

## Co-traumatische Prozesse in der Eltern-Kind-Beziehung

Karl Heinz Pleyer

### Zusammenfassung

*Die vorliegende Arbeit plädiert für eine erweiterte Nutzung psychotraumatologischer Perspektiven im Rahmen systemischer Arbeitskonzepte in Kindertherapie und Jugendhilfe. Versagen und Hilflosigkeit von Eltern werden als potenzielle Merkmale einer „parentalen Traumatisierung“ dargestellt. Kindliche Symptombildung und parentale Hilflosigkeit werden als rekursiv aufeinander bezogene Bewältigungsversuche beschrieben, die sich in Teufelskreisen zu co-traumatischen Beziehungsmustern verfestigen können. Anhand von Fallbeispielen sollen Aspekte einer traumabezogenen systemischen Therapiepraxis aufgezeigt werden.*

Den Anstoß, uns verstärkt mit neueren Erkenntnissen der Psychotraumatologie auseinander zu setzen, verdanken wir dem 10-jährigen Stephan, der uns Mitte der 90er-Jahre zur Therapie<sup>1</sup> überwiesen wurde. Bei seiner Vorstellung fiel mir auf, dass ich bereits den Vater des Jungen in den Anfangsjahren meiner Berufstätigkeit kennen gelernt hatte. Etwa im selben Alter, in dem jetzt sein Sohn war, hatte dieser viele Monate in einer kinderpsychiatrischen Langzeitstation verbracht. Aufgrund von Misshandlungen und Vernachlässigung war er zwangsweise aus seiner Familie herausgeholt worden. 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 hatte. Stephan hatte durchaus während seines Therapieaufenthaltes einige Fortschritte gemacht. In unserem Team wurden jedoch Zweifel geäußert, ob unsere familientherapeutischen Interventionen bei den Eltern eine hinreichend stabilisierende Auswirkung auf die erreichten Änderungen haben würden. Wir blieben mit Skepsis zurück und spekulierten über Chancen und Risiken für die nächste Generation, wenn der Junge selbst in wenigen Jahren vielleicht Vater sein würde. Das Bemerkenswerte war nicht etwa der Zusammenhang zwischen Stephans aktueller Symptomatik und den gemachten Beziehungserfahrungen in seiner Familie. Was uns viel mehr beeindruckt hat, war der offen erkennbare katastrophale Zusammenhang zwischen eigenen

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

Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen der Eltern und ihrer offensichtlichen Unfähigkeit, im Erziehungsalltag auf eine 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.

### Traumakonzepte in einem systemischen Denkraum?

Angesichts der aktuellen Flut von Veröffentlichungen und Tagungen über Traumaphänomene fällt das Ergebnis einer Literaturrecherche in den Fachzeitschriften der systemischen Therapie und Familientherapie eher dürftig aus. Traumakonzepte wurden offenbar von Systemikern bislang 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 Denkraum, 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, Traumata und ihre Bewältigung als kommunikative Prozesse zu begreifen, die in der Regel im menschlichen Miteinander generiert werden und als (veränderte) individuelle Realitätsgestaltung Beziehungen konstituieren. 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) hat für die Nutzung von „Störungswissen“ in der systemischen Therapie plädiert und die akademische Debatten über das Expertentum des Therapeuten für obsolet erklärt. Stattdessen fordert er Offenheit gegenüber den Bedürfnissen von Klienten (auch mit traumatischen Erfahrungen). Er konnte zeigen, wie sich Erkenntnisse der Psychotraumatologie respektvoll, ästhetisch und zum Nutzen der Klienten in therapeutisches Handeln umsetzen lassen, ohne etwa den systemischen Konzepraum zu stören. Korittko (2000) geht noch weiter und überzeugt in der Darstellung seiner therapeutischen Arbeit mit Traumaopfern, dass die Anwendung eines systemischen Denkraums zwingend notwendig ist.

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. Fischer u. a. (1999) haben vorgeschlagen, Trauma als komplexes Geschehen zu begreifen, welches nicht auf den Moment der Schädigung beschränkt bleibt, sondern seine Bewältigung mit einschließt. Eine solche Sicht ebnet einem ressourcenorientierten Umgang mit traumatisierten Klienten den Weg. 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 durchaus auch die Entwicklung von Resilienz begünstigen können.

### Kritische Anmerkungen zur Definitionspraxis von Trauma

Im Kern werden gegenwärtig Traumata als seelische Verletzungen definiert, die entstehen, 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 Selbstschutzesystems 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 Traumafahrung 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).

Hinter vielen Phänomenen des Verhaltens und Erlebens, die mit den gängigen kinderpsychiatrischen Diagnosen belegt werden, verbergen sich nach unseren Beobachtungen traumatische Verarbeitungsprozesse, die als solche nicht zur Kenntnis genommen werden. So tauchte z. B. bei Durchsicht der Überweisungsdiagnosen der zu uns überwiesenen Kinder in den letzten Jahren keine einzige der in der ICD10 vorgesehenen Kodierungen für (traumatische) Belastungsreaktionen auf. Explizit formulierte Hinweise auf eine Traumasymptomatik fehlten ebenso. Stattdessen finden wir in nahezu 90% unserer Fälle als Überweisungsdiagnosen ein ADS, ADHS oder HKS<sup>2</sup>. Offenbar tendieren die überweisenden Fachleute dazu, bei kindlichem Symptomverhalten eher an das Vorliegen von Entwicklungsbehinderungen, organisch bedingten Erkrankungen, Persönlichkeitsmerkmalen

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

oder an Erziehungsfehler zu glauben als an post-traumatische Bewältigungsmechanismen. Dies steht möglicherweise auch damit im Zusammenhang, dass die ICD10 keinerlei Spezifizierungen für Kinder und Jugendliche vorsieht. Bei Kindern finden wir selbstverständlich auch post-traumatische Reaktionen, jedoch, weil sie in Entwicklung begriffen sind, mit einer weit diskreteren Symptomatik, als sie bei Erwachsenen beschrieben wird (s. z. B. auch Terr 1995).

### Traumaphänomene sind in unserem Arbeitskontext eher die Regel als die Ausnahme

Wenn Themen sich so beeindruckender „Einschaltquoten“ 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 schwer wiegender 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.

### Ein für unseren Kontext alltäglicher Fall

*Sven (13 Jahre) wurde anlässlich seines drohenden Rauswurfs aus der Realschule zu uns geschickt. Dort sei er Außenseiter und falle durch umfassende Leistungsverweigerung, 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 er 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 geschrien. 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 anfangs 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 (Säuglingsschwestern, Vater, Oma und Mutter) im Einzelnen hatten. Auf dem Hintergrund neurobiologischer Erkenntnisse besteht kein Zweifel, dass in so frühem Alter jeder dieser Faktoren als potenziell 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 dysfunktionales Körpererleben und eine permanent angespannte, durch Ambivalenz gekennzeichnete Beziehungsgestaltung innerhalb seiner Familie. Dies war verbunden mit der Zuweisung einer Sündenbockrolle, mit sozialer Zurückweisung außerhalb der Familie seit der Kindergartenzeit, mit Episoden von Mobbing durch Gleichaltrige, Leistungsversagen in der Schule und mit einer generalisierten, immer intensiver werdenden Erfahrung von Ausweglosigkeit.

Aktuell waren bei Sven Symptome beobachtbar, 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 gelegentlichen für ihn nicht erklärlichen Angstträumen mit nächtlichem Einnässen. Unerwartet auftauchende Affektschwankungen im Alltag ließen sich hypothetisch als Angsteinbrüche deuten. Auffällig war seine Neigung, im Spiel Horrorphantasien auszuleben und sich häufig angeberisch in Mutproben zu stürzen. Phänomene der „Konstriktion“ waren augenfällig 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 nur widerwillig Fehler eingestehen und zeigte eine Tendenz, seine Grenzen zu leugnen und seine Leistungsmöglichkeiten zu überschätzen.

Die offensichtlichen Zusammenhänge zwischen frühen Belastungserfahrungen und Symptomentwicklung gehören zur vertrauten Perspektive von Kindertherapeuten. Um jedoch die Auswirkungen auf Seiten der Eltern näher zu beleuchten, sei zunächst ein Exkurs gestattet über die Elternrolle und ihre Vulnerabilität.

#### **Exkurs: Eltern-Kind-Beziehung, ein intuitiver koevolutionärer Prozess**

Säuglingsforscher haben zeigen können, wie Kinder bereits in der Phase der vorsprachlichen 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 et al. 1979). Im Prozess des sog. „Intuitive Parenting“ greifen Eltern auf ein „genuines Know-how der nonverbalen Verständigung mit dem Baby als implizites Kommunikationswissen“ zurück (Papoušek et al. 2003, S. 141). Sie gewinnen ihre parentale Kompetenz auf dem Hintergrund eines genetisch verankerten Programms im reflexiven Dialog mit ihrem Kind. 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.

#### **Erlebtes Scheitern in der Elternrolle als Bedingung für ein „parentales“ Trauma**

Unter den Hauptbelastungsquellen für Mütter werden Herausforderungen durch die prä-, peri- und postpartalen Anpassungsprozesse und die Kumulation von psychosozialen Risikobelastungen sowie die negativen Rückkoppelungssignale aus den Interaktionserfahrungen

mit dem schwierigen Kind als wichtigste Stressfaktoren herausgestellt.<sup>3</sup> Stern 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. „Die Vorstellung einer Mutter, kein kompetentes Tier zu sein, ist katastrophal und damit ist große Angst verbunden.“ (1998, S. 107)

Ob das erlebte Scheitern als Mutter als traumatisch erlebt wird, scheint von verschiedenen Kriterien abhängig zu sein. 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 existenzielle 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 existenzieller 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).

Hinter den Problemformulierungen von Eltern steht nicht selten ihre Angst, auf die eine oder andere Weise ihr Kind zu verlieren. Eine solche Angst kann begründet sein in einer direkten existenziellen Bedrohung des Kindes oder auch z. B. im traumatisch erlebten Verlust eines Geschwisterkindes, der auf das jüngere Kind übertragen wird. Andere Angstvorstellungen können darin bestehen, die Trennung vom Kind als unausweichlich

3) 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 (vgl. Tröster 1999).

letzte Lösung zu sehen, weil vielleicht die Beziehung zu ihm als unerträglich aversiv und nicht reparabel erlebt wird. Die am häufigsten vorkommende Variante beobachten wir als nachhaltiges Versagenserleben bei einem wichtigen Erziehungsziel, so dass die Sorge besteht, das Kind könnte (später) im Leben nicht zurechtkommen (und auf diese Weise verloren gehen). Es ist davon auszugehen, dass ein erlebter oder befürchteter Verlust der Beziehung zum Kind oder das Scheitern in der elterlichen Funktion genauso schwerwiegend und belastend erlebt werden kann wie eine vitale Bedrohung bzw. der physische Verlust. Wenn ein so schwer wiegendes Erleben von Verlust oder Scheitern in der Elternrolle die Bewältigungsmöglichkeiten von Eltern überfordert, scheint es angemessen, von einem „parentalen Trauma“ zu sprechen.

### Die Bewältigung „parentaler Traumata“

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: Das Erleben von Todesnähe aufgrund des hohen Blutverlustes, das biologische Scheitern als Mutter, der es nicht gelungen ist, ihr Kind „normal“ bzw. gesund zur Welt zu bringen, das Verlusterleben bei der Wegnahme ihres Kindes, die Angst um sein Überleben, die Enttäuschung, das eigene Kind nicht auf den Arm nehmen und es nicht stillen zu können und zuletzt mit dem „Wunschkind“ kein beglückendes Miteinander erleben zu können.

Als Sven von seiner Mutter bei uns 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 bei ihrer Schilderung die Merkmale der traumatischen Verarbeitung: Die Erzählweise der ansonsten redegewandten Frau erschien uns inkohärent. Die mit erkennbarem Widerwillen beschriebenen Bruchstücke mussten wir durch mühsames Nachfragen zusammenpuzzeln. Die konstriktiven 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 ablehnte. 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 Bezug 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 aber 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 Wesentlichen deshalb als hilflos, weil er seine Frau nicht ändern könne. Bei ihr sah er die Ursache für die heutigen Schwierigkeiten des Jungen. Die Paarbeziehung war gekennzeichnet durch mangelnde Kooperation in Erziehungsfragen und wurde beidseitig als gespannt beschrieben.

### „Parentale Hilflosigkeit“ als Merkmal traumatischer Verarbeitung

Hilflosigkeit wird in allen Traumadefinitionen als eine dominante Erlebensqualität beschrieben. Fischer (1999) verweist bez. der Phänomenologie des Traumas auf Seligmans Konstrukt der „erlernten Hilflosigkeit“ (1979) und findet darin eine zutreffende phänomenale Beschreibung des Traumas auf der psychologischen Ebene. In begrifflicher Anlehnung an Seligman wurde das Konstrukt der „parentalen Hilflosigkeit“ vorgeschlagen (Pleyer 2003). Es stellt den Versuch dar, das in unserem therapeutischen Alltag beobachtete typische Erleben und Verhalten von Eltern im Umgang mit dem beklagten Symptomverhalten ihres Kindes in ihren wesentlichen Merkmalen zu erfassen. Die parentale Hilflosigkeit geht in unserem Verständnis 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). Parentale Hilflosigkeit ist allerdings nicht als Defizitfestschreibung im Sinne eines stabilen Persönlichkeitsmerkmals oder einer stabilen Eigenschaft gemeint. Wir sehen sie eher als spezifisches Merkmal des Erlebens und Verhaltens in einem vielschichtigen fließenden Prozess individueller Lösungsversuche und Bewältigungsbemühungen. Parentale

Hilflosigkeit stellt sich im Sinne einer Folge- bzw. Begleiterscheinung eines nachhaltig erlebten Scheiterns bei dem Versuch, erwünschte Erziehungsziele bzw. (Verhaltens)-Änderungen beim Kind zu bewirken, vielfach als ein typisches Merkmal traumatischer Erfahrung dar.

In unserem Beobachtungsfeld ließen sich vier zentrale Merkmale der parentalen Hilflosigkeit 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 haben immer auch eine Auswirkung auf das Erleben des Kindes mit einer entsprechenden Rückwirkung. Kinder erleben parentale Hilflosigkeit als Ressourcenverlust bzw. als Beschneidung ihrer vitalen Bedürfnisse. Dies kann wiederum ihre Bewältigungsmöglichkeiten je nach Intensität, verfügbaren Kompensationsmöglichkeiten etc. übersteigen und so traumatisch verarbeitet werden.

### Zur rekursiven Bezogenheit von Hilflosigkeit und Symptombildung

Im Zustand anhaltender Hilflosigkeit verlieren Eltern ihre Wirksamkeitsüberzeugung, das Vertrauen in ihre Intuition und ihre Sicherheit, als Eltern vom Kind angenommen zu sein. Dies führt u. a. 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 identifizierten 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 solche 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 für sich präsent und verfügbar zu machen. Verfestigen sich solche Verhaltensbereitschaften zu gelernten Mustern, so werden sie von

Bezugspersonen als unerwünschtes Verhalten beschrieben. Fachleute tragen nicht selten dazu bei, solche Verhaltensphänomene als „psychiatrische Symptome“ zu etikettieren und entsprechend zu kodieren, so dass sie sich zu Krankheiten verdinglichen, die ein Kind „hat“.

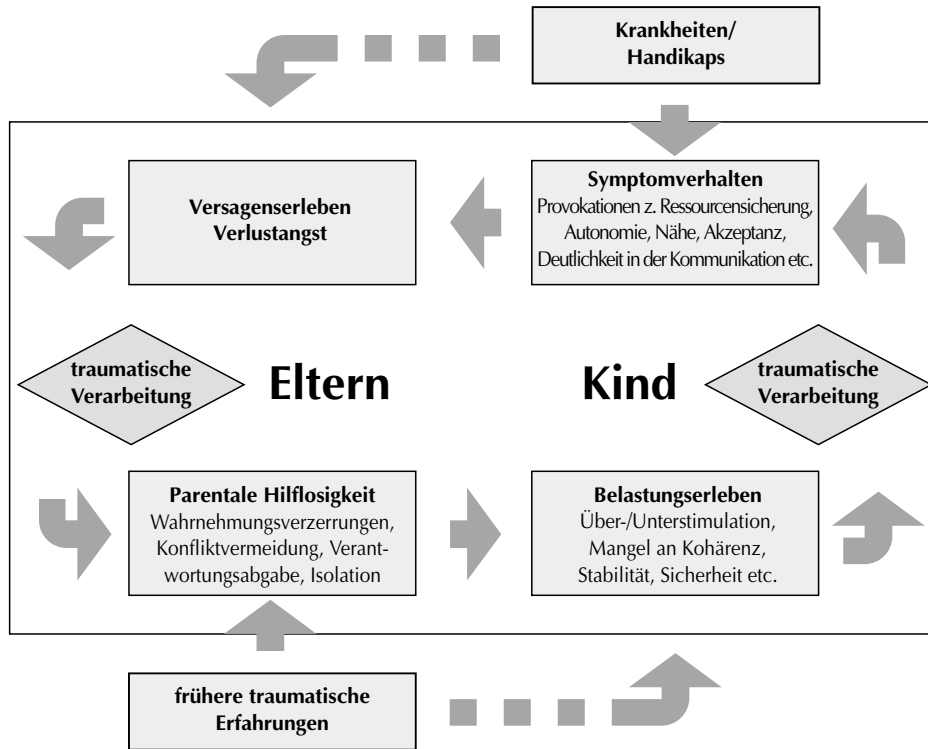


Abbildung: Co-traumatische Prozesse in der Eltern-Kind-Beziehung

Auf Seiten der Eltern kann das wiederum zu noch stärkeren oder neuen Versuchen führen, ihre Distanzierung aufrechtzuerhalten. Dies erzeugt vermehrten Stress beim Elternteil und kann, sofern es seine Bewältigungsmöglichkeiten überfordert, traumatisch erlebt werden. 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 entsprechenden dissoziativen und konstruktiven Bewältigungsmustern. Wachsende Immunisierung gegen Verletzungen, Nichtwahrnehmen von Kränkungen, Demütigungen oder 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 Interaktions-schleifen 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). Weitere Beschreibungen über die Entstehung co-traumatischer Prozesse zwischen Mutter und Kind finden wir in Berichten aus der Arbeit in Kleinkindambulanzen. Papoušek et al. (2003) beschreiben 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 potenziell 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 Kriegsoptionen 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 Kindeskindern) weitergegeben 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, Resch 2000; Papoušek et al. 2003). 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). Wir fanden eine signifikante Häufung traumatischer Trennungs- und Vernachlässigungserfahrungen in den Geschichten unserer Eltern, die einen direkten Zusammenhang vermuten lassen mit jenen Auffälligkeiten, derentwegen die Kinder jetzt in Behandlung sind. Dies soll am Beispiel der 11-jährigen 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, waren gescheitert. Am Ende standen jeweils panikartige Erregungszustände des Kindes, die sich allmählich eskalierend in aggressive Wutausbrüche steigerten. Die Mutter hatte 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 zuging, um sie zu trösten. Die Mutter sei nach diesen Episoden stundenlang völlig fertig gewesen, so dass 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 hatte 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 herausgerissen. 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. Sie berichtete, dass Nina diese Geschichten mit großem Interesse aufnahm und sie mehrfach hören wollte.*

Wir sehen eine Vielzahl von Fällen, bei denen eine alte traumatische Angst- und Hilflosigkeits- erfahrung von Eltern in ähnlicher Weise dissoziativ und konstruktiv 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 haben, können sie neue Erfahrungen als solche nicht einordnen. 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.

### Konsequenzen für eine traumabezogene systemische Therapie

Unser praktiziertes Konzept der „Stärkung der elterlichen Kompetenz“ (Pleyer 1983, Rotthaus 1984, 1990) ist sowohl durch das Konstrukt der parentalen Hilflosigkeit wie auch die Perspektive co-traumatischer Prozesse weiter fundiert worden. Wir sind noch sicherer geworden, dass die Therapie kindlicher Symptomatik ohne intensive Einbeziehung der

Eltern nur eingeschränkt erfolgreich und mit Blick auf die Familie als Ganzes nicht sinnvoll sein kann. Wenn nämlich eine Exklusivbehandlung des Kindes dazu beiträgt, die Überzeugung von Eltern zu bestätigen, dass sie selbst nichts bewirken können, dann bringt sie prinzipiell die Gefahr einer parentalen Retraumatisierung mit sich. Oft haben wir es mit Eltern zu tun, die solche Erfahrungen gemacht haben. Diese brauchen zu allererst einen Wiederaufbau ihres parentalen Wirksamkeitsbewusstseins. Sie benötigen Hilfe, um das Wertbewusstsein für die eigenen Erziehungsziele und ihre erzieherische Intuition wieder zu finden und Stütze und Anleitung darin, ihre Selbstachtung als Eltern wieder zu gewinnen. Weil das Selbst- und Weltbild (man-made-) traumatisierter Eltern 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 Schutz erhalten gegen bestehende soziale Abwertungen und Ausgrenzungen und eine Akzeptanz ihrer (post-traumatisch geprägten) Problemsicht vorfinden. Hier sind offene Bündnisse und eine deutliche verständnisvolle Positionierung an der Seite der post-traumatischen Bewältigungsmuster erforderlich. Hilflose Eltern brauchen stützende Partner, wenn sie von Lehrern, Nachbarn, Helfern moralisch disqualifiziert und gelegentlich sogar mit Zwangsinterventionen bedroht werden. Bündnisse mit Eltern sind nicht zuletzt auch im Interesse der Kinder. Transparenz und persönliche Verbindlichkeit in den professionellen Beziehungen, das Herstellen von Nähe im Sinne einer „emotionalen Rahmung“ (Welter-Enderlin et al. 1996), die Vertrauen ermöglicht, aber auch das Gewähren von Zeit (für Gespräche), haben sich als unentbehrliche kontextuelle Voraussetzungen herausgestellt.

Judith Herman formuliert lapidar: „Die endgültige Auflösung des Traumas ist ebenso wenig möglich wie eine vollständige Genesung.“ (2003, S. 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<sup>4</sup> (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 ausführlicher beschrieben worden (Pleyer 2001).

4) Das von Haim Omer entwickelte Konzept der „elterlichen Präsenz“ ist mit unserem Ansatz in hohem Maße kompatibel und außerordentlich hilfreich. Den Verlust elterlicher Präsenz verstehen wir vielfach als dissoziative bzw. restriktive Phänomene im Sinne post-traumatischer Belastungsreaktionen und gleichermaßen traumatisch für Eltern und Kinder.

### Die Symptome des Kindes nutzen

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 Selbstwörterleben des Kindes. Die spezifischen Bewältigungsmuster zu respektieren, sie in ihrer heilenden Qualität zu untersuchen und zu unterstützen, ist oft ein sinnvollerer Ziel als sie so schnell wie möglich eliminieren zu wollen. Anstatt beispielsweise kindliche Unruhe- oder Angstsymptome möglichst schnell und effektiv medikamentös zu unterdrücken, ist es im Hinblick auf die Auflösung einer co-traumatischen Verkettung meist bedeutend hilfreicher, 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 für das Kind spürbar wird, unterstützen wir, was durch post-traumatische Verarbeitung oft jahrelang restriktiv 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 herbeizuführen. Tatsächlich beobachten wir alltäglich, 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) 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 sehr davon, wenn sie allenthalben dazu aufgefordert werden, sprachlich zu formulieren, wie sie sich in gegebenen Situationen fühlen, und dies alltäglich gemeinsam zu üben. 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 Musterverfestigung kann man oft nicht mehr herausfinden, ob im Hinblick auf eine Auflösung der aktuellen Symptomatik das Ursprungstrauma überhaupt noch von Bedeutung ist. Der Teufelskreis der Co-Traumatisierung hat meist vor vielen Jahren in einer bestimmten Ereigniskonstellation begonnen, die wir heute nur noch erraten können. Vielmehr sind es meist die aktuellen post-traumatischen Symp-



tome, die die erlebte Realität erzeugen. 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 grundsätzlich gleichermaßen interessiert. Dementsprechend haben beide das Bedürfnis, die Mechanismen ihrer Beziehungsregulierung zu entschlüsseln und zu verstehen. Schuldgefühle, die an beidseitig leidvolle Beziehungserfahrungen geknüpft waren, konnten sich im oben 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 zurückfallen würden.

Abschließend bleibt zu betonen, dass das Hantieren mit Traumakzepten in der therapeutischen Praxis nicht wirklich hilfreich sein kann, wenn damit pathologisierende Festreibungen 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.

### Literatur

- Brisch, K.H., Hellbrügge, T. (2003). Bindung und Trauma. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dornes, M. (1993). Der kompetente Säugling. Frankfurt: Fischer.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1999). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.
- 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., Sachsse, U., Özkan, I. [Eds.], Körper, Seele und Trauma. Biologie, Klinik, Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, pp. 94-114.
- 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.
- van der Kolk, B.A., Burbridge, J.A., Suzuki, J. (1999). Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. In: Streek-Fischer, A. [Ed.], Adoleszenz und Trauma. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, pp. 57-78.
- Korittko, A. (2000). Trauma und Verlust – Vom Zwang des Vergessens zum heilsamen Erinnern. Kontext 31 (2), pp. 171-178.
- Ludewig, K. (2002). Leit motive systemischer Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta, pp. 190ff.
- Möhler, E., Resch, F. (2000). Frühe Ausdrucksformen und Transmissionsmechanismen mütterlicher Traumatisierungen innerhalb der Mutter-Säuglings-Interaktion, Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49, pp. 550-562.

- Omer, H., von Schlippe, A. (2002). Autorität ohne Gewalt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1979). Lernen im ersten Lebensjahr. In: Montada, L. [Ed.], Brennpunkte der Entwicklungspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer, pp. 194-212.
- Papoušek, M., Wollwerth de Chuquisengo, R. (2003). Auswirkungen mütterlicher Traumatisierungen auf die Kommunikation und Beziehung in der frühen Kindheit. In: Brisch, K.H., Hellbrügge T. [Eds.], Bindung und Trauma. Stuttgart: Klett-Cotta, pp. 136-159.
- Pleyer, K.H. (1983). Die Frage der Verantwortlichkeit als zentrales Problem in der stationären Therapie. In: Rotthaus, W. [Ed.], Systemische Familientherapie im ambulanten und stationären Kontext. Dortmund: verlag modernes lernen, pp. 126-142.
- Pleyer, K.H. (2001). Systemische Spieltherapie – Kooperationswerkstatt für Eltern und Kind. In: Rotthaus, W. [Ed.], Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg: Carl-Auer, pp. 125-161.
- Pleyer, K.H. (2003). Parentale Hilflosigkeit, ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern. Familiendynamik 28(4), pp. 467-491.
- Rotthaus, W. (1984). Stärkung der elterlichen Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen. Prax. Kinderpsychol. 33 (3)
- Rotthaus, W. (1990). Stationäre Kinder- und 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, pp. 48-87.
- Stern, D. (1998). Die Mutterschaftskonstellation. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Terr, L. C. (1995). Childhood traumas: An outline and overview. In: Everly, G. S., Lating, J. M. [Eds.], Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Post-traumatic Stress. New York, pp. 301-319.
- Tröster, H. (1999). Anforderungen und Belastungen von Müttern mit anfallskranken Kindern. Z. Med. Psychol. (2), pp. 53-64.
- Welter-Enderlin, R., Hildenbrand, B. (1996). Systemische Therapie als Begegnung. Stuttgart: Klett-Cotta.

Karl Heinz Pleyer  
Bieth 29  
41334 Nettetal  
E-Mail: kh.pleyer@t-online.de