

Schicksalsschläge im Leben eines Kindes und seiner Familie

Dr. Simone Krähenbühl Blanchard

Fred von Orelli hat mich im letzten Winter angefragt, ob ich an dieser Konferenz über meine Erfahrungen mit Kindern und Jugendlichen, die von schweren Schicksalsschlägen betroffen sind, sprechen könne. Ich freue mich sehr über diese Ehre und das Privileg, hierher eingeladen zu sein, und danke ihnen herzlich dafür. Ich spreche aus meiner Berufs- und Lebenserfahrung. Ich bin nicht Wissenschaftlerin, sondern Praktikerin im Spitalalltag. Nach dem Studium und 2 Jahren klinischer Erfahrung in Innerer Medizin und Kinderchirurgie war ich von 1980 bis 1992 während 12 Jahren vollzeitlich Mutter von 4 Kindern und Hausfrau. Für mich ist diese Zeit meine „Zweitausbildung“ und Selbsterfahrung, die mir in meiner jetzigen Arbeit sehr zugute kommt. Ich erlebte viele Hochs und Tiefs und lernte meine eigenen Grenzen kennen. Auch Schwierigkeiten und Krisen gehörten zum Alltag und mussten gelöst werden.

Als unser Jüngster in der ersten Klasse war, stieg ich wieder in den Beruf ein und machte die ganze Weiterbildung zur Kinderpsychiaterin und Psychotherapeutin in Teilzeit. Wenn ich nicht zu Hause war, betreuten meine Schwiegermutter oder mein Mann die Kinder. Wir waren während 6 Jahren immer die halbe Woche eine 3-Generationenfamilie.

Seit mehr als 12 Jahren leite ich die Liaisonpsychiatrie und Psychosomatik im Kinderspital Luzern, seit sieben Jahren als Leitende Ärztin. „Liaison“ ist die alltägliche enge, interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pädiatern, Kinderchirurgen und Kinderpsychiatern. Es bedeutet aber auch, dass wir mit Psychologen, Sozialarbeiterin, Pflegenden, Ernährungsberaterin, Ergo- und Physiotherapeutinnen und Seelsorger eng zusammenarbeiten. Diese Vernetzung wird bei uns im Kinderspital immer selbstverständlicher auf allen Ebenen gepflegt. Psychosomatik heisst, dass wir in unserem ganzen Denken immer somatische, psychische und soziale Aspekte berücksichtigen. Sie bilden eine Einheit. Dabei ist das Ganze mehr als die Summe der Einzelteile.

Mit Schicksalsschlägen sind wir im Kinderspital tagtäglich konfrontiert. Kinder, Jugendliche und ihre Familien, welche zu uns kommen, sehen sich mit unerwarteten und beängstigenden Fragen und Problemen konfrontiert. Oft geht es um existenzielle Fragen nach Leben, Tod und Behinderung. Wir müssen uns dann mit Fragen auseinandersetzen wie zum Beispiel, was noch normale Vorgänge im Leben sind und wo es Therapie, z.B. Psychotherapie, oder Massnahmen, z.B. eine Platzierung braucht? Wir entscheiden glücklicherweise nicht als Einzelpersonen, sondern immer vernetzt im Team, bestehend aus Pädiatern, Kinderchirurgen, Kinderpsychiatern und -psychologen, Pflegenden und Eltern. Das Ringen um den "besten Weg" muss in

jeder einzelnen Geschichte neu aufgenommen werden. Es gibt keine immer gültigen Regeln und Antworten.

Ich möchte ihnen aus meinen Erfahrungen mit Grenzsituationen und Schicksalsschlägen einiges erzählen, Informationen geben, Fragen stellen und von Schönerem, aber auch von Schwierigerem berichten.

Ich erzähle Ihnen zuerst die Geschichte der – nennen wir sie - Familie Stoll: Die Eltern Stoll lebten mit ihren fünf Kindern auf einem abgelegenen Bauernhof in der Zentralschweiz. Es war ein Kampf ums tägliche Brot. Die Kinder mussten auf dem Bauernhof oft mithelfen. Die Familie lebte in Armut. Die Eltern hatten grosse Spannungen untereinander. Es kam zu Gewalt des Vaters gegen die Mutter und die Kinder. Die Mutter entschloss sich, mit den Kindern ins Dorf zu ziehen, um diese zu schützen. Der Vater blieb alleine auf dem Bauernhof, konnte die tägliche Arbeit aber bald nicht mehr bewältigen und verzweifelte zusehends. Es kam soweit, dass der Vater seine Frau, mehrere andere erwachsene Personen und schliesslich sich selbst umbrachte. Die fünf Kinder wurden Vollwaisen und mussten notfallmässig im Kinderspital hospitalisiert werden. Es waren 2 Mädchen und ein Knabe im Alter zwischen 11 und 15 Jahren, ein 3-jähriges Mädchen und ein neunmonatiger Säugling.

In dieser Extremsituation war beeindruckend, wie die Kinder einander gegenseitig halfen, mit dem Unabänderlichen zurechtzukommen. Die Grossen betreuten die Kleinen und trösteten sie. Die Kleinen schienen froh, bekannte Gesichter zu sehen. Sie verstanden sonst noch nicht viel. Die Grossen hatten in der Betreuung der Kleinen eine wichtige Aufgabe, die ihnen Struktur, Halt und Trost gab. Es zeigte sich, dass sie die Betreuung der Kleinen von vorher wie selbstverständlich kannten und machten.

Vater und Mutter stammten selber beide aus kinderreichen Familien. Rasch suchten wir den Kontakt mit den Herkunftsfamilien von Mutter und Vater. Onkel und Tanten kamen mit ihren Ehepartnern und Kindern zu Besuch und machten mit den Waisenkindern Ausflüge. Die Kinder waren nach den Treffen oft bedrückt und wünschten nicht, den Kontakt zu intensivieren. Zwei Onkel und Tanten überlegten sich ernsthaft, die Kinder bei sich aufzunehmen. Die Kinder lehnten dies ab. Die Familien waren untereinander zerstritten und kannten die Kinder bisher kaum. In der Familie des Vaters gab es viele transgenerationale Konflikte. So zeigte sich bald, dass eine innerfamiliäre Platzierung nicht möglich war.

Die eingeschaltete Vormundschaftsbehörde wollte die Kinder dem Alter nach platzieren, d. h. die Ältesten zusammen und die Jüngsten zusammen. Der Knabe wäre alleine in eine pädagogische Institution gekommen, da er schon vorher verhaltensauffällig war und ausgeprägte schulische Probleme hatte. Es meldeten sich viele Leute, die sich bereit erklärten, eines oder mehrere der Kinder bei sich aufzunehmen. Uns wurde bald klar, dass alle Kinder zusammenbleiben mussten, da sie aufeinander angewiesen waren und sich gegenseitig gut unterstützten und weitere Verluste und Beziehungsabbrüche unbedingt vermieden werden mussten. Es fand sich schliesslich ein Ehepaar, das kinderlos war und sich bereit erklärte, alle fünf Kinder bei sich aufzunehmen. Seither sind mehrere Jahre vergangen. Die Kinder wohnen immer noch bei den gleichen Pflegeeltern. Die beiden Ältesten haben eine Ausbildung erfolgreich abgeschlossen. Sie haben gelegentlich Kontakte mit Kollegen am ehemaligen Wohnort, aber wenig Beziehung zu den Herkunftsfamilien.

Im Laufe der Jahre hatten alle Kinder während kürzerer oder längerer Zeit eine psychotherapeutische Unterstützung. Wichtig war auch die professionelle Begleitung der Pflegeeltern. Insgesamt darf gesagt werden, dass der Verlauf sehr erfreulich ist und dass sich alle Kinder bisher gut entwickelt haben.

Die Betreuung dieser Kinder konnte im Spital selbstverständlich nur interdisziplinär gelöst werden. Ein grosses Team mit Fachpersonen aus Pflegedienst, Liaisonpsychiatrie, Sozialdienst, Pädiatrie und Kinderschutzgruppe kümmerte sich um sie. Es fanden Kontakte mit den Verwandten statt. Die Kinder wurden an die Abdankungsfeiern begleitet. Wir gingen mit den Grösseren in die Wohnung und sie bestimmten, was sie mitnehmen wollten. Wir begleiteten sie in die früheren Schulklassen, wo sie sich verabschieden konnten.

Der Kontakt mit Verwandten und Behörden wurde nur durch die Sozialarbeiterin und mich gepflegt. Die Kinder wurden gegen die Medien, die grosses Interesse an der Geschichte zeigten, konsequent abgeschirmt. Mit einer Ausnahme wurde dies auch respektiert.

Es war für das Team unerlässlich, dass wir uns gegenseitig stützten und füreinander da waren, wenn jemandem die Geschichte über den Kopf zu wachsen drohte. Wir sprachen viel untereinander, trösteten uns gegenseitig und achteten darauf, dass wir genügend Erholungszeiten bekamen.

Diese auch für uns im Kinderspital aussergewöhnliche Geschichte wirft viele Fragen auf. Was geschieht, wenn Kinder solche Erlebnisse wie den Amoklauf des eigenen Vaters, dem die beiden Ältesten zusahen, erleben? Was brauchen sie wann, damit sie nicht dauerhaft psychisch krank werden, sondern dieses Trauma überwinden können? Wo gibt es Ressourcen? Wer kann für den älteren Sohn ein positives männliches Vorbild sein? Was bedeuten die vorangegangenen Gewalterlebnisse im familiären Alltag für ihre weitere Entwicklung?

Bereits in den Fünfzigerjahren wurde die Frage, wie Menschen nach schweren Schicksalsschlägen das Leben bewältigen lernen, von einer amerikanischen Forschungsgruppe aufgenommen. Sie beobachteten auf der Insel **Kauai**, die zum US-Staat Hawaii im Pazifik gehört, 700 Kinder während 40 Jahren, befragten sie immer wieder und begleiteten sie. Dabei wurde insbesondere untersucht, welche Kinder psychisch gesund blieben, welche psychisch krank wurden und wie sich diese beiden Gruppen im Erwachsenenalter weiter entwickelten. Neben individuellen Faktoren war eine unterstützende Beziehung zu mindestens einer wichtigen Betreuungsperson entscheidend für eine langfristig günstige Entwicklung. Depressive junge Erwachsene fühlten sich subjektiv am meisten durch das soziale Umfeld und, erstaunlicherweise, durch Medikamente unterstützt, weniger durch Gespräche bei Fachleuten. Anteilnahme, Unterstützung und Beratung durch Ehepartner, Freunde, Mitglieder der erweiterten Familie, Lehrer, Lehrmeister, Arbeitskollegen und Mitglieder kirchlicher Gruppen wurden als hilfreich empfunden.

Ich komme nun zu einigen mehr theoretischen Ausführungen.

Ein **Trauma** ist ein aussergewöhnliches Ereignis, das die körperliche und seelische Unversehrtheit massiv bedroht. Es ist die plötzlich und unentrinnbar hereinbrechende, stärkste mögliche Konfrontation mit der Endlichkeit des Seins. Je stärker und länger dauernd das Gefühl des Ausgeliefertseins, der völligen Hoffnungslosigkeit, der Ungewissheit und des Alleinseins nach dem Trauma ist, desto schwerer ist die Traumatisierung. Ein schweres Trauma kann auch bei vorher

psychisch gesunden Menschen eine kürzer oder länger dauernde psychische Störung hervorrufen. Wir unterscheiden zwischen akuten, unvorhersehbaren Traumata wie Unfall, Erdbeben, Überschwemmung, akute Krankheit oder Vergewaltigung und chronischen bzw. sich über längere Zeit wiederholenden Traumata, wie Krieg, Folter, Hungersnot, chronische Krankheit oder sexuelle Ausbeutung. Auch nach schweren Traumata ist etwa die Hälfte der Betroffenen nach einer vorübergehenden Krise wieder gesund. Die anderen haben während längerer Zeit, d.h. Wochen oder einige Monate lang, stark beeinträchtigende Symptome, sind arbeitsunfähig und brauchen eine adäquate psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Nur wenige bleiben aber dauerhaft beeinträchtigt. Insbesondere wer vorher schon psychische Probleme hatte oder wiederholt traumatisiert wurde, ist gefährdeter. Wichtig sind dabei die subjektiv erlebte Belastung, die fehlende Kontrollierbarkeit und Veränderbarkeit, das Ausmass von Unklarheit und Uneindeutigkeit sowie die Gefahr des Wiederauftretens. Je besser eine kritische Situation bewältigt wird, desto stärker ist die Überzeugung, auch ein nächstes Mal eine Bedrohung meistern zu können. Je stärker sich der Betroffene ausgeliefert fühlt und nichts beeinflussen kann, desto grösser sind die Hilflosigkeit und die Überforderung und dadurch die Traumatisierung. Dabei treten Stresszeichen auf wie Herzklopfen, rasche Atmung, Brechreiz, steife Muskeln, Zittern, kalter Schweiß, usw. Andererseits gibt es Zeichen von psychischer Überforderung, wie Angst, Unruhe, Verwirrung, leere Betriebsamkeit, Zorn, Aggressivität, Flucht und Panik oder im Gegenteil: Lähmung, Erstarrung, Apathie und Amnesie, d.h. Erinnerungslücken. Dies sind alles normale Reaktionen, die jedem passieren, der in eine Extremsituation gerät. Innerhalb einigen Tagen oder Wochen klingen diese Symptome in der Regel ab. Es kommt auch vor, dass erst mit einer Latenz von einigen Tagen oder Wochen ein sogenannter "Katastrophenkater" auftritt mit Reizbarkeit, Konzentrationsmangel, unsorgfältigem Arbeiten, verminderter beruflicher Leistungsfähigkeit, Angst, Schlafstörungen und Bedrücktheit. Auch ein „Katastrophenkater“ ist noch als normale Reaktion zu bezeichnen. Er sollte mit einfachen Massnahmen wie genügend Erholungszeiten, Entspannung und guten Kontakten im Bekanntenkreis wieder verschwinden.

Sind die Symptome gleich nach dem Trauma ausgeprägt, sprechen wir von einer **akuten Belastungsreaktion**, die später in eine posttraumatische Belastungsstörung übergehen kann. Zur akuten Belastungsreaktion gehören dissoziative Symptome wie emotionale Taubheit, Beeinträchtigung der bewussten Wahrnehmung, Derealisation und eine dissoziative Amnesie sowie Flashbacks und das Vermeiden von Reizen, die an das Trauma erinnern. Dazu kommen Zeichen von Angst und Arousal, wie Schlafstörungen, Reizbarkeit, Hypervigilanz, Erschrecken und Unruhe sowie Schwierigkeiten beim Bewältigen der Alltagsanforderungen.

Zu den Risikofaktoren für eine akute Belastungsreaktion gehören unmittelbar nach dem Trauma unter anderem die fehlende Befriedigung der primären Bedürfnisse wie Essen, Trinken, Schlaf, Ruhe und Bewegung. Das bedeutet, dass die Befriedigung und Erfüllung grundlegender Bedürfnisse nach einem Trauma ein wichtiger Punkt ist, um eine weitergehende Beeinträchtigung zu vermeiden. Sicherheit ist dabei für Patient und Angehörige der erste und wichtigste Punkt. Haben der Patient und seine Angehörigen etwas zu trinken und zu essen? Wo können sie sich ausruhen und schlafen? Können sie spazieren gehen? Sind alle adäquat informiert? Dieser letzte Punkt ist besonders wichtig. Das Aushalten der Ungewissheit, z.B. ob im Röntgenbild Verletzungen gefunden wurden oder ob eine Operation gut verläuft, ist schwer

auszuhalten. Das Leben scheint still zu stehen und Minuten werden zu Ewigkeiten. Alle erhältlichen Informationen müssen deshalb ohne Verzögerungen an alle Betroffenen weiter gegeben werden.

Das möchte ich Ihnen noch anhand eines weiteren Beispiels deutlich machen. Vor einiger Zeit passierte in Luzern ein schwerer Verkehrsunfall. Der Vater und der 9-monatige Säugling starben. Die Mutter, nennen wir sie Frau Meier, musste auf der Intensivpflege überwacht werden. Das 2-jährige Mädchen Salome kam mit einer Beinfraktur ins Kinderspital. Obschon immer eine Pflegende bei ihr war, weinte das Mädchen und rief nach Mutter und Vater. Ich veranlasste, dass die Gotte und die Grossmutter, die bei der verletzten Mutter waren, zum Mädchen kamen. Ich sprach selber mit der Mutter und veranlasste, dass der zuständige Oberarzt der Kinderchirurgie zu ihr ging. Ich brachte ihr ein Foto der Tochter, die in ihrem Spitalbettchen sass. Am nächsten Tag konnte die Mutter ins Zimmer des Mädchens im Kinderspital verlegt werden. Für beide war dies tröstlich und gab ihnen Halt. Die Familie hatte ein gutes und tragendes Beziehungsnetz, das sie begleitete. Neben der Betreuung der Familie bestand die Aufgabe unseres Liaison-Dienstes dann auch darin, die Freunde und Verwandten zu stützen, damit sie ihrerseits die Kraft hatten, für Frau Meier und Salome da zu sein.

Wir waren sehr berührt, als wir 7 ½ Monate später die Geburtsanzeige des dritten Kindes bekamen. Die Mutter war zum Zeitpunkt des Unfalls in der 6. Woche schwanger gewesen. Sie hatte dies wenige Tage vorher ihrem Mann mitgeteilt.

Im Kinderspital achten wir speziell darauf, dass primär Angehörige die Kinder und Jugendlichen betreuen und begleiten. Zu unseren Aufgaben als Fachpersonen gehört es dann, diese Angehörigen zu stützen und zu befähigen, so dass sie den Kindern helfen können. Sind die Mütter ruhig und gelassen, geht es den Kindern besser und sie brauchen oft weniger Schmerzmittel, als wenn sie alleine sind. Sind die Mütter dagegen gestresst und erschöpft, überträgt sich das auf die Kinder, die ihrerseits mehr weinen, unruhig sind und schlechter schlafen. In diesem Fall ist es unsere Aufgabe, die Mütter anzuleiten und zu ermutigen, auch auf sich selber acht zu geben. Wir sprechen mit ihnen, bringen ihnen Entspannungsübungen bei. Wir ermutigen sie, mit Besuchern Spaziergänge zu machen und zum Schlafen nach Hause zu gehen.

Im Zusammenhang mit Schicksalsschlägen, wie sie die beiden vorhin erwähnten Familien erlebten, sprechen wir in der Kinderpsychiatrie von **Resilienz**:

Resilienz ist die Fähigkeit einer Person, durch herausfordernde, schwierige und belastende Erlebnisse ausgelöste Krisen zu meistern und für die persönliche Entwicklung zu nutzen. Die Betroffenen greifen auf innere und äussere Ressourcen zurück und bleiben dabei psychisch gesund. Resiliente Kinder und Jugendliche haben innerhalb der Familie vertrauensvolle Beziehungen zu mindestens einer Bezugsperson. Wenn beide Eltern wegen eigenen Problemen diese Aufgabe nicht genügend wahrnehmen können, kann sie durch andere Verwandte, Nachbarn, Lehrer, Musikpädagogen oder Sportlehrer ganz oder teilweise übernommen werden. Resiliente Kinder haben gute ausserfamiliäre Sozialkontakte. Sie sind aktiv in der Schule und in der Arbeit und haben erfüllende Freizeitbeschäftigungen. Sie können Stressfaktoren genau und adäquat bewerten und darauf reagieren. Sie haben eine realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten und Kompetenzen. Sie haben Selbstvertrauen und Vertrauen in ihre Selbstwirksamkeit und verhalten sich situationsadäquat. Sie holen sich bei Bedarf die nötige Hilfe.

So gesunde, kräftige, d.h. resiliente Menschen können traumatische Kindheitserfahrungen überwinden.

Auch die Kinder der Familie Stoll hatten trotz gelegentlichen Streitereien schon vorher eine unterstützende Beziehung zueinander. Sie erlebten vor dem Amoklauf des Vaters die Unterstützung durch ausserfamiliäre Bezugspersonen wie Lehrer und Nachbarn als hilfreich und Halt gebend.

Für gutes Gedeihen braucht es eine **sichere Bindung** als wichtigsten protektiven Faktor. Diese Aufgabe kann von Geburt an von Vater und Mutter gemeinsam übernommen werden. Bindung ist ein genetisch verankertes, motivationales System, das zwischen Eltern und Säugling nach der Geburt aktiviert wird. Nähe bedeutet Sicherheit. Von Anfang an ist in der Beziehung Mutter-Kind, bzw. Vater-Mutter-Kind das Kind ein aktiver Interaktionspartner, der in seinem Gegenüber Reaktionen auslöst, die ihm das Überleben sichern. Bereits kurz nach der Geburt kennt das Kind den Geruch der Milch der eigenen Mutter. Kurze Zeit später realisiert es, ob die Eltern oder unbekannte Leute es herumtragen. Erst später lernt es, die Stimme und das Gesicht der Eltern zu erkennen. Damit ein Säugling eine sichere Bindung entwickelt, braucht er eine emotional offene Kommunikation mit den Eltern. Das heisst, dass die Eltern die ganze Palette von Gefühlen des Säuglings wahrnehmen und adaequat darauf reagieren. Dies führt zu einem höheren Selbstwertgefühl, zur Fähigkeit, auf andere eingehen zu können, anpassungsfähig und konfliktfähig zu werden. Solche bindungssichere Kinder können sich in Gruppen integrieren und haben die Fähigkeit zu emotionaler Offenheit und Intimität.

Fühlen sich Kinder emotional sicher, beginnen sie, wenn sie älter sind, die Umgebung zu explorieren. Bei Unsicherheit suchen sie dann wieder die Nähe von Mutter oder Vater und wollen sich versichern, dass alles noch in Ordnung ist.

Ich habe diese Beobachtung ganz konkret bei unserem jüngsten Sohn gemacht. Als dieser zwei Jahre alt war, zogen wir vom Wallis in die Zentralschweiz um. Wir wohnten in einer Überbauung mit 5 Mehrfamilienhäusern und 60 Kindern unter 12 Jahren. Es war üblich, dass die Mütter auf dem Spielplatz sass, miteinander schwatzten, die Zeitung lasen oder strickten und gleichzeitig die Kinder beaufsichtigten. In der ersten Zeit konnte ich nicht vom Spielplatz weggehen, ohne dass unser jüngster Sohn Martin zu weinen begann, sogar wenn ich ihm erklärte, dass ich nur in die Wohnung gehe und gleich wieder zu ihm kommen würde. Nur wenn ein Geschwister meine Rolle explizit übernahm, konnte ich für einige Minuten weggehen. Sass ich aber unten und strickte, dann war er oft plötzlich verschwunden, da er ein grosses Bedürfnis hatte, die Umgebung zu erkunden. Einmal fand ich ihn in einem Erdbeerenbeet der Nachbarn, einmal in einem anderen Haus im Lift, den er nicht bedienen und deshalb nicht verlassen konnte. Als ich ihm die Lifttüre öffnete, spazierte er hinaus, würdigte mich keines Blickes und ging wieder auf den Spielplatz.

Mutter und Vater sollen also eine sichere emotionale Basis vermitteln, von der aus das Kind die Umwelt erkundet. Sie sollen jederzeit für die soziale Rückversicherung zur Verfügung stehen. Dies wird **Social Referencing** genannt. Strahlen die Eltern Sicherheit und Ruhe aus, überträgt sich das auf die Kinder. Sind die Bezugspersonen sehr ängstlich, wenn sie die Kinder einen Moment lang alleine lassen müssen, beeinflusst das einerseits die Entwicklung des kindlichen Bindungsmusters und andererseits ergreift das Kind weniger die Initiative, die Umwelt zu erkunden.

Wir erleben dies immer wieder bei Kindern, die hospitalisiert werden und sich von der Mutter trennen müssen. Ist die Mutter ängstlich und weicht nicht vom Bett des Kindes, weil sie befürchtet, jede Trennung schade dem Kind und es sei nicht fähig, einen Moment alleine zu sein, dann übernimmt das Kind dieses Muster und reagiert seinerseits mit Angst, wenn die Mutter auch nur aufs WC geht oder einen Kaffee holt. Hat das Kind dagegen eine stabile Identität, dann weiss es sich stark genug, einen Moment alleine zu sein. Die Mutter kann sich entfernen, ohne dass das Kind in übermässigen und überflutenden Stress gerät. Selbstverständlich gehört dazu, dass die Mutter das Kind in klaren Worten kurz darüber informiert und sagt, wann sie wieder zurückkommen wird.

Dies hat sogar die 2-jährige Salome Meier bereits verstanden. Die Mutter musste wegen auswärtigen Terminen mehrmals weg. Salome sagte immer wieder „Mami kommt am Abend wieder“ und tröstete sich selber damit. Bei der zweiten Trennung weinte sie nur noch anfangs kurz und blieb dann im Spital beruhigt in Grossmutter's Obhut.

Neben der Bindung an die Eltern ist diejenige zu Geschwistern die wichtigste. Die **Beziehung unter Geschwistern** ist die im Leben am längsten dauernde verwandtschaftliche Beziehung. Sie verändert sich immer wieder. Im Kindesalter sind sich Geschwister sehr nahe, beginnen sich dann in der Pubertät immer mehr individuell zu entwickeln, grenzen sich gegeneinander ab und gehen eigene Wege. Wenn die Beziehung gut ist, können sie sich immer wieder begegnen und gegenseitig unterstützen. Hat eine Familie mehrere Kinder, erweitert dies zudem die Anzahl der dyadischen Beziehungen von 3 bei einem Kind und seinen Eltern auf beispielsweise 15 bei vier Kindern und ihren Eltern. In der Literatur wird beschrieben, dass Geschwister die Entwicklung der Resilienz fördern, auch dann, wenn die Geschwister untereinander in Temperament, Intelligenz, Interessen und Verhalten verschieden sind. Frühere Literatur fokussierte in Geschwisterbeziehungen in erster Linie auf Eifersucht, Rivalität und Retardierungstendenzen durch fehlende Förderung der Eltern. Heute wird die Aufmerksamkeit eher auf die Bereicherungen und Chancen durch eine Geschwisterfamilie gerichtet.

Um mit schweren Schicksalsschlägen zurechtzukommen, braucht ein Kind ein gutes **Kohärenzgefühl**. Dies ist die Fähigkeit, ein generalisiertes, überdauerndes, starkes Gefühl des Vertrauens ins Leben zu haben, und die Überzeugung, dass das Schicksal und die Lebenswelt positiv beeinflusst werden können, dass allem ein Sinn zugeordnet werden kann und dass anstehende Problemen gelöst werden können. Zum Kohärenzgefühl gehören auch folgende Überzeugungen: Es stehen Ressourcen zur Verfügung, um den Anforderungen im Alltag zu genügen. Diese sind den Einsatz und das Engagement wert. Die Ereignisse im Lebenslauf sind strukturiert, vorhersehbar und erklärbar. Auch Unvorhergesehenes und Schwieriges kann mit besonderer Anstrengung und Hilfe gemeistert werden, bekommt im Ablauf des Lebens einen Sinn und wird in die Lebensgeschichte integriert. Dieses Kohärenzgefühl ist im Kind ca. im Alter von 10 Jahren entwickelt.

Schicksalsschläge, wie sie die Familien Stoll und Meier erlebten, erschüttern das Kohärenzgefühl in den Grundfesten. Es braucht viel Zeit, bis es wieder aufgebaut ist. Alle Beteiligten müssen sich früher oder später mit dem Schicksalsschlag auseinandersetzen. Am ehesten wird dies in einer Psychotherapie geschehen, vielleicht aber auch mit einem Seelsorger oder in begleiteten Gesprächen mit den

Geschwistern zusammen. Wann der richtige Zeitpunkt dazu da ist, kann nicht vorausgesagt werden.

Im Alltag im Kinderspital habe ich, glücklicherweise nicht allzu häufig, Situationen erlebt, die mich und das Team tief erschüttert haben und die Frage aufgeworfen haben, warum denn eine Familie so viele Schicksalsschläge erlebt.

Dazu ein Beispiel:

Letzthin wurde eine 14-jährige Jugendliche – nennen wir sie Melissa - hospitalisiert, da sie zu viel Alkohol getrunken hatte. Der Vater war im Bosnienkrieg in einem Konzentrationslager gewesen und wurde dabei schwer traumatisiert. Er arbeitet jetzt 100% auf dem Bau, ist vorzeitig gealtert und hat vielerlei Beschwerden. Eine ältere Schwester unserer Patientin ist schwer geistig und körperlich behindert und lebt in einem Heim. Melissa hat auch einen 9-jährigen Bruder, der grosse Schulleistungsschwierigkeiten hat. Vor zwei Jahren starb die Mutter der Kinder innert kurzer Zeit an einer akuten Leukämie. Kurz vor ihrem Tod gab sie Melissa den Auftrag, für ihren jüngeren Bruder zu sorgen. Trotz grossen Bemühungen des Helfersystems – dazu gehören Mittagstisch, Aufgabenhilfe, Haushalthilfe, Stützunterricht in der Schule usw. – haben die Kinder zu wenig Struktur und Halt. Der Vater ist von der Aufgabe, neben der 100%- Arbeit auch noch Erziehung und Haushalt zu bewältigen, völlig überfordert. Dafür war früher die Mutter zuständig gewesen. Jetzt macht Melissa das meiste. Der Vater erzählt, dass er abends immer wieder Fotos seiner verstorbenen Frau anschaut und weint. Weitere Probleme verneint er und lehnt zusätzliche Hilfe ab. Immer wieder taucht im Helfernetz die Frage auf, ob die Kinder in einem Schulheim oder einer Pflegefamilie platziert werden müssten, was wahrscheinlich auch eine Trennung der Kinder zur Folge hätte. Vater und Kinder sind durch das schwere Schicksal sehr eng miteinander verbunden. Sie helfen sich gegenseitig – trotz Problemen und Spannungen. Melissa hatte im Spital oft Heimweh nach Vater und Bruder. Wir kamen in der Kinderschutzgruppe im Kinderspital zum Schluss, dass eine Platzierung trotz der Probleme nicht der richtige Weg wäre, die Familie zu unterstützen, sondern im Gegenteil eine weitere Traumatisierung wäre.

Ich bin froh, in der Kinderschutzgruppe Kolleginnen und Kollegen zu haben, denen ich Fragen nach dem „besten Weg“ immer wieder stellen darf und die ernsthaft um Antworten und optimale Lösungen ringen. Dabei setzen wir uns immer wieder mit den eigenen Grenzen auseinander. Zudem fragen wir uns immer wieder, wo wir anderen unnötigerweise eigene Ideen von Leben, unsere Wertvorstellungen und unsere Überzeugungen aufdrängen wollen und wo wirklich ein Eingreifen notwendig ist.

Wenn wir im Team der Kinderschutzgruppe eine Situation völlig verschieden einschätzen, brauche ich immer wieder das **Bild des Matterhorns**: Von Zermatt sehen wir das markante und charakteristische Bild des Berges, das weltweit bekannt ist. Gehen wir aber auf die italienische Seite nach Cervinia, dann ist er Berg nicht wieder zu erkennen. Er ist breit, unauffällig und sieht harmlos aus. Erst wenn wir um den Berg herum fliegen, sehen wir, dass es der gleiche ist. Allgemein gesagt können wir nur aus einer Metaposition heraus verschiedene Ansichten eines Sachverhaltes, einer Situation oder eines Problems zu einem Ganzen zusammenfügen. Die gleiche Metapher verwende ich übrigens auch in Familiengesprächen, wo jeder das gleiche Erlebnis völlig anders erzählt,

Ich möchte in diesem Zusammenhang etwas über **Haltungen und Wertvorstellungen** sagen.

Wenn wir im Spital mit Familien aus anderen Kulturen sprechen, merken wir immer wieder, dass sich diese Leute sehr bemühen, unseren Erwartungen zu entsprechen. Sie erklären sich zu allem bereit, widersprechen nicht und willigen in alles ein. Wenn es aber um die Umsetzung von Abmachungen geht, dann "machen sie nichts". Sie sagen an einem Tag dies, am nächsten Tag etwas anderes, bei diesem das eine und bei jenem etwas anderes. Uns kommt das oft wie Lügen vor. Werden die Betroffenen damit konfrontiert, dann geben sie soviel zu, wie „bewiesen“ werden kann. Vieles wird abgestritten oder unter den Tisch gewischt und bagatellisiert. Viele meiner Kollegen und Kolleginnen regen sich auf und haben den Eindruck, diese Leute seien nicht zuverlässig und würden es mit der Wahrheit nicht genau nehmen. Durch einen Freund, Dr. Hannes Wiher, der selber jahrelang als Arzt und Theologe im Missionsdienst in Guinea war und eine theologische Dissertation zum Thema „Scham und Schuld“ geschrieben hat, wurde ich darauf aufmerksam gemacht, dass die Haltungen und Wertvorstellungen von Menschen mit einem schamorientierten Gewissen anders sind als die unseren. Wir in Westeuropa und in den USA haben im letzten Jahrhundert ein sehr individualistisches und oft auch egoistisches Lebenskonzept entwickelt. Unsere eigene, persönliche Meinung ist gefragt, wir streben danach, autonom und unabhängig zu sein. Wir sagen, was uns auf dem Herzen liegt, und verfolgen eigene Ziele. Dient etwas den eigenen Interessen nicht mehr, wird es fallen gelassen, gelegentlich ohne zu überlegen, was das für andere für Konsequenzen hat.

Die Folgen einer solchen Einstellung zum Leben erlebe ich in letzter Zeit immer häufiger bei Jugendlichen, die nie gelernt haben, sich für etwas einzusetzen. Sie sind schwer zufrieden zu stellen. Sie werden von den Eltern verwöhnt, die „alles für ihre Kinder tun“. Sie kennen keine Pflichten und lernen nicht, sich für etwas anzustrengen. Sie realisieren nicht, dass sie alleine nicht überleben können und für ein gutes Leben andere brauchen und dafür auch etwas leisten müssen.

In vielen anderen Kulturen dagegen ist das Überleben in der Gemeinschaft das Zentrale. Die Gemeinschaft schützt den Einzelnen. Der Einzelne ist ihr dafür Loyalität und Gehorsam schuldig. Die Kinder lernen in „Wir-Begriffen“ zu denken. Wichtig ist die Harmonie. Auseinandersetzungen werden vermieden. Ziel der Erziehung ist Anpassung an die vorgegebenen kulturellen und religiösen Rahmenbedingungen. Es gibt kaum ein Privatleben. Kollektive Interessen dominieren die individuellen. Wenn etwas verlangt wird, wird auch dann „Ja“ gesagt, wenn der Betroffene das weder umsetzen kann noch will. Insbesondere gegenüber Aussenstehenden werden Probleme verneint. Um mit Menschen aus diesen Kulturen verbindliche Entscheidungen treffen zu können, braucht es die Zustimmung des Oberhauptes der Gemeinschaft.

In letzter Zeit habe ich gemerkt, dass der Umgang mit anderen Wertvorstellungen ganz bewusst gepflegt werden soll. Empfinden Menschen aus anderen Kulturen, dass sie in ihrem Anderssein respektiert werden, ist ein Gespräch auch über Schwieriges möglich. Rückblickend habe ich im Laufe der letzten Jahre mit Menschen aus allen Kontinenten Kontakt gehabt. Wenn ich ihnen Fragen stelle, merke ich, dass sie in anderen Welten leben, anders denken und anders handeln. Ich erlebe dies als grosse Bereicherung und als Herausforderung.

Die beiden Wertvorstellungen, d.h. Beziehungsorientierung bei Menschen mit einem schamorientierten Gewissen und Regelorientierung bei Menschen mit einem schuldorientierten Gewissen, können nicht gegeneinander ausgespielt werden. Ideal

ist eine gesunde Mischung von Wertvorstellungen, welche sowohl das Individuum als auch die Gemeinschaft respektieren und wertschätzen.

Letzthin wurde uns ein frühgeborener Knabe angemeldet, weil seine Eltern kaum zu Besuch kamen und die Mutter das Kind kaum zu berühren wagte. Das für diese Kinder so wichtige Herumtragen in einem Tragtuch war ihnen völlig fremd. Zudem brauchen frühgeborene Kinder auch bei erfreulichem Verlauf oft während der ganzen Säuglings- und Kleinkinderzeit besonders viel Betreuung. In Gesprächen erzählte uns die junge Mutter, dass sie eine Sonderschule besucht und dann an einem geschützten Arbeitsplatz gearbeitet habe. Sie sei mit einem Mann aus dem Kosovo verheiratet und habe bereits eine 2-jährige Tochter. Die Grossmutter mütterlicherseits ist erst 49 Jahre alt und arbeitet seit vielen Jahren 100% auf Abruf. Sie wohnt im gleichen Haus. Die Grossmutter erklärte sich in den Gesprächen bereit, ihre Arbeit aufzugeben und zu Hause die beiden Grosskinder zu betreuen und zu erziehen. Erfreulicherweise hat sich die Vormundschaftsbehörde der Wohngemeinde unkompliziert bereit erklärt, den Lohnausfall der Grossmutter zu kompensieren. So konnte eine „win-win-Situation“ geschaffen werden, die für alle Beteiligten Vorteile bringt, für die beiden kleinen Kinder, für ihre Mutter und den Vater, die Grossmutter, die anderen Familienmitglieder und letztendlich auch für die Wohngemeinde.

Gemeinsame Werthaltungen in einem Kollektiv, sei dies eine Familie oder eine grössere Gemeinschaft, sind gerade in Zeiten von Krisen auch eine Ressource. Die Mitglieder unterstützen sich und niemand ist alleine.

Ich komme zum letzten Teil meines Vortrags, zu den **Schutzfaktoren**, die helfen, Resilienz zu entwickeln und den Anforderungen und Schicksalsschlägen des Lebens gewachsen zu sein.

Zu den schützenden Faktoren im Kind selber gehören seine Persönlichkeitseigenschaften. Wer offen, affektiv zugewandt, unterstützend und anerkennend ist, hat es schon aufgrund dieser genetisch z.T. festgelegten Eigenschaften leichter im Leben. Körperliche und psychische Gesundheit und normale Intelligenz gehören dazu. Wichtig ist eine Schule, die Erfolgserlebnisse vermittelt. Dies ist wichtiger als eine möglichst hohe Schulstufe, denn Erfolgserlebnisse fördern das Selbstvertrauen und stärken die Selbstwirksamkeit. Kommunikative Fähigkeiten gehören ebenso zu den Schutzfaktoren wie ein guter Kontakt zu Gleichaltrigen. Und zuletzt braucht es funktionale Copingstrategien, d.h. die Fähigkeit, Probleme und Krisen erfolgreich zu bewältigen.

Für Kinder sind auch Schutzfaktoren von den Eltern her wichtig. Dazu zählen eine stabile, offene, wertschätzende Beziehung der Eltern untereinander und ihre Fähigkeit, Konflikte untereinander respektvoll auszutragen und sich nach einer Auseinandersetzung wieder freundlich zu begegnen. Eltern brauchen ein Netz von Verwandten und Freunden, die sie unterstützen und die sie in der Erziehung des Kindes ergänzen. Eltern und Kinder sollen stabil und sicher miteinander verbunden sein. Die Eltern müssen die Verantwortung für ihre Kinder auch im Jugendalter wahrnehmen, sich den Diskussionen stellen und Kompromisse aushandeln. Sie müssen ein Mass finden, zu erziehen, Grenzen zu setzen und gleichzeitig schrittweise loszulassen. Sie fällen die Entscheide, müssen aber auch dafür geradestehen. Sie sollen die Probleme der Kinder nicht selber lösen, sondern diese befähigen, die Probleme lösen zu lernen. Eltern sollen zulassen und unterstützen,

dass Kinder vielfältige stabile und sich ergänzende Beziehungen ausserhalb der Familie pflegen und sich bei Bedarf auch dort Hilfe holen. Solche Eltern geben Halt und Struktur. Sie sind verlässlich, berechenbar und beruhigend in unsicheren oder stürmischen Zeiten. Das gibt gegenseitiges Vertrauen und Respekt zwischen allen Beteiligten.

Es braucht auch Schutzfaktoren in der Umgebung und in der Gesellschaft. Kinder, die in einem Mehrfamilienhaus aufwachsen, wo die Nachbarschaftshilfe funktioniert, entwickeln ein gutes Geborgenheitsgefühl. Dieses Mikroklima wird bei jedem Umzug auch in der gleichen Stadt zerstört und braucht dann Zeit, um wieder zu entstehen. Gerade kleinere Kinder können durch einen Umzug stark verunsichert werden.

Migration in andere Kulturen ist oft ein Risikofaktor, es sei denn, am früheren Wohnort herrschten Not, Krieg und Entbehrung. Leben in Frieden, wirtschaftliche und finanzielle Sicherheit, gute Lehrer, Musiklehrer oder Sporttrainer sind Schutzfaktoren, die helfen, dass sich ein Kind entfalten kann.

Die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft wirkt auch als Schutzfaktor. Glaube gibt die Sicherheit, dass das Leben Sinn und Bedeutung hat. Er hilft, in der Not Kraft und Zuversicht zu bekommen und nicht allein zu sein. Er hilft, Schmerzen und Leiden zu ertragen in der Gewissheit, dass sich die Dinge wieder zum Guten wenden können.

Für mich persönlich ist der christliche Glaube ein Fundament und eine Werthaltung, zu der ich stehe und die mir immer wieder hilft, Situationen zu bewältigen und Trost und Kraft zu erhalten. Menschen aus anderen Religionen erhalten nach meiner Erfahrung auch in diesen Trost. Ich ermutige die Leute, in der Not Hilfe in ihrem eigenen Glauben zu suchen.

Ich komme zum Schluss meines Vortrages:

Wenn ich auf die 12 Jahre zurückblicke, die ich im Kinderspital arbeite, dann stehen für mich die vielen bereichernden Begegnungen mit Menschen im Vordergrund. Ich habe ermutigende Geschichten erlebt, aber auch viele traurige, in denen die Betroffenen nach Schicksalsschlägen viel Leid und Schmerz ertragen mussten. Ich habe gesehen, mit wie viel Lebenswillen und Würde die Betroffenen Situationen ertragen und letztendlich auch bejaht haben. Die meisten haben die Krisen überwunden und leben heute wieder in stabilen und guten Situationen. Einige haben lernen müssen, Unabänderliches zu akzeptieren und trotzdem ein Ja zu ihrem Leben zu finden.

Immer habe ich in meiner Arbeit auf die Unterstützung durch ein Team zählen dürfen, ohne die ich meine Aufgaben nicht hätte bewältigen können.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen in den Gruppen viele anregende Diskussionen.

Luzern, 25. Mai 2011

Dr. med. Simone Krähenbühl-Blanchard, Leitende Ärztin Liaisonpsychiatrie und Psychosomatik des KJPD im Kinderspital Luzern

Fragen für die Gruppenarbeiten zum Thema „Schicksalsschläge im Leben eines Kindes und seiner Familie“

- Was für Schicksalsschläge haben Sie selber erlitten? Wie erging es Ihnen dabei? Was für Ressourcen hatten Sie? Was fehlte? Waren die Krisen letztendlich Chancen oder hinterliessen sie bis heute schmerzende Narben?
- Was für Geschichten in Ihrem beruflichen Alltag waren für Sie besonders prägend und unvergesslich? Wie gingen die Geschichten aus? Was beeinflusste Ihrer Ansicht nach die Entwicklung am nachhaltigsten?
- Wo holen Sie für sich Unterstützung, wenn Sie selber an Grenzen kommen?
- Was haben Sie für Wertvorstellungen? Was ist Ihnen wichtig? Welche Wertvorstellungen anderer können Sie akzeptieren und welche sind für Sie nicht akzeptabel?
- Was für Erfahrungen haben Sie mit Menschen aus uns fremden Kulturen? Wie gelingt es Ihnen, eine gemeinsame Basis zur Lösung von Problemen zu finden?