

**„Parentale Hilflosigkeit“,**

**ein systemisches Konstrukt für die therapeutische und pädagogische Arbeit mit Kindern <sup>1</sup>**

***Übersicht:** Auf dem Hintergrund eines systemischen Verständnisses von Symptombildung bei Kindern und den Lösungsstrategien der Eltern werden die Phänomene elterlichen Scheiterns und ihre Entstehungsbedingungen untersucht. „Parentale Hilflosigkeit“ wird als Konstrukt beschrieben mit den Hauptmerkmalen a) selektive Wahrnehmung der Signale des Kindes, b) Konfliktvermeidung, c) Verantwortungsabgabe und d) Kooperationsverlust auf der Elternebene. Kindliche Symptome und „parentale Hilflosigkeit“ werden als reflexives Beziehungsmuster aufgefasst, welches gemeinsam in Kommunikation erzeugt wird. Kindliches Symptomverhalten kann dabei u.a. als kreativer Versuch gedeutet werden, die Hilflosigkeit der Eltern zu bewältigen bzw. überwinden zu helfen. Der Nutzen des Konstruktes wird in der Möglichkeit gesehen, inkompetent oder verantwortungslos erscheinendem Erziehungsverhalten mit einem Verstehensrahmen zu begegnen, der Abwertung und Distanzierung gegenüber den Eltern zu verringern hilft. Die Nutzung des Konstruktes „parentale Hilflosigkeit“ als therapeutische Metapher eröffnet erweiterte Handlungsmöglichkeiten auf dem Weg zu einer integrierten Therapie von Eltern und Kind.*

**1. 1. Symptome des Kindes und die Lösungsstrategien der Eltern**

Seit den Anfängen unserer systemischen Orientierung in der stationären Kinder- u. Jugendpsychiatrie haben wir der Verantwortlichkeit der Eltern einen zentralen Stellenwert in der Behandlung beigemessen (s. Pleyer 1983). Wir waren von der Überzeugung geleitet, dass die Stärkung der elterlichen Kompetenz für einen stabilen Therapieerfolg bei den Kindern (s. Rotthaus 1984) eine entscheidende Rolle spielt. Die Beobachtung, dass die Eltern- Kind -Beziehung in einem engen Zusammenhang mit der kindlichen Symptombildung steht, hatte immer mehr zu der Sichtweise geführt, dass die Lösungen (der Eltern) das Problem sind (s. Pleyer 1987). Wir neigten zu einer Problemsicht, die sich mehr aus der Perspektive des bedürftigen, nicht angemessen versorgten Kindes ergab und interpretierten das Problemverhalten der Kinder vor allem als Antworten auf elterliche Defizite. D. h., wir tendierten anfangs noch sehr zu einer eher einseitigen Interpunktion im zirkulären Beziehungsprozess zwischen Eltern und Kindern. Das familientherapeutische Vorgehen bewirkte, dass wir uns thematisch immer ausführlicher mit den Geschichten der Eltern, den Besonderheiten ihrer Paarbeziehung und den Beziehungen zu ihren Herkunftsfamilien befassten. Dadurch gewannen wir eine etwas andere Perspektive. So lernten wir nicht nur Eltern mit schwersten Belastungen, eigenen traumatischen Erfahrungen und psychopathologischen Auffälligkeiten kennen, auf Grund derer sie in der Beziehungsgestaltung zu ihrem Kind beeinträchtigt erschienen. Wir wurden auch zunehmend aufmerksam auf Eltern, die den Eindruck erweckten, hilflose Opfer der kindlichen Symptomatik zu sein. Und wir erlebten solche, für die das eigene Kind zur Quelle permanenter traumatischer Erfahrungen geworden ist. So entstand mit der Zeit das Bild von einem vielfältigen wechselseitigen Bedingungsgeflecht zwischen der identifizierten Symptomatik der Kinder auf der einen und den oft sehr hilflos anmutenden Lösungsversuchen und Bewältigungsstrategien der Eltern auf der anderen Seite.

---

<sup>1</sup> Hier vorgetragene Überlegungen basieren auf Beobachtungen in der systemisch konzipierten Arbeit in der "Tagesklinik für Kinder" der „Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ Viersen.

## **1. 2. Arbeit mit Eltern erfordert einen anschlussfähigen Verstehensrahmen**

Die Tendenz, Eltern als Verursacher der kindlichen Symptomatik zu sehen bzw. das elterliche Erziehungsverhalten als pathogen zu bewerten, lässt sich in der Literatur zur Kinderpsychotherapie bis auf Freuds Fallbericht über den kleinen Hans zurückverfolgen. Die Familientherapie hat zwar das linear-kausale Denken und die Krankheitszuschreibungen der herkömmlichen Kinderpsychiatrie überwunden. Man hat Symptome als „Manöver zur Beziehungsregulierung“ (vgl. Haley 1981) verstanden und sich auf die Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kindern konzentriert. Wenn Eltern z. B. als „Architekten der Familie“ bezeichnet wurden, wie es Virginia Satir formuliert hat, geschah dies in der Absicht, eine vertikale Verantwortlichkeitshierarchie im Sinne einer normativen Vorgabe (z.B. auch Minuchin 1983) zu betonen. Eine solche Betrachtungsweise konnte auch nicht davor bewahren, Eltern als Verursacher der kindlichen Symptomentwicklung und letztlich als Versager in ihrer parentalen Funktion zu sehen. Wo Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung und Überforderung von Kindern als kontextuelle Hintergründe für Symptombildungen thematisiert werden, ist bekanntlich die Versuchung groß, sich mit dem Kind als Opfer zu identifizieren und die Erziehungsverantwortlichen einseitig in der Rolle von Tätern zu sehen. Damit verbundene Schuldzuschreibungen und affektive Distanzierungen erschweren naturgemäß eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung mit Eltern in der Therapie.

Therapeutische Arbeit mit Kindern ist - jedenfalls in einem systemischen Therapieverständnis - auf gute Kooperation mit Eltern angewiesen. Und wer mit Eltern zusammenarbeiten will, nicht nur weil er in ihnen die eigentlichen „Kunden“ sieht, braucht Möglichkeiten, ihnen auch dann verstehend begegnen zu können, wenn unpassend erscheinende Bewältigungsstrategien gegenüber dem identifizierten Problem als ein Teil des Problemgeschehens zu beobachten sind. Dies setzt einen Verstehensrahmen voraus, der kommunikativ anschlussfähig ist an elterliche Selbst- und Problembeschreibungen und ihre Lösungsstrategien. Moralisch disqualifizierende Bewertungen oder pathologisierende Zuschreibungen erweisen sich jedenfalls als hinderlich.

## **1. 3. Das Scheitern der Eltern, ein schwieriges Thema**

Es ist vielfach thematisiert worden, dass Eltern sich als gescheitert erleben und implizit oder explizit ihr elterliches Versagenserleben beschreiben, wenn sie ihr Problemkind einem Therapeuten<sup>2</sup> vorstellen. Rotthaus (1999: 160) hat das „Versagen der Eltern als traditionelles Thema für die Therapie“ bezeichnet. In der Tat sind es nicht in erster Linie die sog. kindlichen Verhaltensauffälligkeiten, die einen Therapiebedarf begründen, auch nicht etwa das Vorliegen einer kinderpsychiatrischen Diagnose. Die Motive für eine Behandlungsanfrage liegen nach unserer Beobachtung vielmehr im Befindlichkeitserleben der Erziehungsverantwortlichen und in der Einstellung gegenüber einer Therapie. Die Erwartung, dass Therapie überhaupt ein geeignetes Mittel zur Lösung ihrer Probleme sein kann, insbesondere dass sie potenter ist, als die vertrauten Erziehungsmethoden, das ist die eine Bedingung. Die andere liegt in der Überzeugung, dass die eigenen Energien nicht mehr ausreichen. Kinder werden uns in aller Regel dann vorgestellt, wenn sich Eltern mit ihren eigenen Änderungsversuchen als endgültig gescheitert erleben. Sie kommen in der Regel erst dann, wenn sie psychisch oder körperlich nachhaltig erschöpft erscheinen bzw. wenn sie einem inneren oder äußeren Druck nicht mehr standhalten. Sie präsentieren sich in einem hochambivalentem Zustand.

---

<sup>2</sup> Gemeint sind Männer und Frauen. Der Lesbarkeit halber sei mir gestattet, im Folgenden durchgehend die männliche Form zu verwenden

Einerseits ist da das vage Gefühl, versagt zu haben. Gleichzeitig haben sie die unbestimmte Gewissheit, alles getan bzw. irgendwie alles richtig gemacht zu haben. Solange diese mit Schuldgefühlen und Versagensangst verknüpfte Ambivalenz bestehen bleibt, solange bleibt das Symptomrisiko für das Kind erhalten (siehe z. B. Byng-Hall u. Bruggen 1974: 444ff, Rotthaus 1990: 114f).

Wie Eltern mit ihren Problemkindern umgehen und wie sie das identifizierte Problem zu lösen versuchen, ist in der Bewertung pädagogisch und therapeutisch arbeitender Klinikmitarbeiter von je her mindestens so auffällig wie das kindliche Symptomverhalten selbst. Was sich im Verhalten der Eltern als problem erzeugend darstellt, kann man durchaus als Lösungsversuche, also als Akte der elterlichen Verantwortlichkeit deuten. Trotzdem führen Dialoge darüber schnell in die Sackgasse, dass sich Eltern in ihrer Selbstbewertung als Versager und Schuldige bestätigt fühlen. Wenn es nicht gelingt, akzeptable Erklärungen zu liefern für ihr Scheitern und Entlastung bzgl. ihrer Schuldgefühle, dann genügt es selten, diesen Themen einfach aus dem Wege zu gehen und konsequent ressourcenorientiert allein über das Verhalten des Kindes und seine vielen Talente und Entwicklungsmöglichkeiten zu sprechen.

#### **1. 4. Eltern geht es nicht nur um Symptombeseitigung**

Erstgespräche werden von Eltern in der Regel genutzt, um die als problematisch erlebten Verhaltensweisen des Kindes ausführlich zu schildern. Auf unsere Anregung hin sind sie auch bereit, ihre Veränderungswünsche zu präzisieren und Aufträge zur Behandlung zu konkretisieren. Aber in aller Regel geht es ihnen um mehr. Es sind Warum- Fragen, die ihnen auf den Nägeln zu brennen. Sie suchen die Auflösung des Rätsels, das ihnen ihr Kind mit seinem Symptomverhalten aufzugeben scheint. Sie wollen begreifen, was zwischen ihnen und ihrem Problemkind geschehen ist. Sie glauben, irgendwie Fehler gemacht zu haben, ohne Antworten darauf zu haben, was denn wirklich falsch gewesen ist oder was sie hätte anders machen sollen. Sie suchen besonders dann nach plausiblen Erklärungen, wenn das identifizierte Problem über längere Zeit als sehr belastend erlebt worden ist und trotz vielfältiger Bemühung aus eigener Kraft nicht lösbar war. Mit dem Gang zum Kindertherapeuten unterstelle ich Eltern nicht zuletzt den mehr oder weniger expliziten Versuch, in einem als sinnlos erscheinenden Beziehungsgeschehen Sinn zu entdecken und Klarheit zu finden in einem nicht (mehr) als stimmig erlebten parentalen Selbstkonzept. Letztlich wird immer wieder das starke Bedürfnis spürbar, ihr beschädigtes Selbstbewusstsein als Eltern wiederherzustellen.

#### **2. 1. Eine klinische Erkundung<sup>3</sup> an eigenen Fallgeschichten**

In Zeiten dogmatischer Abkehr von jeglicher Defizitfokussierung brauchte es eine Weile, bis wir uns erlaubten, als defizitär Wahrgenommenes genauer zu untersuchen, anstatt es zugunsten einer radikalen Ressourcenorientierung zu ignorieren. Wir waren neugierig, unsere bis dahin ungeordnet gesammelten Erfahrungen mit den Eltern unserer Kinder zu überprüfen, zu ordnen und sie mit den Erfahrungen anderer Therapeuten zu vergleichen. Es sollten nicht nur unsere subjektiven Beobachtungen und Deutungen überprüft werden über das, was uns als Mangel an Kompetenz oder Verantwortlichkeit bei Eltern erschien.

---

<sup>3</sup> Die Untersuchung hatte lediglich orientierenden Charakter, ohne dem Anspruch auf empirisch- wissenschaftliche Zuverlässigkeits- und Gültigkeitskriterien genügen zu wollen. Es sollten zunächst lediglich Ordnungskriterien für die eigenen Beobachtungen gewonnen werden. Im Bewusstsein der starken Subjektivität unserer Einschätzungen sollen Ergebnisse hier nicht oder nur annähernd quantifiziert werden. Im Übrigen gibt es keinen Hinweis darauf, ob die Gruppe der bei uns aufgenommenen Familien aufgrund unserer spezifischen Selektionskriterien repräsentativ für die Durchschnittspopulation kinderpsychiatrischer Behandlungseinrichtungen ist.

Außerdem wollten wir unsere handlungsleitenden (eher intuitiven) Therapeutenhypothesen über die möglichen Entstehungskontexte elterlicher Auffälligkeiten überprüfen. Wir haben deshalb die Fallgeschichten aller Familien (52 Fälle) nachträglich recherchiert, die zwischen 1996 und 1999 unsere Tagesklinik für Kinder in Anspruch genommen haben. Zwei Fragen standen dabei im Vordergrund:

Erstens sollte näher untersucht werden, welche Besonderheiten des Umgangs der Eltern mit ihrem Problemkind die therapeutischen Mitarbeiter jeweils zu erkennen glaubten. Dazu wurden die vorgebrachten Problemdefinitionen, die Selbstbeschreibungen der Eltern und die von Erziehern und Therapeuten beobachteten Kriterien des erzieherischen Umgangs mit dem beklagten Symptomverhalten gesammelt und kategorisiert. Ein zweites Ziel bestand darin, eine Übersicht zu gewinnen über die von uns erfragten und von Eltern beschriebenen eigenen Belastungsfaktoren, von denen wir vermuteten, dass sie im Zusammenhang stehen könnten mit dem Misslingen der Beziehung zum Kind. In einer ergänzenden klinikinternen Umfrage unter den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten<sup>4</sup> sollten die bei unseren eigenen Familien gefundenen Faktoren mit denen verglichen werden, die in anderen Arbeitsbereichen der Klinik wahrgenommen worden sind.

## **2. 2. Gefundene Auffälligkeiten des Erlebens und Verhaltens bei den Eltern**

Obwohl es nicht überraschte, erscheint es doch bemerkenswert, dass wir bei der Durchsicht der Fälle keinen einzigen fanden, bei dem es in der Beurteilung der pädagogischen und therapeutischen Mitarbeiter nicht markante Auffälligkeiten bei den Eltern gegeben hätte. Diese zeigten sich im beobachtbaren Erziehungsverhalten ebenso wie in den Selbst- und Problembeschreibungen der Eltern. In allen Fällen wurden Merkmale von signifikant unangemessen erscheinenden Erziehungsreaktionen beschrieben. Die Beziehungsgestaltung zum Problemkind und der Umgang mit dem Symptomverhalten schien in der Regel von Verunsicherung, Verwirrung, Ratlosigkeit und Hilflosigkeit geprägt. Als Grundbefindlichkeit der Eltern beobachteten wir eine mit Gefühlen von Hilflosigkeit einhergehende Angst, die im direkten Umgang mit dem kindlichen Symptom besonders aktiviert zu werden schien. Diese Angst unterscheidet sich nach unserem Eindruck deutlich von der Besorgnis, in die Eltern naturgemäß geraten, wenn ihr Kind körperlich erkrankt. Während wir in einem solchen Fall eine größere Annäherung und Fürsorge erwarten, zeigt sich in den Beziehungen zwischen unseren Kindern und ihren Eltern eher die Form eines Annäherungs- und Vermeidungs- Konflikts. Die elterlichen Bewältigungs- und Lösungsstrategien zeigten neben einem starken affektiven beschäftigt Sein mit dem Kind und seinem Problem in auffallendem Maße vermeidende und dissoziative Tendenzen. Wir konnten im Wesentlichen vier Felder identifizieren, auf denen sich bei nahezu allen Eltern ähnlich gravierende Auffälligkeiten zeigten.

### **2. 2. 1. Selektive Wahrnehmung bzw. Fehldeutungen kindlicher Signale**

Nahezu regelmäßig konnten wir feststellen, dass Eltern ihr Problemkind in bestimmten Aspekten seines Verhaltens oder Erlebens auffällig selektiv wahrnehmen. Insbesondere wurden jene Botschaften, die sich im Symptomverhalten aus unserer Sicht quasi metaphorisch verdichten, nicht angemessen wahrgenommen bzw. unangemessen interpretiert. Eltern erschienen eingeengt in der Wahrnehmung der vom Kind geäußerten Motive und Bedürfnisse und schienen an inadäquaten Bildern über seine Fähigkeiten und Handicaps festzuhalten. Beispielsweise wurden Signale des Kindes, die wir als Wünsche nach Nähe

---

<sup>4</sup> 32 zurückgesandte Fragebögen wurden ausgewertet

verstanden, als Unterdrückungsversuche, Wünsche nach „in Ruhe gelassen werden“ oder „allein bleiben wollen“ als Zurückweisung interpretiert. Signale von Bedürftigkeit, die Außenstehenden überdeutlich erscheinen, kamen bei Eltern nicht an. Wie sie kindliche Botschaften und Verhaltensweisen deuteten, erschien den Beobachtern oft abwegig. Die Einschätzungen und Interpretationen der eigenen Beziehung zum Kind wichen oft erheblich ab von den Einschätzungen des Kindes selbst und von den Beobachterbeurteilungen. So erschienen die Bemühungen des Kindes, verstanden zu werden, permanent zum Scheitern verurteilt. Dies frustriert Kinder und führt in aller Regel zu einer Erhöhung des kommunikativen Aktivitätsniveaus, was wiederum von den Eltern als provozierendes und aggressives Verhalten im Sinne von Bösartigkeit, als Charakterdefizit oder (gelegentlich mit Unterstützung von Fachleuten) als Krankheit, z. B. als „Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom“ im Sinne einer organischen Störung gedeutet werden kann.

Wahrnehmungsdefizite offenbarten sich als fehlende Feinfühligkeit, wie sie auch von Ainsworth (1977) beschrieben worden ist. In eher seltenen Fällen (etwa 10%) gewannen wir den Eindruck einer allgemein fehlenden Sensibilität für das Wahrnehmen von Gefühlen und das Entschlüsseln analoger Botschaften in Beziehungen. Bei weitaus den meisten der von uns beobachteten Elternteile (70 –80%) schien es sich jedoch eher um ein dissoziatives Ausblenden besonders solcher Signale zu handeln, die Unbehagen, Schmerz oder Angst auslösten. Solche Eltern vermieden nach unserem Eindruck, Aspekte und Seiten ihres Kindes wahrzunehmen, die ihnen bedrohlich erschienen bzw. ihre Bewältigungsmöglichkeiten seit langem überforderten.

## **2. 2. 2. Konfliktvermeidung**

Nahezu alle unsere Eltern lebten mit ihrem Problemkind seit längerem in einem Dauerkonflikt, der offenbar weder aufgegeben, noch wirklich zu Ende geführt werden konnte. Auf Seiten der Eltern zeigten sich die folgenden Besonderheiten in der Konfliktgestaltung: Einerseits war der Umgang mit dem Kind durch subtile Kritik, Abwertungen und Provokationen gekennzeichnet. Andererseits wichen sie aus, wo sie gefordert waren, Position zu beziehen. Die eigenen Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen gegenüber dem Kind blieben undeutlich. Sie vermieden es, Entscheidungen zu treffen. Gehäuft fanden wir undeutliche Bindungssignale, Erstarrungen in den affektiven Reaktionen, Verlust des Sprechens und des Handelns, wenn Kinder ihnen Stellungnahmen bzw. verantwortliches Entscheiden abverlangten.

Positionierungsversuche der Kinder wurden nicht oder unzureichend zur Kenntnis genommen. Als Bewältigungsstrategien sahen wir vielfältige Fluchtmanöver, Unterwerfungsmuster und gelegentlich eine Art von Totstellreaktion, wie sie bei Gewaltopfern beobachtbar sind. Bei nicht hinreichend gelingender Distanzierung sahen wir oftmals nicht gewollte, von schlechtem Gewissen begleitete erzieherische Reaktionen, die dazu führten, dass Eltern in die Down- Position gingen und sich, bzw. ihre Wünsche und Forderungen zunächst wieder zurücknahmen. Ein fruchtbares zu Ende Führen der Auseinandersetzung wurde letztlich vermieden. Als Erklärungen dafür hörten wir z. B. sehr oft, dass Konflikte ja doch nichts bringen, Härte dem Kind nur schade, Schlagen keine angemessene Erziehungsmethode sei o. ä.. Aus unserer Sicht waren dies Versuche, die erlebte Hilflosigkeit in Stärke zu verwandeln, an die sie selbst wiederum nicht wirklich glauben konnten. Und auf die Frage, warum das Problemverhalten des Kindes nicht einfach akzeptiert werden könne, hörten wir oft, dass man es so miteinander nicht aushalten könne oder dass so die Zukunft des Kindes gefährdet sei.

Es schien uns, als sähen sich die meisten unserer Eltern in irgend einer Form in der unentrinnbaren Zwangslage, zwischen zwei gleichermaßen angstbesetzten Möglichkeiten entscheiden zu müssen: entweder ihr Kind zu dominieren und zu unterdrücken oder sich ihm ausliefern zu müssen und es so oder so zu verlieren.

### **2. 2. 3. Distanzierung von elterlicher Verantwortung**

Bei allen Eltern fanden wir eine deutliche Tendenz zu einer aktiven oder passiven Abgabe von Betreuungs- bzw. Entscheidungsverantwortung an Außenstehende (z. B. auch helfende Fachleute). Hintergrund dafür stellte meist eine durchaus ambivalente Überzeugung dar, dass nur andere Personen an ihr Kind „herankommen“, dass Fremde sich besser mit ihrem Kind verstehen als sie selbst. Sie behaupteten, dass ihr Kind sich nicht von ihnen selbst, sondern nur von anderen lenken bzw. erzieherisch beeinflussen lässt. Sie suggerierten sich und glauben am Ende fest daran, dass nur Experten ihrem Kind mit fachlichem Spezialwissen helfen könnten. Sie suchten Mitglieder zu werben für ein stützendes Problemsystem (s. Ludewig 1992:110ff) und erwarteten die Hilfe von Außenstehenden, z.B. Ärzten, Therapeuten, Lehrern etc.. Von uns erbaten sie eine gründliche Diagnostik in der Hoffnung, dass wir die Krankheit herausfanden, deren Bezeichnung alles erklären würde. Darüber hinaus erwarteten sie eine intensive therapeutische oder pädagogische Beschäftigung mit dem Kind. Eine Mitarbeit in der Therapie lehnten sie in der Regel nicht offen ab, aber sie versprachen sich davon keine wirksame Hilfe zur Veränderung. Sie befürchteten eher, dass ihre Anwesenheit störend sein könnte. Ihr Rückzug von Veränderungsbemühungen war eher von der Bemühung getragen, auf diese Weise eine Verschlimmerung vermeiden zu können.

### **2. 2. 4. Defizite in der Kooperation auf der Elternebene**

Nahezu alle Eltern zeigten in irgendeiner Form einen Mangel an respektvoll balancierter Bereitstellung männlicher und weiblicher Ressourcen für das Kind. Eine Variante fanden wir in einer gestörten erzieherischen Kooperation mit dem anderen Elternteil bzw. in einem verdeckten oder offenen Machtkampf zwischen den Eltern um die „richtigen“ Erziehungsmuster und die „richtige“ Behandlung des Kindes. Hinter dem Streit um die Frage, ob das Problem mit mehr Liebe oder mehr Strenge zu lösen sei, stand oft eine symmetrisch definierte Partnerschaft, in der nicht entschieden werden darf, ob väterliche oder mütterliche Lösungen als heilsamer für das Kind anzuerkennen sind. Es konnte dabei auch um die Streitfrage gehen, wer mehr Einfluss auf das Kind nehmen darf oder wem, bzw. in wessen Herkunftsfamilie das Kind eigentlich „gehört“.

Eine andere Variante zeigte sich in einer Disqualifikation der als typisch weiblich oder typisch männlich geltenden Problembewältigungsstrategien und Lösungsphantasien. Nicht selten waren sich unsere Väter und Mütter einig in ihrer meist unreflektierten Abwertung des männlichen oder des weiblichen Geschlechts. Bemerkenswert ist dabei die bei uns zu beobachtende Häufigkeitsverteilung. In etwa acht von zehn Fällen beobachteten wir eine dominante Tendenz zur affektiven Distanzierung von männlichen Bewältigungsstrategien wie erzieherische Konsequenz, Strenge, Kontrolle, konflikthafte Abgrenzung, Bestrafung, Ausstoßung, etc.. Hoffnungen sind stattdessen überwiegend gerichtet auf ein Mehr an weiblichen Lösungsmustern wie Verständnis, Versorgen, nachsichtiges Gewähren lassen, Ertragen und Erdulden etc.. Mit solchen Mustern korrespondierten häufig disqualifizierende oder pathologisierende

Beschreibungen von Männern in den Herkunftsfamilien beider Eltern mit angstbesetzten oder wenig respektierten Vaterfiguren etc..<sup>5</sup>

### **2. 3. Gefundene Belastungsfaktoren als Kontextvariablen für die Problementstehung**

Das zweite Ziel der Recherche bestand darin, jene Belastungsfaktoren zu untersuchen, die nach unserer Einschätzung das Erziehungsverhalten der Eltern bzw. ihre Lösungsstrategien nachhaltig beeinflussten und als Kontextvariablen für die Problementstehung eine bedeutsame Rolle spielten. Aus Therapeutenbeschreibungen und Aktenaufzeichnungen ließen sich sehr verschiedene gegenwärtige, aber auch weit zurückliegende Belastungsfaktoren eruieren, denen wir nicht zuletzt auch eine traumatisierende Wirkung unterstellen konnten. Faktoren, die sowohl im teil- wie auch im vollstationären Bereich genannt worden sind, ließen sich drei Kategorien zuordnen. In weitaus der größten Zahl der Fälle wurden zwei oder mehrere mögliche Belastungsfaktoren gefunden, sodass in der Regel jeder Einzelfall zwei oder sogar allen drei Kategorien zugeordnet werden konnte.

#### **Belastende bzw. traumatische Erfahrungen in eigener Kindheit (ca. 30%), z. B.:**

Misshandlung durch eigene Eltern (Vernachlässigung, Missbrauch, Gewalt etc.), frühe Beziehungsabbrüche oder schwere chronische Störungen in der Beziehung zu den eigenen Eltern.

#### **Belastungen die vom Problemkind ausgehen (ca. 70%), z. B.:**

Entwicklungsbehinderungen und Handicaps des Problemkindes, ungewollte Schwangerschaft mit ablehnenden Affekten gegenüber dem Problemkind, vorausgegangene schwere (oder chronische) Krankheit des Problemkindes, Pflege- und Adoptivverhältnisse zu Kindern mit frühen Störungen bzw. Entwicklungsdefiziten.

#### **andere Faktoren, die sich störend auf die Beziehung zum Kind auswirken**

##### **(ca. 90%), z. B. :**

chronische Disqualifikation in der parentalen Funktion bzw. störende Eingriffe durch Partner oder Familienmitglieder, verunsichernde Einwirkung durch „Helfer“ oder helfende Institutionen, schwere oder andauernde Krankheit eines Elternteils, Verlusterfahrungen (Tod, Trennungen, Ablösungen, etc.) oder andere extrem belastende Lebensbedingungen.

Unsere Recherchen haben bestätigt, dass die Problemstellungen in der KJP in aller Regel multifaktoriell sind und dass die jeweiligen Entstehungsbedingungen der Problematik nur sinnvoll verstanden werden können, wenn man sie als zusammenwirkend in einer komplexen „klinischen Konstellation“ (s. Reiter 1991) erfasst. Die Beobachtungen der Therapeuten ließen hinsichtlich elterlicher Belastungsfaktoren keine gravierenden Unterschiede zwischen vollstationärem und teilstationärem Bereich erkennen. Bemerkenswert erschienen lediglich Hinweise auf Unterschiede im individuellen (subjektiven) Hypothesenspektrum eines jeden Therapeuten. So tauchten Belastungen, die von manchen Therapeuten bei ihren Familien besonders oft

---

<sup>5</sup> Die Häufung lässt sich möglicherweise auch als Folge eines Selektionseffektes erklären: Therapie, verstanden als eine eher von Frauen bevorzugte Lösungsstrategie, wird naturgemäß eher von solchen Menschen bevorzugt, deren Hoffnungen mehr auf typisch weibliche Lösungen gerichtet sind oder die gegenüber typisch männlichen Lösungsstrategien auf Grund ihrer Erfahrungen das größere Misstrauen hegen.

beobachtet worden waren, bei anderen Therapeuten (mit ähnlichen Aufgabenfeldern) überhaupt nicht auf.<sup>6</sup> Eine andere bemerkenswerte Erkenntnis für uns bestand darin, dass wir selbst unterschätzt hatten, wie oft es vorkommt, dass der Einfluss von Helfern sich als lösungsbehindernde Kontextbedingung darstellt. Erst im Nachhinein fiel uns auf, wie groß der Anteil von Eltern war, deren gescheiterte Lösungsbemühungen aus unserer Perspektive in einem direkten Zusammenhang mit machtvollen Interventionen wohlmeinender Helfer standen. Angehörige, Lehrer, Ärzte, aber auch Therapeuten tragen offenbar in der Praxis nicht selten dazu bei, die Verantwortungsübernahme von Eltern offen oder subtil zu untergraben und damit ihre erzieherische Wirkungslosigkeit und ihr Hilflosigkeitserleben zu vergrößern. Zwischen den gefundenen Belastungsfaktoren und der jeweiligen Symptomatik der Kinder ließen sich letztlich keinerlei spezifische Zusammenhänge erkennen. So lieferten weder die Belastungsfaktoren irgendwelche Voraussagekriterien für kindliche Symptomentwicklung, noch ließen die Symptome irgendwelche zuverlässigen Rückschlüsse auf die Art der elterlichen Belastungsfaktoren zu. Dies überraschte keineswegs, zumal sich ja die lang gehegten Hoffnungen von Familientherapeuten über bestehende Zusammenhänge zwischen der Symptomatik und einer spezifischen Systemdiagnose nicht bestätigt haben.<sup>7</sup>

### **3. 1. „Parentale Hilflosigkeit“ als Konstrukt**

Seligmans Konstrukt der „erlernten Hilflosigkeit“ (Seligman 1979) hat die Anregung geliefert, für die von uns beobachteten Auffälligkeiten bei Eltern den Begriff Hilflosigkeit aufzugreifen. Der Begriff erschien uns passend als umfassende Kennzeichnung für weitaus die meisten Besonderheiten des Erlebens und Verhaltens unserer Eltern. Weil sich in unserem Beobachtungsfeld die Hilflosigkeit vor allem oder ausschließlich auf die elterlichen Funktionen bzw. auf das (identifizierte) Problemkind und seine Symptomatik bezieht, bevorzuge ich den Begriff „parentale Hilflosigkeit“ (PH)<sup>8</sup>. Sie geht weit über eine vorübergehende Ratlosigkeit in schwierigen Erziehungssituationen hinaus und ist nicht gleichzusetzen mit einer generellen Erziehungs- bzw. Beziehungsunfähigkeit oder gar Lebensuntüchtigkeit der Eltern. Die PH ist als Folge- bzw. Begleiterscheinung eines nachhaltig erlebten (traumatischen) Scheiterns zu verstehen in dem Versuch, erwünschte Verhaltensänderungen beim Kind zu bewirken, die eigenen für richtig gehaltenen Erziehungsvorstellungen zu realisieren bzw. eine erwünschte Form der Beziehung zum Kind herzustellen. PH ist dabei nicht zu verstehen als Defizitfestschreibung im Sinne eines stabilen Persönlichkeitsmerkmals oder einer Eigenschaft. Vielmehr stellt sich die PH als vielschichtiger fließender Prozess individueller Lösungsversuche und Bewältigungsbemühungen dar. Die PH kann das dominante Merkmal einer Übergangsphase sein, in der Eltern nach Möglichkeiten suchen, unakzeptabel Erscheinendes zu überwinden. In einer solchen Entwicklungsphase scheint sich eine Entscheidung darüber vorzubereiten, ob neue Formen der Beziehungsgestaltung zwischen ihnen und dem Kind ge- oder erfunden werden oder ob die Beziehung aufgegeben und eine innere oder äußere Trennung vollzogen wird. Auch wenn eine Trennung vom Kind nicht wirklich in Betracht zu kommen scheint, wird sie von hilflosen Eltern nach unseren Beobachtungen im Sinne einer denkbaren Lösung implizit oder explizit auffallend oft thematisiert. PH repräsentiert sich in den Selbstbeschreibungen der Eltern auf den Ebenen der Kognitionen und der Affektivität und sie zeigt sich dem Beobachter im konkret beobachtbaren Lösungs- und Erziehungsverhalten.

---

<sup>6</sup> Wir fragten uns, ob daraus die u. U. beunruhigende Hypothese abzuleiten sei, dass in Therapiegesprächen mehr das thematisiert wird, wonach Therapeuten suchen, als das, was für Klienten eigentlich von Interesse ist.

<sup>7</sup> Dieses Thema ist unter dem Begriff der „Spezifitätshypothese“ vielfach diskutiert worden. In keiner einzigen Untersuchung konnten hierfür zuverlässige empirische Belege gefunden werden (s. Cierpka 1988).

<sup>8</sup> i.S. einer vereinfachten Schreibweise benutze ich im Folgenden die Abkürzung „PH“



### **3. 3. 2. Kognitive Aspekte der PH**

Auf der kognitiven Ebene zeigt sich die PH als eine Erschütterung des Selbstbildes und geht mit einem erheblichen Verlust der parentalen Wirksamkeitsüberzeugung einher. Eltern äußern ein in sich konsistent erscheinendes erzieherisches Glaubenssystem, an dem sich ihre konkrete Erziehungspraxis ausrichtet, ohne damit das gewünschte Ziel zu erreichen. In ihren Einstellungen und Überzeugungen finden wir unerschütterlich anmutende Haltungen und verfestigte Beziehungsphantasien mit externalen Ursachenzuschreibungen in Bezug auf das geschilderte Problemverhalten. Als Erklärungen für die Symptomatik des Kindes finden wir unpräzise Krankheitsattributionen, weshalb bevorzugt Ärzte oder Therapeuten aufgesucht werden. Manchmal wird aber auch ein (ererbter) schlechter oder schwacher Charakter als Ursache für das kindliche Problemverhalten angenommen. Das eigene Hilflosigkeitserleben führen sie ursächlich auf die kindliche Symptomatik zurück und es erscheint ihnen meist abwegig, ihr Erziehungsverhalten auch als Bedingung für die Symptomentwicklung zu sehen. Besonders die eigenen Ängste (z. B. vor Konflikten oder vor Beziehungsverlust) können nicht immer als relevante Eigenanteile an der Beziehungsproblematik anerkannt werden. Stattdessen beobachten wir, dass eine laissez-faire- Haltung bzw. ein übermäßig permissiver Umgang mit dem unerwünschten Verhalten als freiheitlich demokratisch etikettiert wird oder auch, dass übermäßiges Einengen als erzieherisch notwendig begründet wird. Gelegentlich hören wir auch die Befürchtung, dass durch lenkende Einflussnahme oder durch Grenzsetzung im Kind etwas zerstört werden könne. Am Ende glauben Eltern, in dem geschilderten Problembereich selbst keinerlei Entscheidungen mehr treffen zu können und keinen wirksamen Einfluss mehr auf das Kind zu haben. Oft erscheinen sie wie erstarrt in dem unauflösbaren Widerspruch, alles nach bestem Wissen richtig gemacht zu haben und trotzdem in ihrer Elternrolle gescheitert zu sein. Das Resultat ist eine nachhaltige Verunsicherung oder Erschütterung ihres Selbstkonzeptes als verantwortliche und kompetente Eltern.

### **3. 3. 3. Affektive Aspekte der PH**

Auf der affektiven Ebene finden wir Merkmale, die eng mit den kognitiven Haltungen verknüpft sind. Eltern zeigen in ihrer Hilflosigkeit eine deutliche Verunsicherung mit ambivalentem Beziehungs- und Bindungserleben bzw. emotionaler Distanzierung vom Kind und tendenziellem Energieverlust in der Beziehungsgestaltung. Im Beziehungserleben dominiert Ambivalenz. Neben dem Erleben von affektiver Distanzierung gegenüber dem Kind kämpfen Eltern aus emotionaler Gebundenheit oder einem Verantwortungsgefühl heraus mit allen Mitteln um das Zusammenbleiben. In dem Glauben, dass das Kind sich nicht in der gewünschten Weise auf sie bezieht, empfinden sie ein gestörtes Vertrauensverhältnis, das sich gelegentlich in „abergläubischen“ Realitätskonstruktionen oder gar in paranoiden Wahrnehmungsverzerrungen äußern kann. Dazu gehört beispielsweise die Angst, vom Kind nicht angenommen zu sein, manchmal sogar gehasst zu werden. Ohnmachts- und Schuldgefühle haben eine Vermeidung emotionaler Nähe oder zur Folge und münden in eine depressiv resignierte Beziehungsgestaltung. Insbesondere geht mit parentalem Selbstwertverlust oft verdeckte oder offene Scham gegenüber der Umwelt einher.

### **3. 3. 4. PH im erzieherischen Handeln**

Auf der Handlungsebene finden wir auffällige Beeinträchtigungen der erzieherischen Lösungskompetenz. Erziehungsmaßnahmen, die sich auf das Problem beziehen, erscheinen uns für eine Lösung ungeeignet. Eltern schildern stabile Tendenzen zu untauglichen Bewältigungspraktiken, die sie bereits seit längerem, oft über viele Jahre trotz anhaltender Erfolglosigkeit nach dem von Watzlawik beschriebenen Muster des „Mehr desselben“ weiter fortsetzen. Haltgebende Erziehungsmaßnahmen sind meist über einen längeren Zeitraum schon nicht mehr gelungen, obwohl Eltern weiter hartnäckig um die Kontrolle bzw. um das Zusammenbleiben mit dem Kind zu kämpfen scheinen. Manche reagieren mit einer nicht kalkulierbaren Tendenz zu überzogenem Reglementieren und Strafen, wenn sie nicht mehr ausweichen können. Andere machen ihr Kind zum Herrscher über ihre Beziehung, begegnen ihm aus einer Unterwerfungshaltung heraus oder zeigen sich überfürsorglich dienend. Wieder andere parentifizieren ihr Kind oder stellen sich kommunikativ auf die Geschwisterebene. Gelegentlich offenbaren sich hinter solchen Beschreibungen auch Misshandlung, Missbrauch, Vernachlässigung etc..

### **3. 4. Partielle vs. generalisierte PH, eine Unterscheidung nach Phänomenbereichen**

Partielle PH, die sich gegenüber einem einzelnen Kind bzw. bestimmten Aspekten kindlichen Verhaltens zeigt, lässt sich von einer generalisierten Form unterscheiden, die gegenüber mehreren oder allen Kindern in Erscheinung tritt. In weitaus den meisten Fällen haben wir es mit Eltern zu tun, die sich gegenüber dem Problemkind extrem hilflos fühlen und verhalten, während wir eine kompetente und zufriedenstellende Beziehungsgestaltung gegenüber den anderen Kindern beobachten können. Die generalisierte PH scheint dagegen häufiger mit anderen Merkmalen eingeschränkter Lebendstüchtigkeit einher zu gehen. Häufig leben solche Väter oder Mütter in einem stützenden Kontext. Entweder kompensiert der andere Elternteil die fehlenden Kompetenzen, Geschwister oder Verwandte übernehmen parentale Funktionen, oder es gibt externe Unterstützung (z. B. Jugendhilfe). Therapeutisch stellen uns partielle und generalisierte PH vor unterschiedliche Aufgaben.

### **3. 5. Primäre vs. sekundäre PH, eine ätiologische Unterscheidung**

Auch wenn es sich in den uns vorliegenden Beobachtungen noch nicht eindeutig herauskristallisiert hat, scheint es sinnvoll zu sein, im Hinblick auf die therapeutischen Konsequenzen je nach dem dominanten Entstehungskontext eine primäre von einer sekundären PH zu unterscheiden. Primäre PH ist dann anzunehmen, wenn Eltern durch frühere belastende Erfahrungen in der eigenen Kindheit oder durch vorausgegangene, in die Elternschaft „mitgebrachte“ traumatische Erlebnisse mit bestimmten Verhaltensaspekten ihres Kindes nicht zurecht kommen und in ihren Bewältigungsmöglichkeiten überfordert werden. Eine sekundäre PH entwickelt sich aus mangelnder Fähigkeit oder Bereitschaft, das Kind anzunehmen, in der Art wie es entstanden oder wie es auf die Welt gekommen ist. Hier können eine unerwünschte Schwangerschaft oder eine Behinderung des Kindes eine Rolle spielen. So kann z. B. ein frühkindlicher Autismus oder eine andere sensorische Behinderung die Eltern in massiver Weise überfordern und den Zustand der PH herbeiführen. Es kommen für das Entstehen einer sekundären PH aber auch Belastungen in Betracht, die aus dem familiären Kontext oder der Partnerschaft erwachsen. Eine Großmutter beispielsweise, die das Familienleben der Eltern dominiert, ihren Sohn in einer starken Abhängigkeitsbeziehung bindet, die Kindesmutter disqualifiziert und sich darüber hinaus dominant in die Erziehung einmischt, kann zur (sekundären) parentalen Hilflosigkeit ihrer Schwiegertochter, bzw. auch des Kindesvaters, einen erheblichen Beitrag leisten.

#### 4. Hilflosigkeit aus Sicht der klinischen Psychologie

Um die in unserem Kontext beobachteten Phänomene mit bestehendem klinischen Wissen in Verbindung zu bringen, erscheint mir ein Exkurs in die klinische Psychologie der 70er Jahre hilfreich. Die bedeutendsten Forschungsbeiträge zum Phänomen der Hilflosigkeit verdanken wir Seligman und seiner lernpsychologisch orientierten Forschergruppe. In einem behavioristischen Verständnis wurde das Konzept der „erlernten Hilflosigkeit“ zunächst als Tendenz zu extremer Passivität beschrieben, die durch Kontrollverlust in bedrohlichen Situationen ausgelöst wird. Ursprünglich hatte man sich in der Konzeptualisierung der Hilflosigkeit ausschließlich auf beobachtbares Verhalten beschränkt. Im Zuge der sog. „kognitive Wende“ in der Lernpsychologie wurden dann aber kognitive Prozesse in die Betrachtungen mit einbezogen. Unter Bezug auf Tolmans (1938) Vorstellungen, nach denen erlerntes Verhalten vor allem auf dem Aufbau kognitiver Strukturen („cognitive maps“) basiert, wurden Überzeugungen und Erwartungshaltungen über zukünftige Nichtkontrolle als entscheidende Grundbedingungen für das Phänomen der Hilflosigkeit angenommen<sup>9</sup>. Abramson, Seligman und Teasdale (1978) betonten in ihrer Konzeptrevision, dass es nicht genügt, dass ein aversives Ereignis objektiv außerhalb der eigenen Kontrollmöglichkeit des Individuums liegt, um Hilflosigkeit zu erzeugen. Vielmehr konnten sie individuelle Attributionsstile als Bedingungsfaktoren nachweisen, die die Erwartungen über eine zukünftige Nichtkontrolle steuern. Sie unterschieden neben internalen und externalen auch globale und spezifische bzw. zeitstabile und veränderliche Attributionen und konnten zeigen, dass Depressionen mit einem Verlust von Selbstwertgefühl eher dann zu erwarten sind, wenn bei Auftreten eines aversiven Ereignisses globale, stabile und internale Zuschreibungen gemacht werden. Andererseits konnten sie beobachten, dass im Zustand von Hilflosigkeit das Realitätserleben verzerrt wird. Als kennzeichnend für die Konsequenzen beschrieben sie stabile Selbstbildveränderungen, die nicht nur eine Überzeugung von Hilflosigkeit in der spezifischen Situation hinterlassen, sondern einen generalisierten Selbstwertverlust zur Folge haben können.

In einem der vielen von Seligman geschilderten Experimente antworteten Versuchspersonen, nachdem sie unvermeidbare elektrische Schläge erfahren hatten, dass sie „ja doch keine Kontrolle über den Schock hätten, warum es also auch noch versuchen?“. Sie ließen zum Schluss auch vermeidbare Schocks völlig passiv über sich ergehen. Wer die feste Überzeugung gewonnen hat, dass traumatische Konsequenzen und eigenes Reagieren voneinander unabhängig sind, verliert die Reaktionsbereitschaft und tendiert letztlich dazu, objektiv vorhandene Kontingenzen nicht mehr zu erkennen (Seligman 1979: 52f). Die einmal gefestigte Überzeugung, durch eigenes willensgesteuertes Handeln erwartete aversive Außenreize nicht beseitigen oder vermeiden zu können, also ausgeliefert zu sein, zerstört u. U. dauerhaft das Bewusstsein der Selbstwirksamkeit (self-efficacy im Sinne von Bandura 1977) und beeinträchtigt nachhaltig die Lernfähigkeit für neue Bewältigungsmuster und führt letztlich zu emotionalen Störungen. Dauerhaftes affektives Erleben von Angst und Hoffnungslosigkeit, die jede Lebensfreude verdrängen, münden in Passivität und Energieverlust. Die Auflistungen der psychopathologischen Folgen erstrecken sich von Schlafstörungen, psychosomatischen Beschwerden, Panikattacken und selbsterstörerischem Verhalten bis hin zum Suizid. Seligman vergleicht die von ihm beobachteten Phänomene mit den von René Spitz (1967) eindrucksvoll beschriebenen Hospitalismuseffekten und seinem Konstrukt der „anaklitischen Depression“. Zu den sozialen Folgen werden außerdem Vertrauensverlust in primären Beziehungen und Isolation gezählt.

---

<sup>9</sup> Hier wurde Hilflosigkeit im Kern bereits im Sinne einer kognitiven „Konstruktion“ verstanden.

## **5. Zur rekursiven Bezogenheit von Hilflosigkeit, Symptombildung und elterlicher Kooperation**

Wenn Eltern ihre parentale Wirksamkeitsüberzeugung und das Vertrauen in ihre Elternfunktion verlieren, wenn ihre Hoffnung schwindet, die Beziehung zum Kind aus eigener Kraft zufriedenstellend gestalten zu können, dann scheint zugleich eine Tendenz zu entstehen, ihre lenkende, haltgebende und unterstützende Rolle Anderen zu übertragen.<sup>10</sup> Allerdings werden Kinder in solchen Situationen nach unseren Beobachtungen aktiv und öffnen sozusagen durch ihr Verhalten das System. Sie senden Signale an bereitwillige „Verantwortungsnehmer“ (s. Pleyer 1996: 190) und machen nach außen deutlich, dass innerhalb der Familie Hilfe benötigt wird. Wenn schließlich Therapeuten einbezogen werden, hat sich meist ein längerer Prozess vollzogen, in dem sich elterliche Defizite und ihre Bewältigungsversuche in rekursiven Ursache- Wirkungs- Schleifen mit dem kindlichen (Symptom-) Verhalten verknüpft haben. Kinder reagieren auf elterliche Hilflosigkeit mit zunehmender Symptombildung, die wir als Provokationen zum Handeln und Entscheiden deuten können. Kindliches Symptomverhalten erzeugt wiederum vermehrten Stress beim hilflosen Elternteil und trägt, sofern es dessen Bewältigungsmöglichkeiten überfordert, meist zu noch größerer Hilflosigkeit bei.

Die Frage aber, was in solchen Fällen als das „Problem“ zu betrachten ist, was zuerst da war oder was verursachend für das andere ist, stellt sich im Einzelfall meist ähnlich wie die Frage nach „Henne oder Ei“. Wir finden Fälle, in denen möglicherweise die kindliche Symptombildung durch Außeneinwirkungen initiiert wurde (z. B. bei Unfällen oder Misshandlung durch Fremde). Solche Ereignisse können dann durch unpassendes Reagieren der Eltern in ein Beziehungsproblem einmünden und schließlich durch Chronifizierung eine ausgeprägte PH etablieren. Wir sehen aber ebenso viele Fälle, in denen Elternteile durch einen Persönlichkeits- oder Verhaltensaspekt ihres Kindes, mit dem sie nicht umgehen können, in erhebliche Schwierigkeiten geraten sind. Zum Beispiel können ängstlich gehemmte Eltern durch ein angstfreies und expansives Kind u. U. erheblich überfordert werden.

Die Hilflosigkeit eines Elternteils fordert immer die partnerschaftliche Kooperation in der Erziehung heraus und kann insofern auch die elterliche Paarbeziehung belasten. Umgekehrt sehen wir mangelnde Kooperation auf der Paarebene zugleich auch als bedingende Kontextvariable für die Hilflosigkeit eines Elternteils und eine Symptomentwicklung beim Kind. PH, kindliche Symptombildung und parentale Kooperation stellen sich in unserer Arbeit in einer komplexen rekursiven triadischen Verflechtung dar, aus dem die Phänomene als einzelne nur schwer herauszulösen sind.

## **6. Zum Nutzen des Konstruktes „parentale Hilflosigkeit“**

Um Missverständnisse zu vermeiden sei betont, dass es bei der Formulierung der PH keineswegs um den vermessenen Versuch geht, einen Phänomenbereich originalgetreu abzubilden oder wie es scheinen mag, ein neues klinisches Syndrom zu entwerfen. Letzteres sollte der empirischen Forschung vorbehalten sein. Vielmehr sollte dargestellt werden, welche Erlebens- und Verhaltensaspekte von Eltern in unserem Kontext besonders aufgefallen sind und zu welchen ordnenden Kategorisierungen und Konstruktionen sie uns veranlasst haben, um die Komplexität zu reduzieren. Letztlich ging es auch darum, therapeutisch

---

<sup>10</sup> Hierin könnte (aus der Perspektive der Evolution) eine sinnvolle Lösungsstrategie zum Ausdruck kommen, die das Ziel verfolgt, das Überleben der eigenen Kinder zu sichern, wenn Eltern selbst die Kontrolle verlieren.

verwertbare Leitlinien zu gewinnen. Die Konstruktformulierung der PH verstehe ich als Orientierungshilfe mit metaphorischem Charakter. Sie dient als Landkarte, besser gesagt als grobe Skizze. Ludewig (1988) hat Nutzen, Schönheit und Respekt als Grundkategorien für die Bewertung von Therapien vorgeschlagen. Diese Kriterien sollten aus meiner Sicht ebenso für die in der Therapie angewandten Konstrukte gelten. Aus der Perspektive einer konsequenten Kundenorientierung (u. a. Rotthaus 1999: 161f) in der Therapie mit Kindern sollten Konstrukte auf dem Prüfstand der „klinischen Nützlichkeit“ (Reiter, 1995) aus meiner Sicht mindestens drei Bedingungen erfüllen: Sie sollten für Kliniker und Klienten gleichermaßen nutzbares Expertenwissen vermitteln, sollten eine gemeinsam verwendbare Begrifflichkeit für die Konversation bereitstellen und sollten Hinweise auf praktikable Arbeitsanleitungen für die therapeutische Kooperation beinhalten.

Das Konstrukt der PH verweist auf Expertenwissen, welches den Horizont des Verstehens für alle Beteiligten vergrößern bzw. neu fokussieren kann. Der Rückgriff z. B. auf die Forschungsergebnisse zur „erlernten Hilflosigkeit“ bzw. auf die Begrifflichkeiten der kognitiven Psychologie können helfen, die für die Klienten unerklärlichen Phänomene des Erlebens und Verhaltens als erklärliche „normale“ Konsequenzen „abnormer“ Belastungen oder traumatischer Erfahrungen aufzuklären bzw. zu deuten und so in neuer Weise kommunikabel zu machen.

Sofern die helfenden Experten die PH als ein „normales“ Bewältigungsphänomen bzw. als überwindbare Befindlichkeit verstehen, werden Pathologisierungen und entwertende Konnotationen vermieden. Damit laufen professionelle Helfer weniger Gefahr, in der Sackgasse einer ethisch- moralischen Bewertung elterlicher Verantwortungslosigkeit festzufahren. Distanzierende Affekte und abwertende Zuschreibungen gegenüber Eltern sind nämlich in der stationären und ambulanten Therapie von Kindern häufig anzutreffen, wo die Helfer sich hilflos fühlen. Ich möchte behaupten, dass weitaus die meisten Therapie- oder Beratungsabbrüche daraus resultieren, dass Eltern sich durch therapeutisches oder beratendes Personal nicht verstanden, sondern subtil oder offen zurückgewiesen bzw. abgewertet fühlen.

Der Begriff Hilflosigkeit hat sich in weitaus den meisten unserer Fälle als sehr geeignet erwiesen, die Realitätssicht von Eltern mit unserer Therapeutesicht zu verbinden. Sofern Hilflosigkeit als Ideenverlust bzw. als passagere Erschöpfung definiert wird, die Respekt verdient und nicht als Defekt mit disqualifizierender Bewertung verstanden wird, können Eltern die sprachliche Verwendung dieses Begriffes gut akzeptieren. Wenn darüber hinaus auch explizit die vorausgegangenen Leistungen und Bemühungen untersucht und gewürdigt werden und Hilflosigkeit mit all seinen Begleiterscheinungen als Zustand beschrieben wird, der naturgemäß eintritt, wenn anhaltende Bemühungen und Lösungsversuche keinen Erfolg bringen, dann sind Eltern auch bereit, ihre eigene Hilfsbedürftigkeit einzugestehen und therapeutische Hilfsangebote für sich selbst anzunehmen. In diesem Sinne unterstützt das Konstrukt der PH die sprachliche und logische Ankoppelung an elterliche Selbstbeschreibungen und bietet einen für Eltern leicht verständlichen Rahmen für gemeinsame Dialoge.

PH und kindliche Symptomatik können als zusammenwirkende Ressourcen mit nutzbaren Synergieeffekten betrachtet werden. Das Symptomverhalten des Kindes lässt sich nicht nur als kreativer Lösungsversuch mit hohem metaphorischem Bedeutungsgehalt verstehen, sondern sehr wohl auch als schützenswerte

Energiequelle, die den Treibstoff liefert für eine Rückkehr der Eltern zu einer kompetenten Wahrnehmung ihrer Rolle. In der therapeutischen Nutzung jener Energien, die der kindlichen Symptomatik innewohnen, sehen wir eine weit größere Chance als darin, sie möglichst schnell zu beseitigen. Ebenso lässt sich die Hilflosigkeit der Eltern als hochwertige Ressource verstehen. Immerhin kennen wir als Therapeuten die Kraft und Kreativität, die von Kindern hilfloser Eltern entwickelt werden können. Zudem ist es der Tendenz der Eltern zur Verantwortungsabgabe zu verdanken, dass wir als Therapeuten eine Einladung und freien Eintritt ins „Problemsystem“ erhalten, um jene Kontextbedingungen unterstützen zu können, die kindliche Symptomentwicklung für die Zukunft überflüssig machen.

Aus meiner Sicht schließt so das Konstrukt der PH eine bisher vorhandene Lücke. Es stellt neben den reichlich vorhandenen Theorien und Konstrukten zur kindlichen Symptombildung den fehlenden Baustein für die Elternseite bereit, sodass Eltern und Kinder als ein Ganzes gesehen und in der Therapie behandelt werden können.

### **7. Konsequenzen für die Praxis der Kindertherapie (und der Jugendhilfe)**

Im Hinblick auf angemessene Optionserweiterungen therapeutischen Handelns liefert das Konstrukt der PH vor allem auch einen handlungsleitenden Verständnisrahmen. Es lenkt die Aufmerksamkeit weg vom kindlichen Symptomverhalten auf die problemhaltenden Elemente im Denken und Fühlen der Eltern. Es macht eine heuristische Arbeit an den Entstehungsbedingungen plausibel, die meist zeitintensives Zusammensein mit den Eltern erfordert. So kann die Überwindung der Hilflosigkeit als Bedingung für die Lösung des Problems definiert und als hochrangiges Arbeitsziel in den Therapievereinbarungen hervorgehoben werden.

Mit den oben beschriebenen vier symptomatischen Phänomenen der PH sind zugleich Arbeitsziele für den therapeutischen Prozess vorgegeben:

1. die Förderung des Beobachtens und Beschreibens und eines angemessenen (neuen) Wahrnehmens der Signale des Kindes,
2. das Erzeugen einer hohen psychischen und physischen „Präsenz“ (vgl. auch Omer u. von Schlippe 2002) und das Herbeiführen verantwortlicher Entscheidungen durch die Eltern,
3. Forcierung und Begleitung einer respektvollen Konfliktregulierung und
4. das Unterstützen und Einüben von Kooperation.

Am Ende erfolgreicher Therapien beobachten wir neben erwünschten Effekten beim Kind bemerkenswerte Änderungen im parentalen Selbstkonzept und in der affektiven Beziehungsgestaltung mit ihrem Kind.

Auf dem Hintergrund der (konstruktiv- systemischen) Überzeugung, dass der Mensch als soziales Wesen seine Realität im kommunikativen Miteinander erzeugt, lassen sich PH und kindliche Symptombildung als zwei Seiten einer Beziehungsrealität beschreiben, die sich in gemeinsamen Konstruktionsprozessen zwischen Elternteil und Problemkind entwickelt haben. Aus dieser Perspektive kommt der Hilfe zur Überwindung der PH eine Bedeutung zu, die mindestens als gleichrangig einzustufen ist mit der therapeutischen Arbeit am Kind selbst. Wie wir das konzeptuelle Denken über die PH in konkrete

therapeutische Praxis umsetzen und wie wir parentales Wirksamkeitserleben aufzubauen versuchen, ist a. a. O. in einem Konzeptentwurf für eine „systemische Spieltherapie“ (Pleyer 2001) dargestellt worden.

## **8. Weiterentwicklungen in unserem Therapieverständnis**

Über die Zeit musste sich unser tradiertes Therapieverständnis einige Neudefinitionen gefallen lassen. Nach unserer Überzeugung erfordert psychotherapeutische Hilfe für Kinder einen systemischen Denkrahmen, in dem die Eltern des Kindes als Empfänger unserer Dienstleistungen einen zentralen Platz einnehmen. Unsere Arbeit zielt wesentlich darauf ab, einen Kontext von parentaler Kompetenz und Verantwortlichkeit herzustellen. Kindertherapie, die sich als ausschließliche Beschäftigung mit dem Kind und seinen Symptomen versteht, hat nur noch einen eingeeengten Indikationsbereich (s. dazu auch Burr 2001: 81)

Dadurch dass wir in starkem Maße zu Unterstützern, Beratern und Supervisoren der Eltern geworden sind, anstatt im Sinne einer Reparaturwerkstatt ausschließlich die Therapeuten der Kinder zu sein, verstehen wir Therapie zu einem bedeutsamen Teil als Supervision schlecht gelingender Lösungsversuche der Erziehungsverantwortlichen (s. auch Buchholz 1996: 9).

Zudem ist Therapie in unserem Arbeitskontext keineswegs nur das, was Therapeut und Kind oder Therapeut und Familie in der Abgeschlossenheit des Therapieraums miteinander vollziehen. Therapie realisiert sich im Gesamtkontext eines vielfältigen Angebotes multiprofessioneller Einzelleistungen. Deshalb bevorzuge ich es, Therapie in unserem Arbeitsfeld als Mannschaftsleistung zu verstehen. Dabei haben die tradierten Rollenzuweisungen und Hierarchisierungen z. B. zwischen Therapeuten und Erziehern, wie sie in Kliniken und Erziehungsinstitutionen vorzufinden sind, längst ihre Nützlichkeit verloren.

## **9. Schlussbemerkung**

Das in unserem Erfahrungsbereich gewachsene Therapieverständnis kollidiert nicht nur mit überkommenen Krankheitsbegriffen in der Kinderpsychiatrie und anderen Therapieschulen. Vor allem stellt es eine Behandlungspraxis in Frage, in der Therapeuten aus finanzierungstechnischen oder anderen Gründen Kinder auf die Rolle der (kranken) Symptomträger festschreiben und so tun, als seien sie die hauptsächlichen oder ausschließlichen Kunden. Eltern nur dürftig zu beraten oder sie lediglich in einem geringen Umfang zur „Mitbehandlung“ einzubeziehen, entspricht nach Beobachtungen an unseren Familien in der Regel nicht den Bedürfnissen der symptom- und leidtragenden Kinder. Mindestens 7 von 10 Kindern, die zu uns kommen, haben wegen der vorgestellten Problematik z. T. langjährige erfolglose medikamentöse Behandlungen, Einzeltherapien oder Fördermaßnahmen hinter sich. Wo Eltern nicht oder unzureichend einbezogen waren, wurden möglicherweise nicht nur Geld und andere Ressourcen vertan. Vor allem hat dies potentiell dazu beigetragen, die Hilflosigkeit von Eltern zu stabilisieren bzw. zu verstärken. Solche Maßnahmen wurden uns oft genug als wenig nützlich geschildert. Und im Hinblick auf das, was Eltern sich erhofft hatten, wurden sie gelegentlich sogar als unterlassene Hilfeleistung gekennzeichnet. Eine kindertherapeutische Praxis, die die Selbstwirksamkeitsbedürfnisse der Eltern ignoriert, ist deshalb aus unserer Perspektive obsolet. Sofern sich unsere Gesellschaft daran messen lassen will, was ihr die eigenen Kinder wert sind, sollte die Förderung systemisch konzipierter Behandlungsansätze für Kinder und Eltern zu ihren vorrangigen gesundheitspolitischen Zielen gehören.

**Overview:** In the framework of a systemic understanding of child psychotherapy we will describe childrens behavioral symptoms and parental failure as a reflexive relationship pattern, in which the childs symptoms appear as an attempt to conquer the helplessness of their parents. „Parental helplessness“ (ph) will be proposed as a systemic construct. As the main phenomena we find, changes in the (their childrens) perception, conflict avoidance in the formation of relationships, devolution of responsibility in child rearing and loss of cooperation on the parental level. The „clinical usefulness“ of such a construct will be seen in the extended possibilities for therapeutic intervention. Especially when parents give the appearance of not taking any responsibility for their children, a ph - framework of understanding offers possibilities of linking into the parental situation and onto chances for a fruitful cooperation. Experiences from a „Children's Psychiatric Day Unit“ will be sketched, where „parental helplessness“ is an integrated treatment theme.

### **Bibliographie:**

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P., Teasdale, J.D (1978): Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74
- Ainsworth, M.D.S. (1977): Feinfühligkeit vs. Unempfindlichkeit gegenüber Signalen des Babys. In K.E. Grossmann (Hrsg.) *Entwicklung der Lernfähigkeit in der sozialen Umwelt*. München (Kindler), 98-107
- Burr, W. (2001): Wozu brauchen wir eine systemische Kindertherapie? In: Rotthaus, W. (Hrsg.) *Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie*. Heidelberg (Carl Auer Systeme)
- Byng-Hall, J., Bruggen, P. (1974): Family Admission Decisions as a Therapeutic Tool. *Family Process* 13: 443 - 459
- de Shazer, S. (1989a): *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Heidelberg (Carl Auer)
- de Shazer, S. (1989b) *Wege der erfolgreichen Kurztherapie*. Stuttgart (Klett Cotta)
- Bandura, A. (1977): Self- efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. Rev.*, 84, 191-215
- Buchholz, M. (1996): Die metaphorische Verdichtung von Sinnstrukturen, *System Familie*, 9, S. 3-11
- Cierpka, M. (Hg.) (1988): *Familiendiagnostik*. Berlin, Heidelberg (Springer)
- Haley, J. (1981): *Ablösungsprobleme Jugendlicher. Familientherapie- Beispiele- Lösungen*, Pfeiffer, München
- Ludewig, K. (1988): Problem – „Bindeglied“ klinischer Systeme. Grundzüge eines systemischen Verständnisses psychosozialer und klinischer Probleme. In: Reiter, L. et al. (Hg.) *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. Berlin – Heidelberg (Springer)
- Ludewig, K. (1988): Nutzen, Schönheit, Respekt – Drei Grundkategorien für die Evaluation von Therapien. *System Familie* 1 (2), 103-114
- Minuchin, S. (1983): *Praxis der strukturellen Familientherapie*. Freiburg (Lambertus)
- Omer, H. , von Schlippe, A. (2002): *Autorität ohne Gewalt*. Göttingen (Vandenhoeck & Rupprecht)
- Pleyer, K.H. (1983): Die Frage der Verantwortlichkeit als zentrales Problem in der stationären Therapie. In: Rotthaus, W. (Hrsg.) *Systemische Familientherapie im ambulanten und stationären Kontext*. Dortmund (verlag modernes lernen) 126 -142
- Pleyer, K.H. (1987): *Erziehung und Therapie in der Institution - Die Wirkungen sind ihre Ursache, die Lösung das Problem?* In Rotthaus, W. (Hg.) *Erziehung und Therapie in systemischer Sicht*, Bd. 5. Dortmund (Verlag Modernes Lernen) 105- 119



- Pleyer, K.H. (1996): Schöne Dialoge in hässlichen Spielen? Überlegungen zum Zwang als Rahmen für Therapie. Z. system. Ther. 14 (3) 186-196
- Pleyer, K.H. (2001): Systemische Spieltherapie – Kooperationswerkstatt für Eltern und Kind. In: Rotthaus, W. (Hrsg.) Systemische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Heidelberg (Carl Auer Systeme)
- Reiter, L. (1991): Klinische Konstellationen – Ein praxisbezogenes Rahmenkonzept systemischer Therapie, Vortrag auf dem 3. Langenfelder Symposium für Sozialpsychiatrie und systemisches Denken am 1.2.1991
- Reiter, L. (1995) Das Konzept der „klinischen Nützlichkeit“ - Theoretische Grundlagen und Praxisbezug. Z. system. Ther. (3) 193- 197
- Rotthaus, W. (1984): Stärkung der elterlichen Kompetenz bei stationärer Therapie von Kindern und Jugendlichen, Prax. Kinderpsychol. 33 (3)
- Rotthaus, W. (1990): Stationäre Kinder- u- Jugendpsychiatrie. Dortmund (Verlag modernes lernen)
- Rotthaus, W. (1998): Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung. Heidelberg (Carl Auer Systeme)
- Rotthaus, W. (1999): Kundenorientierung in der stationären systemischen Psychotherapie. Vom Kontext des Versagens zum Kontext der Kompetenz. In: Vogt- Hillmann, M. & Burr, W. (Hg.) Kinderleichte Lösungen, Lösungsorientierte kreative Kindertherapie. Dortmund (Borgmann) 159-169
- Seligman, M.E.P. (1979): Erlernte Hilflosigkeit. München (Urban & Schwarzenberg)
- Spitz, R. A. (1967): Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart (Klett)
- Tolman, E.C. (1938): The determinants of behavior at a choice point. Psychol. Rev., 45, 1-41

**Kurzbiographie des Verfassers:**

Karl Heinz Pleyer, Dipl. Psych., Jg. 44, Psychol. Psychotherapeut, Lehrtherapeut für Systemische Therapie u. Supervisor (DGSF), seit 73 an der LK Viersen in verschiedenen Bereichen der KJP, z. Zt. Leiter der Tagesklinik für Kinder, Weiterbildungen in VT, GT, Spieltherapie und Syst. Familientherapie, Gründungsmitglied der Rheinischen Gesellschaft für systemische Therapie (RGST) seit 1981.

**Anschrift:**

Karl Heinz Pleyer, Tagesklinik für Kinder, Süchtelnerstr. 208, 41747 Viersen, email: kh.pleyer@t-online.de