher genug wäre, um bei ihrer Schwiegermutter bleiben zu können.

### Viertes Gespräch (Sarah ist 3,5 Monate alt)

Die Adoptiveltern erzählen von Sarah, daß sie brav schlafe, sehr viel plaudere und daß sie Herrn und Frau R. schon bewußt anlache. Sarah sei wach, liege am Schoß des Vaters und spiele mit seinen Fingern. Die Adoptiveltern wirken beide sehr stolz auf Sarah, Sarah wirkt sehr zufrieden. Ich sage, daß ich merke, wie stolz sie auf Sarah seien und daß sie viel Freude mit ihr hätten.

Dann erzählt Frau R., daß sie sich Gedanken über die leiblichen Eltern mache. Über die Mutter wisse sie ja einiges, und von ihr könne sie sich ein Bild machen. ‚Welches Bild?‘, frage ich. Sie sagt, sie denke, sie sei eine gute Frau, hätte auch die Schwangerschaft ärztlich kontrollieren lassen und Sarah nicht abgetrieben. Über den Kindesvater wisse sie nichts, aber es heiße ja, Mädchen würden wie die Väter. Ich frage, welches Bild sie vom leiblichen Vater habe. Frau R. meint, sie habe keines, aber sie überlege, ob er ein Verbrecher oder ein Zuhälter sei. Herr R. meint, er glaube nicht, daß die Frau vergewaltigt worden wäre, sondern daß sie den Mann schon gekannt hätte. Ich bemerke den Eltern gegenüber, daß ihnen vieles durch den Kopf gehe. Frau R. stimmt zu. Sie möchte wissen, wieviel vererbt werde und ob das, was sie dem Kind mitgeben, ausreichen könne, damit es ein guter Mensch werde. Ich bekunde mein Verständnis dafür, daß sich die

Adoptiveltern fragten, was mehr Gewicht habe – das, was Sarah von den leiblichen Eltern erhalten habe, oder das, was sie von ihren Adoptiveltern mitbekomme. Ich erkläre, daß der Mensch von Geburt aus weder gut noch böse sei und daß sie Sarah sehr viel mitgeben könnten.

Dann reden sie über ihre Ängste, sie könnten Sarah wieder verlieren. Frau R. meint, sie hörten jetzt überall Geschichten darüber, wer ‚sein‘ Kind wieder hergeben habe müssen. Das belaste sie sehr. Herr R. sagt, daß es wie ein Tod wäre, wenn sie Sarah wieder hergeben müssten. Ich antworte, daß diese Unsicherheit immer wieder hochkomme und beide sehr belaste. Frau R. setzt fort und erzählt, daß sie auch überlege, wann sie Sarah sagen sollte, daß sie adoptiert sei. Alle meinen, es sollte sehr früh geschehen, wenn sie zwei Jahre alt sei. Frau R. habe auch Angst, daß Sarah es von anderen erfahren könnte. An Arbeiten wie jene von Wieder (1990 b,c) sowie Hodges und Berger (1991) denkend, sage ich, daß ich ein Alter von zwei Jahren für zu früh halte, und meine, daß sie selbst am besten entscheiden und beurteilen könnten, wann Sarah das Thema begreifen und mit ihrer Hilfe bearbeiten könne.

#### **Fünftes Gespräch (Sarah ist 4,5 Monate alt)**

Die Adoptiveltern berichten über die Fortschritte von Sarah. Sie erzählen, daß Sarah wegen der Sichelhüfte einen Gips trage. Der Arzt meinte, daß dies nicht so schlimm wäre und daß Sarah nach 4 Wochen orthopädische Schuhe bekomme.

Auf meine Frage, was sie derzeit überdies beschäftige, antwortet Frau R., daß sie im Moment nicht an die leiblichen Eltern denke, vielmehr habe sie das Gefühl, es würde diese gar nicht geben. Im nächsten Satz erzählt Frau R. allerdings schon von ihrer Angst, Sarah zu verlieren. Sie könne sich nicht vorstellen, sie wieder hergeben zu müssen, sie könne sich überhaupt ein Leben ohne Sarah nicht mehr vorstellen. Ihrem Mann fällt auf, daß Frau R. immer nur von sich spreche, für ihn wäre es ja auch sehr schwer, Sarah zu verlieren. Frau R. sagt, sie überlege, daß die Zeit kommen werde, in der Sarah das Recht habe, den Namen der leiblichen Eltern zu erfahren. Auf die Frage, wann dies ihrer Meinung nach sein werde, meint Frau R., etwa dann, wenn Sarah 14, 15 oder 16 Jahre alt sei. Gleichzeitig habe sie die Vorstellung, daß Herr und Frau R. dann als ‚Eltern‘ zurücktreten müßten. Was bedeute ‚zurücktreten‘ für sie, frage ich. Frau R. erklärt mir, daß sie ihrer Tochter dann nicht im Wege stehen möchte, wenn diese ihre leiblichen Eltern kennenlernen möchte.

#### **Sechstes Gespräch (Sarah ist 6 Monate alt)**

In dieser Stunde ist Sarah mit ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten Thema. Es geht vor allem um die Frage, ob Herr und Frau R. als Adoptiveltern in der Lage wären, diesen Bedürfnissen gerecht zu werden. Ich habe den Eindruck, Herr und Frau R. suchen nach Bestätigung. Ich sage zu ihnen, daß sie sich viele Gedanken machten, daß sie für Sarah sehr gut sorgen würden, daß sie selbst aber unsicher seien, ob all das genüge.

#### **Siebttes Gespräch (Sarah ist 7 Monate alt)**

In dieser Stunde erzählen mir die Adoptiveltern, sie hätten entschieden, die orthopädischen Schuhe stundenweise von Sarahs Fuß zu nehmen, um ihr auf diese Weise mehr Bewegungsfreiheit zu geben und das Spielen mit den nackten Füßen zu ermöglichen. Herr und Frau R. hätten dies entschieden, obwohl der Arzt trotz der Tatsache, daß die Füße schon in Ordnung seien, geraten hatte, die Schuhe noch nicht abzunehmen. Ich sage, daß mir auffalle, daß Herr und Frau R. schon sehr gut eigene Ideen unter Berücksichtigung der realen Gegebenheiten umsetzen können. Ich habe den Eindruck, Sarah sei sehr gut entwickelt und kommuniziere abwechselnd mit Mutter und Vater. Sie plaudere viel, spiele geschickt und mache den Eindruck, sehr glücklich zu sein, was ich den Adoptiveltern auch sage.

#### **Achstes Gespräch (Sarah ist 8 Monate alt)**

Herr und Frau R. berichten, daß Sarah noch immer orthopädische Schuhe trage, obwohl ihre Füße schon ganz in Ordnung wären. Der Arzt meine, Sarah solle die Schuhe noch drei Monate lang tragen, um zu verhindern, daß sich die Füße durch das Wachstum nochmals verdrehen. Die Adoptiveltern sind damit nicht zufrieden, da sich Sarah mit den Schuhen schwertue. Deshalb geben sie ihr die Schuhe tagsüber herunter.

Dann berichten die Adoptiveltern von Sarahs Schlafproblem. Sarah werde noch immer schlafend ins Gitterbett gelegt, das im elterlichen Zimmer stehe; und wenn sie noch nicht tief schlafe, werde sie dabei wieder wach. Um zwei Uhr in der Früh bekomme sie ein Fläschchen und dürfe dann im elterlichen Bett weiterschlafen. Seit zwei Wochen würden sich die Adoptiveltern dabei abwechseln, so daß jeweils der andere durchschlafen könne. Dem Vater gelinge es sehr gut, Sarah dann zum Weiterschlafen zu bringen, bei ihrer Mutter bleibe sie hingegen noch oft wach. Die Mutter überlege, ob sie Sarah schon ins Kinderzimmer übersiedeln solle.

Die Adoptivmutter erzählt weiters, Herr und Frau R. hätten große Probleme mit dem Füttern. Sarah wolle nicht mit dem Löffel essen, sie möchte lieber das Fläschchen. Das Nachbarskind esse schon sehr gut mit dem Löffel, und Frau R. wolle auch Sarah vermehrt auf den Löffel umgewöhnen, was jedoch große Probleme mache. Sie habe sich vorgenommen, ihrem Kind nie mit dem Essen nachlaufen oder sie spielerisch beim Essen ablenken zu wollen, jetzt stehe sie aber kurz davor, beides zu tun.

Ich weise darauf hin, daß sie Sarah mit dem Nachbarsbuben vergleiche, und bemerke, daß der etwas könne, was Sarah noch nicht mache. Und da Sarah noch stärker das Fläschchen möchte, könne sie auch nicht wie ihre Nachbarin mit dem Löffel füttern. Frau R. stimmt zu, und ich erkläre, daß sich Sarah in einem Alter befinde, in dem sie durchaus noch drei bis vier Mal die Flasche bekommen dürfe und daß Frau R. noch Zeit habe, Sarah an den Löffel zu gewöhnen. Die Adoptivmutter sagt, daß Sarah auch in der Nacht noch immer etwas wolle. Ich frage Frau R., wie es für sie sei, wenn es ihr nicht gelinge, Sarah in der Nacht völlig zufriedenzustellen. Frau R. erzählt von ihrer Aggression, davon, daß sie lauter werde, Sarah dann fester angreife, in der Folge große Schuldgefühle bekomme, Sarah hochnehme und tröste. Frau R. frage sich, ob das normal sei.

Ich sage, es sei schwer für Frau R., aggressive Gefühle und Gedanken gegen Sarah zuzulassen und Sarah fester anzugreifen. Viele Eltern fragten sich, warum sie sich das alles angetan hätten. Für Frau R. als Adoptivmutter könnte es besonders schwer sein, sich solche Gefühle und Gedanken einzugestehen. Die Adoptivmutter bejaht und erzählt, daß es ihr sehr schwerfalle, darüber zu reden. Als Sarah noch kleiner war, hätte sie schon einmal ihren Mann gefragt, ob sie Sarah nicht zurückgeben könnten. Ihr Mann sagt, daß er damals sehr böse geworden sei. Er hätte das nicht verstehen können, obwohl er schon gemerkt hätte, wie belastet Frau R. gewesen wäre.

Für Frau R. sei es besonders wichtig, alles perfekt und gut zu machen, das würde sie nämlich bei einem ‚eigenen Kind‘ auch tun wollen. Sarah halte es derzeit kaum alleine in einem anderen Raum aus. Wenn sie am Arm der Oma sei und die Mutter sehe, wolle sie sofort zu ihr.

Ich erkläre, daß Sarah mit ihren acht Monaten sehr gut zwischen ihr und ihrer Oma unterscheiden könne, und betone auch die Freude und den Stolz, den sie als Mutter empfinde. Zugleich fällt mir auf, daß Sarah beinahe bis zum Ende der Stunde am Schoß des Vaters sitzt. Er spielt mit ihr, kann mit mir reden und gleichzeitig auch auf Spielangebote Sarahs eingehen. Am Ende der Stunde will Sarah zur Mutter, die sie sofort zu sich nimmt.

Wir vereinbaren in 4 Wochen einen Termin, und Herr R. sagt, daß sie vielleicht dann schon mehr über die Adoption wüßten, da sie in drei Wochen beim Jugendamt einen Termin hätten. Ich frage, ob sie das sehr beunruhige. Frau R. verneint, daß sie sehr abgelenkt sei. Ihr Mann bejaht und sagt, daß die Vorstellung, Sarah zu verlieren, so furchtbar sei, daß er gar nicht daran denken könne. Frau R. meint, daß eine Trennung nun auch schon für Sarah ein Trauma darstellen würde, nicht nur für Herrn und Frau R. als Adoptiveltern“ (Huebmer 2000, 10ff).

Wir unterbrechen und beenden an dieser Stelle den Bericht, denn an der Darstellung dieser acht Beratungseinheiten wird bereits deutlich, in welchem Ausmaß die Beratungsarbeit von der Besonderheit der Situation bestimmt ist, in der sich Paare befinden, die einen Säugling adoptieren möchten. Während in anderen, vergleichbaren Therapie- und Beratungsberichten von Beginn weg ein bestimmtes Problem den Fokus der Arbeit darstellt (also z. B. Schlafschwierigkeiten des Babys oder depressive Stimmungen der Eltern), ist es hier die bloße Gegebenheit der Adoptionssituation, die den Anlaß für die Aufnahme der Beratungsarbeit darstellt. In den Beratungsgesprächen wechseln dann die Themen, weitgehend abhängig davon, wie sich die innere und äußere Situation der werdenden Adoptiveltern entwickelt. Auf diese Weise treten erst allmählich fokussierbare Themenbereiche in den Vordergrund: die Sorge um die körperliche Gesundheit des Babys; die Angst der Eltern, das Baby

zu verlieren; und die Schwierigkeit der Eltern, dem Baby im Alltag Trennung zuzumuten bei gleichzeitigem Verspüren des Wunsches, den Belastungen des Vater- und v. a. Mutter-Daseins etwas weniger ausgesetzt zu sein.

Dabei bemüht sich die Beraterin vorsichtig, die Situation der werdenden Adoptiveltern zu verstehen, mitunter bemüht sie sich aber auch darum, die Eltern zu beruhigen. Im vierten Gespräch bestärkt sie die Eltern auch ausdrücklich in ihrem Tun. Freilich wirft dies auch einige Fragen auf: Wäre es mitunter sinnvoll, mit Beruhigung und Bekräftigung etwas zurückhaltender zu sein und damit verbundene Unsicherheiten etwas länger auszuhalten, um auf diese Weise besser verstehen zu können, mit welchen Ängsten die werdenden Adoptiveltern zu kämpfen haben? Wäre es in diesem Sinn hilfreich, dem manifesten und latenten Erleben, den Phantasien und Gefühlen der werdenden Adoptiveltern konzentrierter nachzugehen? Wäre es angebracht, in deutender Weise Zusammenhänge herzustellen zwischen den Ängsten um die körperliche Gesundheit des Babys, dem möglichen Verlieren des Babys und den berichteten Schwierigkeiten, dem Baby in Alltagssituationen Trennung zuzumuten? Wäre der Beraterin in solchen und ähnlichen Situationen zu empfehlen, selbst in stärkerem Ausmaß zu fokussieren? Oder würde sie damit den Adoptiveltern in bedenklicher Weise jenen Raum einengen, den werdende Adoptiveltern benötigen, um von sich aus jene wechselnden Anliegen zur Sprache bringen zu können, mit denen sie sich jeweils am intensivsten befaßt sehen?

Fragen dieser Art werden im Zuge der Weiterentwicklung des Konzepts der begleitenden Beratung von Adoptiveltern, das wir hier erstmals vorgestellt haben, zu diskutieren und zu untersuchen sein.

## Literatur

- Barnes, M. J.* (1990): Die Angst der Adoptivkinder – der Prozeß des Durcharbeitens. In: *Harms, E., Strehlow, B.* (Hrsg.): Das Traumkind in der Realität. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 187–202
- Bernard, V. W.* (1990): Die Adoptionsbewerber sehen das Kind zum ersten Mal: ein kritischer Augenblick. In: *Harms, E., Strehlow, B.* (Hrsg.): Das Traumkind in der Realität. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 96–107
- Bittner, G.* (2001): Der Erwachsene. Multiples Ich in multipler Welt. Kohlhammer, Stuttgart
- Bogyi, G.* (1999): Wenn Kinder mit Todeserlebnissen konfrontiert sind. Grundzüge einer begleitenden Arbeit mit Eltern. In: *Datler, W., Figdor, H., Gstach, J.* (Hrsg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung heute. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 126–142
- Brazelton, T. B., Cramer, B. G.* (1990): Die frühe Bindung. Die erste Beziehung zwischen dem Baby und seinen Eltern. Klett-Cotta, Stuttgart
- Brinich, P. M.* (1990): Über mögliche Auswirkungen von Adoption auf Selbst- und Objekt-Repräsentanzen. In: *Harms, E., Strehlow, B.* (Hrsg.): Das Traumkind in der Realität. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 77–95
- Brisch, K. H.* (2000): Schutz- und Risikofaktoren für die Bindungsfähigkeit von Frühgeborenen – Grundlagen und präventive Psychotherapie. In: *Koch-Kneidl, L., Wiese, J.* (Hrsg.): Frühkindliche Interaktion und Psychoanalyse. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 91–106
- Brown, F. G.* (1959): Services to Adoptive Parents after Legal Adoption. *Child Welfare* 38: 16–22
- Datler, W., Figdor, H., Gstach, J.* (1999) (Hrsg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung heute. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Daws, D.* (1999): Beratung bei Schlafproblemen von Kindern. In: *Datler, W.* u. a. (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 10 (Themenschwerpunkt: Die frühe Kindheit). Psychosozial Verlag, Gießen, S. 143–153

- Dettmering, P.* (1994): Die Adoptionsphantasie. Adoption als Fiktion und Realität. Königshausen und Neumann, Würzburg
- Diem-Wille, G.* (1999 a): „Niemand hat mir jemals etwas gesagt...“. Die Falldarstellung einer Eltern-Kind-Therapie aus der Tavistock Clinic. In: *Datler, W. u. a.* (Hrsg.): Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 10 (Themenschwerpunkt: Die frühe Kindheit). Psychosozial Verlag, Gießen, S. 101–115
- (1999 b): Über den Zusammenhang zwischen Trennungsproblemen einer Mutter und Schlafproblemen eines Kleinkinds. Robin – eine Falldarstellung einer Eltern-Kleinkind-Beratung. In: *Datler, W., Figdor, H., Gstach, J.* (Hrsg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung heute. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 90–104
- (2002): Vom imaginären zum realen Baby (Arbeitstitel). In: *Datler, W., Diem-Wille, G.* (2002): Säuglinge und Kleinkinder. Kohlhammer, Stuttgart (in Druck)
- Dornes, M.* (2000): Die emotionale Welt des Kindes. Fischer, Frankfurt a. M.
- Edwards, J.* (2000): On being dropped and picked up: adopted children and their internal objects. In: *Journal of Child Psychotherapy* 26: 349–368
- Figdor, H.* (1999): Aufklärung, verantwortete Schuld und die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Grundprinzipien des Wiener Konzeptes psychoanalytisch-pädagogischer Erziehungsberatung. In: *Datler, W., Figdor, H., Gstach, J.* (Hrsg.): Die Wiederentdeckung der Freude am Kind. Psychoanalytisch-pädagogische Erziehungsberatung heute. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 32–60
- Fonagy, P.* (1998): Die Bedeutung der Dyade und der Triade für das wachsende Verständnis seelischer Zustände: Klinische Evidenz aus der psychoanalytischen Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: *Bürgin, D.* (Hrsg.): Triangulierung. Der Übergang zur Elternschaft. Schattauer, Stuttgart, S. 141–161
- Fraiberg, S.* (Ed.): *Clinical Studies in Infant Mental Health. The First Year of Life.* Tavistock Publications, London & New York
- Hodges, J., Berger, M.* (1991): Telling the Child about Adoption. In: *Szur, R., Miller, S. H.* (Ed.): *Extending horizons. Psychoanalytic Psychotherapy with Children, Adolescents and Families.* Karnac Books, London, S. 355–377
- Hopkins, J.* (2000): Overcoming a child's resistance to late adoption: how one new attachment can facilitate another. In: *Journal of Child Psychotherapy* 26: 335–348
- Huebmer, E.* (2000): Beratende Begleitung bei Adoptionen. Unpubliziertes Manuskript
- Humphrey, M., Ounsted, C.* (1964): Adoptive Families Referred for Psychiatric Advice: Part II. *British Journal of Psychiatry* 110: 549–555
- Lazar, R.* (1993): „Container – Contained“ und die helfende Beziehung. In: *Ermann, M.* (Hrsg.): *Die hilfreiche Beziehung in der Psychoanalyse.* Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 68–91
- Lorenzer, A.* (1973): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Messerer, K.* (1999): Ein psychoanalytisch-pädagogischer Blick in die Praxis der Mobilen Frühförderung: Ausschnitte aus der Geschichte von Natalie und ihrer Familie. In: *Datler, W. u. a.* (Hrsg.): *Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 10* (Themenschwerpunkt: Die frühe Kindheit). Psychosozial Verlag, Gießen, S. 63–83
- Pines, D.* (1997): Der weibliche Körper. Eine psychoanalytische Perspektive. Klett-Cotta, Stuttgart
- Raphael-Leff, J.* (1993): *Pregnancy. The inside story.* Sheldon Press, London
- Reeves, A. C.* (1971): Children with surrogate parents: cases seen in analytic therapy and an etiological hypothesis. *Journal of Medical Psychology* 44: 55–171
- Salzberger-Wittenberg, I.* (1999): Kurztherapeutische Arbeit mit Eltern von Kleinkindern. In: *Datler, W. u. a.* (Hrsg.): *Jahrbuch für Psychoanalytische Pädagogik 10* (Themenschwerpunkt: Die frühe Kindheit). Psychosozial Verlag, Gießen, S. 84–100
- Schlechter, M.* (1960): Observations on adopted children. *Archives of General Psychiatry* 3: 45–56
- Schleske, G.* (2000): Schwangerschaftsphantasien von Müttern und ihre psychoanalytische Bedeutung für die frühe Mutter-Kind-Beziehung. In: *Werkstattgruppe familienorientierte Frühförderung* (Hrsg.): *Das behinderte Kind und seine Eltern.* Asanger, Heidelberg, S. 20–48
- Schüle, J. A.* (1990): *Die Geburt der Eltern.* Westdeutscher Verlag, Opladen
- Simon, N. M., Sentura, A. G.* (1966): Adoption and Psychiatric Illness. *American Journal of Psychiatry* 122: 858–868
- Stern, D. N., Bruschweiler-Stern, N., Freeland, A.* (2000): *Geburt einer Mutter.* Piper, München u. a.
- Textor, M. R.* (1993): *Adoption. Grundlagen, Vermittlung, Nachbetreuung, Beratung.* Lambertus, Freiburg i. B., S. 223–231

- Toussien, P. W.* (1962): Thoughts Regarding the Etiology of Psychological Difficulties in Adopted Children. *Child Welfare* 41: 59–65
- Walsh, E. D., Lewis, F. S.* (1969): A Study of Adoptive Mothers in a Child Guidance Clinic. *Social Casework* 50: 87–594
- Wieder, H.* (1990 a): Die Familienromanphantasien adoptierter Kinder. In: *Harms, E., Strehlow, B.* (Hrsg.): *Das Traumkind in der Realität*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 25–33
- (1990 b): Sollen Betroffene über ihre Adoption aufgeklärt werden, und wann? In: *Harms, E., Strehlow, B.* (Hrsg.): *Das Traumkind in der Realität*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 34–47
- (1990 c): Wie verarbeiten Kinder die Mitteilung über ihre Adoption? In: *Harms, E., Strehlow, B.* (Hrsg.): *Das Traumkind in der Realität*. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, S. 48–65
- Wimmer-Puchinger, B.* (1992): *Schwangerschaft als Krise*. Springer, Berlin u. a.
- Winnicott, D. W.* (1954): Primäre Mütterlichkeit. In: *Winnicott, D. W.*: *Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse*. Kindler, München, 1976, S. 153–160
- (1966): Die hinreichend fürsorgliche Mutter. In: *Winnicott, D. W.*: *Das Baby und seine Mutter*. Stuttgart, Klett-Cotta, 1990, S. 15–26

Edith Huebmer  
Gebrüder Langgasse 10/18  
A-1150 Wien

Ao Univ.-Prof. Dr. Wilfried Datler  
Institut für Erziehungswissenschaft  
Universitätsstraße 7  
A-1010 Wien