

Klein- und Vorschulkinder in familiengerichtlichen Auseinandersetzungen Schritte zu einer Mediation am Kind (Teil 1)

Petra Stemplinger

Zusammenfassung

Der Artikel gibt einen Einblick in die therapeutische Arbeit mit Klein- und Vorschulkindern inmitten schwerwiegender Konflikte ihrer Eltern. Kleinkinder brauchen dringend vor, während und nach familiengerichtlichen Auseinandersetzungen den Schutz einer therapeutischen Beziehung und Begleitung. Der Grundsatz „Begutachtung vor Therapie“ wird in Frage gestellt und eine Haltung „Therapie vor Begutachtung“ begründet.

Ein Elternteil, der beim jeweils anderen Elternteil Missbrauch oder Manipulation des gemeinsamen Kindes zu erkennen meint, hat ein dringendes Bedürfnis nach therapeutischer Begleitung des Kindes. Elternteile die diese Vorwürfe zu Unrecht bzw. zur (bewussten oder unbewussten) Ablenkung von eigenem Fehlverhalten erheben und aufrecht erhalten, zeigen dieses Interesse nicht, bzw. behindern den therapeutischen Prozess mit dem Kind. In der Gestaltung der Diagnostik und Therapie mit dem Kind und seinen Eltern treten problematische Erziehungshaltungen regelhaft hervor und werden sicher identifizierbar. Sie manifestieren sich als Reflexionsunfähigkeit und Reflexionsunwilligkeit der eigenen Meinung und der eigenen Handlungsmotivation. Sie zeigen sich in Form von Rigidität der Kommunikation, beschränkter Einfühlung in das Kind, vor allem aber in Widersprüchen und Inkongruenz zwischen Reden und Handeln. Unaufrichtigkeit einer Elternpersönlichkeit zu erkennen ist von erheblicher Bedeutung, weil sie das Vertrauen des Kindes in die eigene Wahrnehmung tiefgreifend und anhaltend erschüttert.

Der Beitrag versteht sich auch als Methodik zur Beurteilung der Erziehungsfähigkeit.

Einführung in die Thematik

In meiner Facharztausbildung habe ich gelernt, **keinen therapeutischen Prozess mit Kindern zu beginnen, deren Eltern ein Sorge- oder Umgangsrechtsverfahren anstrengen oder unterhalten**. Noch klarer wurde Abstinenz gefordert, wenn sie strafrechtliche Vorwürfe gegeneinander erheben. Die diagnostische Begutachtung dieser Kinder sollte den vom Gericht zu bestimmenden Sachverständigen vorbehalten bleiben. Eine solche Haltung schafft Klarheit und schützt den Therapeuten vor Verwicklung und Verstrickung in verfahrensrechtliche Notwendigkeiten. Mit wachsender Erfahrung in der ambulanten und stationären psychotherapeutischen Versorgung sei mir gestattet, einige Fragen und Sorgen in Bezug auf dieses Vorgehen zu formulieren und Erfahrungen zu beschreiben, die einen anderen Weg versuchen. Dass dieser Weg nur Sinn macht in einer koordinierten und kooperierenden Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und dem Familiengericht, wird dem Leser evident werden. Dass man als KindertherapeutIn dabei in die gleichen Dilemmata gerät, wie die Kinder selbst, will ich adressieren und damit den Kindern eine Stimme geben.

Es soll ein Einblick in die Erlebniswelt von Kleinkindern werden wie sich diese in der therapeutischen Arbeit abbildet. Die Not dieser Kinder kann nach meiner Erfahrung in familiengerichtlichen Begutachtungen und Verfahren nur unzureichend wahrgenommen werden, da die Ebene der Beziehungsgestaltung ausgeklammert wird und Einsichten in die emotionale kindliche Erlebniswelt schwer zu operationalisieren und in ihrer Bedeutung zu gewichten sind. Letzteres wird möglich in einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung.

Mein Artikel *Plädoyer für eine Kultur des Fühlens in der Kindertherapie* der Ausgabe 4/2012 des Forums diene der methodenkritischen Vorbereitung für das Folgende.

Ich beziehe mich in diesem Beitrag **ausschließlich** auf die Situation der **Klein- und Vorschulkinder**. Mit Eintritt der Schulreife verändert sich vieles in der innerseelischen Verarbeitung von Krisen und Konflikten. Da Kleinkinder aufgrund ihrer Vulnerabilität das größte Risiko im Konflikt ihrer Eltern, aufgrund ihrer Vitalität aber auch die nachhaltigsten Heilungschancen mitbringen, verdienen sie gesondertes Augenmerk.

Fragen zum Problemkreis

- Wo und wie werden Klein- und Vorschulkinder zwischen konfliktreich getrennten Eltern und in komplexen familiengerichtlichen Auseinandersetzungen mit ausreichend Expertise wahrgenommen und begleitet?
- Mit welchen anderen Menschen ausser mit den Eltern, Geschwistern und den von den Eltern ausgewählten Menschen kommt ein Kleinkind in Kontakt?
- Welche öffentlichen Instanzen haben eine Chance, wahrzunehmen, ob ein Kind in einem familiären Konflikttherd steckt und ob es darin einer schwerwiegenden emotionalen Verunsicherung bzw. Verstörung ausgesetzt ist?
- Ist sichergestellt, dass diese Instanzen – Krippe, Kindergarten, Kinderarzt – ihre Beobachtungen im Alltag mit einer erfahrenen kinderpsychotherapeutischen Fachperson austauschen können?
- Welche Möglichkeiten haben sie, auffällige Beobachtungen am Kind kontinuierlich zu supervidieren und damit eine Expertise aufzubauen, Verantwortung zu teilen und Wahrnehmungen kindlicher Psychopathologie objektivieren zu lernen?
- Haben wir ausreichend therapeutische Kompetenzen und Netzwerke etabliert, innerfamiliäre Macht- und Unterdrückungsstrukturen an Kleinkindern zu entschlüsseln und aufzufangen?
- Wieviel Kontakte hat ein Sozialarbeiter des Jugendamtes mit dem Kind persönlich? Wieviel ein Verfahrensbeistand? Wieviel die Mitarbeiter einer Elternberatung? Wieviel die Gutachter? Reichen diese Kontakte zur Beurteilung der seelischen Situation eines Kleinkindes?
- Werden Kinderrechte neben Elternrechten in Familiengerichtsverfahren gleichermaßen gewürdigt?
- Versteht ein Kleinkind, die unterschiedlichen Aufgaben der vielen beteiligten Personen? Wer erklärt ihm diese?
- Wer garantiert dem Kind das Recht auf Schutz und Fürsorge, solange seine Eltern sich wechselseitig der Unfähigkeit und missbräuchlichen Unehrllichkeit beschuldigen?
- Was heißt Kinderrecht im Elternstreit um Sorge und Umgang und wer steht dafür ein, solange die Erwachsenen untersuchen, wer von den Eltern Recht hat bzw. Recht bekommen soll? Und was ändert sich in der Psychodynamik einer Familie nach einem Gerichtsbeschluss?

- Wie viele fremde Menschen sprechen im Rahmen eines Familiengerichtsverfahrens mit dem Kleinkind? Wie viele Befragungen und Begutachtungen sind ihm zuzumuten?
- Wer bestimmt das und auch, wann es reicht?
- Wie nimmt man Affekte, Bedürfnisse, Spannungen, Nöte und Willensimpulse von Kleinkindern in familiären Unterdrückungsstrukturen adäquat wahr und übersetzt sie in eine verfahrensrelevante Sprache?
- Kann man sich ohne kontinuierliche psychopathologische Evaluation und therapeutische Beziehung zum Kind wirklich ein Urteil über seine Situation erlauben?
- Ist die gewachsene Zurückhaltung des Kinderpsychotherapeuten in dieser Situation der Kinder gerechtfertigt?
- Wie sind wir ausgebildet, mit Eltern zu arbeiten, die sich wechselseitig schwerwiegende Vorwürfe machen?

Mediation am Kind – ein Weg der Tabus bricht und warum es sich trotzdem lohnt, ihn zu gehen

Mir ist klar, dass das hier beschriebene Vorgehen Tabus bricht. Tabus der Richtlinienpsychotherapie ebenso wie traditionell gewachsene Vorgehensweisen der familiengerichtlichen Begutachtung und juristischer Verfahrenswesen. Erfahrene Kindertherapeuten werden rasch nachvollziehen, auf welchem schmalen Grat zwischen Schweigepflicht, Verrat des therapeutischen Schutzraumes, gesellschaftlichen, familiären wie individuellen Kinderschutzbelangen man unterwegs ist mit den beschriebenen Fällen. Ich räume ein, dass man die Gründe und Notwendigkeiten für diese Tabubrüche nicht einsehen, ja abweisen kann. Sie stellen eine Zumutung dar, für das eingespielte und begründete Procedere der am Kinderschutz beteiligten Fachdisziplinen. Wenn Sie diese Zumutung erleben, bitte ich Sie, sich zu fragen, was mich dazu bewogen haben könnte, einen Weg zu beschreiten, der sich belastend, rechtlich ungeschützt und unwirtschaftlich gestaltet gegenüber einer regelkonformen Abstinenz in diesen Fällen. Bevor Sie das Beschriebene als unsachgemäß abweisen, lade ich Sie ein, sich mit mir gemeinsam auf die Not dieser Kinder einzulassen, so wie die Kinder selbst sie zum Ausdruck bringen.

Als Therapeuten verfügen wir über Handwerkszeug, uns nicht in das Leid unserer Klienten zu verstricken. Betroffene Kleinkinder sind ihrem Leid schutzlos ausgeliefert, wenn die Eltern als Schutzinstanz versagen. Ein solches Versagen liegt vor, wenn Eltern nicht mehr miteinander sprechen und sich

stattdessen der Lüge, des Missbrauches, der Manipulation des Kindes bezichtigen. Ich habe mich mit gewachsener Erfahrung daran gewagt, den Weg der Involvierung in das Verstrickt-sein dieser Kinder mit den eigenen Eltern zu gehen. Ich rate ausdrücklich davon ab, dieses Vorgehen ohne Erfahrungsbasis und Supervision nachzuahmen. Auch ich muss mich davon zurückziehen, wenn diese Arbeit keinen Schutz erfährt und sich ein therapeutisch koordiniertes, interdisziplinäres Zusammenwirken der beteiligten Berufsgruppen nicht erreichen lässt. Zu hoch sind die Reibungsverluste im Praxisalltag, wenn es an klaren Rahmenbedingungen für eine solche Arbeit fehlt. Zu häufig die willkürlichen Abbrüche seitens des Elternteils, das die psychotherapeutische Zusammenarbeit am nötigsten bräuchte und für das Kind gefährlich ist.

Dennoch überwiegen die dankbaren und befreienden Momente der Kinder, die ich begleiten konnte auf diesem Weg inklusive ihrer schutzbefähigten Elternteile. Weil das so ist und weil mir immer deutlicher wird, wie wir aktuell im Kinderschutz in einer Erwachsenenart des Top-down befangen sind, die den Kindern nur marginal gerecht werden kann, will ich Einblicke geben in mein Vorgehen. Es stellt den Versuch dar, Kinderschutz auf dem Erleben des Kindes (bottom-up) zu begründen.

Dass es eine kontinuierliche und dynamische Qualitätssicherung dieser kindertherapeutischen Kompetenz geben muss und wie diese aussehen kann, versuche ich in einem zweiten Teil meiner Ausführungen zu entwerfen.

Ein wissenschaftlicher Diskurs zum seelischen Erleben eines Kleinkindes darf keine Fachgruppe ausschließen, muss Dialog ermöglichen und dazu einladen

Ich beschreibe in diesem Bericht, seelische Zusammenhänge auf Basis der therapeutisch geschulten Erfahrung und begleitenden dialogischen Sicherung mittels Supervision und Reflexion im Team. Die Basis dialogoffener Erfahrung kann es jedem, auch fachfremden Leser ermöglichen, anzuknüpfen und in Austausch zu kommen. Ich lade auch familiengerichtliche Fachkräfte ein, sich mit den Möglichkeiten einer Kleinkind-therapie vertraut zu machen. Das Dargestellte soll nachvollziehbar sein, damit die eigene Urteilsbildung und der Dialog angeregt wird. Ich bediene mich daher bewusst auch der Alltagssprache.

Eine sachgerechte Urteilsbildung zur Welt des Kleinkindes braucht und lebt von der Dialog- und Prozessfähigkeit, d.h. genau von dem, was den Eltern im Konflikt verloren geht. Wie sich dieser dramatische Verlust für die Kinder überbrücken und wieder in Gang setzen lässt, ist mein Thema. Meine Darstellung will die Wahrnehmungs- und Beurteilungsfähigkeit für kindliche Bedürfnisse beim Leser stärken, indem sie den Blick auf bestimmte Phänomene lenkt. Diese live-Wahrnehmung des Seelischen ergänzt psychometrische Diagnostik und bedarf der gezielten Schulung. Sie führt zu der Befähigung, grobe Hindernisse und Unaufrichtigkeiten im Elternverhalten zu erkennen und stellt damit einen konkreten Ansatz zur Beurteilung der Erziehungsfähigkeit dar (Zumbach & Oster).

Diese Fähigkeit wird bei Therapeuten im Rahmen ihrer Ausbildung in der Auseinandersetzung mit der eigenen Gefühlswelt, d.h. in Selbsterfahrung grundgelegt. Eine kindertherapeutische Kunst wird daraus, wenn man diese Erfahrungen in der Arbeit mit Kindern jeden Alters entwicklungsphysiologisch und -psychologisch deklinieren lernt. Dabei entsteht eine Kompetenz der Beziehungsgestaltung mit dem Kleinkind, die vor allem eines voraussetzt: Eine **Wahrnehmung und Anerkennung der authentischen Gefühlswelt und Willensimpulse des Kindes**.

Respekt vor einem Kind begründet sich im Respekt für seine Erlebnisrealität und diese kann es nur in der ihm eigenen Weise (d.h. im Spiel) zum Ausdruck bringen. Andere Arten der Evaluation laufen Gefahr, dem Kind erwachsene Sichtweisen überzustülpen.

Jeder aufgeklärte Mensch erlaubt sich heute selbstverständlich die Begründung seines Urteils auf Basis seiner Wahrnehmungen und Erfahrungen. Im Gebiet der seelischen Wahrnehmung der kindlichen Innenwelt herrscht diesbezüglich eine gewisse Willkür, über die es **fachkundig und allgemeinverständlich aufzuklären gilt**.

Aufklärung über die Kinderseele sollte allgemeinverständlich sein, damit sie **dialogfähig und dialogkompetent** macht. Es sollte kein Studium erfordern, Kleinkinder zu verstehen und ihnen gerecht zu werden. Wohl aber wird eine Beurteilung ihre Erlebnisweise unsere stetige selbstreflexive, selbstkritische und wohlwollende Lernbereitschaft voraussetzen. Selbsterfahrung und Selbsterziehung sind unumgängliche Bausteine auf dem Weg zu dieser Fachsprache und Fachkompetenz der Kinderseele.

Besonderheiten der Versorgung an einem Kinderkrankenhaus

Ich führe eine klassische kinderpsychiatrische Praxis, die in ein Kinderkrankenhaus integriert ist (MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien, Landshut). In 13 Jahren konnte sich so in stetiger konsiliarischer Kooperation mit den Kinderärzten eine Schwerpunkttätigkeit in Psychosomatik und Kinderschutzarbeit (ICD 10 Kapitel F4 Diagnosen) ausbilden. In diesem Zusammenhang bin ich häufig mit dem beschriebenen Problem konfrontiert.

Als Leitung der stationären Psychosomatikabteilung in diesem Kinderkrankenhaus konnte ich zudem feststellen, dass maligne Trennungskonflikte im Patientenkontext der Psychosomatik sehr häufig vorkommen. Das verwundert nicht und entspricht dem Stand der pädiatrischen Forschung zum toxischen Stress in der frühen Kindheit (Friedmann, HS. und Martin, LR. „The longlife Formel“ S. 121 – 138 in Soldner, G. 2015). Psychosomatisch bedingte Beschwerden sind verknüpft mit einer Fehlregulation des vegetativen Nervensystems. Die Balance zwischen Sympathikus und Parasympathikus, zwischen Anspannung und Entspannung, Abbau- und Aufbaustoffwechsel ist gestört. Ein regenerierender Aufbau der Lebenskräfte tritt zurück hinter einen verbrennenden Raubbau an diesen Kräften und zeigt sich in Form von Schmerzen, Störungen der Verdauung, des Schlafes, des Wachstums, der Konzentration und des Gedächtnisses. Burnout ist das Schlagwort für diese Dynamik in der Erwachsenenmedizin. Ähnliche Phänomene sind aber auch bei Klein- und Vorschulkindern zu beobachten.

Ein weiterer Grund, mich den Klein- und Vorschulkindern in der Zerrissenheit zwischen ihren Eltern zuzuwenden, ist auch die psychotherapeutische Erfahrung mit jugendlichen Klient*innen, die in ihrer Kindheit einer vergleichbaren Situation ausgesetzt waren und dabei eine systematische Verstörung und Entwürdigung ihrer Persönlichkeit in der eigenen Familie erleben mussten, ohne dass diese von den eingesetzten Instanzen (Jugendamt, Beratungsstelle, Familiengericht, Kindergarten und später Schule) verhindert werden konnten. Das innere Ringen dieser jungen Menschen um ihre Urteils- und Selbstsicherheit ist ungleich schwieriger und langwieriger, als Kleinkinder zu stabilisieren, die regenerieren sobald sie Schutz erfahren.

Konflikte bedeuten Stress

Konflikte und Spannungen im psychosozialen Umfeld sind belastend. Als Erwachsene haben wir Strategien damit umzugehen von Auseinandersetzen bis Aus-dem-Weg-gehen. Ein Kleinkind, das der Spannung seiner streitenden

Eltern ausgesetzt ist, verfügt nicht über diese Möglichkeiten der Stressbewältigung und Konfliktlösung. Kleinkinder sind dem Konflikt in der Familie unausweichlich ausgeliefert. Auch und gerade, wenn man vielfach von den Eltern hört, dass „sie ja nichts mitkriegen“, sind die Folgen in der Physiologie ihrer Affekt- und Impulsregulierung zum Teil verheerend. Stress, der nicht von einem reifen ZNS „reflektiert“, d.h. gespiegelt werden kann, wirkt nervenaufreibend im Vegetativum. Die Wachstums- und Reifungsvorgänge des Nervensystems brauchen adäquate Anregung und ruhige Entspannung im rhythmischen Wechsel, um sich zu konsolidieren. Fehlt die sichere, entspannte Atmosphäre in der Familie, geraten diese Kinder in dysregulierte Zustände, die psychische **und körperliche** Erkrankungen bahnen. Ich möchte auf die bedeutende Arbeit des Entwicklungspädiaters Shonkoff (2012) verweisen (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22201148/> „... this report illustrates how early experiences can leave a lasting signature on the genetic predispositions that affect emerging brain architecture and longterm health“).

Konflikte zwischen Eltern, die trotz Beratung persistieren und zu Gerichtsverfahren führen, zählen zu den toxischen Stressfaktoren der frühen Kindheit und stellen einen erheblichen Risikofaktor für die Entwicklung dieser Kinder dar. Häufig kommen Begutachtungen im Sorge- und Umgangsrecht deshalb zurecht zu der Empfehlung einer Kindertherapie. Diese Kinder brauchen in der Regel aber schon vor und während der Begutachtung, das heißt auch vor und während des Gerichtsverfahrens eine fachkundige Entwicklungsbegleitung und phasenweise auch einen psychotherapeutischen Schutzraum.

Ein Kind nach einer Trennung alleine zu erziehen stellt eine Herausforderung dar und bildet sich in allen Risikostudien ab. Jede/r Alleinerziehende ist angewiesen auf den Rückhalt und die Erziehungspartnerschaft mit dem getrennten Elternteil möglichst auf allen Ebenen. Bricht diese Partnerschaft weg und gerät sie gar zur **Erziehungsgegnerschaft, bedeutet das immer einen erheblichen und im Verlauf behandlungsbedürftigen Stress für das Kind und oft auch für den/die Alleinerziehende/n**. Wenn Eltern sich wechselweise nicht mehr trauen und dem jeweils anderen mit schwersten Vorwürfen begegnen, gibt es keine Sicherheit mehr für das Kind. Es bedeutet, dass im Schutzraum Familie ein feindliches, kaltes, aversives Gegeneinander herrscht. Jede Äußerung des Kindes kann Spannungen und gefährliche Ausbrüche der Erwachsenen auslösen. Das Kind gerät in eine Überwachsamkeit, Überangepasstheit, zensiert eigene Impulse (je nach Intelligenz und Einfühlungsvermögen) und/oder wird entwicklungsauffällig.

Jack Shonkoff schreibt in seiner Schlüsselpublikation 2012: "... wenn diese Stress-Systeme (wie maligne Konflikte und Machtsysteme A.d.V.) in der frühen Kindheit dauerhaft über Wochen und Monate aktiviert bleiben, wenn das Leben der Kinder überhaupt in diesem Modus verläuft, hat das einen zerstörerischen Effekt auf den ganzen Organismus. Es zerstört buchstäblich neuronale Verknüpfungen während sie gerade entstehen: es führt zu Arteriosklerose und Insulinresistenz und so verstehen wir allmählich, wie das Unheil sich im Körper manifestiert."

Er fordert auf Basis dieser Erkenntnisse einen Paradigmenwechsel für die Pädiatrie hin zu mehr Prävention und Augenmerk auf den Schutz der Kinder in der frühen Kindheit. Erfahrungen aus der Psychotherapie mit Kleinkindern können dabei richtungsweisend sein.

Wenn die eigene Familie nicht mehr der Ort ist, in dem man Schutz und Geborgenheit erfährt, sondern wenn sie zu einem Ort des Misstrauens und des Machtmissbrauches verkommt, braucht ein Kind einen sicheren Ort in unserer Gesellschaft. Wo findet es diesen?

Sollte der Kinderpsychiater und -psychotherapeut aufgrund des hohen Risikos dieser Kinder nicht eine definierte Rolle spielen vor, während und nach familiengerichtlichen Verfahren? Wie kann diese Rolle aussehen? Wie sollten diese Therapeuten ausgebildet sein? Wie könnte und sollte ihre Arbeit im Kontext des Gerichtsverfahrens eingebunden werden?

Einführung am typisierten Fallbeispiel:

Eine Mutter stellt ihre vierjährige Tochter in der Notfallambulanz des Kinderkrankenhauses vor. Sie habe die Tochter verstört und weinend, ungepflegt und zerzaust aus dem Wochenendumfang beim getrennt lebenden Vater in Empfang genommen. Die Tochter gehe nur widerwillig zu diesen Umgängen, zeige sich danach regelhaft verstört und zurückgeworfen in ihrer Entwicklung, nasse wieder ein, klammere sich an die Mutter und schlafe unruhig. Das Jugendamt sei bereits beteiligt im Sinne einer Vermittlung zwischen den Eltern. Eine Umgangsvereinbarung sei getroffen worden. Ein Beratungsprozess an der Erziehungsberatungsstelle laufe parallel. Die KM mache sich Sorgen um die Tochter und fühle sich zunehmend überfordert, das Kind gegen seinen Willen dem KV zuzuführen.

Es erfolgt eine kinderärztliche inklusive kindergynäkologische Untersuchung durch unser Kinderschutzteam. Eine Beobachtung über zwei Nächte, in denen sich das Kind rasch unauffällig zeigt, schließt sich an. Ein körperlich manifester Hinweis auf Übergriffe wird nicht gefunden.

Ich werde als KJPP konsiliarisch hinzugezogen mit der Bitte um eine Einschätzung und Empfehlung zum weiteren Vorgehen.

In der Anamnese mit der KM zeigt sich eine bereits zwei Jahren andauernde Trennungs-, Unterhalts- und Umgangsauseinandersetzung. Die KM ist Vollzeit berufstätig als Erzieherin und wird vom eigenen Familiensystem unterstützt.

Ein Kennenlernen und Einbinden des KV klappt in der Zeit des kurzen stationären Aufenthaltes zunächst nicht. Die Mutter wünscht sich bei Entlassung eine Fortführung der Entwicklungsbegleitung des Kindes. Der eingeforderten Kooperation mit dem sorgeberechtigten KV stimmt sie zu. Dieser bringt telefonisch seine Bereitschaft zur Mitarbeit zum Ausdruck und kommt zu einem ersten Ambulanzkontakt alleine.

Im Weiteren ergibt sich eine Begleitung des Kindes (in wechselnder Frequenz).

Wenn Uneinigkeit verhindert, dass Kinder einem Kindertherapeuten zugeführt werden

Als Kinderpsychotherapeutin gerät man in der Auseinandersetzung mit maligne verstrickten Eltern laufend in schwierige Situationen:

Eine erste Hürde besteht in der Uneinigkeit der Eltern. Denn wer sich bezüglich Umgang, Sorgerecht oder Unterhalt nicht einig wird, findet diese Einigkeit meist auch nicht an der Frage, ob das Kind einen Therapeuten braucht. Die Eltern müssten sich aber einigen, denn der KJPP braucht schon für eine Untersuchung des Kindes die schriftliche Zustimmung beider ET. Diese Zustimmung wird von einem ET häufig kategorisch aversiv verweigert („Das Kind braucht keinen Psychiater! Das Kind ist normal, es hat kein Problem. Du bist das Problem!“).

Nach § 1687 Abs. 1 S.2 BGB verlangt das Gesetz „in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung sind“ eine einvernehmliche Zustimmung beider sorgeberechtigter Eltern. Kinderpsychiatrische Diagnostik fällt unter diese Kategorie.

In dieser Situation ergibt sich (siehe Beispielfall) ein Dilemma zwischen der Wächterfunktion als Diagnostiker und der rechtlich gebotenen Zurückhaltung

bei fehlender Auftragserteilung durch beide Sorgeberechtigten. Dieses Dilemma läßt sich i.d.R. noch gut überwinden, indem man beim ersten Termin mit dem einen ET (meist mit der Mutter) klarstellt, dass der nächste Termin dem anderen ET (dem Vater) vorbehalten ist. Das Problem der Uneinigkeit in der Elternschaft bleibt aber bestehen und die Zustimmung damit unzuverlässig. **Die Gefahr des Abbruches durch ein ET muss kontinuierlich im Bewusstsein des Therapeuten präsent bleiben.**

Es ist widersinnig, eine Therapie, das heißt einen auf Vertrauen und Beziehungskontinuität gegründeten Prozess mit einem Kind zu beginnen, wenn dieser willkürlich von Seiten eines Sorgeberechtigten abgebrochen werden kann. Das Vertrauen beider Eltern gilt es deshalb parallel zu konsolidieren.

Unberechenbare Abbrüche, die dem Elternkonflikt geschuldet sind, stellen einen Hauptgrund dar, keine Therapie mit Kindern zu beginnen, die Gegenstand gerichtlicher Auseinandersetzung sind. Die Kinder aber nicht zu sehen und zu begleiten, zumal wenn ein Elternteil eine Symptomatik von Krankheitswert erkennt, erscheint mir auch keine Lösung in Anbetracht der oben beschriebenen Risiken.

Wie gewinnt man uneinige Eltern dafür, ihrem Kind einen Schutzraum zuzugestehen?

Als Kindertherapeutin geht es mir nicht um juristische Fragestellungen. Ich suche das Kleinkind zu verstehen und dieses Verständnis den Eltern nahe zu bringen. Ich stehe auf keiner Seite, sondern weiß um die Gefährdung des Kindes und will, dass beide Eltern diese Gefährdung gleichermaßen einsehen und Sorge tragen lernen. Ich prüfe sozusagen, ob beide anerkennen, dass das Kind zerrissen ist und einen neutralen Raum braucht, gerade weil sie sich als Eltern wechselseitig eine missbräuchliche Erziehung vorhalten. Anerkennen beide Eltern, dass eine Psychotherapie bzw. eine spieltherapeutische Entwicklungsbegleitung so einen neutralen Raum und Rahmen für das Kind bieten und ihnen damit die Welt des Kindes nahebringen kann? Wenn ja, kann ich eine erfolgreiche *Mediation am Kind* durchführen und eine familiengerichtliche Auseinandersetzung kann aufgelöst werden.

Nicht alle Elternteile sehen bzw. wollen die Betroffenheit ihrer Kinder von den eigenen Verhaltensweisen einsehen. Eine gesetzliche Aufklärungspflicht (vergleichbar der Raucheraufklärung) über das Gesundheitsrisiko der Kinder

bei persistierenden familiären Konflikten wäre geboten. Jugendämter sollten über ausreichend niedrigschwellige Möglichkeiten verfügen, Risikokinder einer kindertherapeutischen Diagnostik und Begleitung zuzuführen. Die Verweigerung einer solchen Diagnostik und Begleitung seitens eines Elternteiles sollte negativ konnotiert und rechtlich nicht toleriert werden.

Der Kurs „Kinder im Blick“ (<https://www.kinder-im-blick.de/>) war ein Meilenstein auf dem Weg zu einer solchen Aufklärung. Dass er vielen Eltern gerichtlich auferlegt wird, erlebe ich hilfreich. In den von mir begleiteten Fällen wird deutlich, dass die Durchführung und das Ergebnis in Bezug auf das Kind evaluiert und begleitet werden muss. Ein Lernerfolg ist nicht implizit.

Im **Falle der beschriebenen 4Jährigen** wird die Diagnostik primär von der KM gewünscht. Neben den von der Mutter beschriebenen Sorgen, zeigt sich ein intrinsisches Bedürfnis des Kindes zur Stressregulation in der Diagnostik. Es weicht zunächst nicht vom Schoß der Mutter, kann aber bereits im zweiten Termin gewonnen werden, alleine mit der Referentin im Zimmer zu spielen. Sie schickt bei folgenden Treffen die Mutter aktiv aus dem Zimmer, um ihre Spielzeit zu bestimmen. Das Spiel nimmt in Folge Fahrt auf. Die 4-Jährige zeigt sich auffällig angespannt.

Im Kindergarten sei sie laut Mutter angepasst, zurückhaltend, vereinzelt auch gehemmt. In der Therapie zeigt sie sich ausgelassen und triumphierend. Sie schießt am liebsten mit der Armbrust gegen die Therapeutin. Zielt auf deren Augen und wiederholt „das tut nicht weh“. Übt sich mit der Schwimmnudel im Attackieren der Referentin. Sie sucht die Therapeutin auszutricksen und ihr das Gefühl zu geben, dass sie unterlegen ist und alles verkehrt macht.

Spieltherapeuten erkennen in diesem Spiel das typische Ausagieren von Erlebnissen, die ein Kind überfordern. Dieser Befund bedarf der weiteren Beobachtung. Er muss daher beiden Elternteilen situationsadäquat nahe gebracht werden. Die Mutter im Beispielfall erlebt sich durch den Befund bestärkt in ihrer Wahrnehmung des Kindes. Der Vater weist eine Auseinandersetzung mit den Spielinhalten kategorisch ab und bewertet die Auffälligkeiten seiner Tochter im Spiel als Folge der mütterlichen Fehlerziehung und ihrer Hetze gegen den Vater.

Anerkennung der Befunde aus der Spieltherapie seitens der Eltern

Wenn ein Kind beim KJPP gesehen und eingeschätzt werden soll, setzt das bei beiden Eltern voraus, dass sie der Fachperson auch in Bezug auf das eigene Kind Fachkompetenz zugestehen und sich auf die Befundergebnisse einlassen. Man kann diese Offenheit auch „Vertrauen in den Arzt bzw. Therapeuten“ nennen. Dieses Vertrauen ist keine Selbstverständlichkeit.

Die meisten Eltern sind überzeugt davon, dass sie als Mutter und Vater die Seele des eigenen Kind am besten kennen und verstehen, was ja in der Tat meist zutrifft. Gerade wenn sie dieses Verständnis haben, sind sie in der Regel offen und interessiert am fachkundigen Blick auf ihr Kind. Einige Eltern geraten jedoch unmittelbar in aversive Gefühle, wenn man ihrer Einschätzung eine weitere Sicht hinzufügen will und diese nicht der eigenen entspricht. Im Bereich der somatischen Medizin lässt sich eine Ablehnung manifester Befunde und notwendiger ärztliche Massnahmen leicht aufzeigen. Die Rigidität der Vorstellungen eines Elternteiles bezüglich der gesundheitlichen Situation des eigenen Kindes, das Leugnen von Realitäten kann augenfällig werden. Im Falle psychopathologischer Befunde ist diese **Erdung an Fakten** deutlich schwieriger und geht noch schneller mit einer In-Frage-Stellung und Ablehnung des Diagnostikers einher. Zumal, wenn es den eigenen Vorstellungen entgegenläuft.

Das Vermitteln „schwieriger“ Befunde gegenüber Eltern gehört zum Alltag eines Kinderarztes und auch eines Kinderpsychiaters. Dabei schult sich das ärztliche Wahrnehmungs- und Reaktionsvermögen in Bezug auf die Abwehr der Eltern.

Die Abwehr der Befunde durch den Vater im **Beispielfall** wird konstant mit dem Erziehungsverhalten der KM begründet. Er bleibt im Belastungseifer. Eine solche Situation ist typisch im beschriebenen Klientel und macht die Notwendigkeit der Diagnostik und Begleitung nur umso deutlicher. Das Kind droht in der Polarisierungsbefangenheit des Vaters aus dem Blick zu geraten.

Wie wichtig bei einer psychopathologischen „Erdung an Fakten“ auch der konzertierte Blick aller im Alltag beteiligten Fachpersonen auf die Situation des Kindes ist und wie diese Zusammenschau organisiert werden kann, will ich in einem zweiten Teil meiner Darstellungen ausführen.

Welche Gründe haben Eltern, sich gegen einen Befund der Psychodiagnostik zu stellen?

Jeder Erwachsene gesteht sich heutzutage selbstverständlich ein sicheres Urteil über seine Innenwelt und seine Beziehungsgestaltung zu. Das ist gut und richtig und reguliert sich in den Auseinandersetzungen des Alltags. Konflikte sind allfällige Indikatoren für die Störanfälligkeit und Fehlerbehaftung dieser Selbstreflexionsprozesse. Kaum ein Erwachsener toleriert gerne Kritik an den eigenen Ansichten und Einschätzungen zu psychischen Zusammenhängen. Wir reagieren empört, verletzt, beleidigt, ignorant, souverän – selten dankbar (obwohl man doch nur so blinde Flecken der eigenen Wahrnehmung aufdecken und den eigenen Horizont erweitern lernt). Wie sollte es Eltern anders gehen, wenn sie – und sei es noch so einladend und humorvoll verpackt – ungebeten zur kritischen Selbstreflexion ihres Blickes auf das eigene Kind aufgefordert werden?

Und doch stellt gerade die Selbstreflexionsfähigkeit und -bereitschaft eine grundlegende „kognitive, emotionale und soziale Kompetenz elterlicher Erziehungsfähigkeit“ S.44 Zumbach und Oster (2020) dar.

Wenn das Vertrauen in den Therapeuten schwindet, sobald dieser mit seinen Befunden nicht mehr das vorgefasste Urteil des Elternteils bedient, hat man es mit einer **Schlüsselsituation des Klientels zu tun: Die Sorge um das Kind gerät aus dem Blick und die Verteidigung der eigenen Ansichten wird vorrangig.**

Diese Haltung eines Elternteiles zeigt sich nach meiner Erfahrung recht rasch und oft im Vorfeld bereits gegenüber anderen Fachpersonen (JA, Kindergarten). Sie ist richtungweisend bei der sachgerechten Beurteilung der Vorwürfe der Eltern gegeneinander.

Für den Prozess einer Mediation am Kind ist von beiden Eltern zu fordern, dass sie die Gefährdung des Kindes vorrangig vor dem eigenen Bedürfnis Recht-zu-behalten (= den anderen zu belasten) akzeptieren und aushalten. Wer zu dieser Akzeptanz nicht fähig ist, disqualifiziert sich in Bezug auf die gemeinte Selbstreflexion und disqualifiziert sich auch im Durchhalten einer Mediation am Kind.

Zugegebenermaßen kommt bei dieser Forderung dem kindertherapeutischen Diagnostiker eine hohe, für Eltern möglicherweise inakzeptabel hohe Verantwortung zu. Diese Verantwortung tragen ansonsten die Gutachterinnen, die unter ungleich schwierigeren Bedingungen und strengen juristischen Vorga-

ben evaluieren und agieren müssen. Ob ein Kindertherapeut nicht eine höhere Chance hat, der Wahrheit des Kind gerecht zu werden, steht zur Diskussion. Die Verantwortung ist in jedem Falle hoch. Was wenn wir irren in der Beurteilung der Situation des Kindes?

Wie weit lassen sich Affekt und Willensimpulse eines Kleinkindes fachgerecht beurteilen, wenn es diese Affekte und Impulse nicht spontan ausagieren und das heißt spielen darf? Wie sicher kann man sich bei Kleinkindern auf der Basis psychometrischer und projektiver Diagnostik und anamnestischer Befragung jemals sein? Läuft die kognitive Ebene dieser Erhebungsarten nicht grundsätzlich Gefahr, dass das Kind „Angelerntes“ wiedergibt? Ist nicht das Spiel im sicheren Setting die adäquatere Möglichkeit, seine authentischen Emotionen, Affekte, Impulse und Spannungszustände zu evaluieren?

Eine qualitätssichernde Kooperation und damit Verantwortungsverteilung sollte installiert sein. Die konferierende Zusammenarbeit aller involvierten Fachpersonen (Jugendamt, Verfahrensbeistand, Kindergarten, Kinderarzt) kann die Einschätzung eines Einzelnen im Austausch mit den anderen entlasten. Sie könnte standardmäßig der oben erwähnten **Erdung** der Eltern dienen.

Wer oder was ist krank im Beispielfall? Wo liegt die Störung? Welche Diagnostik und welche Behandlung ist zielführend?

Im beschriebenen **Fallbeispiel** zeigte das Kind eine akute Belastungsreaktion, die sich zunächst im Rahmen des kurzen stationären Aufenthaltes beruhigt. Die Anamnese deutet jedoch auf Zusammenhänge, die eine weitere Beobachtung und Diagnostik in Richtung posttraumatischer Belastungsstörung oder Anpassungsstörung notwendig machen. Die Mutter beschreibt gestörte Nächte, Anhänglichkeit und Entwicklungsrückschritte. Sie wünscht die Fortsetzung der Begleitung und auch der Vater stimmt zunächst zu. Im beschriebenen Fall ist es die 4Jährige selbst, die durchsetzt, dass sie weiter kommen darf. Sie will spielen. Warum sie dieses Bedürfnis entwickelt und was sie über ihr Spiel zum Ausdruck bringt, ist relevant in Bezug auf die oben genannten Fragen.

Es gibt lösbare Schwierigkeiten und Spannungen nach einer Trennung. Diese können in der Kommunikation der Eltern oder in der Anpassung des Kindes an vielfältige Veränderungen bei Mutter und Vater begründet sein. Diese

Fälle sehen wir in der Regel nicht, sie beruhigen sich einfach mit Zeit und Geduld. Die von mir begleiteten Fälle zeigen eine anhaltende Persistenz des Konfliktes, welche häufig in (einseitiger) Elternpathologie begründet liegt und sich am Kind spiegelt.

Die Pathologien dieser Beziehungsdynamik um das Kleinkind sind aus der Gutachterpraxis hinlänglich bekannt und müssen auch in eine kinderpsychotherapeutische **Differentialdiagnostik** eingeschlossen werden:

Das **Besuchsregelungssyndrom**

Das **Pariental-Alienation-Syndrom PAS**

Unterschiedliche **Formen des Missbrauchs**, welchen häufig ein vorbestehender Macht-Unterwerfungs-Konflikt der Paarbeziehung zugrunde liegt.

Jede dieser Eltern-Konstellationen kann sich hinter der Umgangsverweigerung des Kindes verbergen und stellt eine Gefahr für seine seelische Gesundheit dar. Die Eltern weisen jeweils wechselseitig auf den anderen, das Kind für die eigenen Bedürfnisse zu missbrauchen. Jedes Elternteil sieht sich in der Notwendigkeit, das Kind vor den Bedürfnissen und Machtansprüchen des andern zu schützen. Die Frage „Wer hat recht?“, steht im Raum und wird an das Familiengericht adressiert.

Egal ob derart gravierende Vorwürfe zu recht oder zu unrecht erhoben werden, sind sie für das Kind fatal. Sie provozieren in der Regel mindestens eine Anpassungsstörung. Unerkannt und unbehandelt können diese Belastungen wie oben beschrieben in psychische, psychosomatische oder mit Latenz in körperliche Leiden chronifizieren.

Schwerwiegend ist ein anhaltender Belastungseifer gegenüber einem Elternteil, wenn er nicht am Kind orientiert ist. Dass sich hinter einem hoch emotional vorgebrachten Leidensdruck („Ich bin seit Monaten abgeschnitten von meinem Kind.“) auch ein Täter verstecken kann, der gekränkte Gefühle in Szene setzt, gilt es zu durchschauen, da die Unaufrichtigkeit gegenüber dem Kind, den schlimmsten Schaden in seiner Urteilsreife anrichtet.

Die Diagnostik muss daher systemisch fundiert gestaltet werden. Das Kind gilt es bei allen Schritten der Diagnostik als Beurteilungsbasis im Blick zu behalten.

Grundsätzliches zur Diagnostik

Eine notwendige Voraussetzung zur vertieften psychopathologischen und psychodynamischen Beurteilung eines Kleinkindes besteht in einer **Beziehung, die auf Vertrauen gründet**. Dieses Vertrauen zeigt sich daran, ob und wie sich das Kind von der Hauptbezugsperson trennt und alleine bei der Therapeutin bleibt. Die Zeit mit der Therapeutin darf es frei, d.h. ohne Befragung oder festgelegte Fragestellungen, gestalten und sich dabei selbst zum Ausdruck bringen. Damit ist die größtmögliche Sicherheit einer Einschätzung seiner Affekte, Spannungen, Intrusionen und Impulse gewährleistet. Freie Spielimpulse eines Kindes kommen seiner emotionalen und volatilen Originalität am nächsten. Sie durchbrechen am ehesten die unbemerkte Umklammerung seiner Erlebniswelt, die (bewusst oder unbewusst) von einem oder beiden Elternteilen kontrollierend aufrechterhalten wird.

Zu den Spielinhalten komponieren sich in der Diagnostik die Blickwinkel und Haltungen der Eltern, die Fremdanamnesen und der Verlauf. Eine fortgesetzte Wahrnehmung des Kindes und des Kooperations- und Kommunikationsverhaltens der Eltern, sichert die Einschätzung. Zeitliche Befristungen wie bei der Begutachtung entfallen. Es droht lediglich der Abbruch seitens des Elternteils, das im Belastungseifer befangen bleibt.

Typische systemische Konstellationen der Elterndynamik

Voraussetzung ist immer die Arbeit **mit beiden Eltern getrennt voneinander**. Das heißt ausführliche Anamnesen mit jedem einzeln.

Im **Beispielfall** kommt der KV zum ersten Ambulanztermin alleine und ist ab da regelmäßig eingebunden in den Prozess. Das Kind selbst verweigert gemeinsam mit dem Vater zu kommen.

Inhaltliche Kriterien bei der **Anamnese-Erhebung** mit den Eltern:

- Historie des Kennenlernens und Auseinanderlebens der Elternbeziehung. Dabei läßt sich in der Regel der Kern der noch virulenten Verletzungen in der Paarbeziehung herausarbeiten.
- Aufschlussreich ist dabei immer auch eine grobe Einschätzung der wirtschaftlichen Autonomie bzw. Abhängigkeit vom anderen.
- Die Beziehung des Elternteiles zum Kind sollte möglichst an Entwicklungsanekdoten und Alltagsgepflogenheiten aus der gemeinsamen Zeit verdeutlicht werden. Beziehungsqualität zum Kind drückt sich mehr in der Beschreibung kleiner Details, Lieblingsspiele und

Rituale aus als in typischen Entwicklungsmeilensteinen, die man auch im Vorsorgeheft nachlesen kann. Ebenso wichtig wie das Erzählte sind „Erinnerungslücken“ zum Entwicklungsverlauf. Wer keine Vorlieben seines Kindes kennt, war vielleicht doch wenig engagiert in der Beziehungspflege als er es selber wahrhaben will.

Der innere **Leitfaden durch die Anamnese** mit den Eltern bleibt kontinuierlich die implizite Frage, **ob das Elternteil eine Not des Kindes erleben kann**. Auf der Basis der beschriebenen Gesamtkomposition der Diagnostik ist es nicht schwer Affekte und Intentionen der Protagonisten zu erspüren. Ob ein Elternteil sich in die Not des Kindes einfühlt oder ob es von eigenen Emotionen wie Einsamkeit, Verlassenheits- und Vergeltungsgefühlen, Angst vor Kontrollverlust, Machtmissbrauch o.a. bewegt ist, bildet sich spürbar ab.

Erläuterung am Beispielfall:

Der KV beschreibt im ersten Termin, die manipulative Entfremdung des Kindes durch die KM: „Sie ist eine Löwenmutter. Sie hat mich noch nie an das Kind rangelassen. Ich habe alle Zeit in die Familie investiert. Das Kind macht kein Problem. Das Problem ist die Mutter.“ Er zeigt entsprechende Fotos aus den Umgängen, die seine Einschätzung belegen sollen.

Hat der Vater ein Anliegen an die KJPP? Sieht und erlebt er eine Not des Kindes? Sucht er eine Rückversicherung seiner „diagnostischen“ Einschätzung „manipuliertes Kind“?

Als ausgegrenzter Vater erlebt er zunächst verständlicherweise nur den eigenen Schmerz des Abgeschnitten-Seins von seinem Kind. Nach entsprechender Würdigung dieses Schmerzes wird man ihm verdeutlichen können, dass das Abgeschnitten-sein auch für das Kind ein erhebliches Entwicklungshindernis darstellt. Er wird sich interessiert zeigen an der Aufklärung wie Mütter Kinder manipulativ an sich binden und wie man als Therapeutin, das Vertrauen des Kindes gewinnen will, um es aus der Umklammerung durch die Mutter zu lösen. Während der Aufklärung ist zu beobachten, ob er seine persönliche Betroffenheit relativieren kann.

Der **Beispielvater** erlebt sich abgeschnitten vom Kind und weist der KM kategorisch die Verantwortung dafür zu, obwohl das Kind zu diesem Zeitpunkt bereits Einzelkontakte mit der Therapeutin gestaltet, d.h. der Vertrauensaufbau mit einer fremden erwachsenen Person geglückt ist und die Mutter diesen Vertrauensaufbau nicht stört. Der Vater ignoriert, dass einer fremden Person gelingt, was ihm offensichtlich nicht gelingt: das Vertrauen seines Kindes zu

gewinnen. Die Reflexionsfähigkeit des Vaters bezüglich seiner Verantwortung in der Beziehungsgestaltung zum Kind fehlt gänzlich. Er verharrt im Opfermodus, fixiert sich in einer Misstrauenshaltung gegenüber der KM, dem Kindergarten und der Therapeutin und sucht schließlich Rückhalt im Rechtsweg.

Wenn die Mutter tatsächlich befangen wäre in einer bewussten oder unbewussten Bindungspathologie zum Kind (Besuchsregelungssyndrom, PAS Situation) und der Vater tatsächlich Opfer der mütterlichen Ausgrenzung wäre, würde er auf den geglückten Prozess mit dem Kind unmittelbar kooperativ reagieren. Er würde begrüßen, dass sein Kind Vertrauen zur Therapeutin aufbaut und in der Therapie die Chance hat, auch eine andere Beziehung als die zur Mutter zuzulassen. Diese Väter sind dankbar und dadurch klar abgrenzbar von Vätern, denen es um Macht und Kontrolle ihres Kindes und der KM geht.

Das entscheidende diagnostische Merkmal bei manipulierenden Müttern (PAS oder Besuchsrechtssyndrom) bzw. dem Vorwurf der Manipulation ist die Trennung des Kindes von der Mutter. Die Frage, ob das Kind allein bei der Referentin bleibt und sich im Spiel kindlich authentisch zeigt oder ob es im Verhalten durchgängig an der KM orientiert bleibt.

Im **Falle des Beispiels**, ist es kein Problem, das Kind zu gewinnen. Die Mutter freut sich über die Autonomie ihres Kindes und unterstützt seine Zeit mit der Referentin.

Wichtig in der Anamnese sind neben der Dauer und Historie der Elternbeziehung auch **Gewalterfahrungen** inklusive sexualisierter und seelischer Gewalt (Drohungen, Stalking, Demütigung u.a.) in der Ehe. Im **Beispielfall** sind diese gegeben.

Dabei gilt es wiederum das Affektverhalten des Opfers (meist der Mutter) wachsam zu registrieren. Warum? Weil es natürlich auch unter diesen „Opfer-Müttern“ falsche Tatanschuldigungen gegenüber dem anderen Elternteil gibt. Wie identifiziert man diese?

Konkrete Traumatisierungen (Opfererfahrungen) werden aus Scham zunächst oft tabuisiert. Sie werden i.d.R. nicht anklagend oder vorwurfsvoll vorgebracht, eher verhalten und auch erst im Verlauf eröffnet. Gewaltopfer prüfen genau, wem sie Vertrauen schenken und ihre fragile Seele offenbaren. Es ist für sie überlebenswichtig, sich zu schützen vor Blicken und Bemerkungen, die innere Kaskaden des Zweifels an der eigenen Wahrnehmung wieder in Gang setzen und ihre mühsam errungene Stabilität einstürzen lassen.

Mit wachsender Berufserfahrung in ambulanter Traumatherapie zeigt sich, dass sich eine türöffnende Haltung in der Begleitung von Gewaltopfern erst ausbildet, ähnlich einem Handwerk, das durch Übung entsteht. Wird man als Therapeut für würdig befunden, Gewalterfahrungen anvertraut zu bekommen, merkt man auf Basis dieses Vertrauens recht deutlich, ob eine Opfergeschichte wie Schild und Speer vor sich hergetragen („Der hat mich missbraucht!“) oder wie ein Rucksack voller gefährlicher Intrusionen, schambelastet mit sich herumgeschleppt wird. Die Qualität der Gegenübertragungsgefühle ist ausgesprochen gegensätzlich, so dass eine Beurteilung der Opfergeschichte im Verlauf möglich wird.

Wie gestaltet sich der diagnostische Prozess mit einer am Kind klammernden Mutter, die den KV zu Unrecht belastet?

Einer elterlichen Entfremdung liegt eine schwerwiegende, häufig subtile Manipulation des Kindes auf der emotionalen und Willensebene zugrunde. Sie dient der Entlastung des eigenen Bedürfnisdruckes und der emotionalen Stabilisierung auf pathologischem Niveau. Sie stellt eine Spielform der Macht über das Kind und damit einen schwerwiegenden Missbrauch dar.

Diese Mütter erheben klassischer Weise Vorwürfe gegenüber dem Vater: Er missbrauche oder misshandle das Kind im Umgang, erziehe es mit Gewalt etc. Sie stilisieren sich und das Kind zum Opfer. Wäre die Sorge um das Kind im Mittelpunkt, d.h. nicht vorgeschoben, würden auch diese Mütter, ein hohes Interesse daran entwickeln, dass sich das Kind einem diagnostischen und therapeutischen Prozess öffnet.

Entgegen getroffener Absprachen kommen sie jedoch zum Termin gerne ohne Kind. Sie erläutern wortreich und mit hohem Belastungseifer die traumatisierte Gefühlswelt des Kindes und den Zusammenhang mit dem Verhalten des Vaters. Sie realisieren nicht, dass die Kindertherapeutin dafür ausgebildet ist, Traumafolgen eines Kind konkret am Kind zu untersuchen und zu behandeln. Subtil oder offen wird verhindert, dass das Kind in einen Prozess mit der Therapeutin kommt. Die Probatorik endet frustriert, weil sich das Kind ähnlich verweigert und „zur Mutter steht“ wie bei zurückliegenden Übergabeversuchen an den Vater.

Der zu dieser Konstellation gehörige, vom Kind abgelehnte, zugleich aber reflexionsfähige und reflexionswillige Vater (d.h. tatsächliches Opfer des Machtmissbrauchs) zeigt wie schon besprochen ein hohes Interesse an der therapeutischen Arbeit mit dem Kind. Er freut sich, wenn das Kind bei der Referentin bleibt. Er fühlt sich aber auch tiefgehend verstanden, wenn der

Beziehungsaufbau zwischen Kind und Therapeutin scheitert. Warum? – Weil sich damit seine Wahrnehmung bestätigt, dass und wie er von der KM ausgebootet wird. Das Vertrauen des Vaters zur Therapeutin vertieft sich auf der Basis dieses Verstanden-seins.

Wenn ein Elternteil das Kind als Objekt für die eigene Bedürfnisregulierung missbraucht, bildet sich diese Bindungspathologie des Elternteiles auch in der Beziehungsgestaltung mit der Therapeutin ab.

Ein ungebremstes Ausagieren der Macht eines Elternteiles ist bedrohlich für das Kind und für den anderen Elternteil und in Folge oft auch für die Therapeutin. Ist der bedrohte Elternteil auch wirtschaftlich abhängig vom Unterdrücker wird es besonders prekär. Ein Ausstieg aus dieser Abhängigkeit ist für das Opfer immer schwer, aber noch schwerer, wenn Kinder mit im Spiel sind. Gerade solche Konstellationen zeigen sich in meiner Praxis bedauerlich häufig. Werden sie von Gutachterinnen konträr eingeschätzt, ist der toxische Stress dieser Kinder und ihres schützenden Elternteiles enorm.

Die Frage, wie ein Vater sein Kind aus einer „pathologisch engen Bindung“ an die Mutter zu lösen hofft – ob über eine Kindertherapie oder über ein Gerichtsverfahren – verdeutlicht viel über seine Einfühlung in das Kind und seine Erziehungsmotivation.

Die Frage, ob und wie eine manipulierende Mutter, das Kind einer Therapeutin zur Behandlung anvertraut oder nicht, ebenso.

Die Gesamtkonstellation und der Prozess mit dem Kind gewährleisten ein hohes Maß an Sicherheit der diagnostischen Einschätzung.

Väter oder Mütter, die das Kind beim anderen in einer manipulativen Umklammerung sehen, forcieren eine gerichtliche Auseinandersetzung in der Regel nicht, da ihnen eine erzwungene Trennung des Kindes aus der pathologischen Bindung widerstrebt. Sie sind an einer Behandlung des Kindes eminent interessiert. Der manipulierende Elternteil hat jedoch meist kein Interesse daran und argumentiert, dass das Kind kein Vertrauen habe und man folglich die „falsche Therapeutin“ sei.

Auch hier kennzeichnet also der Abbruch die fehlende Selbstreflexion und damit verbunden die gefährliche, weil eigene Interessen priorisierende Erziehungshaltung des abbrechenden Elternteiles.

Am Punkt des Abbruches wäre die Zusammenarbeit mit dem Jugendamt und dem Familiengericht notwendig und dringend erforderlich, um dem Elternteil

zu verdeutlichen, dass die Behandlung eines traumatisierten Kindes nicht der Willkür unterliegt, sondern ein Recht des Kindes darstellt.

Ergänzung der Diagnostik mittels Fremdanamnese mit dem Kindergarten (Gehrmann S. 38)

Oft zeigt sich bereits nach den Anamnesen mit den Eltern eine deutliche Tendenz der Inkongruenz oder Unaufrichtigkeit der elterlichen Beziehungshaltung. Zusätzliche Klarheit bringt die Fremdanamnese mit weiteren Bezugspersonen.

Wird ein Kind von einem Elternteil manipulierend gebunden, stellt dies eine erhebliche Entwicklungsgefährdung dar. Die befreiende Triangulierung mit dem anderen Elternteil fehlt. Selbst wenn es darunter zunächst nicht zu leiden scheint, weil es die Manipulation als solche nicht erkennen kann, wird es im Alltag doch häufig (unspezifisch) auffällig. Es kann im Kindergarten mutistisch, zurückgezogen, isoliert, überangepasst oder aber vorlaut, bestimmend, altklug, wie ein Hilfserzieher auffallen. Es kann intensiv an den Erzieherinnen klammern oder schwierige Trennungsszenen zeigen.

Im **Beispielfall** wird die Anamnese mit dem Kindergarten vom KV untersagt, da er auch die Erzieherinnen von der Beeinflussung durch die KM betroffen sieht.

Eine Kooperation mit dem Kindergarten könnte den diagnostischen Blick erheblich erweitern. Der Kindergarten kennt häufig die Familiensituation von vor der Trennung der Eltern, kennt das Beziehungs- und Abholverhalten der Eltern und weiterer Bezugspersonen, kennt Charakteristika der Eltern, Besonderheiten des Kindes und vor allem sein Integrationsverhalten in die Kindergruppe.

Diese Informationen fügen sich in das diagnostische Bild von der Bindungssicherheit und Bindungsoffenheit des Kindes. Wird eine Befragung des Kindergartens wie im Beispielfall untersagt, fehlt ein wesentlicher Baustein in der Einschätzung. So rechtmäßig dieses Verbot sein mag, so hindernd ist es in einer systemischen Beziehungs-Diagnostik. Es sollte im Falle von Begutachtungen negativ konnotiert werden.

Geht es dem Elternteil wirklich um eine solide Diagnostik oder um eigennützige Motive? Geht es darum, Kontrolle zu behalten über alles, was der KJPP erfährt und interpretiert? Oder ist der Prozess seitens des Elternteiles von ergebnisoffenem Interesse am Kind geprägt?

Willkürliche Behinderungen im Prozess einer Diagnostik können auffällig sein im Sinne eines pathologischen Kontrollbedürfnisses.

Zur Authentizität der Eltern

Wie sich ein Elternteil beschreibt und wie er sich tatsächlich in der Beziehungsgestaltung verhält, läßt einen Einblick in seine Integrität und Kongruenz zu. Widersprüche entschlüsseln einem erfahrenen Diagnostiker Unaufrichtigkeiten der Persönlichkeit. Gerade diese Unaufrichtigkeit ist das Toxische in der Beziehung zum eigenen Kind.

Der **stärkste Widerspruch einer Elternpersönlichkeit** tritt dann zu Tage, wenn sie dem anderen Elternteil mit Belastungseifer begegnet, zugleich aber den aufkeimenden therapeutischen Prozess des Kindes mit der Therapeutin nicht zulässt oder abbricht. Wer sein Kind wirklich als Opfer eines Missbrauches durch den anderen Elternteil erlebt, wird immer ein dringendes Bedürfnis haben, dass das Kind Vertrauen zu einer fachkundigen Person aufbaut. Er wird sich freuen, wenn genau das gelingt.

Dass sich hinter einer Besuchsrechtsymptomatik wie im **Beispielfall** schlimmstenfalls ein innerfamiliärer Missbrauch verbergen kann, gilt es im Bewusstsein zu haben. Vor allem in Anbetracht der ungebremst ausufernden kinderpornografischen Szene. Im letzten Artikel waren es Aufdeckungen eines Netzwerkes in Bergisch Gladbach, aktuell ist es ein Netzwerk in Bamberg:

<https://www.infranken.de/lk/franken/razzia-wegen-kinderpornografie-auch-in-bamberg-coburg-ansbach-und-schweinfurt-art-5155413>

Die Alltäglichkeit und das Ausmaß des sexualisierten Umgangs mit Kindern innerhalb von Täternetzen schockiert Ermittler und die Öffentlichkeit.

<https://www.zdf.de/dokumentation/37-grad/37-auf-der-spur-der-taeter-102.html>

Diese ZDF-Dokumentation zeigt, dass die Dynamik des Kindesmissbrauches mittels Anonymität der digitalen Welt so rasant voranschreitet, dass eine Aufarbeitung des sichergestellten „Materials“ und der Drahtzieher dahinter die zeitlichen Kapazitäten und die psychischen Copingstrategien, der damit betrauten Beamten*innen an Grenzen bringt. Je ungebremster sexuelle Bedürfnisbefriedigung an Kindern ausagiert und gewinnbringend verbreitet werden kann, desto größer ist die Gefahr, dass die Dramatik für die Entwicklung der

Kinder aus dem öffentlichen Bewusstsein schwindet. Die Menge des Bildmaterials im Hellfeld ist von bedeutendem Ausmaß, das Dunkelfeld unausgeleuchtet. Je mehr „Material“ geschaffen wird, desto mehr verlieren Menschen ihre Skrupel, es zu konsumieren. Es wird Normalität. Auch das wird in der ZDF-Dokumentation an der „Ich hab doch nur konsumiert“-Haltung eines Verhafteten deutlich. Dazukommen Pornokonsumgewohnheiten: Etwa ein Viertel aller Suchanfragen im Internet beziehen sich ausschließlich auf Pornographie (S. 162, Sonnenmoser 2021). „Die starke Zunahme von Kinder-, Jugend- und Gewaltpornografie, verbunden mit der Normalisierung von sexueller Ausbeutung und Gewalt im Netz, und das Ausbleiben eines wirksamen Kinder- und Jugendschutzes wirft Fragen nach den Gründen dieses blinden Flecks auf sowie nach Ansätzen zur Prävention.“ (S. 48, Freitag 2021)

Wenn die pornografisch ausgebeuteten Kleinkinder in unserem kinderpsychiatrischen Versorgungssystem nicht oder erst als Erwachsene in Erscheinung treten, müssen wir uns fragen, wie wirkungsvoll wir unterwegs sind im Kinderschutz.

Während sich viele Wissenschaftler*innen redlich um belastbare Operationalisierungen elterlicher Erziehungsfähigkeit (siehe Zumbach und Oster 2020 oder Ludewig et al. 2015) bemühen, während hochbelastete Kriminalbeamt*innen das bedrückende Bildmaterial sichten und die Prinzipien der Rechtsstaatlichkeit hochhalten, verbreitet sich das Verbrechen an den Wehrlosen unserer Gesellschaft ungebremst in den eigenen Familien.

Wie kann das sein? Wo ist unser blinder Fleck? Wann und wo tauchen diese missbrauchten Kleinkinder in unserem kinderpsychiatrischen Versorgungssystem auf? Schreiben Sie mir bitte, ob und wie oft Sie im Verlauf Ihrer Tätigkeit den Eindruck hatten, dass Sie es mit einem Kind aus einem organisierten Netzwerken des Machtmissbrauchs zu tun hatten und wie wirksam es geschützt werden konnte.

Diagnostik mit dem Klein- und Vorschulkind

Im Falle der von mir begleiteten Kleinkinder erheben die Eltern zum Teil berechtigt, zum Teil unberechtigt gravierende Vorwürfe gegeneinander. Kleinkinder sind angewiesen auf eine aufrichtige authentische Beziehung zu beiden Eltern, deshalb ist es essentiell, der Wahrnehmung des Kindes im eskalierten Treiben der Eltern gegeneinander nahe zu kommen. Wenn zwischen den Eltern Misstrauen solchen Ausmaßes herrscht, ist die Bindung des Kindes zu einem oder beiden per se korrumpiert. Das Kind verliert seine Orientierung

und seine Sicherheit. Es muss sich auf eine Seite schlagen, um nicht hin und her gerissen und zerrissen zu werden.

Eine psychopathologische und traumapsychologische Diagnostik mit dem Kind ist deshalb immer indiziert und sollte einem juristischen Prozessgeschehen vorrangig, statt nachrangig behandelt werden. Diese Diagnostik sollte für das Kind idealerweise von der gleichen Person durchgeführt werden, die auch die therapeutische Begleitung übernimmt.

Auch zur Rückversicherung der Bemühungen des Jugendamtes, der Eltern-Beratungsstellen und aller weiterer am gerichtlichen Verfahren Beteiligten sollte ein erfahrener Psychotherapeut das Kind kontinuierlich begleiten. Nur auf dieser Basis wird eine am Kind orientierte Richtigstellung der Elterndarstellungen und Haltungen möglich.

Der Vertrauensaufbau mit Klein- und Vorschulkindern

Spielen ist die natürliche Sprache und die am ehesten unkontrollierte freie Ausdrucksform des Kleinkindes. Im Spiel zeigen sich Affekte, Ideen, Spannungen, Belastungen, Hemmungen, Triggerungen, Panikmomente und Inhalte, die unverdaut auf der Seele lasten.

Geht man vom differentialdiagnostischen worst case, das heißt von einem Missbrauch oder einer Manipulation des Kindes aus, ist die Schaffung einer vertrauensvollen Beziehung zum Kind vorrangiges Ziel und Voraussetzung für eine solide diagnostische Einschätzung. Ohne Vertrauen und sicheres Setting wird man vom Kind nichts wesentliches erfahren, was es erlebt hat und möglicherweise weiter erlebt. In den ersten Elterngesprächen kann die beidseitige Zustimmung für diese Beziehungsgestaltung mit dem Kind meist noch erreicht werden. Dass und warum diese Zustimmung fragil bleibt, wurde beschrieben.

Eine wesentliche und diagnostisch entscheidende „Schwellensituation“ im Vertrauensaufbau stellt die Trennung des Kindes von der Hauptbezugsperson dar. Dafür muss das Kleinkind seinen vertrauten Rahmen verlassen, bzw erweitern indem es sich auf eine fremde Person und deren unbekanntem Raum einlässt. Es zeugt von Sicherheit und Toleranz in der Bindung zwischen Mutter und Kind, wenn sich diese Schwelle problemlos gestaltet. Die Mutter bahnt und baut (oder verhindert) die Brücke (nicht nur zum Vater, sondern auch) zu allen anderen potenziellen Beziehungspartnern des Kindes. Gelingt der Schritt der Lösung in der ersten oder zweiten Sitzung, wird eine manipu-

lierende Entfremdung des Kindes durch die Mutter sehr unwahrscheinlich. Konsolidiert sich diese Tendenz im Verlauf der Probatorik mit ca. 3-4 weiteren Sitzungen, fasst das Kind stabil Vertrauen und freut sich auf die Treffen, während die Mutter sich entlastet zeigt, kann man ein PAS ausschließen. Eine PAS Mutter ist immer befangen in ihrer Verstrickung mit dem Kind und kann es nicht einfach loslassen.

Exkurs zum Thema Vertrauen: wie erforscht man Vertrauen?

Eine therapeutische Beziehung stellt einen Schutz- und Beziehungsraum dar, in dem Klienten ihr oft schwer gestörte Bindungsvertrauen mit einem verständnisvollen, wohlwollenden Gegenüber wieder wagen und wachsen lassen können. Bindungsvertrauen ist ein konkreter, im Vegetativum erlebbarer Zustand, der für Menschen, die in sicheren Bindungen leben, in der Selbstverständlichkeit ihrer Entspannung untergeht. Bindungssicherheit ist existenziell und wird überwiegend unbewusst erlebt. Das zugrundeliegende Vertrauen kann nicht kognitiv, „im Kopf“ hergestellt werden, es muss „wachsen“. Der Kopf, d.h. das Wachbewusstsein kann dieses Anwachsen und Einwachsen in ein seelisches Umgebungsmilieu verhindern. Man lernt als Mensch, das Wachbewusstsein (=den Kopf) einzuschalten zum Schutz vor Vertrauensbrüchen, wenn man täuschenden Umständen ausgesetzt war. Man lernt sich fern zu halten von „falschen“ Menschen und unzuverlässigen Beziehungsangeboten. Bindungserfahrung ist eine essentielle Entspannung- und Regenerationserfahrung unseres Organismus. Es stärkt Resilienz und immunologische Prozesse, konsolidiert und stabilisiert neuronale Vernetzung. Es ist ein schwer zu fassendes, geschweige denn einfach operationalisierbares, parasympathisches Ganzkörpererlebnis ähnlich dem Schlaf. Unaufrichtigkeiten eines Erwachsenen gegenüber einem Kleinkind korrumpieren und vergiften sein intrinsisches Bedürfnis und existenzielles Angewiesen-sein auf vertrauensvolles Wachsen im familiären Umfeld.

Man kann Vertrauen zwischen Menschen nicht erzwingen. Es ereignet sich in der Regel selbstverständlich wie Einschlafen und ist störrisch wie Einschlafen. Vertrauen bedeutet, die Kopfkontrolle kurzfristig bzw. pendelnd aufzugeben und sich auf den anderen Menschen einzulassen. Vertrauen ist das Gegenteil von Kontrolle. Bindungsvertrauen heißt miteinander einzutauchen in eine Atmosphäre zwischenmenschlicher Verbundenheit. Dieses Verbundenheitsgefühl braucht zur adäquaten Wahrnehmung und Beurteilung die Einfühlung und ist einer distanzierten Beurteilung schwer zugänglich.

Wie wir die innere Erfahrung des Bindungsvertrauens als Phänomen menschlicher Psychologie erforschen ist in unsere Freiheit gestellt. Wissenschaftlich können (und müssen?) wir sie reduzieren auf statistische und numerisch fassbare Größen, in der Psychotherapie können wir das nicht. In der Beziehungsgestaltung einer Therapie hilft es nicht, Vertrauen zu operationalisieren. Als Therapeuten müssen wir mit dieser „Substanz“ umgehen und sie handhaben lernen. Sie ist unser Nährboden für gelingende Therapie und damit etwas sehr konkretes. Sie kann in seelischer Beobachtung wahrgenommen und im vermittelnden Dialog geteilt und konsolidiert werden. Das gleiche gilt für jedwede menschliche Beziehung. Am Dialog zu scheitern heißt am Vertrauen zu scheitern und heißt auch am Schutz des Kindes zu scheitern. Kinder brauchen und leben vom vermittelnden, friedfertigen Dialog der Erwachsenen.

Kleinkinder leben im Vertrauen in ihre Eltern. Ihre vertrauensvolle Hingabe an die Erwachsenen, ihre Nachahmung der Erwachsenen nährt ihre seelische Aufrichtekraft. Hingabe und Nachahmung sind Fähigkeiten des Kindes, die sein Selbst instinktiv am Erwachsenen anlehnen und seine Würde an ihm erwachen und erwachsen lassen.

Man kann als Kindertherapeutin den Blick auf diese seelisch-körperlichen Phänomene lenken. Ob und wer sich einlässt auf diese introversive Wahrnehmung der Entfaltungskraft einer Kinderseele, ist in die Freiheit jedes einzelnen gelegt. Es herrscht kein Zwang im Sinne des herkömmlichen objektivierenden Wissenschaftsverständnisses. Seelisch phänomenologisches Wahrnehmen deshalb nicht als Forschungsmöglichkeit anzuerkennen und zu pflegen, verarmt unser Selbstverständnis als Menschen und unsere Dialog- und Konfliktkompetenz.

Ist das Spiel eines Kleinkindes geeignet für eine solide Einschätzung seiner Gefährdung und kann es zur Beurteilung einer gerichtlichen Auseinandersetzung beitragen?

Die innerseelische Situation eines Kindes (je kleiner desto mehr) ist adäquat in einfühlsamer Beobachtung zu evaluieren. Daniel Stern gilt als einer der Begründer des Babywatchings. In der analytischen Ausbildung zum Psychotherapeuten schult man seine Wahrnehmungs- und Einfühlungsfähigkeit am Beobachten eines Säuglings. Wenn Kinder sich sicher fühlen, spielen und offenbaren sie unzensiert, was sie beschäftigt, was sie ausprobieren und begreifen wollen.

Eine weitere wesentliche Fähigkeit, die man schult in der Ausbildung zur Therapeutin, ist eine Erfahrung, die sich in der eigenen Innenwelt ereignet,

sobald ein geschützter Raum mit Schweigepflicht und wechselseitigem Respektversprechen angeboten wird. Der Schutzraum provoziert Menschen zur Offenheit und zum Zeigen ihrer seelischen Verwundungen und Belastungen. Aktuelle und zurückliegende schmerzhafteste Prozesse aktivieren sich in der einladenden, teilnehmenden, zuhörenden Präsenz anderer Menschen.

Das (Mit)Teilen belastender Erfahrungen scheint ein Urprozess der Heilung seelischer Verwundung zu sein. So wie man physische Wunden mit Mull verbindet, „verbinden“ wir Verwundungen der Seele in der Wärme des menschlichen Mitgefühls. Eine Erfahrung, die wir als Menschen nicht zu lernen brauchen, weil sie uns angeboren ist: **wir suchen aufrichtiges menschliches Mitgefühl**. Säuglinge und Kleinkinder brauchen diese Erfahrung existenziell. Mit wachsendem Wortschatz benennen sie es mit dem Wort „Trost“. Sie spüren, wer sie verstehen und trösten kann und suchen die Nähe dieser Menschen. Wenn sie zum Ausdruck bringen, dass ein Elternteil sie nicht trösten kann, ist das eine erhebliche Auffälligkeit und deutet auf ein Beziehungsproblem zu diesem Elternteil. Umgekehrt ist es ein Zeichen des Vertrauens, wenn sie sich im Behandlungszimmer frei bewegen und explorieren.

Das kindliche Spiel bringt neben seiner kognitiven Reife immer auch die unbewussten Schichten der emotionalen und der Willensebene zum Ausdruck. Es ist schwer zu operationalisieren, wohl aber im psychopathologischen Befund einzufangen.

Eine aussagekräftige Traumadiagnostik wird erst möglich, wenn ein Kind vertraut und das heißt spürt, dass man es verstehen und trösten kann. Ethisch verbindet sich damit die Verpflichtung, dass man es nicht alleine läßt mit den Offenbarungen, die man in seiner Seele provozieren und aufbrechen lassen kann wie bedrohliche Albträume. Wenn sich verschlossene Intrusionen eines Klienten öffnen, ist er ihnen ausgeliefert und verfolgt bis in den Schlaf hinein.

Ein Kleinkind das (seitens eines Elternteiles) unter dem Verdacht steht, innerfamiliär missbraucht oder manipuliert zu werden, sollte mit größter Sorgfalt untersucht und beim gleichen Untersucher, aufgefangen, stabilisiert und nachhaltig geschützt werden. Selbst wenn sich der Verdacht nicht bestätigt, ist es immer noch vor dem Elternteil zu schützen, das den Verdacht haltlos in die Welt setzt und damit den anderen Elternteil diskreditiert. Die Wahrheit (im Sinne der Wahrnehmung) des Kindes sollte solide und kontinuierlich evaluiert und rückversichert werden. Die Vorwürfe der Eltern können und sollen auf Basis einer therapeutischen Beziehung zum Kind korrigiert und auf dieser Basis, wenn nötig gerichtlich verhandelt werden.

Es ist unverantwortlich, aber leider geübte Praxis, eine vertrauensvolle Öffnung zu provozieren und das Kind dann mit den offenbarten Verletzungen weiter zu verweisen.

Wie man dieser heiklen Situation in einer familiengerichtlichen Begutachtung gerecht werden kann, erscheint mir eine bedeutsame Frage. Nach meiner Erfahrung bleiben entweder wesentliche Befunde bei der Begutachtung unentdeckt, weil die Kinder sich nicht zeigen, oder es wird der Frust des Kindes provoziert, weil es sich öffnet und doch keinen Trost erfährt. Diese erwachsenen Spielarten verkraftet ein traumatisiertes Kleinkind nicht endlos. Seine Kraft, sich vertrauensvoll mitzuteilen und einzulassen auf eine Beziehung wird geschwächt mit jedem enttäuschten Versuch, Trost zu erfahren. Insofern wird jede Begutachtung einer nachfolgenden Therapeutin den Beziehungsaufbau mit dem Kind erschweren. Ich rate dringend, Begutachtung von Kleinkindern am Langzeitverlauf der kindlichen Entwicklung zu validieren.

Der Verlauf der Spieltherapie

Ist die beschriebene Schwelle der Trennung für das Kind geschafft, zeigen sich im Spiel häufig schon in der zweiten Sitzung innerseelische Spannungen und Belastungen. Wichtig ist dafür das freilassende Setting mit verschiedenen Spielangeboten ohne Reizüberflutung. Es werden keine Fragen zu Umgängen oder zu den Eltern gestellt. Das Kind exploriert und entscheidet selbst, welches Spiel es ergreifen und welche Schubladen es (auch im übertragenen Sinn) zulassen will. Es folgt seinem Instinkt und einem wachsenden Sicherheitsgefühl und entlastet sich dabei emotional und impulsiv. Auf blitzartige Panik-Momente, Hyperarousal, Triggerungen, Ausblenden und Dissoziieren ist zu achten bei der Explorationsbeobachtung. Für die Diagnostik einer

posttraumatischen Belastungsreaktion kann es relevant sein, ob das Kind vor bestimmten Spielsachen erschreckt. Auch eine freiwillige Beschränkung des Explorationsradius im Raum kann im Gesamtkontext aussagekräftig sein.

Kinder zeigen große Temperamentsunterschiede (bewegte oder träge Spielsequenzen) und Vorlieben (Rollenspiele, Brettspiele, Bewegungsspiele etc.), daneben aber eben auch Krankheits- und Trauma-spezifische Auffälligkeiten. Diese reichen von überangepasst-reduziertem, mutistischem Spiel bis zu spannungsgeladenen, aggressiv enthemmten Inhalten, die man bremsen muss, damit niemand zu Schaden kommt. Rollenspiele, die systematisch ein Elternteil ausblenden, sind auffällig und bedürfen der weiteren Beobachtung: spielt es nur Mutter-Kind- oder nur Vater-Kind-Szenen, vermeidet es den Begriff Mutter oder Vater oder benutzt es Stellvertreterbegriffe wie „der Mann“ oder „die Frau“?

Tendiert das Kind dazu immer das gleiche zu spielen (repetitive Spielsequenzen), z.B. ein Tierkind geht verloren und muss gesucht werden, ein Tierkind wird verletzt und gerät in Gefahr, ein Tierkind wird ausgetrickst etc., deutet dies auf Inhalte, die verarbeitet werden im Spiel.

Auch die Therapeutin kann miteinbezogen werden: Das Kind bringt die Therapeutin in eine unterlegene Rolle und treibt „Spielchen“ mit ihr – erschreckt und belästigt sie mit (in der kindlichen Wahrnehmung) ekligen Spieltieren wie Spinnen oder Glitschigem. Das Kind kommt der Therapeutin nahe bis zur Spürbarkeit des Atems, wird zudringlich bis grob, will ihr Dinge in den Mund stecken. Oder es bringt die Therapeutin mit Eifer in die Verliererrolle und triumphiert über sie. Auch Fesseln, Würgen, Treten, Knebeln, Beiß- und Stichattacken oder Kopulationsbewegungen können sich zeigen im Spiel des Kleinkindes und wollen sich ausagieren an der Therapeutin.

Diese Inhalte sind differenzialdiagnostisch abzugrenzen von einer Störung des Sozialverhaltens, von der Bezeugung gewalttätiger Situationen (häufig innerhalb der Familie) und auch von Folgen inadäquaten Medienkonsums. Die Abgrenzung gelingt auf der Basis der Gegenübertragung und in Zusammenschau des Gesamtkontextes, sowie in Supervision.

Die Dynamik des Spiels offenbart den zugrundeliegenden seelischen Druck in der Gefühlswelt des Kindes. Das Ausagieren von Täterintrojekten in der klientenzentrierten Spieltherapie ist eingehend dokumentiert von Dorothea Weinberg, Elke Garbe, Sabine Schlippe-Weinberger.

Fragen an das Kind: Was ist das für ein Spiel? Wie heißt dieses Spiel? Woher kennst du dieses Spiel? Mit wem spielst du dieses Spiel? Beantwortet das

Kind nicht selten ausweichend oder gar nicht. Schweigegebote und innere Konflikte bezüglich virulenter Drohungen (der Mutter werde etwas passieren, wenn das Kind etwas verrät), können sich in zunehmende Anspannung und Ambivalenzdruck steigern. Diese Zustände brauchen kontinuierlich therapeutische Begleitung.

Im **Beispielfall** zeigt das Kind im Spiel ein unmittelbares Regulationsbedürfnis erkennbar am anhaltenden Einfordern von Kämpfen gegen die Therapeutin mit der Schwimmmudel. Die 4Jährige steigert dieses Spiel im Verlauf der Stunden und geht schließlich mit Anlauf und Kampfgeschrei auf die Therapeutin los. Diese Situation mag einen Unerfahrenen verunsichern, einem spieltherapeutisch geschulten zeigt sie den affektiven und impulsiven Druck des Kindes, der sich nirgendwo sonst im Alltag zeigt und entlädt. (Im Kindergarten imponiert es vorsichtig und beobachtend.) Dieses Spiel stellt den therapeutischen Benefit für das Kind dar. Der Effekt zeigt sich unmittelbar in der Entlastung seines Affektes. Nach Wochen des Kämpfens gegen die Referentin fragt sie plötzlich unvermittelt, ob sie jetzt stark genug sei, gegen ihren Vater zu kämpfen.

Dazu kommen im **Beispielfall** Zeichnungen von Übergriffen: Sie malt das blaue Hemd des Vaters, malt ein weibliches und ein männliches Genitale, die Hände des Vaters und erläutert „mit der Hand hat er es gemacht“, „in den Popo gestochen“.

Ein Zusammenhang der Spielinhalte mit der Umgangsproblematik wird in den Sitzungen mit dem Kind weder gesucht noch thematisiert, obgleich er sich aufdrängen kann. Mitteilungen von Spielinhalten an die Eltern werden sorgfältig an Loyalitäten abgewogen. Wichtig ist, das vom Kind Gezeigte und Anvertraute, ernst zu nehmen, für ausreichend Schutz zu sorgen und die Kontinuität des Prozesses sicher zu stellen. Sichere Schutzbedingungen lassen sich für das Kind und seine Therapeutin nur in Kooperation mit Jugendamt und Familiengericht organisieren und dies sollte möglich werden.

Wenn ein Kleinkind im therapeutischen Spiel traumatische Inhalte bietet, sollten zusätzliche Belastungen wie Umgänge (auch begleitete) mit dem abgelehnten Elternteil, Befragungen, Begutachtungen, Vernehmungen dringend ausgesetzt werden. Der therapeutische Prozess sollte umgehend unter Schutzbedingungen erfolgen können.

Vielleicht können Sie als Leser erahnen, in welcher Schwierigkeit man steckt als Therapeutin, wenn die Eltern Auftraggeber für diesen Prozess sind und konträre Aufträge geben. Was steht im Fokus eines Elternteiles, wenn es den therapeutischen Prozess abbricht und die Therapeutin diskreditiert, die vom Kind selbst als vertrauenswürdig befunden wurde? Dieses Vertrauen nicht zu respektieren heißt das Kind nicht zu respektieren.

Eine vermittelnde Lösung für das Kind und beide Eltern läßt sich nur entwickeln, wenn beide Elternteile diese Vermittlung wirklich wollen. Psychisch kranke Anteile von Eltern können einer solchen Vermittlung entgegen stehen, ebenso wie bewusste und verdeckte Täteranteile.

Dem Vater im **Beispielfall** geht es nicht um eine vermittelnde Beziehungskonsolidierung zum Kind. Er hält unbeirrbar fest an einer Belastung der KM. Dieser Fall wäre damit dem Familiengericht zur rechtlichen Behandlung zu übergeben.

Als Therapeutin sollte man die Beteiligung an Familiengerichtsverfahren nicht scheuen. Gerichte sollten ihrerseits die Beteiligung von Kindertherapeutinnen vorsehen. Zu wichtig ist das zu verteidigende Gut – die seelische Gesundheit des Kleinkindes. Eine gemeinsame Sprache des Dialogs im Sinne der Kinder gilt es zu suchen und zu pflegen.

Aus Sicht der Therapeutin empfehle ich, Eltern unter Tatverdacht des Mißbrauches nur dann gerichtlich zu verfolgen, wenn sie sich einer Vermittlung und Konfrontation mit den Erfahrungen des Kindes im therapeutischen Prozess verweigern.

Zeigen bzw. entwickeln beide Eltern ein konstantes Interesse und Vertrauen in die Befunde am Kind, lassen sich in der fortgeführten Elternarbeit **immer kindgerechte Lösungen** für Sorge- und Umgangsfragen entwickeln. Gesunde Eltern wissen Rückmeldungen zur Erlebniswelt des Kindes zu schätzen, hören zu, lassen sich ein auf Erklärungen, können einem inneren Zusammenhang folgen, können den eigenen Blickwinkel verlassen und den Blick des Kindes einnehmen, können auch einer zeitweise schmerzhaften Selbstreflexion Stand halten und sich schließlich für ihr Verhalten beim Kind entschuldigen. Dafür sind viele Einsichten nötig, beispielsweise die, dass man auch unbewusst zum „Täter“ am Kind werden kann. Erziehen erfordert Entscheiden im Alltag und manchmal leider auch im Affekt. Das wird niemals ohne Kollateralschäden abgehen. Eltern werden immer kleine und große „Fehler“ machen mit ihren Kindern. Das ist nicht weiter schlimm, denn Kinder verzeihen und tolerieren viele Erziehungsfehler. Wichtig für Erziehende ist aber die

Fähigkeit des inneren Zurücktretens und Reflektierens der eigenen Emotionen und Beweggründe.

Gesunde, aufrichtig suchende Eltern merken, dass man sie als Therapeutin in ihrem erzieherischen Fehlverhalten nicht bloßstellen und verurteilen, sondern Gelegenheiten schaffen will, eigene Muster und Befangenheiten zu durchschauen. Auf dieser Basis können Vertrauensbrüche zwischen Kind und Eltern heilen und kann Beziehung wieder aufgenommen werden, selbst da wo Verbrechen begangen wurden. „Therapie vor Strafe“ ist für mich als vermittelnder Kindertherapeutin ein verinnerlichter Leitgedanke.

Vor dem Hintergrund vielgestaltig erlebter Elternmitarbeit in einer kindertherapeutischen Praxis lassen sich pathologische Muster psychisch kranker und/oder Tätern-Eltern klar identifizieren und abgrenzen von der Bandbreite gesunder, durchaus auch krisenhaft verlaufender Kooperation.

Eine gezielte Diagnostik der identifizierten Elternpathologie kann vom Gericht in Form eines Erziehungsfähigkeitsgutachtens erzwungen werden. Fruchtbar für das Kind ist ein solches Gutachten nur dann, wenn die Einschätzung solide ist und dem beschränkt erziehungsfähigen Elternteil nahegebracht werden kann. *Mediation am Kind* kann eine solide Beurteilung der Beziehungsgestaltung der Eltern leisten und bezieht den Versuch einer Involvierung in selbstreflexive Prozesse implizit mit ein.

Nach meiner Erfahrung können Eltern in familiengerichtlichen Begutachtungen bewusste Täteranteile gekonnt verbergen, weil keine Beziehungsgestaltung im Verlauf gefordert ist. Erst in dieser zeigen sich Affekte und Willensimpulse, die ein Erwachsener ansonsten geübt hinter rationalisierender Rhetorik verstecken kann.

Wenn die eigene Familie nicht mehr der Ort ist, in dem man Schutz und Geborgenheit erfährt, sondern wenn sie zu einem Ort des Misstrauens und des Machtmissbrauches verkommt, braucht ein Kind einen sicheren Ort in unserer Gesellschaft. Wo findet es diesen?

Sollte der Kinderpsychiater und -psychotherapeut aufgrund des hohen Risikos dieser Kinder nicht eine definierte Rolle spielen vor, während und nach familiengerichtlichen Verfahren? Wie kann diese Rolle aussehen? Wie sollten diese Therapeuten ausgebildet sein? Wie könnte ihre Arbeit im Kontext des Gerichtsverfahrens eingebunden werden?

Diesen Fragen will ich im Fortgang meiner Ausführungen weiter nachgehen.

Danksagung:

Ich danke der Klinikleitung der Kinderkrankenhause St. Marien GmbH, allem voran ihrem Geschäftsführer Herrn Bernhard Brand, der die wirtschaftlichen Risiken und unliebsamen Auseinandersetzungen, die diese Arbeit mit sich brachte über die letzten Jahre, mitgetragen und unterstützt hat. Ohne ihn und auch ohne die Kooperation mit meinem Praxisteam und unseren Kinder- und Jugendpsychiatern im Haus wäre sie nicht möglich gewesen.

Hinweis zur Genderhaltung:

Ich bitte den Leser um Entschuldigung bezüglich der möglicherweise verwirrenden Genderbenutzung. Ich habe mich daran orientiert, welche Geschlechtsvertreterinnen in meinem Umkreis überwiegend die genannten Rollen erfüllen. Ungeachtet ob maskulin oder feminin bitte ich Sie, immer den gegengeschlechtlichen Part mit im Bewusstsein zu halten.

Literatur

- Arbeitsgruppe Familienrechtliche Gutachten* (2020), Mindestanforderungen an die Qualität von Sachverständigenutachten im Kindschaftsrecht (2. Auflage), 30. Jg. Heft 2/2020 S. 90, Rezension im Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie,
- Freitag, T* (2021) Pornographie – der blinde Fleck unserer Gesellschaft, sozialpsychiatrische Informationen Jg. 51, 2021/1, 48 – 53, Psychiatrie Verlag
- Garbe, E.* (2018) Das kindliche Entwicklungs-trauma verstehen und bewältigen, Klett-Cotta Verlag 3. Auflage
- Gehrmann J.* (2018) Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung im Sorge- und Umgangsrecht: Standards und Fallstricke in der Praxis, Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 3/2018
- Ludewig R. /Baumer S. /Salzgeber J. /Häfeli Ch./Albermann K.* (2015) **Richterliche und behördliche Entscheidungsfindung zwischen Kindeswohl und Elternwohl: Erziehungsfähigkeit bei Familien mit einem psychisch kranken Elternteil**, Die Praxis des Familienrechts 3/2015, Stämpfli Verlag, Bern
- Schlippe-Weinberger, S.* (2015) Kindern spielend helfen – Einführung in die Personenzentrierte Spielpsychotherapie, 6. Auflage Beltz Juventa Verlag
- Seichter, S.* (2020) Das „normale“ Kind, Einblicke in die Geschichte der schwarzen Pädagogik, 1. Auflage Beltz Verlag, Weinheim Basel
- Sonnenmoser, M* (2021) Pornographiesucht – Hilfe ohne Tabu, Deutsches Ärzteblatt PP, Heft 4 April 2021, 162 – 165, Deutscher Ärzteverlag, Köln

Stern, D. (1995) Tagebuch eines Babys, 2. Auflage, Piper Verlag GmbH

Weinberg, D. (2010) Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern. Behandlung von Bindungs- und Gewalttraumata der frühen Kindheit, Klett-Cotta Verlag

Zumbach J., Oster A. (2020) Elterliche Erziehungsfähigkeit: Definition, Indikatoren und Erfassungsmöglichkeiten. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Jg 49/ Heft 1/2021, hogrefe Bern

Autorin:

Petra Stemplinger

Leitung des MVZ am Kinderkrankenhaus St. Marien gGmbH

Grillparzer Str. 9

84036 Landshut

petra.stemplinger@mvz-kinderkrankenhaus-la.de