

Co- traumatische Prozesse in der Eltern- Kind- Beziehung

Übersicht: Die vorliegende Arbeit plädiert für eine erweiterte Nutzung psychotraumatologischer Perspektiven im Rahmen systemischer Arbeitskonzepte in Therapie und Jugendhilfe. Zur derzeit beobachtbaren Diagnosepraxis traumatischer Phänomene werden kritische Anmerkungen vorgetragen. Versagenserleben und Hilflosigkeit werden als Ausgangsbedingungen für sog. „parentale Traumata“ beschrieben. An Fallbeispielen werden kindliche Symptombildung und parentale Hilflosigkeit als rekursiv aufeinander bezogene Bewältigungsversuche dargestellt, die sich in Teufelskreisen zu co- traumatischen Beziehungsmustern verfestigen können. Abschließend soll in einigen Punkten aufgezeigt werden, wie sich eine traumabezogene systemische Therapiepraxis von herkömmlichen individualtherapeutischen Ansätzen unterscheiden kann.

1. 0. Einleitung

Die Anregung, uns verstärkt mit neueren Erkenntnissen der Psychotraumatologie auseinander zu setzen, verdanken wir dem 10- jährigen Stephan, der uns Mitte der 90er Jahre zur Therapie¹ überwiesen wurde. Die Schilderungen der Überweiser über seine Verhaltensauffälligkeiten und über die erzieherische Inkompetenz seiner Eltern erschienen für unseren Kontext zunächst keineswegs außergewöhnlich. Das Besondere an diesem Fall war lediglich, dass mir der Vater des Jungen und seine Geschichte noch gut in Erinnerung waren. Ich hatte ihn in den Anfangsjahren meiner Berufstätigkeit kennen gelernt. Damals hatte dieser, etwa im selben Alter, in dem jetzt sein Sohn war, viele Monate in einer kinderpsychiatrischen Langzeitstation verbringen müssen. Aufgrund von Misshandlungen und Vernachlässigung war er zwangsweise aus seiner Familie herausgeholt worden. Und wegen seiner extrem aggressiven Verhaltensauffälligkeiten konnte man ihn lange Zeit nicht in die Jugendhilfe vermitteln. Jetzt erfuhren wir, dass er nach verschiedenen Heimaufenthalten und einer Kette von Schwierigkeiten in Schule und Berufsanbahnung eine junge Frau mit ähnlich belastenden Kindheitserfahrungen geheiratet hat.

Am Ende der Behandlung ließen sich durchaus positive Verhaltensänderungen bei Stephan beobachten. Es gab jedoch einige Zweifel, ob die Wirkung der familien-

¹ Hier vorgetragene Erfahrungen sind im speziellen Arbeitskontext der "Tagesklinik für Kinder" der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Viersen gewonnen.

therapeutischen Interventionen bei den Eltern des Jungen eine hinreichende Stabilität des Erreichten gewährleisten würde. Jedenfalls blieben wir mit Skepsis zurück und spekulierten über Chancen und Risiken für die nächste Generation, wenn der Junge selbst in wenigen Jahren vielleicht Vater sein würde.

In diesem Fall war nicht etwa der Zusammenhang zwischen Stephans Symptomatik und seinen Beziehungserfahrungen sonderlich auffällig. Was in der Arbeit mit dieser Familie viel mehr beeindruckt hat, war der offen erkennbare katastrophale Zusammenhang zwischen eigenen Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen der Eltern und ihrer aktuell beobachtbaren Unfähigkeit, im Erziehungsalltag auf die eigene „gesunde“ Intuition zurückgreifen zu können, um die Bedürfnisse ihres Kindes angemessen wahrzunehmen und zu verstehen. Wir sahen uns deshalb in der Folgezeit veranlasst, den frühen Belastungserfahrungen von inkompetent erscheinenden Eltern viel mehr Beachtung zu schenken als zuvor. Und je intensiver wir uns mit den Erzählungen der Eltern über ihre Kindheitsgeschichten befassten und je mehr wir von ihren vorangegangenen Belastungen erfuhren, desto deutlicher wurden hinter erzieherischer Inkompetenz und scheinbaren Persönlichkeitsstörungen spezifische Merkmale einer Traumaverarbeitung erkennbar.

2. 1. Traumakonzepte in einem systemischen Denkrahmen?

Angesichts der aktuellen Flut von Veröffentlichungen und Tagungen über das Trauma fällt das Ergebnis einer Literaturrecherche in den Fachzeitschriften der systemischen Therapie und Familientherapie eher dürftig aus. Traumakonzepte werden von Systemikern immer noch mit Zurückhaltung zur Kenntnis genommen. In der Tradition tiefenpsychologischer Therapiekonzepte war das Trauma vor allem in seinen individuellen Auswirkungen von Interesse und ist überwiegend als Störungskonzept mit Krankheitswert beschrieben worden. Solche Beschreibungen und Deutungen traumatischer Phänomene erschienen eher sperrig in einem Denkrahmen, in dem „Probleme“ als Realitätskonstruktionen verstanden worden sind, die zwischen Individuen in Kommunikation entstehen. Aus der Perspektive unseres Arbeitskontextes erscheint es jedoch durchaus nahe liegend, das Traumageschehen als kommunikativen Prozess zu begreifen, der in der Regel im menschlichen Miteinander generiert wird und dann als (veränderte) individuelle Realitätsgestaltung Beziehungen konstituiert. Die Therapie traumatisierter Menschen kann dementsprechend auch als kooperatives Geschehen aufgefasst werden, in dem die Betroffenen neue Sichtweisen und eine neue Geschichte ihrer Erfahrungen entwickeln, um eine förderliche Weiterentwicklung und Beziehungsgestaltung zu ermöglichen. Ludewig (2002, 67ff) hat für die Nutzung von „Störungswissen“ in der systemischen Therapie plädiert und die akademischen Debatten über das Expertentum des Therapeuten für obsolet erklärt. Stattdessen fordert er Offenheit gegenüber den Bedürfnissen von Klienten (auch mit traumatischen Erfahrungen). Im Rahmen

seines stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsangebotes hat er von der Therapie einer traumatisierten Jugendlichen berichtet (ders. 190ff) und hat zeigen können, wie sich Erkenntnisse der Psychotraumatologie respektvoll, ästhetisch und zum Nutzen der Klienten in therapeutisches Handeln umsetzen lassen, ohne etwa den systemischen Konzeptrahmen zu stören. So lässt beispielsweise auch Korittko (2000), der über seine Erfahrungen aus der Mitarbeit in der Betreuung der Opfer der Bahnkatastrophe in Eschede berichtet hat, keinen Zweifel an der Notwendigkeit eines systemischen Ansatzes in der therapeutischen Betreuung der Opfer und ihrer Angehörigen.

Auf Seiten der noch jungen Disziplin der Psychotraumatologie ist eine Öffnung gegenüber systemischen Betrachtungsweisen unverkennbar. Die Darstellung von Traumaphänomenen beschränkt sich nicht mehr ausschließlich auf beeindruckende Beschreibungen irreparabel anmutender Schäden. Im Hinblick auf die hohe Plastizität psychobiologischer Anpassungsleistungen haben Fischer u. a. (1999) vorgeschlagen, das Trauma als komplexes Geschehen zu begreifen, welches nicht auf den Moment der Schädigung beschränkt bleibt, sondern seine Bewältigung mit einschließt. Eine solche Sicht steht einem ressourcenorientierten Umgang mit traumatisierten Klienten nicht im Wege. Symptombildungen als Folgen einer Traumatisierung werden als psychobiologische Schutzreaktionen betrachtet, die nicht nur Einschränkungen darstellen, sondern Immunisierungsprozesse in Gang setzen, eine Stärkung der Abwehr gegen weitere Belastungen zur Folge haben und unter Umständen auch die Entwicklung von Resilienz begünstigen können.

Neurobiologen betonen die Nutzungsabhängigkeit des Gehirns, seine Fähigkeit zur lebenslang andauernden Anpassung an die Herausforderungen der Umgebung und seine Bereitschaft zur permanenten Reorganisation (Hüther 2001, 97). Jede (noch so schwache) Erfahrung führt zu einer neuen neuronalen Verschaltung mit der Tendenz, sich im Wiederholungsfall strukturell zu verfestigen (Spitzer 2002). Insofern muss es keineswegs überraschen, wenn starke (traumatische) Erfahrungen zu signifikanten strukturellen Veränderungen führen. Dass schwere traumatische Belastungen zum Absterben von Zellsystemen führen und die Morphologie des Gehirns z. B. im Sinne einer Volumenverringern des Hippocampus, der Amygdala und des corpus callosum, (van der Kolk 1999, 57ff), beeinflussen können, ist mehrfach repliziert worden. Es werden jedoch auch die damit verbundenen protektiven Funktionen betont. So schützt z. B. ein mangelhaft arbeitender Hippocampus das Individuum vor den nicht verkraftbaren Erinnerungen an Schrecken, Angst und Hilflosigkeit (van der Kolk, 1999, 73) und ermöglicht so eine stressreduzierte Alltagsbewältigung. Demnach stehen uns zweierlei Betrachtungsweisen zur Verfügung: Traumata sind in ihrer zerstörenden Wirkung ernst zu nehmen. Sie können aber auch als „Ver-“, Störungen bestehender Verschaltungen verstanden werden, die eine schadensregulierende Sofortmaßnahme des Gehirns im Sinne einer Notfallreaktion hervorrufen. Diese fordern eine Neuorganisation heraus. „Die Aneig-

nung neuer Bewertungs- und Bewältigungsstrategien, grundlegende Veränderungen im Denken, Fühlen und Handeln werden durch die vorangehende Destabilisierung und Auslöschung unbrauchbar gewordener Muster erst ermöglicht“ (Hüther 2002, S. 99).

Auch in der Bindungs- und der Säuglingsforschung, die vieles zum Wissen über frühe Traumatisierungen beigetragen haben, treffen wir zunehmend interaktionelle und systemorientierte Betrachtungsweisen an. Das Interesse an den Auswirkungen traumatischer Vernachlässigung auf die Kindesentwicklung geht längst über einseitige Ursache- Wirkungs- Beschreibungen hinaus. Da liegt der Fokus nicht mehr ausschließlich auf den Kindern in der Rolle der Opfer. Mütter und Väter sind nicht mehr allein auf die Verursacher- bzw. Täterrolle festgeschrieben.

2. 2. Kritische Anmerkungen zur Definitionspraxis des Traumas

Im Kern wird gegenwärtig das Trauma als seelische Verletzung definiert, die entsteht, wenn das Individuum sich als überfordert erlebt, einer existenziellen Bedrohung durch Flucht auszuweichen oder sie durch Kampf abwenden zu können und so nachhaltige Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und schutzlosem Ausgeliefertsein erlebt werden. Die Folgeerscheinungen bestehen je nach Intensität des Stresserlebens, Konstitution, Resilienz und verfügbarem Ressourcenkontext in einer mehr oder weniger tief greifenden Schädigung des Selbstschutzsystems auf der biologischen, psychologischen und sozialen Ebene. Die Symptome werden vier Hauptkategorien zugeordnet: (1.) eine übersteigerte Wachsamkeit gegenüber einer möglicherweise wiederkehrenden Gefahr (Übererregbarkeit), (2.) unauslöschliche Erinnerungsspuren, die sich aufdrängen und ungewollt wiederkehren (Intrusionen), (3.) ein Mechanismus, der affektive und kognitive Elemente der Traumaerfahrung getrennt voneinander aufbewahrt bzw. fragmentiert, um den Organismus vor Reizüberflutung zu schützen (Dissoziation) und (4.) eine allgemeine Tendenz zu vermeiden, zu ignorieren und aus dem Bewusstsein zu verbannen, um dem schmerzhaft Erlebten keinesfalls wieder zu begegnen (Konstriktion).

Der Konsensprozess über nosologische Abgrenzungen im Bereich der Traumaphänomene scheint keineswegs abgeschlossen. Wir finden einerseits Befürworter einer eingeschränkten Verwendung des Traumabegriffs als Störung. Sie ziehen es vor, z. B. Todesfälle, chronische Krankheiten oder Ehekonflikte nicht als traumatische Ereignisse im Sinne der Definition aufzufassen und deshalb bei solchen Phänomenen nicht von einer „Störung“ sondern von „Belastungsreaktionen“ zu sprechen, weil sie zu den normalen Erfahrungen des Menschen zählen (z. B. Herbert 1999, 12). Eine solche Argumentation vernachlässigt die Tatsache, dass weniger die Auslöser das Trauma und seine Bewältigung beeinflussen als das Erleben des Betroffenen. Andererseits ignoriert sie die Wirkungen „sequentieller“ (Keilson

2002, 44ff) und „kumulativer“ Traumata (Khan 1963), die hinter den so genannten Anpassungs- und Persönlichkeitsstörungen erkennbar werden (Bürgin 1999, 128, Herman 2003, 164). Yule (1994) z. B. sieht keine Anhaltspunkte dafür, dass Traumata, die durch krisenhafte Beziehungsphänomene wie Paarkonflikte, Trennungen oder fortgesetzte Unterdrückung hervorgerufen sind, sich in ihrer psychologischen Auswirkung, im Ausmaß und in der Art von Belastungsreaktionen von anderen Traumata unterscheiden lassen. Judith Herman beschreibt als Konsequenzen solcher Eingrenzungen, dass viele Missbrauchsoffer als solche unerkannt durch die Institutionen des Gesundheitswesens wandern und nicht selten in der Psychiatrie landen. In Fehldiagnosen sieht sie die Gefahr einer weiteren Traumatisierung von Opfern durch Fachleute (Herman 2003, 164f). Eingeengte Definitionen mögen den Bedürfnissen von Kostenträgern und deren Gutachtern entgegenkommen. Ob sie den Verstehensprozess bei Therapeuten und Klienten begünstigen, bleibt fraglich.

Es entspricht auch den eigenen Beobachtungen, dass sich hinter vielen Phänomenen des Verhaltens und Erlebens, die mit den gängigen kinderpsychiatrischen Diagnosen belegt werden, traumatische Verarbeitungsprozesse verbergen, die als solche nicht zur Kenntnis genommen werden. So tauchen z. B. bei Durchsicht der Überweisungsdiagnosen der zu uns überwiesenen Kinder in den letzten Jahren keine einzige der in der ICD10 vorgesehenen Kodierungen für Belastungsreaktionen auf. Explizit formulierte Hinweise auf eine Traumasymptomatik fehlten ebenso. Stattdessen finden wir in ca. 90% der Fälle als Überweisungsdiagnosen ein ADS, ADHS oder HKS². Offenbar tendieren die überweisenden Fachleute dazu, bei kindlichem Symptomverhalten eher an das Vorliegen von Entwicklungsbehinderungen, organisch bedingten Erkrankungen, Persönlichkeitsmerkmalen oder an Erziehungsfehler zu glauben, als an post- traumatische Bewältigungsmechanismen. Dies steht möglicherweise auch damit im Zusammenhang, dass die ICD10 keine Spezifizierungen für Kinder und Jugendliche vorsieht. Jugendliche mögen in einigen ihrer typischen Verarbeitungsmuster noch mit Erwachsenen vergleichbar sein. Kinder zeigen natürlich auch post- traumatische Reaktionen, jedoch, weil sie in Entwicklung begriffen sind, mit einer weit diskreteren Symptomatik, als sie bei Erwachsenen beschrieben werden (s. z. B. auch Terr 1995).

2. 3. Traumaphänomene sind in unserem Arbeitskontext eher die Regel als die Ausnahme

Gegenüber Modeerscheinungen in Fachdiskursen ist naturgemäß eine gewisse skeptische Vorsicht geboten. Wenn Themen sich so beeindruckender „Einschalt-

² Aufmerksamkeitsdefizit- Syndrom (ADS), Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitäts- Syndrom (ADHS) Hyperkinetisches Syndrom (HKS)

quoten“ erfreuen, wie zurzeit das Trauma, werden leicht auch Übertreibungen transportiert und unangemessene Heilungserwartungen geweckt. Es kann nicht sinnvoll sein, alle psychischen Belastungen als traumatisch einzustufen, hinter jeder Verhaltensauffälligkeit ein Trauma zu suchen und jeden schwierigen Klienten als Traumapatienten zu etikettieren. Andererseits muss man nicht ausschließlich mit Opfern von Krieg, Gewaltverbrechen oder Naturkatastrophen beschäftigt sein, um dem Trauma und seinen Bewältigungsmechanismen zu begegnen. In den Anamnesen unserer Familien finden wir eine weit überproportionale statistische Häufung schwerwiegender prä-, peri- und postpartaler Belastungen und früher Vernachlässigungs- Misshandlungs- und Trennungserfahrungen mit traumatischem Charakter. Deshalb scheint die Vermutung berechtigt, dass bei Familien, die ihre Kinder bei Therapeuten oder in der Jugendhilfe vorstellen, das Vorliegen traumatischer (Vor)- Erfahrungen sowohl bei Eltern wie auch bei Kindern eher die Regel darstellt als die Ausnahme.

„Schocktraumata“, von Leonore Terr (1995) als Traumatyp I klassifiziert, bei denen Individuen einem einzelnen dramatischen Ereignis zum Opfer gefallen sind, tauchen in unserem Arbeitskontext eher selten auf. Sehr häufig sind wir allerdings mit Traumaprozessen konfrontiert, die durch ein komplexes Geschehen in einer traumatischen Beziehungskonstellation (Typ II) zustande gekommen sind. Typisch für unsere Fälle ist eher das Zusammenwirken mehrerer Belastungsfaktoren. Häufig erfahren wir von „sequenziellen“ Traumata (Keilson 1979), die sich in den Lebensgeschichten von Eltern und Kindern aneinander reihen, sodass jeweils alten Schäden neue hinzugefügt worden sind. Keilson hat Kinder jüdischer Eltern in der Nachkriegszeit untersucht und beschrieben, dass die erlebten Traumasequenzen im Verlauf des Lebens einerseits zusammenwirkten, andererseits in der Verarbeitung unterschiedliche Auswirkungen hatten, je nach dem, in welchen Phasen sie erfolgt waren. Er konnte zeigen: je früher die Belastung, desto nachhaltiger die Auswirkung im Erwachsenenalter. Ein weiteres sehr bedeutsames Phänomen, dem wir bei unseren Kindern und ihren Eltern begegnen, besteht in der Kumulation traumatischer Erfahrungen. Nach Kahn (1963) sind „kumulative Traumata“ dann gegeben, wenn Dauerbelastungen sich zu einem traumaäquivalenten Gesamtergebnis summieren, obwohl jedes Einzelereignis für sich unterhalb der Traumaschwelle liegt.

3. 1. Ein für unseren Kontext alltäglicher Fall

Um einen für unseren Arbeitskontext typischen Fall darzustellen, sei die Geschichte des 13-jährigen Sven beschrieben.

Sven wurde anlässlich seines drohenden Rauswurfs aus der Realschule zu uns geschickt. Dort sei er Außenseiter und falle durch umfassende Leis-

tungsverweigerung, Unruhe, Unaufmerksamkeit, aggressives Stören, mangelnde Lenkbarkeit und Tics auf.

Die Mutter berichtet, dass das Kind von klein auf schwierig gewesen sei. Der Junge höre nicht auf sie, nehme sie nicht ernst und mache was er wolle. Sie wisse schon lange nicht mehr, wie sie mit ihm umgehen solle. Sie habe Angst, dass Sven auf die schiefe Bahn geraten könne, wenn es so weiterginge. Sie listet eine ganze Reihe von Hilfs- Förder- und Therapiemaßnahmen auf, die sie seit Kleinkindzeiten für Sven in Anspruch genommen habe. U. a. sei eine etwa drei Jahre dauernde Einzelpsychotherapie über 280 Sitzungen wegen einer primären Enkopresis durchgeführt worden, die mit dem Aufhören des Symptoms beendet wurde, als Sven 12 Jahre alt war.

Sven sei zweites Kind und Wunschkind gewesen mit einem regelgerechten Schwangerschaftsverlauf. Nach einer sehr schwierigen Geburt sei er wegen einer Infektion sofort in ein Kinderkrankenhaus verlegt worden. Die Mutter habe den Säugling erst gar nicht zu Gesicht bekommen. Wegen hohen Blutverlustes habe ihr eigenes Überleben auf dem Spiel gestanden. Der Vater habe das Kind auf der Intensivstation regelmäßig besucht. Erst nach zwei Wochen habe die Mutter ihr Kind sehen können. Weil es an viele Schläuche angeschlossen gewesen sei und so zerbrechlich ausgesehen habe, habe sie Angst gehabt, es anzufassen und sich nicht getraut, es auf den Arm zu nehmen. Das habe ihr Mann übernehmen müssen. Zu Hause habe der Säugling dann nur geschrieen. Sie sei verzweifelt gewesen, weil es ihr durch nichts gelungen sei, das Kind zu beruhigen. Es habe auch von ihr keine Nahrung angenommen. Sie habe es ihrem Mann und ihrer Mutter überlassen, das Kind zu füttern. Auch mit der Sauberkeitsentwicklung sei es ein Kampf gewesen, den sie irgendwann aufgegeben habe. Eigentlich habe man bei Sven immer alles erzwingen müssen. Das sei bis heute so.

Betrachten wir zunächst die Auswirkungen auf das Kind, lässt sich heute nicht mehr differenzieren, welchen Einfluss die Infektion selbst, die Trennung des Kindes von seiner Mutter, die Hospitalisierung mit den medizinischen Eingriffen und zuletzt die inkonsistente Beziehungsgestaltung durch unterschiedliche Bezugspersonen in der Primärversorgung (Säuglingsschwester, Vater, Oma und Mutter) im Einzelnen hatten. Auf dem Hintergrund neurobiologischer Erkenntnisse besteht kein Zweifel, dass in so frühem Alter jeder dieser Faktoren als potentiell traumatisch in Betracht gezogen werden muss. In der Kumulation jedenfalls kann eine folgenreiche Beeinträchtigung der Hirnentwicklung des Säuglings mit unauslöschlichen Erinnerungsspuren an Schmerzen, Verlassenheitsangst und existenzielles Panikerleben nicht ausgeschlossen werden.

Betrachten wir die weitere Entwicklung des Jungen, so sind zusätzlich erhebliche Belastungsfaktoren zu berücksichtigen, die sich über die Jahre kumulierend aneinander gereiht und sein Selbstwertgefühl geschwächt haben: permanente Frustrationen durch sensumotorische Ungeschicklichkeit und dysfunktionalem Körpererleben, eine permanent angespannte, durch Ambivalenz gekennzeichnete Beziehungsgestaltung innerhalb seiner Familie verbunden mit der Zuweisung einer Sündenbockrolle, soziale Zurückweisungen außerhalb der Familie seit der Kindergartenzeit mit Episoden von Mobbing durch Gleichaltrige, Leistungsversagen in der Schule und eine generalisierte, immer intensiver werdende Erfahrung von Ausweglosigkeit.

Aktuell waren bei Sven Symptome beobachten, die als typisch für traumatische Verarbeitungsprozesse beschrieben werden. Eine „Übererregung“ im Sinne von ständiger innerer Unruhe und Getriebenheit, von Hyperaktivität, einer ständig erhöhten Anspannung und einer Unfähigkeit, motorisch und psychisch in Entspannung zu kommen. „Intrusionen“ waren unserer Beobachtung nur indirekt zugänglich. Sven berichtete von periodisch auftauchenden für ihn nicht erklärlichen Angstträumen mit nächtlichem Einnässen. Unerwartet auftauchende Affektschwankungen im Alltag ließen sich hypothetisch als Angsteinbrüche deuten. Und auffällig war seine Neigung, im Spiel Horrorphantasien auszuleben und sich häufig angeberisch in Mutproben zu stürzen. Phänomene der „Konstriktion“ waren auffällig in Leistungssituationen und im Wettbewerb mit Gleichaltrigen zu beobachten. Sven neigte dazu, Unterlegenheits- und Hilflosigkeitsgefühle präventiv zu vermeiden. Er brach Spiele ab, um nicht zu verlieren, konnte keine Fehler eingestehen und zeigte eine Tendenz, seine Leistungsmöglichkeiten zu überschätzen und seine Grenzen zu leugnen.

Die hier aufgezeigten Zusammenhänge zwischen Belastungserfahrungen und Symptomentwicklung gehören zur vertrauten Perspektive von Kindertherapeuten. Der in dieser Arbeit gewählte Fokus liegt vor allem auch auf den Auswirkungen auf Seiten der Eltern. Um diese näher zu beleuchten, sei zunächst ein Exkurs gestattet über die Elternrolle und ihre Vulnerabilität.

3. 2. Eltern- Kind- Beziehung, ein intuitiver koevolutionärer Prozess

Säuglingsforscher haben zeigen können, wie Kinder bereits in der Phase der vor-sprachlichen Kommunikation in eine „geregelte Interaktion“ mit der Mutter bzw. einer Pflegeperson eintreten. Aus ihren Beobachtungen resultiert die Annahme von psychobiologisch und kulturell determinierten, regelhaft ablaufenden und hoch koordinierten Verhaltensprogrammen, nach denen sich stabile Kommunikationsmuster in der Triade zwischen Säugling, Mutter und Vater ausbilden (Papoušek u. a. 1979, 201). Im Prozess des sog. „intuitive parenting“ greifen Eltern auf ein „ge-

nuines know-how der nonverbalen Verständigung mit dem Baby als implizites Kommunikationswissen“ zurück (Papoušek u. a. 2003, S.141). Sie gewinnen ihre parentale Kompetenz auf dem Hintergrund eines genetisch verankerten Programms im reflexiven Dialog mit ihrem Kind. Und der „kompetente Säugling“ (Dornes 1993), ausgestattet mit biologisch vorgegebenen selbstregulatorischen Fähigkeiten, kann in dem komplexen Lern- und Entwicklungsprozess der wechselseitigen Koordination durchaus auch in einer aktiven Rolle als Lehrer seiner Eltern gesehen werden. Für die Entschlüsselung der sich weiter entwickelnden kindlichen Bedürfnisse gibt es weder Lexika noch Bedienungsanleitungen. Eltern bleiben in der Verständigung und in der Wahrnehmung ihrer parentalen Funktion einerseits auf ihre eigene Intuition, andererseits auf die Kooperation ihres Kindes angewiesen. So gesehen gibt es keinen Grund, den Prozess des „Intuitive Parenting“ nach dem Säuglings- oder Kleinkindalter für abgeschlossen zu halten. Es gehört zur Alltagserfahrung in Familien, dass sich der interaktive Lernprozess zwischen Eltern und Kind mit entwicklungspezifisch veränderten Anforderungen permanent fortsetzt. Es erscheint nützlich, in der therapeutischen Zusammenarbeit mit Eltern von Kindern aller Altersstufen davon auszugehen, dass sie sich in einem fortlaufenden Prozess befinden, in dem das „Parenting“ als Aufgabe und Herausforderung (vor allem im Erleben der Eltern) mehr oder weniger gut gelingt bzw. auch scheitern kann.

3. 3. Erlebtes Scheitern der Elternschaft als Bedingung für ein „parentales“ Trauma

Unter den Hauptbelastungsquellen für Mütter werden Herausforderungen durch die prä-, peri- und postpartalen Anpassungsprozesse und der Kumulation von psychosozialen Risikobelastungen die negativen Rückkoppelungssignale aus den Interaktionserfahrungen mit dem schwierigen Kind als wichtigste Stressfaktoren herausgestellt (vergl. Stern 1998(2)). Seine Einschätzung scheint in Befunden der empirischen Forschung zur Stressbelastung von Müttern Bestätigung zu finden. Z. B. wurde eine Analyse der widersprüchlichen Untersuchungsergebnisse über die Stressbelastung von Müttern chronisch kranker Kinder so interpretiert, dass Erkrankungen oder Behinderungen des Kindes nur dann von Müttern als unkontrollierbare Stressbelastung (also traumatisch) erlebt werden, wenn beim Kind gleichzeitig auch Verhaltensstörungen wahrgenommen werden (vergl. Tröster, 1999, 53f). Auf dem Hintergrund klinischer Erfahrung ergibt sich hypothetisch eine plausible Erklärung: Eine Krankheit oder die Behinderung eines Kindes ist für eine Mutter nicht zwangsläufig eine traumatische Belastung. Kommt jedoch eine erlebte Beziehungsstörung hinzu, wird es wahrscheinlicher, dass die Belastung als nicht mehr bewältigbar erlebt und so traumatisch wird.

Stern (1998(2), 209ff) schreibt der Mutter eine „elementare Verantwortung“ zu, die in einer erhöhten Wachsamkeit und Angstbereitschaft zum Ausdruck kommt, da ihr

bewusst ist, dass das Leben eines anderen Menschen allein von ihr abhängt. Ihre mentale Struktur erfahre in der „Mutterschaftskonstellation“ eine radikale Neuorganisation ihrer Einstellungen, Wahrnehmungen, Gefühle und Phantasien, durch die sie biologisch und psychologisch für ihre Rolle disponiert wird, um die Überlebenssicherung des Säuglings gewährleisten zu können. U. a. wende sich ihre Aufmerksamkeit weg von Männern hin zu Frauen, insbesondere zur eigenen Mutter bzw. zu erfahrenen Frauen aus der Herkunftsfamilie. Ihre Interessen verlagern sich und verengen sich auf Themen wie Gesundheit und Ernährung. An ihrem Mann interessiert sie weniger, wie er als Mann und als Partner ist, sondern mehr, in welcher Weise er Vater ihres Kindes ist. Die psychische Befindlichkeit, der zentrale Selbstwert einer jungen Mutter ist nach Sterns Überzeugung von ihrer Einschätzung bestimmt, wieweit es ihr gelingt, im Sinne der Evolution kompetent zu sein. „Die Vorstellung einer Mutter, kein kompetentes Tier zu sein, ist katastrophal und damit ist große Angst verbunden.“ (1998 (1), S.107).

Als Grundkriterien der traumatischen Konstellation werden u. a. die Berührung eines vitalen Bedürfnisses, die Unentrinnbarkeit der Situation und die Unmöglichkeit genannt, zwischen Flucht und Angriff zu wählen. Dies trifft prinzipiell für belastete Eltern- Kind- Beziehungen zu. Die biologisch verankerte existentielle Verantwortung als wesentlicher Bestandteil des mütterlichen Selbstwerterlebens ist zugleich mit dem intuitiven Bewusstsein der Unentrinnbarkeit verbunden. Insbesondere junge Mütter beschreiben gelegentlich eine hieraus resultierende Dauerbelastung, die sich über die ersten Lebensjahre des Kindes erstreckt, auch dann, wenn keine außergewöhnlichen Probleme hinzukommen. Wenn Mütter jedoch glauben, das Ziel einer gedeihlichen Entwicklung ihres Kindes zu verfehlen und wenn sie in der konkreten Erziehungspraxis trotz aller Lösungsbemühungen permanent erfolglos zwischen Flucht und Angriff stecken bleiben, sind zentrale Ausgangskriterien für eine traumatische Situation erfüllt. Die Folgen einer solchen Situation sind je nach Vulnerabilität, vorhandenem Ressourcenkontext, verfügbaren Bewältigungsmechanismen und Resilienzfaktoren etc. sicher unterschiedlich. Werden die Bewältigungsmöglichkeiten nachhaltig überfordert, ist prinzipiell mit denselben Folgen zu rechnen, wie sie auch im Falle einmaliger katastrophaler Traumaerfahrungen beschrieben werden: das Erleben von extremer Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein in existentieller Bedrohung mit den Symptomen Übererregung, Intrusionen und Konstriktion. In der Beziehungsgestaltung mit den Kindern beobachten wir Verzerrungen in der Wahrnehmung, Anpassungs- und Unterwerfungsstrategien etc. (Herman, 2003) und dauerhafte Veränderungen im Selbst- und Weltverständnis (Fischer et al. 1999, 85).

In der klinischen Arbeit offenbart sich letztlich immer die eine grundlegende Angst der Eltern, nämlich ihr Kind zu verlieren. Eine solche Angst kann begründet sein in einer vitalen Bedrohung des Kindes oder in einer Verlusterfahrung mit einem verstorbenen älteren Kind, die als Verlustangst auf das jüngere Kind übertragen wird.

Andere Angstvorstellungen können darin bestehen, die Trennung vom Kind als unausweichlich letzte Lösung zu sehen, weil die Beziehung zu ihm als unerträglich aversiv und nicht reparabel erlebt wird. Die am häufigsten vorkommende Variante sehen wir in einem nachhaltigen Versagenserleben in einem wichtigen Erziehungsziel, sodass die Sorge besteht, das Kind könnte (später) im Leben nicht zurechtkommen (und auf diese Weise verloren gehen). Nach unseren Beobachtungen können ein erlebter Verlust der Beziehung zum Kind oder das Scheitern in der elterlichen Funktion gleichermaßen schwerwiegend und belastend erlebt werden wie eine vitale Bedrohung bzw. der physische Verlust eines Kindes. Wenn ein so schwerwiegendes Erleben von Verlust oder Scheitern in der Elternrolle die Bewältigungsmöglichkeiten von Eltern überfordert, scheint es angemessen, von einem „parentalen Trauma“ zu sprechen.

3. 4. Die Bewältigung des „parentalen Traumas“

Zunächst möchte ich zum Fall des 13-jährigen Sven zurückkehren, um die Auswirkungen auf der Elternseite zu beleuchten. Bei Svens Mutter waren ebenso wie bei ihrem Kind verschiedene Stressoren zu identifizieren, deren Auswirkungen im Einzelnen nicht genau einschätzbar sind: Die eigene Todesangst aufgrund des hohen Blutverlustes, das biologische Scheitern als Mutter, der es nicht gelungen ist, ihr Kind gesund zur Welt zu bringen, das Verlusterleben bei der Wegnahme ihres Kindes, die Angst um dessen Überleben, die Enttäuschung, ihr Kind nicht auf den Arm nehmen und es nicht „stillen“ zu können und generell mit dem „Wunschkind“ kein glückendes Miteinander erleben zu können.

Als Sven erstmalig von seiner Mutter vorgestellt wurde, war sie offensichtlich in einem Zustand von größter Verzweiflung, Angst und Scham. Die Art, wie sie nach 13 Jahren die Geburtsergebnisse beschrieben hat, machte für die Interviewer die Schrecken spürbar, die mit dem Erlebten verbunden sein mussten. Unübersehbar waren aber bei ihrer Schilderung die Merkmale der traumatischen Verarbeitung: Die Erzählweise der ansonsten redegewandten Frau erschien uns inkohärent. Die latent widerwillig beschriebenen Bruchstücke mussten durch mühsames Nachfragen zusammen gepuzzelt werden. Die konstruktiven Mechanismen im Umgang mit den Erinnerungen wurden deutlich in der Art, wie Trauer und Schmerz „heruntergespielt“ bzw. verleugnet wurden in einer Weise, dass es den Zuhörern affektiv unangemessen und irritierend erschien. In der Beschreibung der Symptomatik des Jungen erschien die Mutter ambivalent. Einerseits versuchte sie, in ihrer Verzweiflung gegenüber Svens unerwünschten Verhaltensauffälligkeiten verstanden zu werden. Sie wollte zum Ausdruck bringen und verdeutlichen, wie sehr sie einzelne Verhaltensweisen des Jungen ablehnt. Andererseits nahm sie ihren Jungen in Schutz und versuchte für alles eine entlastende Erklärung zu finden, insbesondere da, wo Lehrer sein Fehlverhalten beklagten. Insgesamt wirkte diese Mutter in Be-

zug auf ihr Kind hilflos gefangen im Widerspruch zwischen Annahme und Ablehnung, zwischen Sehnsucht nach Nähe und Abneigung. Verborgene Schuldgefühle mischten sich mit einer akuten Angst vor den Folgen einer fortschreitenden Fehlentwicklung des Jungen und seinem schulischen Scheitern, dem Schmerz über die permanenten wechselseitigen Verletzungen und die Furcht, sich möglicherweise in letzter Konsequenz von dem Jungen trennen zu müssen. Die Art ihrer Selbstdarstellung konnte bei Helfern durchaus Impulse von Zurückweisung und Abwertung auslösen, Reaktionen, die in höchstem Maße geeignet sein konnten, in ihrer aktuellen Ausweglosigkeit zu einer erneuten traumatischen Erfahrung zu werden.

Svens Vater sei der Vollständigkeit halber hier erwähnt. Er schilderte ein seit der Geburt eher nahes und unkompliziertes Beziehungserleben gegenüber seinem Sohn. Aus dem Erziehungsalltag hat er sich in den letzten Jahren weitgehend zurückgezogen. Er kritisierte die Erziehungspraxis seiner Frau, hat ihr seine Unterstützung entzogen und war ihr gegenüber diesbezüglich resigniert und ablehnend eingestellt. Er beschrieb sich im Kern deshalb als hilflos, weil er seine Frau nicht ändern könne. Bei ihr sah er die Ursache für die Schwierigkeiten des Jungen.

„Parentale Hilflosigkeit“ als Merkmal traumatischer Verarbeitung

Hilflosigkeit wird in allen Traumadefinitionen als eine dominante Erlebensqualität beschrieben. Fischer (1999, 84) verweist bzgl. der Phänomenologie des Traumas auf Seligmans Konstrukt der „erlernten Hilflosigkeit“ (1972) und findet darin eine zutreffende phänomenale Beschreibung des Traumas auf der psychologischen Ebene. In begrifflicher Anlehnung an Seligman wurde das Konstrukt der „parentalen Hilflosigkeit (PH)“ vorgeschlagen (Pleyer 2003, 467ff). Es stellt den Versuch dar, das in unserem Kontext beobachtete typische Erleben und Verhalten von Eltern im Umgang mit dem beklagten Symptomverhalten ihres Kindes in vier zentralen Merkmalen zu erfassen. Die PH geht deutlich über eine vorübergehende Ratlosigkeit in schwierigen Erziehungssituationen hinaus. Sie ist nicht gleichzusetzen mit einer generellen Erziehungs- bzw. Beziehungsunfähigkeit oder gar Lebensuntüchtigkeit der Eltern. Hilflosigkeit begegnen wir in den Selbstbeschreibungen unserer Eltern auf den Ebenen der Kognitionen (u. a. als Verlust der parentalen Wirksamkeitsüberzeugungen), der Affekte (emotionale Verflachung, Energieverlust und resignative Kapitulation) und im konkret beobachtbaren Lösungs- und Erziehungsverhalten (untauglich erscheinende Lösungsversuche, die nach dem Muster „Mehr desselben“ oft über lange Zeit nutzlos wiederholt werden). PH ist nicht als Defizitfestschreibung im Sinne eines stabilen Persönlichkeitsmerkmals oder einer stabilen Eigenschaft gemeint, eher als spezifisches Merkmal des Erlebens und Verhaltens in einem vielschichtigen fließenden Prozess individueller Lösungsversuche und Bewältigungsbemühungen. PH stellt sich im Sinne einer Folge- bzw. Begleiterscheinung eines nachhaltig erlebten Scheiterns in dem Versuch, erwünschte Erziehungs-

ziele bzw. (Verhaltens-) Änderungen beim Kind zu bewirken, vielfach als ein typisches Merkmal traumatischer Erfahrung dar.

In unserem Beobachtungskontext ließen sich vier zentrale Merkmale der PH unterscheiden:

1. eine verengte oder verzerrte Art von Eltern, ihre Kinder wahrzunehmen,
2. eine Konfliktvermeidung im Umgang mit dem Symptomverhalten und Vermeidung von Präsenz,
3. eine Tendenz, die Erziehungsverantwortung zu umgehen oder sie an andere zu delegieren und
4. die Tendenz, sich (in der Erziehung) zu isolieren und Kooperation mit Erziehungspartnern zu vermeiden.

Die Hilflosigkeit von Eltern und die dazugehörigen Bewältigungsmechanismen beschränken sich in ihrer Wirkung keinesfalls allein auf ihr eigenes individuelles Erleben. Sie haben immer auch eine Auswirkung auf das Erleben des Kindes mit einer entsprechenden Rückwirkung. Kinder erleben parentale Hilflosigkeit als Kompetenzverlust ihrer Eltern und gegebenenfalls als Beschneidung in ihren vitalen Bedürfnissen. Dies kann ihre Bewältigungsmöglichkeiten je nach Intensität, verfügbaren Kompensationsmöglichkeiten etc. übersteigen und traumatisch verarbeitet werden.

Zur rekursiven Bezogenheit von Hilflosigkeit und Symptombildung

Im Zustand anhaltender Hilflosigkeit büßen Eltern ihre stärksten parentalen Ressourcen ein: ihre Wirksamkeitsüberzeugung, das Vertrauen in ihre Intuition und ihre Sicherheit, als Eltern vom Kind angenommen zu sein. Dies führt über die Zeit zu einer Tendenz, ihre erzieherische und versorgende Aufgabe abzugeben, sie Anderen zu überlassen oder zu übertragen. Wenn ihre Hoffnung schwindet, die Beziehung zum Kind aus eigener Kraft zufrieden stellend gestalten zu können, geben sie nicht selten Signale an andere Menschen, die bereit zu sein scheinen, in die entstehende Verantwortungslücke einzuspringen. Sie vermeiden es (im Sinne eines „konstruktiven“ Mechanismus) zunehmend, sich mit dem Problemverhalten ihres Kindes auseinander zu setzen. Sie umgehen oder ignorieren das Problemverhalten, gehen auf Distanz und sind für das Kind nicht mehr präsent. Dem Kind gehen orientierende Vorgaben und Grenzsetzungen verloren.

Das Kind antwortet auf die elterlichen Bewältigungsreaktionen mit Übererregung, i. S. einer erhöhten Wachsamkeit gegenüber weiteren Verletzungen bzw. mit Reaktanz, einer erhöhten (kreativen) Aktionsbereitschaft, die das Ziel verfolgt, Handeln und Entscheiden auf Seiten der Eltern herauszufordern und sie präsent zu machen. Verfestigen sich solche Verhaltensbereitschaften zu gelernten Mustern, so werden

sie von Eltern und Lehrern als unerwünschtes Verhalten beschrieben und von Fachleuten als „Symptome“ etikettiert und kodiert.

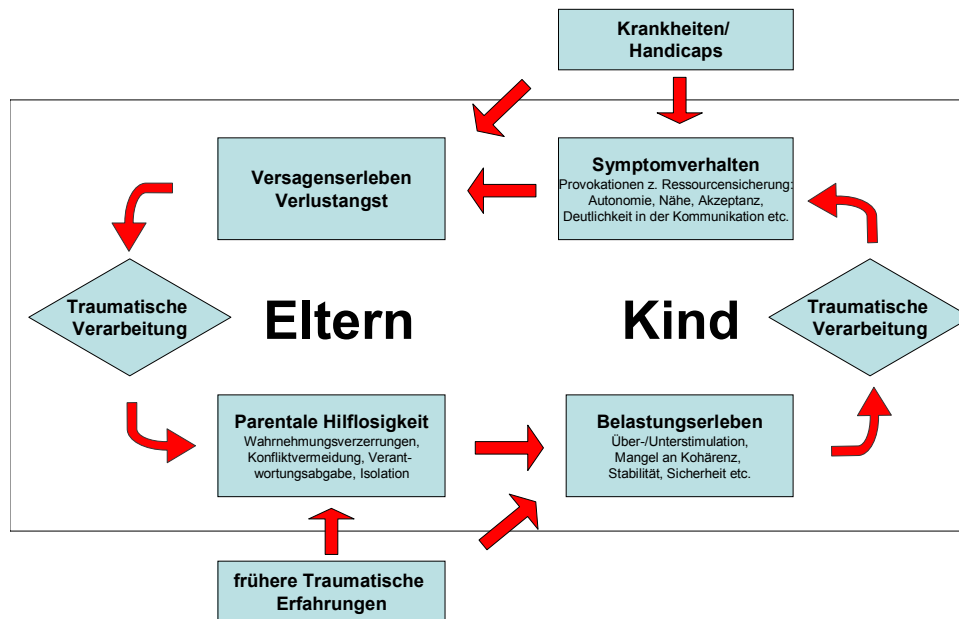


Abb.: Co- traumatische Prozesse in der Eltern- Kind- Beziehung

Auf Seiten der Eltern wiederum führt dies oft zu noch stärkeren oder neuen Versuchen, ihre Distanzierung aufrecht zu erhalten. Es erzeugt vermehrten Stress beim Elternteil und wird, sofern es seine Bewältigungsmöglichkeiten überfordert, traumatisch erlebt. So verknüpfen sich elterliche Bewältigungsversuche in rekursiven Ursache- Wirkungs- Schleifen mit dem so genannten kindlichen (Symptom-) Verhalten, um in stabile Teufelskreise einzumünden (s. Abb.). Diese neigen zur Chronifizierung, weil auf Grund ihrer wechselseitigen biologischen und psychologischen Abhängigkeit weder die Eltern noch das Kind der Beziehung entfliehen können. So kommt es über die Zeit auf beiden Seiten zu einer Überlagerung von chronisch belastendem und kumulierendem Traumaerleben mit den entsprechenden dissoziativen und konstriktiven Bewältigungsversuchen. Wachsende Immunsierung gegen Verletzungen, Nichtwahrnehmen von Verletzungen, Demütigungen und Entwürdigungen und Abstumpfen der Emotionalität in der Beziehung sind beiderseits Rettungsversuche, um in der Unentrinnbarkeit irgendwie überlebensfähig zu bleiben.

Säuglingsforscher konnten eindrucksvoll zeigen, wie sich solche reflexiven Interaktionsschleifen bereits zwischen Säuglingen und ihren depressiven Müttern aufbauen, indem die Säuglinge durch kreatives Entwickeln immer neuer Signale versuchen „ihre Mutter lebendig zu machen“ (siehe Stern, 1998, 129). Weitere Beschreibungen über die Entstehung co-traumatischer Prozesse zwischen Mutter und Kind finden wir in Berichten aus der Arbeit in Kleinkindambulanzen. Mechthild Papoušek (2003, 148f) beschreibt detailliert, wie frühere und akute Belastungsfaktoren zu ernsthaften Beeinträchtigungen der intuitiven kommunikativen Kompetenzen der Mütter im Umgang mit ihrem Säugling führen: Es komme zu Einschränkungen in den elterlichen Ressourcen, zu Hemmungen, Blockaden und Verzerrungen der Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, emotionalen Verfügbarkeit und intuitiven Verhaltensbereitschaft. Sie beschreibt die Entstehung von Interaktionsmustern, in denen das Baby die protektiven Zuwendungen seiner Mutter teilweise einbüßt und auf Grund der ihm zur Verfügung stehenden Bewältigungsmuster, sozusagen zu seinem Schutz zwangsläufig geeignete Verhaltensweisen ausprägt, die wiederum zur Frustration der Mutter beitragen. So können an die Stelle einer positiven Gegenseitigkeit zwischen Mutter und Kind Teufelskreise dysfunktionaler Interaktionen treten, die Mutter und Kind gleichermaßen mühevoll Anpassungsleistungen abverlangen und zu wechselseitiger Überforderung mit potentiell traumatischem Charakter beitragen. Im Folgenden soll abschließend verdeutlicht werden, wie sich die Übertragung „mitgebrachter“ elterlicher Traumata auf ihre Kinder darstellt.

Die transgenerationale Perspektive der Traumabewältigung

Die öffentliche Auseinandersetzung mit dem Holocaust in den 90er Jahren, möglicherweise auch der Film „Schindlers Liste“ von Spielberg und Berichte über sein Holocaust- Archiv dürften dazu beigetragen haben, die intergenerationale Bewältigung von Traumaerfahrungen vermehrt in das Blickfeld der Fachleute zu rücken. Beschreibungen über das Betroffensein der Nachkommen von KZ-Opfern (z. B. Kogan 1998) und nicht zuletzt über die Arbeit mit Kindern von Kriegsopfern aus dem Balkankrieg verdanken wir eine intensivere Hinwendung zu der Frage, wie Kinder die Bewältigungsprozesse ihrer Eltern erleben und verarbeiten und wie Traumata der Eltern an ihre Kinder (und Kindeskinde) weiter gegeben werden.

Im Rahmen der Säuglings- und der Bindungsforschung sind eine Vielzahl von Studien vorgelegt worden, die die Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen von Müttern auf die Kommunikation mit ihren Säuglingen beschreiben. Dies konnte für „desorganisierte Bindungsmuster“, für Vernachlässigungserfahrungen, für emotionale und physische Misshandlung ebenso gezeigt werden wie für manifeste psychopathologische Störungen, z. B. Depressionen (u. a. Dornes 2000; Möhler u. Resch 2000, 550ff; Papoušek u. a. 2003, 137). Neurobiologen konnten wiederholt bestätigen, dass trennungsbedingte Stresserlebnisse in den ersten Lebenswochen zu

langfristigen Veränderungen in der Reifungsentwicklung des zentralen Nervensystems und der für die Stressregulierung verantwortlichen hormonellen Regulationsmechanismen führen. Erstaunlich erscheint jedoch, dass diese Effekte auch in der nächsten Generation nachgewiesen werden konnten, obwohl die entsprechende Kindergeneration solche Trennungserfahrungen selbst nicht gemacht hatte. Dies wird als Beleg für eine nicht- genetische „Vererbung“ traumatischer Erfahrungen gewertet (Spitzer 2000).

Der in der Einleitung angedeutete Fall hatte uns veranlasst, in unseren Fallgeschichten die Schilderungen über Belastungen der Eltern unserer Kinder zu recherchieren (Pleyer 2003, 476f). Wir fanden eine bemerkenswerte Häufung traumatischer Trennungs- und Vernachlässigungserfahrungen in den Geschichten der Eltern, die einen direkten Zusammenhang vermuten lassen mit jenen Auffälligkeiten, derentwegen die Kinder jetzt in Behandlung sind. Dies soll am Beispiel der 11jährigen Nina verdeutlicht werden.

Nina kam mit der Diagnose „Schulphobie“. Die Eltern erklärten uns, dass sie von der Existenz einer solchen Krankheit erst durch den Kinderarzt erfahren hätten. Es gebe jedoch keine Erklärung dafür, wie sie entstanden sein könne. Nina hatte sich seit ca. 6 Monaten erfolgreich geweigert, die Schule zu betreten. Die engagierten elterlichen Bemühungen, das Kind „im Guten wie im Bösen“ zum Schulbesuch zu bewegen, sind gescheitert. Am Ende standen jeweils panikartige Erregungszustände des Kindes, die sich allmählich eskalierend in aggressive Wutausbrüche gesteigert haben. Die Mutter hat ihre Lösungsversuche regelmäßig aufgeben müssen, weil sie es nicht ausgehalten habe, das Kind so leiden zu sehen. Anfangs hätten sich Mutter und Kind nach gescheiterten Versuchen weinend umarmt. Später habe sich die Mutter selbst weinend zurückgezogen, so dass das Kind auf sie zugeht, um sie zu trösten. Die Mutter sei nach diesen Episoden stundenlang völlig fertig gewesen, sodass sie für sich selbst beruhigende Medikamente gebraucht habe. Der Vater glaubte, dass er es alleine durchaus geschafft hätte, das Kind zum Schulbesuch zu bewegen. Er habe aber das Gefühl gehabt, sich gegen den Zusammenschluss von Mutter und Kind nicht durchsetzen zu können.

Das Vorhandensein einer eigenen (Trennungs-) Angst war der Mutter anfangs nicht bewusst. Zumindest hat sie einen Zusammenhang mit der Schulverweigerung des Kindes auf das Entschiedenste geleugnet. Erst die ausführliche narrative Bearbeitung der Vorgeschichte konnte einen neuen Verstehens- und Deutungsprozess in Gang setzen: Nina ist als Frühgeburt zur Welt gekommen. Die Mutter erinnerte sich (nach 11 Jahren!) unter Tränen: „Als sie mir dann mein Kind weggenommen haben, um es in den Brutkasten zu legen, hatte ich ein Gefühl, als würde mir das Herz heraus-

gerissen. Es war ganz furchtbar für mich und ich weiß nicht, wie ich das durchgestanden habe. Ich war tagelang wie gelähmt in Panik, dieses Kind zu verlieren.“ Im Verlauf des Erzählens dieser Umstände wurde ihr allmählich deutlich, wie lebendig die damalige Angst heute immer noch ist. Und sie begann, die Bedeutung dieser Angst für die alltägliche Beziehungsgestaltung zu ihrer Tochter neu zu entdecken. Darüber hinaus erinnerte sie sich, selbst als Frühgeburt zur Welt gekommen zu sein. Und ihr fielen immer mehr Beispiele dafür ein, dass ihre eigene Mutter ihr gegenüber überängstlich gewesen ist. „Immer wenn ich von zu Hause weg wollte, dann hat sich meine Mutter so komisch benommen. Ich habe früher nie verstanden, warum die immer solche Angst hatte und mich nie weglassen wollte. Das ist eigentlich heute noch so.“ Später haben wir die Oma eingeladen und mit ihr und ihrer Tochter gemeinsam über Auswirkungen von Frühgeburten auf die Mutter- Kind- Beziehung gesprochen. Kommentar der Oma: „Mein Gott, und das hat man all die Jahre ja nicht gewusst. Wir hätten vielleicht manches anders machen können.“ Die beiden Frauen berieten daraufhin, wie sie sich selbst helfen könnten, alte Ängste der Vergangenheit zuzuordnen und wie sie Nina unterstützen könnten, die eigene Angst von der Angst der Mutter zu unterscheiden und in Zukunft offener und mutiger mit tatsächlich erlebter Angst umzugehen. Die Mutter hat unsere Anregung aufgegriffen, sich wiederholt Zeit zu nehmen, um Nina ausführlich die Geschichten um die Geburt herum, die eigenen Kindheitserfahrungen mit Angst und mit der Angst der Oma so zu erzählen, wie sie es intuitiv für angemessen hielt. Und Nina nahm diese Geschichten mit außerordentlichem Interesse auf.

Wir sehen eine Vielzahl von Fällen bei durchaus unterschiedlicher kindlicher Symptomatik, bei denen eine alte traumatische Angst- und Hilflosigkeitserfahrung von Eltern in ähnlicher Weise dissoziativ und konstriktiv verarbeitet wird. Das affektive Erleben scheint vom kognitiv Erinnerungsbaren abgekoppelt. Angst hat sich, unbemerkt vom Bewusstsein, generell an alle Distanzierungsbewegungen und Verselbständigungstendenzen des Kindes geheftet. Das Kind spürt die eingrenzende Angst der Mutter, die aber als solche nicht benannt werden kann. Es reagiert mit eigener Angst aber auch mit (zunehmender) Aggression. Die ursprünglich erlebte Angst der Mutter lässt die biologisch verankerte Schutzreaktion gegenüber ihrem Kind immer mehr „einfrieren“, die sich so allmählich zu einem schematischen Mechanismus verfestigt hat. Weil Affekt und Kognition der früheren traumatischen Erfahrung sich voneinander getrennt hatten, sind neue Erfahrungen als solche für sie nicht einzuordnen. Gemeinsame Angst und ihre Vermeidungsreaktionen haben begonnen, die Nähe- Distanz- Regulierung zwischen Mutter und Kind zu dominieren. So schließt sich ein Teufelskreis mit eskalierender Tendenz.

5. 0. Einige Konsequenzen für eine traumabezogene systemische Therapie

Unser systemisches Konzept der „Stärkung der elterlichen Kompetenz“ (Pleyer 1983, Rotthaus 1984, 1990) ist durch das Konstrukt der parentalen Hilflosigkeit und die Perspektive co-traumatischer Prozesse weiter fundiert worden. Wir sind noch sicherer geworden, dass eine therapeutische Behandlung kindlicher Symptomatik ohne intensive Einbeziehung der Eltern nur eingeschränkt erfolgreich und mit Blick auf die Familie als Ganzes nicht sinnvoll sein kann. Wenn ein Scheitern des parenting- Prozesses post- traumatische Belastungsreaktionen zur Folge hat, brauchen Eltern zu allererst einen Wiederaufbau ihres parentalen Wirksamkeitsbewusstseins. Sie benötigen Hilfe, um das Gefühl für die eigene Intuition, ein Wertebewusstsein für die eigenen Erziehungsziele und nicht zuletzt ihre parentale Selbstachtung wieder herzustellen. Eine Einzeltherapie exklusiv für das Kind birgt prinzipiell die Gefahr einer Retraumatisierung der Eltern, wenn dadurch ihre kognitive Überzeugung bestätigt wird, selbst nichts tun zu können.

Weil das Selbst- und Weltbild (man-made-) traumatisierter Menschen oft tief erschüttert ist und auf Grund ihrer restriktiven und dissoziativen Kommunikationsmuster eine Tendenz zu sozialer Isolierung besteht, brauchen sie in ganz besonderer Weise das Angebot eines sicheren Ortes, wo sie Akzeptanz ihrer (post-traumatischen) Problemsicht vorfinden und Schutz erhalten gegen bestehende soziale Abwertungen und Ausgrenzungen. Hier sind offene Bündnisse und eine deutliche Positionierung an der Seite der post- traumatischen Bewältigungsmuster erforderlich. Hilflöse Eltern brauchen zuverlässige Partner, wenn sie von Lehrern, Nachbarn, Helfern moralisch disqualifiziert und gelegentlich sogar mit Zwangsinerventionen bedroht werden. Dies ist vor allem auch im Interesse der Kinder. Transparenz und persönliche Verbindlichkeit in den professionellen Beziehungen, das Herstellen von Nähe zu Eltern im Sinne einer „emotionalen Rahmung“ (Welter- Enderlin u. a. 1996), die Vertrauen ermöglicht aber auch das Gewähren von Zeit (für Gespräche) sehen wir als notwendige kontextuelle Voraussetzungen.

Judith Herman formuliert lapidar: „Die endgültige Auflösung des Traumas ist ebenso wenig möglich wie eine vollständige Genesung.“ (2003, 303). Eine Therapie, die dies berücksichtigt, konzentriert sich auf die Nutzung vorhandener Stärken. Sie versucht mehr, Neues zu schaffen, anstatt Altes zu restaurieren. Bezogen auf eine Mutter- Kind- Beziehung könnte man sagen: Es kann nie zu spät sein, schöne Seiten in dieser besonderen, durch nichts zu ersetzenden Zweierbeziehung zu entfalten. Deshalb sind Interventionen sinnvoll, die darauf abzielen, elterliche Präsenz (s. Omer u. von Schlippe 2002) wieder herzustellen und ein neues kooperatives Miteinander zwischen Eltern und Kind konkret erlebbar zu machen. Methodische Hinweise dazu sind an anderer Stelle ausführlich beschrieben worden (Pleyer 2002, 125ff).

Eine Therapie, die die schnelle Beseitigung des kindlichen Symptomverhaltens beabsichtigt, transportiert u. U. implizit pathologisierende und abwertende Etikettierungen und bereitet auf subtile Weise den Boden, auf dem Retraumatisierungen möglich werden. Neubewertungen, positive Umdeutungen und neue Beschreibungen kindlicher Verhaltensmuster, die sie als sinnhafte Rettungsversuche plausibel machen, schaffen Entlastung von unangemessener Schuldübernahme und stärken das Selbstwerterleben des Kindes. Die spezifischen Bewältigungsmuster zu respektieren, sie in ihrer heilenden Qualität zu untersuchen und zu unterstützen, ist ein sinnvollerer Ziel, als sie so schnell wie möglich eliminieren zu wollen. Anstatt beispielsweise kindliche Unruhe- oder Angstsymptome medikamentös zu unterdrücken, ist es im Hinblick auf die Auflösung einer co-traumatischen Verkettung meist bedeutend effektiver, ihre heilsame Potenz in der Beziehungsregulierung therapeutisch zu nutzen. Indem wir die Botschaften der kindlichen Symptomatik ungefiltert an die Eltern transportieren und zugleich dafür sorgen, dass durch sofort zurückgespielte Antworten die elterliche Präsenz wahrnehmbar herbeigeführt wird, unterstützen wir, was durch post-traumatische Verarbeitung oft jahrelang konstriktiv vermieden worden ist. Wir fördern in einem durch uns bewachten und geschützten Rahmen Konflikte zwischen Eltern und Kind, die die dissoziierten und verdrängten Affekte in der aktuellen Beziehungssituation wieder neu erfahrbar machen. So werden Energien frei, die geeignet sind, das Beziehungserleben auf beiden Seiten neu zu organisieren.

Traumatische Erfahrungen werden primär als somatische Empfindungen und Affektzustände abgespeichert, während die für Sprache zuständigen Hirnregionen weitgehend abgeschaltet bleiben. Deshalb zielen traumabezogene Therapieansätze darauf ab, eine Integration der kognitiven und affektiven Elemente der traumatischen Erfahrung herbei zu führen. Tatsächlich beobachten wir täglich, wie sehr Eltern und Kinder vermeiden, genau auszudrücken, wie sie gemeinsam erfahrene belastende Beziehungssituationen affektiv erleben. Und wir sehen ihre Unfähigkeit, eigene affektive Zustände beschreiben können. Van der Kolk (1999, 78) betont die Notwendigkeit, den Betroffenen zu helfen, eine Sprache zu finden, die das Unausprechliche mitteilbar und nicht zuletzt ihnen selbst verständlich macht. Eltern und Kinder profitieren nach unseren Beobachtungen sehr davon, wenn sie allenthalben dazu aufgefordert werden, sprachlich zu formulieren, wie sie sich in gegebenen Situationen fühlen, und dies alltäglich gemeinsam zu üben. Eine therapeutisch wenig aufwendige, aber effektive Methode. Die unbefangene Neugier der Kinder, ihre Kreativität und schnelle Lernfähigkeit stehen hier in der Regel als unterstützende Ressourcen zur Verfügung.

Im Falle einer jahrelangen co-traumatischen Beziehungsentwicklung kann man oft nicht mehr herausfinden, ob eine Erinnerung an das Ursprungstrauma für die Auflösung der aktuellen Symptomatik überhaupt noch von Bedeutung ist. Der Teufelskreis der Co-Traumatisierung hat meist vor vielen Jahren in einer Ereigniskonstel-

lation begonnen, die wir heute nur noch erraten können. Die post- traumatischen Symptome jedoch erzeugen die aktuelle Realität. Akut wirksam sind die verfestigten Bewältigungs- und Interaktionsmuster und die damit verbundenen Beziehungsbilder in den Köpfen der Betroffenen. Diese Muster zu beenden sind Eltern und Kind gleichermaßen interessiert. Dementsprechend haben sie das Bedürfnis, die Mechanismen ihrer Beziehungsregulierung zu entschlüsseln und zu verstehen. Schuldgefühle, die an beidseitig leidvolle Beziehungserfahrungen geknüpft waren, konnten sich im o. geschilderten Fall von Nina erst dann wirklich auflösen, als eine passende Antwort auf die Frage gefunden war, „wieso sich alles auf diese Weise entwickeln konnte“. Als die abgespaltenen Angstgefühle den „alten Geschichten“ zugeordnet werden konnten, wurde das aktuelle Geschehen verständlich. Erst dann hatten wir Sicherheit, dass die begonnenen Veränderungsprozesse nicht so bald in alte Muster zurück fallen würden.

Abschließend bleibt zu betonen, dass das Hantieren mit Traumakzepten in der therapeutischen Praxis nicht wirklich hilfreich sein kann, wenn damit pathologisierende Festschreibungen des Klienten intendiert sind. Sofern mit einer Traumadiagnose eine „Krankschreibung“ als vordergründig entlastende Etikettierung beabsichtigt ist, ohne eine Weiterentwicklung anzustreben, steht nicht die Effizienz des Traumakzeptes in Frage, sondern seine spezifische Benutzung. Auch eine traumabezogene systemische Therapie bleibt in der ethischen Verpflichtung, die Wahlmöglichkeiten und Handlungsoptionen ihrer Klienten zu erweitern.

Abstract:

The presented paper argues to use a psychotraumatic perspective within a systemic therapeutic framework. Nowadays observable ways to diagnose traumatic phenomena different are seen critically. Experiences of failure and helplessness are described as basic conditions of so called "parental trauma". Case examples illustrate symptoms of children and parental helplessness as a series of coping attempts that are related to each other, ending in a "devilish circle" of chronic co-traumatic relationship patterns. The author concludes by describing how a trauma-oriented systemic attempt could be distinguished from traditional individual centered approaches.

Bibliographie:

- Brisch, K.H. u. Hellbrügge, T. (2003): Bindung und Trauma. Stuttgart (Clett-Cotta)
Bürgin, D. (1999): Adoleszenz und Trauma. Grundsätzliche und spezifische Aspekte der Behandlung von Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen. In: Streeck- Fischer, A. (Hsg.) Adoleszenz und Trauma. Göttingen (Vandenhoeck & Rupprecht)
Dornes, M. (1993): Der kompetente Säugling. Frankfurt (Fischer)
Fischer, G. u. Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München, Basel (Reinhardt)

- Herbert, M. (1999): Posttraumatische Belastung. Bern (Huber)
- Herman, J.L. (2003): Die Narben der Gewalt. Paderborn (Junfermann)
- Hüther, G. (2001): Die neurobiologischen Auswirkungen von Angst und Stress und die Verarbeitung traumatischer Erinnerungen. In: Streek- Fischer, A., U. Sachsse und I. Özkan (Hrsg.) Körper, Seele und Trauma. Biologie, Klinik, Praxis. Göttingen Vandenhoeck & Rupprecht), S. 94-114
- Hüther, G. (2003): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. In Brisch, K.H. u. Hellbrügge T. (Hrsg.) Bindung und Trauma, Stuttgart (Klett-Cotta) S.94-104
- Khan, M. M.R. (1974): The concept of cumulative trauma. In: Khan, M. M.R. (Ed.): The privacy of the self. London (Hogarth, dt. 1977 bei Kindler)
- Keilson, H. (2002): Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern durch man- made- desasters. In: Endres, M. ; Biermann, G. (Hrsg.) Traumatisierung in Kindheit und Jugend, Reinhardt, S.44ff
- Keilson, H. (1979): Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart (Klett- Cotta)
- Kogan, I. (1998): Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust- Opfer. Frankfurt a. M. (Fischer)
- Kolk, B.A. van der, Burbridge, J.A. u. Suzuki, J. (1999): Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. In: Streek- Fischer, A., (Hrsg.) Adoleszenz und Trauma. Göttingen (Vandenhoeck & Rupprecht), S. 57-78
- Korittko, A. (2000): Trauma und Verlust – Vom Zwang des Vergessens zum heilsamen Erinnern. Kontext 31 (2) 171-178
- Ludewig, K. (2002): Leitmotive systemischer Therapie. Stuttgart (Klett- Cotta), S. 190ff
- Möhler, E. u. Resch, F. (2000): Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter- Säuglings- Interaktion, Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49, 550-562
- Omer, H., u. von Schlippe, A. (2002): Autorität ohne Gewalt. Göttingen (Vandenhoeck & Rupprecht)
- Papoušek, H. u. Papoušek, M. (1979): Lernen im ersten Lebensjahr. In Montada L., (Hrsg.) Brennpunkte der Entwicklungspsychologie. Stuttgart (Kohlhammer) 194-212
- Papoušek, M. u. Wollwerth de Chuquisengo, R. (2003): Auswirkungen mütterlicher Traumatisierungen auf die Kommunikation und Beziehung in der frühen Kindheit. In Brisch, K.H. u. Hellbrügge T. (Hrsg.) Bindung und Trauma, Stuttgart (Klett-Cotta) 136-159
- Pleyer, K.H. (1983): Die Frage der Verantwortlichkeit als zentrales Problem in der stationären Therapie. In: Rotthaus, W. (Hrsg.) Systemische Familientherapie im ambulanten und stationären Kontext. Dortmund (verlag modernes lernen) 126 -142
- Pleyer, K.H. (2001): Systemische Spieltherapie – Kooperationswerkstatt für Eltern und Kind. In: Rotthaus, W. (Hrsg.) Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg (Carl Auer Systeme) 125-161
- Pleyer, K.H. (2003): Parentale Hilflosigkeit, ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern. Familiendynamik. 28(4), 467-491
- Riedesser, P. (2003): Entwicklungspathologie von Kindern und Jugendlichen. In Brisch, K.H. u. Hellbrügge T. (Hrsg.) Bindung und Trauma, Klett-Cotta, Stuttgart, S. 161
- Rotthaus, W. (1984): Stärkung der elterlichen Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen, Prax. Kinderpsychol. 33 (3)
- Rotthaus, W. (1990): Stationäre Kinder- u- Jugendpsychiatrie. Dortmund (Verlag modernes lernen)

- Seligman, M.E.P. (1979): Erlernte Hilflosigkeit. München (Urban & Schwarzenberg)
- Spitzer, M. (2000): Das hast Du von der Mutter – aber nicht geerbt. Nichtgenetische Weitergabe von Charaktereigenschaften über mehrere Generationen im Tierexperiment. *Nervenheilkunde*, 19, 48-87
- Spitzer, M. (2002): Lernen, Gehirnforschung und die Schule des Lebens. Spektrum Akademischer Verlag, Berlin
- Stern, D. (1998(1)): Die Mütterlichkeitskonstellation: Mutter, Säugling und Großmutter rund um die Geburt. In: Welter- Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.) *Gefühle und Systeme*. Heidelberg (Carl-Auer-Systeme) 102-118
- Stern, D. (1998(2)): Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart (Klett-Cotta)
- Terr, L.C. (1995): Childhood traumas: An outline and overview. In: Everly, G. S. und J. M. Lating (Hrsg.) *Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Post- traumatic Stress*. New York, 301– 319.
- Tröster, H. (1999): Anforderungen und Belastungen von Müttern mit anfallskranken Kindern, *Z. Med. Psychol.* (2), 53-64
- Welter- Enderlin, R. u. Hildenbrand, B. (1996): Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart (Klett- Cotta).
- Yule, W. (1994): Post-traumatic stress disorder. In Rutter, M.; Taylor, E.Hersov, L. (Eds.) : *Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford (Blackwell Scientific Publications)

Kurzbiographie des Verfassers

Karl Heinz Pleyer, Dipl. Psych., Psychol. Psychotherapeut, Systemischer Therapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Systemische Therapie (DGSF), Weiterbildungen in VT, GT, Spieltherapie, seit 1973 in unterschiedlichen Bereichen der Kinderpsychiatrie tätig, seit 1996 Leiter der „Tagesklinik für Kinder“ Viersen, Arbeitsschwerpunkte: stationäre systemische Therapie, Supervision und Coaching in psychosozialen Arbeitsfeldern, Ausbildungstätigkeit in Systemischer Therapie und Beratung.

Adresse:

Bieth 29, 41334 Nettetal, email: kh.pleyer@t-online.de