

„(R)Evolution KiD“

Vortrag von Gudrun Quitmann im Rahmen des Fachtages „Trauma-Bindung-Kinderschutz“ - 17 Jahre stationäre Diagnostik im KiD

Als Anfang der Achtzigerjahre das Thema „sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen“ immer stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit drang, gab es weder nennenswerte Literatur noch eine relevante Debatte in den helfenden Berufen. In den medizinischen und psychologischen, in den juristischen, sozialen und pädagogischen Ausbildungsgängen tauchte dieses Thema in den Lehrplänen nicht auf.

Die Beachtung kindlicher Gewaltopfer und die Inblicknahme ihrer Interessen hing fast ausschließlich vom Einsatz Einzelner ab, die sich mutig für sie einzusetzen begannen. Ein solcher Einzelner war auch der Kinder- und Jugendpsychiater Dr. Jungjohann. Sein Wissen aus, insbesondere in Amerika gesammelter Erfahrung, dass Kindesmisshandlung und Vernachlässigung ein zentraler ursächlicher Faktor für psychische Erkrankung ist, wurde ihm zum inneren Auftrag. Um das Syndrom von seelischer, körperlicher und sexueller Gewalt, also deren Ursachen und Folgen, deren Entstehung, Entwicklung und Symptombilder konzentriert erfassen zu können, baute er mit der ihm eigenen Entschlossenheit und -Widrigkeiten dieser Zeit nicht scheuend - die erste Ärztliche Kinderschutzambulanz am Evangelischen Krankenhaus hier in Düsseldorf auf.

Seine Forderung nach einer interdisziplinären Arbeitsgruppe entstammte seiner tiefen Überzeugung, dass nur aus der Integration der verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen heraus, ein Erkennen, Verstehen und Verständnis für die Komplexität von Gewaltphänomenen erwachsen kann. Zu dieser Arbeitsgruppe gehörten mit der Geburtsstunde der Kinderschutzambulanz, Herr Gollmann - und ich in Funktion der stellvertretenden Leiterin. Der syndromspezifische Blick im Rahmen der Diagnostik war für uns alle neu..., wir betraten quasi Neuland... Theorie und Praxis standen zwingend beständig im Austausch und formten unsere Erfahrungen.

Die engagierte Auseinandersetzung mit diesem Thema, mit diesen Kindern und diesen Familien hatte in der Tat etwas Revolutionäres. Das weitestgehend noch eher verpönte Thema von familialer Gewalt und das dechiffrierende Arbeiten barg scharfe Brisanz. Das Ausmaß und die Formen des Gewalthandelns, das im vermeintlichen Schutzraum Familie geschah, löste allerorten tiefe Betroffenheit, aber zugleich Misstrauen und Empörung aus. Einige Türen öffneten sich, aber viele schlugen auch wieder zu und neue Zugänge, insbesondere zu den verschreckten, verstummten Kindern und deren Familien, mussten gesucht werden. Tabus brachen auf, was zu angstgesteuerter Aufruhr bis hin zu Protesten betroffener Eltern führte. Die Presse näherte sich auf ihre Weise dem aufbrechenden Thema. Einige wenige Organe bemühten sich um sachliche, verstehende Annäherung, viele nutzten das Thema zu reißerisch aufgemachtem Entsetzen über die Täter, andere, namentlich der Spiegel, nahmen Partei für die betroffenen Eltern und initiierten eine groß angelegte Diffamierungskampagne gegen die Helfer.

Gesellschaftliches Umdenken war gefordert, schaffte unbequeme und kostspielige Wahrheiten, vor allem für die Sozialbehörden. Die Gerichte waren hoffnungslos überfordert, die Frage nach den Kriterien der Glaubwürdigkeit von Kindern spaltete die Fachwelt und mehr denn je wird dieses Thema kontrovers, sowohl zwischen als auch innerhalb der verschiedenen Disziplinen diskutiert. Der damals entbrannte Meinungsstreit erhitzte die Gemüter, ließ Vorwürfe und Anschuldigungen nicht aus und führte zur langen Debatte über den „Missbrauch des Missbrauchs“.

Es war noch alltägliche medizinische Praxis, dass Misshandlungsspuren vielfach übersehen, als Unfallgeschehen geglaubt und deklariert wurden oder bei bestehendem Verdacht allzu schnell Rückgriff auf die ärztliche Schweigepflicht genommen wurde. Bei bestehendem Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch wurde als wesentliche objektivierende Ergänzung zu den psychologischen/psychiatrischen Untersuchungsmethoden, die primär die Symptom-sprache und Mitteilungen des Kindes analysieren, die gynäkologische Untersuchung hinzu gezogen. Aber, Kenntnisse zu dieser Zeit über das gesunde und verletzte kindliche Genitale gab es kaum. Und so wurde der Fachbereich der Kindergynäkologie quasi „über Nacht“ aus der Taufe gehoben.

All diese Erfahrungen aber führten uns weiter voran und waren wichtig für unsere diagnostische Arbeit. Unsere Blickrichtungen, die Blickschärfe und Haltungen den Kindern, den Familien und Institutionen gegenüber, spezialisierten sich. Der Alltag schulte syndromspezifisches Zuhören, psychodynamisches Verstehen, systemisches Handeln und erforderte Mut zum Intervenieren.

Immer drängender aber zeigte der tägliche Umgang mit Gewaltfamilien auch die Grenzen ambulanter Hilfe auf. Insbesondere bei den Kindern, deren innerpsychische Struktur sichtlich geschwächt und die zugleich in hoher Loyalität zu ihren Eltern standen, versperrten Furcht vor Verrat und Bedrohung den Weg zur Hilfe. Es war die Angst, das Schweigen, die Verkümmerng, die gesteigerte Unruhe und Aggression die zunächst einen Schutzraum brauchte. Aber wohin mit dieser wachsenden Anzahl von Kindern, die größte Nöte signalisieren, aber keinen Mitteilungsweg finden?

Kinder, die in aktueller Gefährdung oder in dramatischer, ambulant nicht zu entwirrender Beziehungsabhängigkeit standen, fanden dank der guten Kooperation mit der Kinderstation des EVK dort Aufnahme. Bald aber waren die Kapazitäten auf der Kinderstation erschöpft. Zum einen lösten die tiefen seelischen Krisen und Symptomausdrücke unserer Kinder beim Pflegepersonal große Betroffenheit aus, zum anderen waren sie zunehmend mit der Symptomvielfalt und dem lärmenden Agieren unserer Kinder und auch deren Eltern überfordert, was den klinischen Alltag einer Kinderstation empfindlich zu stören begann. Für uns aber waren die vielen Beobachtungen, die insbesondere die Krankenschwestern über Tag und Nacht sammeln konnten, von entscheidender und weit reichender Bedeutung. Die Informationen die wir erhielten, bereicherten und differenzierten unsere diagnostischen Erkenntnisse. Wir erfuhren, wie viele Informationen uns verloren gehen, wenn man das Kind und seine sozialen Bezüge nicht ganzheitlich beobachten kann.

Ein weiterer Punkt war der Zeitfaktor. Wir hatten gelernt, dass wir den Kindern Zeit geben müssen, um sich zeigen zu können und - wir Zeit brauchen, um sie zu verstehen.

Diese Erfahrungen führten uns zum entscheidenden Impuls, gedanklich konzeptionell tätig zu werden. Und so strickten wir parallel zur ambulanten Arbeit an einem stationären Konzept, das dem sich anstehenden Paradigmenwechsel Rechnung tragen sollte. Es ging um die Erweiterung des Sichtfeldes, dass das Gewaltgeschehen nicht primär vom Kind, seinen Symptomen und Verhaltensweisen aus zu verstehen, gar zu „beweisen“ war.

Eine mehr Zeit und Ressourcen sichernde Explorationskonzentration war erforderlich, um die Wechselwirkungsvorgänge zwischen Kind und Familie gezielter in den Blick und die Analyse zu nehmen. Auf dem Hintergrund fachkundiger Beobachtung des Kindes rund um die Uhr im pädagogischen Alltag und multimodalen psychodiagnostischen und traumaspezifischen Untersuchungsmethoden, sollte ein ganzheitlicher Blick auf das Kind selbst, das Familiensystem, die Persönlichkeit der Eltern, auf die Bindungs-, Beziehungs- und Kontaktgestaltung ermöglicht werden.

Neben der Gewährleistung der Schutznotwendigkeit und Sicherstellung des Schutzbedürfnisses des Kindes sollte ein institutionell verankerter sicherer Ort entstehen, an dem die Kinder ihr Sein und So-Geworden-Sein leben und zeigen konnten.

Unser Gedanke war, und er ist zur tragenden Erfahrung unserer Arbeit im KiD geworden, dass wenn das Kind im KiD aus der äußeren Gefahr, aus seinem ganzkörperlichen Erregungszustand herauszutreten beginnt und langsam wahrnimmt, zulässt und realisiert, wo es ist, was geschehen ist und vor allem, was mit ihm geschah, seine innerpsychische Krise beginnt. Sie ist uns willkommen, denn sie läutet den Beginn der Bereitschaft ein, sich mit sich auseinander zu setzen und Rückbesinnung und Wiederbelebung schmerzhafter Gefühle zu zulassen.

Die Mehrzahl der Kinder, die im KiD aufgenommen werden, sind traumatisierte Kinder. Die grassierende Beliebigkeit im begrifflichen Umgang mit dem Wort Trauma verwischt notwendige Unterscheidungen. Für uns steht in aller Regel nicht das singuläre, abgegrenzte Trauma mit seiner spezifischen posttraumatischen Symptomatik im Vordergrund. Viele unserer Kinder im KiD waren mit Anbeginn ihres Lebens chronischer Aggression ausgesetzt. Sie kennen Verwahrlosung und Missachtung. Stehen Streit, Gewalt und/oder Missbrauch in einem lebensgeschichtlichen Kontext und sind sie für das Kind erwartungskonsistent, hat dies besonders nachhaltige Folgen für seine kindliche Persönlichkeit und Ressourcenaktivierung. Für die Diagnoseerstellung, die Gesamteinschätzung und die auszusprechende Empfehlung ist es von entscheidender Größe, wie stark die Einwirkungen der traumatisierenden Situationsfaktoren (wie Deprivation) und der Beziehungstraumata (wie Missbrauch mit seinen schockartigen Verletzungen und Verlusten) waren, in wie weit sie zu anhaltender pathologischer Trauer, zu Depression und/oder Persönlichkeitsbestimmender Aggression geführt haben und in wie weit die Schmerzen und die Qual eine Affektverkehrung notwendig machte, Schmerz in Lust umgeschrieben wurde und sado-masochistischen Muster erzeugt hat.

Da aber das, was dem Kind geschehen ist, was sein Selbsterlebtes ist, zugleich in enger innerseelischer Verflechtung steht mit dem, was es in sich und mit sich vom Ungelösten

seiner Eltern trägt, ist eine umfängliche Arbeit mit den Eltern, ihrer eigenen und im Kind weiter wirkenden Geschichte erforderlich.

Eltern verpflanzen ihr selbst erlebtes Leid, dass sie nur von sich fern halten konnten, indem sie ihre eigenen traumatischen Erfahrungen verleugneten, besser gesagt, entwirklichten, in ihre Kinder. Die Kinder dienen ihren Eltern dann - all zu leicht - zur Abfuhr unerträglicher Spannungen. Auch sollen die Kinder ihren Eltern den Stolz zurückgeben, der ihnen zuvor im Trauma genommen wurde. Die Kinder sollen die depressiven Eltern versuchen zu verleben-digen und sie trösten. Sie fühlen sich gegenüber den Eltern verantwortlich und zu einer illusionären Wiedergutmachung verpflichtet. Weil sie hinter allem die Hilflosigkeit und Not und auch Scham ihrer Eltern spüren, bleiben sie eng an sie gebunden. Auch und gerade die aus dieser Dynamik entstammende Prägung des Kindes muss wertige Berücksichtigung finden. Das unbewusst passiv oder aktiv weitergereichte traumatische Material der Eltern bearbeiten die Kinder nun mit ihrer eigenen Fantasie und agieren diese Fantasie gesteigert (kumulativ) in der äußeren Welt aus.

Um solchen Fehlentwicklungen mit den bekannten fatalen persönlichkeitsstrukturellen und gesellschaftlichen Folgen entgegenzutreten, bedarf es der möglichst frühen diagnostischen Aufmerksamkeit und therapeutischen Behandlung und ist zudem Prophylaxe im besten Sinne.