

Fachtag im Helios- Klinikum Schleswig 14.09.2018

(aus Anlass des 20-jährigen Bestehens der Tagesklinik Baumhaus und zu Ehren von Dipl. Psych. Ulrike Behme-Matthiesen, die in den Ruhestand verabschiedet wird)

„Wirksamkeit der Eltern stärken ist gute Kindertherapie“

Karl Heinz Pleyer, Viersen

In der KJP Schleswig wird aus meiner Sicht ein hochmodernes Therapieangebot verwirklicht: fachlich auf dem neuesten Stand und deutschlandweit in Fachkreisen beachtet. Vergleiche ich diesen Entwicklungsstand mit dem, was ich bei meinem Berufseinstieg vorgefunden habe, dann hat sich in der KJP Enormes getan. Um das Erreichte würdigen zu können, lohnt sich ein Blick zurück auf die Entwicklungsschritte in unseren oft mühsamen Erkenntnisprozessen.

Ich möchte eine Art time-line skizzieren aus meiner Zeit in der KJP Viersen.

Meinen ersten Kontakt mit Psychiatrie hatte ich als Student:

Die Zeit der 60er Jahre war gekennzeichnet durch Mißtrauen gegenüber und Auflehnung gegen Autoritäten, Studenten brachten ihren Protest auf die Straße, besetzten Hörsäle, bewarfen Professoren mit Tomaten. Ein Jugendpsychiater hätte diagnostiziert: F 93.1 - ICD10 (Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten). Psychologen waren besonders aufmüpfig: Sie gingen in Jeans und Tshirt zu Prüfungen, während Medizinstudenten immer noch in schwarzem Anzug und Krawatte auftraten.

Mein erstes Praktikum in der Psychiatrischen Uniklinik Marburg hat einen nachhaltigen Eindruck hinterlassen. In einer neurologischen Fallkonferenz wurde ein 50-Jähriger mit einer schwergradigen Atrophie seines linken Beines aufgefordert, sich in Unterhose auf den Konferenztisch zu stellen, damit die rund 30 Teilnehmer mit freiem Blick auf sein entstelltes Bein ausgiebig fachsimpeln konnten. Gefühle von Beklommenheit, Scham und Empörung lösten in mir den Impuls aus, mit Tomaten zu werfen. Ich habe stattdessen verstummt das Schauspiel erduldet. Die Erinnerung an das Gefühl der Scham ist bis heute geblieben. Ebenso einige Fragen. Z.B.: Wie geht man mit Menschen um in Beziehungsstrukturen, die von auf der einen Seite von Macht und auf der anderen von Unterwerfung gekennzeichnet sind? Und (wann) ist es gerechtfertigt, die Menschenwürde nachrangig hinter ein wissenschaftliches oder fachliches Interesse zu stellen?

Die Psychiatrie war in den 60er Jahren im Umbruch. Die unrühmliche Rolle im 3. Reich kannte jeder. Sie wurde aber in Medien nur sehr zögerlich thematisiert. Die unmenschliche Behandlung, das Wegsperrten, das sog. Fixieren von Patienten, die hemmungslose Dosierung von Psychopharmaka, die hierarchischen Strukturen in den Kliniken etc. gerieten immer mehr in die öffentliche Kritik. In Italien wurden 1979 psychiatrische Anstalten komplett geschlossen. Hierzulande erlebten wir die Besetzung von Psychiatriestationen und geschlossenen Heimen durch protestierende Gruppen.

Mein Berufsbeginn: die Zeit der hilflosen Helfer

Ich bewarb mich **1973**.

KJP hatte sich gerade als eigenständiges Fach herausgelöst aus der Allg. Psychiatrie. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie war neu gegründet. Seit 63 gab es das erste Ordinariat für Jugendpsychiatrie (Prof. Stutte in Marburg). Seit 68 gab es den „Facharzt für KJP“.

Als ich in Viersen ankam, stand das 6. stöckige Hochhaus der Aufnahmeklinik gerade im Rohbau. Es war Prof. Bosch, der mich eingestellt hat. Menschlich hat er bei mir Sympathie geweckt, und fachlich vor allem Respekt. Sein erklärtes Ziel war es, die KJP zu modernisieren und ihr ein humanistisch geprägtes Gesicht zu geben.

Ihm war zu verdanken, dass Psychologen, Heilpädagogen und Sozialarbeiter in großer Zahl einen Arbeitsplatz in der Klinik fanden, ein Novum in der damaligen Psychiatrie!

Um das Vokabular der Mediziner besser zu verstehen, hatte ich mir gleich zu Anfang antiquarisch einen Pschyrembel ein Wörterbuch der Medizin gekauft. Ich fand Buchumschlag dieser alten Ausgabe ein kleingedrucktes Epigramm, eine Art Leitspruch:

„ιατρος γαρ ανήρ πολλών αντάξιος άλλων“ (Zitat aus der Odyssee)

Übersetzt: „*der Arzt aber ist ein Mann, der vielen anderen überlegen ist.*“

Dieses etwas irritierende Zitat schien mir die Haltung mancher berufsälterer Mediziner zu erklären, so wie ich sie empfunden habe. Man sprach damals nicht umsonst von Halbgöttern in Weiß.

Die Klinikstruktur war gekennzeichnet durch selbstverständliche Dominanz der Medizin und Allverantwortlichkeit der Ärzte. Psychologen, Sozialarbeiter, Pädagogen waren Hilfspersonal: Ich erinnere mich, dass ich meine Lust, Autoritäten vom Sockel zu stürzen, nur schwer im Zaum halten konnte. Entsprechend die Atmosphäre: Konkurrenz und Spannungen bis hin zur Feindseligkeit zwischen den Berufsgruppen.

Die Klinik arbeitete anfangs als ein reines Aufnahme- und Verteilzentrum für psychisch auffällige Kinder mit Aufenthalt zwischen sechs Wochen und einem halben Jahr, meist von Jugendämtern und aus Heimen zur Diagnostik geschickt.

Die Wachsäle, wo 30 Kinder in Krankenhausbetten angeschnallt liegen mussten, waren gerade abgeschafft worden, aber Gruppen von 12- 14 Kindern (die Meisten sozial gehandicapt) mussten jetzt auf engem Raum miteinander auskommen. Angst, Aggression und Zerstörungslust bestimmten überwiegend das unfreiwillige Miteinander auf den Stationen. Neuroleptika gehörten zum Alltag, hauptsächlich zur Ruhigstellung. Die Probleme, die vor allem durch diese Art der Internierung erzeugt waren, bekamen wir nur schwer in den Griff, geschweige denn die Probleme in den Familien, die zur Aufnahme geführt hatten.

Kinder wurden routinemäßig von ihren Familien isoliert (kein Elternbesuch). Grauensvolle medizinische Eingriffe gehörten zur Regel der Kunst: Pneum-Enzephalographie und Lobotomien. Gerüchte über Gewalt und sexuelle Misshandlungen gegenüber den Patienten hat man gelegentlich gehört, aber hinter vorgehaltener Hand. Sie wurden verschwiegen. Nichts sollte nach draußen dringen. Allzu schnell wurde die Unterbringung in Heimen als Anschlussmaßnahme empfohlen. Die Stigmatisierung durch Diagnosen (mit all ihren Konsequenzen) haben wir, so gut es ging, ausgeblendet. Eltern hatten kein Recht, die Abschlussberichte zu lesen. Auch in der KJP, die sich für modern hielt, war nach meinem damaligen Empfinden die Würde des Menschen mehr als angetastet.

Wir spielten aber damals mit, getragen von der Hoffnung, etwas ändern zu können. Alle spürten irgendwie, für die Arbeit nicht hinreichend ausgebildet zu sein. Jeder schien sich festzuhalten an dem, was er im Studium gelernt hatte, die einen an ihren Intelligenz- und Entwicklungstests und die anderen am Stethoskop und den medizinischen Messinstrumentarien. Kinder wurden in erster Linie vermessen. An Therapien war nicht zu denken.

Die Wünsche der oft verzweifelten Eltern haben wir meist dahingehend interpretiert, ihre Kinder störungsfrei zu machen. Wir konzentrierten uns entsprechend auf die Störungen und verfassten unsere Beobachtungen in Berichten. Es war Aufgabe der Stationsärzte, den Eltern die Diagnosen zu eröffnen. Dann gab es gutgemeinte Ratschläge zu einer besseren Erziehung der Kinder oder zur Förderung in heilpädagogischen Heimen, die es im Übrigen damals noch gar nicht gab. War der Klinikaufenthalt aus unerfindlichen Gründen erfolgreich, dann waren die Ergebnisse meist nicht nachhaltig.

Oft waren wir unzufrieden, allzu oft habe ich mich hilflos erlebt. Anlaufstelle für Gefühle der Unsuffizienz und des Scheiterns gab es nicht. Ich war damals nicht sicher, wie lange ich bleiben wollte. Ich hatte Zweifel am Sinn dessen, was wir da taten. Aber ich hatte gerade eine Dienstwohnung nahe der Klinik bekommen und unsere zwei Kinder zuhause waren klein.

Was in dieser Zeit die verschiedenen Berufsgruppen, insbesondere uns Berufsanfänger verbunden hat, das waren Enthusiasmus und Helfersyndrom - mehr als fundiertes gemeinsames Fachwissen.

Dann 1974 gab es einen Glücksfall für meine berufliche Entwicklung und (wie ich heute denke) für die deutschsprachige KJP: ein nicht mehr ganz so junger Assistenzarzt kam zu uns auf die Station: Wilhelm Rotthaus. Er kam als der deutlich andere Mediziner. Ein Fragender, der oft auch nichts wusste, ohne Machtanspruch, mit allen auf gleicher Augenhöhe, mit einer kompromisslosen menschlichen Grundhaltung. Ich hatte das Glück, einige Jahre auf einer Aufnahmestation mit ihm zusammen zu arbeiten.

Als erstes forderten wir mehr Weiterbildung und Supervision ein. Unser Blick ging in Richtung Therapie. Von den damals boomenden Angeboten (VT, GT, Spieltherapie, Gestalt, Schrei, NLP, Selbsterfahrungs- und Encountergruppen usw.) probierten wir Vieles aus. Und der Chef unterstützte uns großzügig. Geld schien nicht das Problem zu sein. Aber Psychotherapie blieb noch lange ein Fremdkörper in der medizinisch geprägten Struktur der psychiatrischen Klinik.

Wir begannen mit einem Arbeitskreis Verhaltenstherapie und starteten bald auch mit einer Weiterbildung in klientenzentrierter Spieltherapie. Außerdem experimentierten wir mit VT-Elterntrainings, orientiert am Münchener Modell: Eltern sollten zu Co-therapeuten herangebildet werden. Sie sollten lernen, nach den Gesetzen der Lerntheorie mit Belohnung und Bestrafung umzugehen. Aber die Ergebnisse waren eher frustrierend. Eltern taten sich schwer und machten ihre Hausaufgaben nicht. Oder sie hatten Schwierigkeiten in den Gruppen. Aus heutiger Sicht waren die Trainings zu akademisch, zu wenig an dem orientiert, was die Eltern wirklich bewegte. Und weil die Organisation der Kurse zu viele Energien fraß, stellten wir sie wieder ein.

Dann folgte die Phase der klientenzentrierten GT. Wir machten wieder gemeinsam eine Weiterbildung. Wir haben viel gelernt, aber nur wenige Eltern wünschten sich unsere Therapieangebote. Sie wollten nicht selbst behandelt werden und meinten: „Sieh auf mein Kind, nicht auf mich: dort ist das Problem.“ Es war damals auch nicht üblich, Eltern zu „diagnostizieren“, zumal damit unausgesprochen ein Schuldvorwurf transportiert wurde. Tatsächlich sah die traditionelle Kinderpsychotherapie die Eltern als Verursacher kindlicher Störungen. Und zum Vorwurf des moralischen Versagens war es nur ein kleiner Schritt. Und weil Eltern nicht diagnostiziert oder gar therapiert werden wollten, stellten wir nur Fragen, die sich auf die Kinder bezogen. Wer moralische Defizite vermutet, wird weiter keine Fragen stellen. Wo aber nicht gefragt wird, gibt es keine Antworten. So blieben die eigentlichen Probleme in den Familien meist verborgen, es sei denn, Eltern berichteten ausnahmsweise von sich aus. In der Arbeit mit Eltern traten wir weiter auf der Stelle.

Ende der 70er begann die **Pionierphase des systemischen Arbeitens**

In unserer VT- Arbeitsgruppe lasen wir Watzlawick, Minuchin, Haley, Satir, Kirschenbaum und andere und diskutierten sie heftig. Wir waren fasziniert, aber in Deutschland waren Weiterbildungsmöglichkeiten kaum zu finden. Wir fanden dann Ausbilder in Holland, bei Minuchin in Philadelphia ausgebildet. Mieke Crolla, Jos van Dijk und Frans Boeckhorst kamen zu uns in die Klinik. Regelmäßig 14-tägig Montagsnachmittags stand ein Grüppchen von Enthusiasten mit ihren Ausbildern hinter der Einwegscheibe und lernten aufregende Methoden kennen. Die bemerkenswerte Nebenwirkung: Ärzte, Psychologen und Pädagogen saßen jetzt in gemeinsamen Lerngruppen. Dies ergab eine neue Art des Miteinander;

Das Vertrauen in die neuen systemischen Methoden hatte mir enormen Auftrieb gegeben. Kommunikation und Beziehungsstrukturen in Familien verändern zu können, erschien als hoffnungsvoller Durchbruch und die Familiengespräche wurden von vielen Eltern durchaus auch mit Interesse angenommen.

Bei Virginia Satir hatten wir gelesen: „Eltern sind die Architekten der Familie“ und an anderer Stelle (1972):

„Nachdem ich viele Jahre mit Familien gearbeitet habe, ...
ist es mir nicht mehr danach zumute, Eltern zu beschuldigen,
auch wenn sie noch so dumm und zerstörerisch in ihrem Verhalten sind.
Ich suche dagegen jetzt Möglichkeiten, ihr Selbstwertgefühl zu erhöhen.
Damit ist ein erster Schritt getan in Richtung auf Besserung für die gesamte Familie“.

Daran wollten auch wir uns orientieren. Wir teilten jedenfalls die Grundüberzeugung: Eltern sind die Verursacher. Und wir glaubten fest an Defizite in der Erziehungsfähigkeit. Das Neue war immerhin: Der Fokus ging weg vom „identifizierten Patienten“. Wir schauten jetzt auf die kommunikativen Muster. Aber Belehrungen über richtiges Erziehen hatten wir immer noch allzu schnell parat ebenso wie die Methode des moralischen Zeigefingers, wenn wir auf Widerstand trafen. Aber zunehmend trainierten wir uns darin, Ratschläge und moralische Bewertungen zu unterdrücken in der Hoffnung, so die Zusammenarbeit mit den Eltern aufrecht erhalten zu können. Von einem wirklichen Verstehen ihrer Haltungen und Handlungsweisen im Umgang mit dem Problemkind waren wir noch weit entfernt.

Sind Eltern verhaltensauffällig?

Anfang der 80er wechselte ich in die neu eröffnete TK und wir begannen mit einem Systemischen Konzept. Die Leitmetaphern waren: „Therapie als Mannschaftsspiel“ wobei die Eltern als Mannschaftsmitglieder definiert waren. Erzieher bekamen eine neue Rolle als „verlängerter Arm“ der Eltern. Und mit unserer Lenkradmetapher machten wir den Eltern schmackhaft, die Verantwortung für ihr Kind im therapeutischen Prozess zu behalten. Wir boten Unterstützung an, im Umgang mit ihrem Kind wieder ans Lenkrad zu kommen. Erzieher waren die Beifahrer und lernten zögerlich ihre neue Rolle: nicht mehr die besseren Erzieher der Kinder zu sein, sondern deren Eltern zu coachen.

Auch der Therapeut, bisher derjenige, der allein die eigentliche Therapie zu machen hatte, bekam eine erweiterte Rolle. Er wurde zusätzlich Supervisor und Coach der therapeutischen Mannschaft. Wir experimentierten mit den systemischen Methoden und modifizierten die Stationsbesprechungen nach dem Muster des RT und experimentierten vor allem mit den Rollenzuweisungen für die verschiedenen Berufsgruppen. U. a. erreichten wir langsam Konsens darin, dass kein Teammitglied an die Arbeit geht, ohne die Eltern persönlich kennenzulernen, sich mit ihnen abzustimmen und sich von ihnen explizit für ihre Therapie- oder Fördermaßnahmen beauftragen zu lassen.

Bald waren wir außerhalb bei Überweisern dafür bekannt, dass wir großen Wert auf die Mitarbeit von Eltern legten. Dann gab es ein Ereignis, welches den Anlass gab zu einer internen klinischen Recherche, die in der Folgezeit einiges verändern sollte:

Ein überweisender Kinderarzt schickte eine „neunjährige Angststörung“ mit der Mahnung: „Lasst mir bitte die Eltern in Ruhe, sie sind sehr liebevoll, äußerst besorgt und tun alles für ihr Kind.“ Dies führte zu Diskussionen in unserem Team: Was dachte man über uns? Und was dachten wir selbst?

Was behandelten wir eigentlich an den Eltern? Was genau fehlte ihnen? Gab es Verhaltensauffälligkeiten?

Eine klinische Recherche mit zwei Fragen war die Folge:

1. Sind Eltern verhaltensauffälliger Kinder selbst verhaltensauffällig?
2. Welche Belastungsfaktoren gibt es in den Familien?

Ergebnis der ersten Frage:

Alle Eltern zeigten in ihren Selbstbeschreibungen einen tiefgreifenden Verlust von Selbstwirksamkeitserleben auf Grund andauernder Scheitererfahrungen in der Beziehungsgestaltung zum Kind. Hilflosigkeit als Grundbefindlichkeit in der Beziehung zum Problemkind, Scham, beschädigter Stolz auf ihr Kind bis hin zu deutlich gefühltem Selbstwertverlust.

Auf der Beziehungsebene zeigten sich Besonderheiten, die sich als Syndrom identifizieren ließen.

1. Auffälligkeiten des Wahrnehmens
2. Verantwortungsabgabe (aktiv oder passiv),
3. Konfliktvermeidung,
4. Tendenz zur Isolation.

Ergebnis der zweiten Frage:

Überwiegend chronifizierte Stresskonstellationen in den Familien: Eltern an bzw. zeitweise jenseits der Belastungsgrenze.

Große Häufigkeit psychischer und somatischer Erkrankungen und Beeinträchtigungen
Das Ausmaß der Belastungsfaktoren übertraf bei Weitem unsere gefühlten Einschätzungen.
Wir hatten zuvor nie dezidiert danach gefragt, denn es sollte ja um die Kinder gehen.

Weiteres Ergebnis:

Eine Nachuntersuchung zur Frage, wie gehen die Eltern mit den Geschwisterkindern um, machte deutlich, dass viele Eltern hier durchaus angemessenes Erziehungsverhalten zeigten. Also wenn die Erziehung der Geschwisterkinder erfolgreich war, dann war die frühere Annahme, dass es um fehlende Erziehungskompetenz ging, nicht gerechtfertigt. Die gefundenen Auffälligkeiten waren also keine Eigenschaften. Es ging offenbar mehr um Blockaden vorhandener Fähigkeiten, um besondere Beziehungsmuster, eine spezifische Form der Kommunikation.

Die Annahme, dass vor allem die Eltern Unterstützung brauchen, war nochmals detailliert bestätigt. Wir fanden darüber hinaus konkrete Themenfelder für die Therapieplanung, vor allem zur gemeinsamen Zielplanung für die verschiedenen Berufsgruppen. Ressourcenorientiertes Elterncoaching wurde in der Folge zum festen Baustein in der systemischen Therapie: Es ging darum, die Stärken der Eltern aufzuspüren und bei respektvollem Umgang mit ihren Blockaden die 4 Punkte der PH zu trainieren, ähnlich wie im Sport.

Eine weitere Konsequenz: Wir sorgten von Beginn an für Stressentlastung anstatt an den ohnehin überlasteten Eltern zusätzliche Lasten aufzubürden.

1999 (ein halbes Jahrhundert nach der Geburt der modernen KJP) erschien „Stationäre systemische KJP“ von Rotthaus und 2001 der Sammelband „Systemische KJP“. Wir hatten jetzt in deutscher Sprache ein Lehrbuch und ein Handbuch mit dem neuesten Stand der Systemischen Kunst. Damit waren systemische Arbeitsansätze in der KJP wahrnehmbar angekommen.

In den folgenden Jahren erlebten wir ermunternde Fortschritte. Aber es gab auch eine ganze Reihe von Familien, die wenig zu profitieren schienen. Sie kamen nicht aus ihrer Überlastung heraus und verließen uns mit nur mäßigem Änderungserfolg. Wir waren oft nicht zufrieden und meine Zweifel am Sinn unserer Arbeit tauchten immer wieder auf. Wir fragten uns, ob es Familien gibt, die für unsere Therapie ungeeignet sind oder ob unser Problemverständnis nicht tauglich war, um diesen Familien gerecht zu werden.

Das neue Jahrtausend sollte nochmal einen Entwicklungssprung bringen:

Bindungstheorie, Traumatologie, Säuglingsforschung und Hirnforschung übertrafen sich darin, Impulse für unser Denken und unsere Praxis zu geben. Sie brachten für die Arbeit mit den besonders schwierigen Familien einen Durchbruch. Und manches, was wir in der Familientherapie als eherne Regeln gelernt hatten, mussten wir wieder aufgeben oder neu definieren.

1999 war der Sammelband „Frühe Hilfen“ von Suess und Pfeiffer erschienen. Der machte uns neugierig auf Bindungstheorie und Kleinkindforschung. Wir interpretierten in der Folge das Symptomverhalten der Kinder als Bindungsappelle, und weniger als Störverhalten. Wir unterstützten Kinder aktiv, indem wir solche Appelle verstärkt an die Eltern weitergaben anstatt sie mit Medikamenten zu unterdrücken. Wir verbündeten uns sozusagen mit dem Symptom. Was bislang als unerwünschtes Verhalten galt und z. B. mit Ritalin zu unterdrücken war, deuteten wir neu als Ressource, als Quelle jener Energie, die wir brauchten, um Eltern in die Verantwortung zu holen. Und die Kinder profitieren, weil ihr Verhalten nicht als gestört, krank oder gar bösartig gedeutet wurde, sondern als ein von uns respektiertes, sinnvolles Verhalten. Wir konnten jetzt den Eltern die Funktion des Symptoms und den Zusammenhang zwischen dem Symptomverhalten und der elterlichen Hilfflosigkeit anders als bisher plausibel machen.

Das sozialpädagogische Präsenzkonzept von Haim Omer wurde 2002 durch Arist von Schlippe populär gemacht und passte genau in unseren Arbeitsansatz.

2003 lenkte Karl Heinz Brisch mit seinem Buch „Bindung und Trauma“ unseren Blick auf die Phänomene der Entwicklungstraumatisierung der Kinder. Er brachte den Traumabegriff ins Feld und machte uns wach für die Bedeutung der frühen Mutter- Kind- Beziehung. So begegneten wir den Ergebnissen der Säuglingsforscher. Mich hat sehr beeindruckt, in den Videos von Mechthild Papouschek (aus München) zu sehen, wie Säuglinge die verrücktesten Aktionen entwickelten, um ihre depressive Mutter in die Präsenz zu holen. Und ich dachte: Unsere 13-Jährigen tun doch eigentlich nichts anders. Nur sind die Muster inzwischen sehr chronifiziert.

2003 hat uns Judith Herman mit „Narben der Gewalt“ die Augen geöffnet für Phänomene, die wir bisher erfolgreich dissoziiert hatten. Bislang hatten wir in der Überzeugung gearbeitet, dass Traumata bei unserer Klientel keine Rolle spielen. Traumadiagnosen in der ICD10 gab es für Kinder ohnehin nicht. Mit den ersten Fortbildungen zum Trauma kamen diesbezüglich Zweifel auf. Heute wage ich die These, dass traumatische Konstellationen in unseren Klientenfamilien eher die Regel sind als die Ausnahme.

Im ersten deutschsprachigen Lehrbuch der Traumatologie von Fischer und Riedesser fand ich folgenden Satz: „Hilfflosigkeit ist im Trauma eine dominante Erlebensqualität“ und: Das Konstrukt der „Erlernen Hilfflosigkeit“ von Martin Seligman (1972) ist eine zutreffende phänomenale Beschreibung des Traumas auf psychologischer Ebene.“ Auf unsere Eltern bezogen war der Zusammenhang mit dem Trauma hergestellt. In Seligmans Definition erkannten wir genau die Verhaltensmuster wieder, die unsere Recherche zutage gebracht hatte.

Seine Definition:

EH entsteht in traumatischen Situationen, die man weder durch Flucht noch durch Angriff abwenden kann. Sie resultiert aus der Überzeugung/ Erwartung, Stressfaktoren aus eigener Kraft nicht beeinflussen zu können. Sie zerstört die Bereitschaft, sich selbst aus leidvollen Situationen zu befreien. Sie ist der Boden für Passivität und Depression.

In Anlehnung daran habe ich den Begriff „Parentale Hilflosigkeit“ gewählt mit der Definition:
Chronifizierte Beeinträchtigung im elterlichen Wirksamkeitserleben, Hilflosigkeit im erzieherischen Handeln, insuffiziente Wahrnehmung elterlicher Verantwortung, auf den Umgang mit dem Problemkind bezogen, keine generelle Inkompetenz in Erziehung bzw. Lebensbewältigung, kein Persönlichkeitsmerkmal, keine Eigenschaft!
Vielmehr: Merkmal des kommunikativen Umgangs bzw. der besonderen Beziehung zum Problemkind!

Kann PH als Traumafolge identifiziert werden?

Wie wir wissen, ist das Trauma nicht definiert durch seine Auslöser, sondern durch die Auswirkungen andauernder existenzieller Stressbelastungen, wenn man ihnen weder durch Flucht noch durch Angriff entkommen kann. Unsere Familien leben in aller Regel unter dem Einfluss vielfältiger kumulierender Stressfaktoren, die die Belastungsgrenzen einzelner Personen phasenweise überschreiten. Und wo die Bewältigungsstrategien des Einzelnen zur Belastung für die anderen werden, ist automatisch das gesamte System belastet oder gestört. Bei jeder neuen Zusatzbelastung kann es dann bei Einzelnen zu Dekompensationen und krisenhaften Situationen kommen.

Aus systemischer Perspektive scheint es mir Sinn zu machen, in diesen Fällen von „komplexen traumatischen Beziehungskonstellationen“ zu sprechen (Begriff „Konstellation“ nach Ludwig Reiter). Denn oft sind es mehr die Konstellationen mit ihren festgefahrenen Mustern, die als Netzwerk ineinandergreifender Stressfaktoren zum eigenständig wirksamen Belastungsfaktor werden. Hinter erlebter Hilflosigkeit und erzieherischem Scheitern von Eltern ließen sich – ebenso wie hinter den Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder – Bewältigungsmuster erkennen, die aus vergangenen oder gegenwärtigen Stressbelastungen resultieren. Anpassungsprozesse sowohl auf Seiten der Eltern wie auch der Kinder können sich zu stabilen Mustern in der Eltern- Kind- Beziehung verfestigen und in co-traumatische Teufelskreise einmünden, in denen die herkömmlichen Täter-Opfer Unterscheidungen nicht mehr angemessen erscheinen. Wir mussten jetzt endlich zur Kenntnis nehmen, dass Eltern nicht mehr grundsätzlich als Verursacher gesehen werden können, sondern ebenso als Opfer der gegebenen unentzerrbaren Konstellation oder sogar als Opfer ihrer Kinder.

Das parentale Trauma

Traumata, die an die Elternrolle geknüpft sind bzw. aus ihr erwachsen, finden in Traumalehrbüchern aus meiner Sicht eine zu geringe Gewichtung. Wird z. B. eine Mutter durch den Verlust eines Kindes und die nachfolgende Angst ein weiteres Kind zu verlieren in ihrer Beziehung zum Kind beeinträchtigt und resultiert daraus eine Beziehungsstörung mit einem dauerhaften Gefühl des Scheiterns, so möchte ich von einem „parentalen Trauma“ sprechen, weil es sowohl in seiner Ursache wie auch in der Auswirkung an die elterliche Funktion geknüpft ist. Heute wissen wir, dass die belastenden Auswirkungen in der nächsten Generation weiterwirken. Und das ist aus meiner Sicht ein Argument für die Anerkennung des parentalen Traumas als eigenständige Traumakategorie, die es wert ist, intensiver als bisher beforscht zu werden. Interessanterweise gibt es nämlich im Lehrbuch von Fischer Forschungen zum Trauma durch Arbeitslosigkeit und durch Mobbing, nicht aber zum Trauma durch Scheitern in der Elternrolle. Schuldgefühle, Scham, beschädigter Stolz, Selbstwertverlust und der damit verbundene Verlust der menschlichen Würde gehören zu den häufigsten Folgen erlebten Scheiterns. Anpassungsreaktionen sind Rückzug, Flucht, Erstarrung oder Unterwerfung, die mit dissoziativen Bewältigungsstrategien einhergehen und im praktischen Erziehungsverhalten als Kompetenzverlust bewertet werden.

Wenn Eltern traumaaffine Haltungen oder Verhaltensweisen zeigen, heißt das aber nicht automatisch, sie sofort an Traumatherapeuten zu verweisen. Vielmehr hat sich ein gründliches Erforschen und Aufklären über Traumawissen (in der Traumalogie Psychoedukation) als nützliches Vorgehen und oft sogar als hinreichend erwiesen. Aufklären und informieren darüber, was dauerhafter extremer Stress anrichten kann, brachte bei den Eltern oft genug eine spürbare Wendung. Wo es gelungen ist, betroffenen Müttern oder Vätern plausibel zu machen, dass ihre Erlebens- und Verhaltensweisen normale Reaktionen der Psyche auf abnormale Belastungen sind, konnten die Betroffenen ihr Selbstbild als Eltern oftmals neu definieren. Wenn sie begriffen, dass es sich irgendwann um sinnvolle, überlebenssichernde und beziehungserhaltende Notfallreaktionen gehandelt hat, die sich inzwischen dauerhaft verfestigt haben, konnten sie ihr gefühltes Scheitern als „normal“ bewerten. Vor allem aber fühlten sie sich von uns Fachleuten verstanden. So konnten sich Blockaden auflösen und Türen gingen auf für das Ausprobieren und Einüben neuer Interaktionsmuster mit dem Kind. Ihre Kooperation war leichter zu erreichen, wenn wir mit ihnen an den alltäglichen Stresssituationen arbeiteten, anstatt sie zu nötigen, sich erneut mit alten Erlebnissen zu konfrontieren

und schmerzhaft Erinnerungen aus der Vergangenheit wieder hochkommen zu lassen. Jetzt erst war es ihnen möglich, für die sog. Verhaltensstörungen ihrer Kinder eine neue Deutung zuzulassen. Wir hatten mit diesen Erkenntnissen und Erfahrungen den Anfang gemacht für ein „traumasensibles systemisches Elterncoaching“, das für mich heute zum integrierten Teil einer ganzheitlichen Systemischen Therapie geworden ist.

Das Traumawissen hat mir persönlich geholfen, besser verstehen und nachvollziehen zu können, was in Eltern vorgeht und die Zusammenhänge zu begreifen, die sie dazu gebracht haben, so hilflos mit ihrem Kind umzugehen. Meine moralischen und sonstigen Bewertungen, die ich oft nur mühsam unterdrücken konnte, lösten sich auf zugunsten von ungetrübtem Mitgefühl. Und mehr noch: ich konnte tiefen Respekt empfinden für ihre Art der Bewältigung.

Auf eine vereinfachte Formel gebracht: Kinder sind nicht in der Psychiatrie, weil sie eine Verhaltensstörung haben, sondern sie kommen, wenn ihre Eltern in einen Zustand von Hilflosigkeit geraten sind, und sich daraus aus eigener Kraft nicht mehr befreien können und dadurch ihre Würde als Eltern beschädigt ist. So wird die Rückgewinnung der menschlichen Würde zur zentralen Aufgabe für die Therapie. Und die Aufklärung (Psychoedukation) hat darin eine wichtige Rolle bekommen. Nach allen bisherigen Zweifeln hatte ich jetzt eine neue Sicht davon gewonnen, worum es in unseren Familien geht. Jetzt hatte ich das Gefühl zu wissen, was ich mache und worin sinnvolle Hilfe für diese Familien bestehen kann.

Die folgenden Jahre dienten der Konsolidierung, methodisch und strukturell organisatorisch. Themen waren u.a.: Wann und unter welchen Bedingungen brauchen Eltern direkte Anleitung und wann muss man auch gegen ihren Widerstand aktiv sein, um sie aus Situationen zu befreien, in denen sie sich nicht selbst helfen konnten.

Auch die eherne Allparteilichkeitsregel kam auf den Prüfstand. In Fällen unversöhnlicher Zerstrittenheit von Eltern haben wir Bündnisse geschlossen mit dem bestverantwortlichen Elternteil, der aus unserer Sicht den Bedürfnissen des Kindes besser gerecht werden konnte und bereit und in der Lage war, die Elternrolle verantwortlicher wahrzunehmen. Ich spreche in diesen Fällen von „reflektierter Parteilichkeit“. Jeweils eine komplizierte Beziehungsarbeit, die wir an strenge Kriterien geknüpft haben.

Wir haben mit Ritualen des Entschuldigens, der Versöhnung und der Wiedergutmachung in den Eltern-Kind-Beziehungen experimentiert. Wir haben unsere video-gestützten Eltern-Kind-Interaktionstrainings aus früheren Jahren neu konzipiert und haben nach dem Marte-Meo-Modell mit der Videocamera Familien zuhause aufgesucht.

Bis zu meinem Ausscheiden und Wechsel in die Freiberuflichkeit waren konzeptuelle und organisatorische Fragen permanent im Gespräch und es gab ständig Änderungen, die eine Optimierung anstrebten.

Die TK Viersen ist in einigen Punkten andere Wege gegangen als die TK Baumhaus und sie hatte andere Themen. Aber in einer Grundüberzeugung waren wir gleich: Das Wirksamkeitserleben der Eltern zu stärken ist gute Kindertherapie. In einem anderen Punkt waren wir uns sehr ähnlich: Wir waren ständig in Bewegung und haben die Nase in den Wind gehalten um Neues zu lernen. Auf den jährlichen DGSF-Tagungen war das Team aus Schleswig regelmäßig vertreten – als Lernende und als Referenten. Vor allem erlebe ich hier eine Atmosphäre von Menschlichkeit, die sich von der Psychiatrie, wie ich sie als Berufsanfänger vorgefunden habe, um Lichtjahre entfernt hat.

Schließlich noch ein Ereignis, welches verdeutlicht, dass Wachsamkeit angebracht ist, wenn es um die Wahrung der Menschenwürde unter uns Fachleuten geht. Auf einer großen Tagung berichtete kürzlich eine Referentin in ihrem Hauptvortrag über eine Person aus ihrer Herkunftsfamilie. In der Absicht, die Folgen von Kriegstraumata eindrucksvoll zu verdeutlichen, schilderte sie Details, die diese inzwischen verstorbene Person im Krieg erlebt, aber zeitlebens aus tiefster Scham verschwiegen hatte. Es gab begeisterte Zustimmung zu der Art des Vortrages und den Kernaussagen. Das Publikum gab rauschenden Beifall. Nur wenige saßen still und machten betroffene Gesichter. Und eine einzige ZuhörerIn begab sich aufs Podium und brachte emotional bewegt ihre Kritik vor: Es sei eine nicht akzeptable Verletzung der Würde der Verstorbenen, die niemals ihre Einwilligung gegeben hätte, diese Dinge -auch nicht aus wissenschaftlichem Interesse- vor Publikum auszubreiten.

Ich war wieder an mein damaliges Praktikum in der Psychiatrie erinnert, an die Bloßstellung eines Menschen zugunsten fachlicher und wissenschaftlicher Erkenntnisse. Wieder war ich irritiert und an

meinen Sitz gefesselt und habe lediglich stumm diese Kollegin für ihren Mut bewundert. Es war Ulrike Behme-Matthiesen, die heute hier verabschiedet wird.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit