

Wilhelm Rotthaus (Hrsg.)

Fallbuch der Systemischen Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Mit Beiträgen von:

Corina Ahlers · Mathias Berg · Wiltrud Brächter
Barbara Bräutigam · Michael Buscher · Andrea Caby
Filip Caby · Björn Enno Hermans · Alexander Korittko
Maren Krüger · Simone Lamerz · Christoph Möller
Bernd Reiners · Ingo Spitzzok von Brisinski
Manfred Vogt · Livia Voneschen · Claudia Wach
Anne Wichtmann · Charlotte Wirl

2020

Einleitung

Wilhelm Rotthaus

»Ja, meine Aufmerksamkeit gilt vor allem dem, was zwischen den Familienmitgliedern passiert, und nicht so sehr dem, was in jedem Einzelnen vor sich geht. Mich interessiert der intersubjektive Prozess mehr als das subjektive Empfinden, ich beschäftige mich mit den ›Synapsen‹ zwischen den Menschen.«¹

Falldarstellungen zeigen ein konkret anschauliches und lehrreiches Bild psychotherapeutischen Handelns in der Praxis, können erfahrenen Therapeutinnen und Therapeuten Anregungen geben und jüngeren als Beispiele für die Umsetzung des eher theoretisch Erlernten dienen. Im vorliegenden Band wurden 16 Fallberichte über eine Systemische Therapie mit Kindern und Jugendlichen als Indexpatienten zusammengestellt. Die Autorinnen und Autoren waren gebeten worden, in ihren Schilderungen nach Möglichkeit charakteristische Aspekte ihres systemtherapeutischen Vorgehens in der Arbeit mit Kindern oder Jugendlichen und deren Familien herauszuarbeiten. Besonderer Wert wurde darauf gelegt, im jeweiligen Einzelfall zu verdeutlichen und auch für Nicht-Systemiker nachvollziehbar zu machen, welche Überlegungen den Therapieprozess geleitet haben und welche Therapiefaktoren – Haltung/Einstellung, Setting, Methoden – die Autorin oder der Autor für besonders wesentlich erachtet.

Was zeichnet die Systemische Kinder- und Jugendlichentherapie aus? Sie ist ein Therapieverfahren, dem ein bestimmtes Weltbild und eine Erkenntnistheorie zugrunde liegen, die durch den Konstruktivismus und den Sozialkonstruktivismus, die Theorie sozialer Systeme und die Theorie komplexer dynamischer Systeme sowie narrative Theorien geprägt wurden. Erst auf diesem Hintergrund kommen die vielfältigen Methoden zum Tragen, die innerhalb dieses Verfahrens entwickelt wurden. Ein derartig fundiertes Verstehen ist zudem die Basis für einen zentralen Vorgang im Rahmen der Systemischen Therapie: die Reflexion darüber, warum man so handelt, wie man handelt.

¹ Aussage des Psychotherapeuten Yuri in dem Roman von Gérard Salem (2019): Du wirst an dem Tag erwachsen, an dem du deinen Eltern verzeihst. Köln (DuMont), S. 213.

Aus diesem Grund wird der kritischen Reflexion des Fallverlaufs in allen Falldarstellungen dieses Bandes breiter Raum gegeben.

Ein ganz zentrales Merkmal Systemischer Therapie ist die Verortung des Problems in den bedeutsamen Beziehungen des identifizierten Patienten. Den Problembeschreibungen liegen im systemtherapeutischen Verständnis kommunikative Prozesse zugrunde, deren Veränderung ein wichtiges Ziel ist. Daraus leitet sich ab, dass die Wahl des Settings, in dem die Therapie stattfindet, von großer Bedeutung ist. Als Normalfall bietet sich das Mehrpersonensetting an, beispielsweise die Arbeit mit der ganzen Familie. Die Therapeutin erhält so die Möglichkeit, die innerfamiliären Kommunikationen im Therapiezimmer zu beobachten und offensichtlich problemgenerierende Vorannahmen infrage zu stellen. Sie erhält zudem die Möglichkeit, zeitgleich auf mehrere Personen einzuwirken, was die Veränderungschancen deutlich erhöht. Das bedeutet nicht, dass zu bestimmten Zeitpunkten im Therapieprozess andere Settings – beispielsweise nur mit den Eltern, mit dem Paar, im Einzelkontakt mit dem identifizierten Patienten, nur mit den Geschwistern oder mit Personen aus der Peergruppe des Jugendlichen – sinnvoll sind. Im Gegenteil, es ist von Stunde zu Stunde die jeweils neue Aufgabe der Therapeutin, zu entscheiden, in welchem Setting Veränderungsanstöße wohl am ehesten wirksam werden können.

In der Systemischen Therapie geht es nicht darum, die Klientenfamilie zu erkennen, so wie sie ist. Die Therapeutin begegnet nur der Familie, wie diese sich ihr gegenüber zeigt. Zudem ist die Sicht der Therapeutin durch ihre ganz persönliche Art des Sehens und Interpretierens geprägt. Die von ihr entwickelten Hypothesen beispielsweise über Faktoren, die das Problem aufrechterhalten, können nicht richtig sein, sondern bestenfalls mehr oder weniger passend. Das entscheidende Bewertungskriterium ist ihre Nützlichkeit für den therapeutischen Prozess. So zeigt die Erfahrung, dass sich aus systemischen Hypothesen, das heißt aus Hypothesen, die die anderen Personen des relevanten Systems in die Überlegungen über den Sinn, die Funktion, das Motiv und den guten Grund des Symptoms einbeziehen, jeweils wirkungsvolle methodische Vorgehensweisen ableiten lassen.

Symptome sind aus systemtherapeutischer Sicht niemals überflüssig. Der Klient und ebenso sein jeweils relevantes Beziehungssystem können als Ökosysteme betrachtet werden, in denen es grundsätzlich nichts Überflüssiges gibt. Ziel von Therapie ist deshalb nicht so sehr

das Verschwinden der Symptome, sondern die Kontrolle des Klienten über seine Symptome. Denn das übergeordnete Ziel, das Metaziel, sollte stets die Selbstregulation des Kindes oder Jugendlichen sein. Aus demselben Grund dienen die von der Therapeutin eingesetzten Methoden auch nicht dazu, einen ganz bestimmten Zielzustand treffsicher zu erreichen – ein Versuch, der schon ganz grundsätzlich zum Scheitern verurteilt ist. Vielmehr dienen die von ihr eingesetzten Methoden als Anregungen, die in nicht eindeutig vorhersehbarer Weise Reaktionen bei den Klienten auslösen, die bei der Therapeutin wiederum als Impulse für weiteres Vorgehen dienen.

Systemische Therapien zeichnen sich durch ein sehr geringes Maß an Vorannahmen und Vorfestlegungen aus. Der Einfluss des Konstruktivismus hat dazu geführt, Ideen von Wahrheit und Objektivität infrage zu stellen. Lineare Kausalitäten wurden als unangemessene Modelle zur Erklärung menschlichen Erlebens und Verhaltens erkannt, da sie bestenfalls als ein Teilaspekt der Komplexität des Geschehens, mit dem Therapeutinnen es zu tun haben, anzusehen sind. Die Systemische Therapie ist deshalb geprägt durch eine hohe Offenheit und große Freiräume, die zugunsten der Patienten und ihrer Angehörigen genutzt werden können. Hierin gründet die große Wirksamkeit der Systemischen Therapie. Dies ist ein hohes Gut, das es zu bewahren gilt.

Demgegenüber sind Diagnosen, die ein wesentliches Kennzeichen des Gesundheitswesens sind, typisierende Beschreibungen menschlichen Verhaltens, die Eingrenzungen und Abgrenzungen vollziehen. Zwar eröffnen sie neben anderen Vorteilen die Chance, therapeutisches Erfahrungswissen zu sammeln und zu sichten, um es allen therapeutisch Arbeitenden zur Verfügung zu stellen. Dies ist zweifellos ein wichtiger Beitrag zur Qualitätssicherung. Zugleich bergen Diagnosen aber die Gefahr, den Blick sowohl der Patienten und ihrer Angehörigen als auch der professionell Tätigen einzuengen, Festlegungen nicht mehr zu hinterfragen, eine Problemfokussierung durchzuführen und unangemessene Verallgemeinerungen zu vollziehen. Die Falldarstellungen zeigen, wie die Autorinnen und Autoren sehr unterschiedlich und teilweise sehr kreativ mit diesen konträren Positionen umgehen.

Ich gehe davon aus, dass das Fallbuch den aktuellen Stand der Praxis Systemischer Kinder- und Jugendlichkeitstherapie in ihrer Vielfalt recht gut spiegelt. Diese Vielfalt deutlich werden zu lassen, war

mir ein wichtiges Anliegen. So finden sich in diesem Band neben Darstellungen klassischer systemtherapeutischer Arbeit Fallberichte über Systemische Sandspieltherapie, über Kindorientierte Familientherapie, über hypnotherapeutisches Arbeiten und nicht zuletzt über stationäres systemtherapeutisches Vorgehen. Die zwangsläufig ge-drängte Darstellung in einem Fallbericht bedingt selbstverständlich auch Einschränkungen: So finden sich beispielsweise gerade die Feinheiten des zirkulären, hypothetischen und zukunftsorientierten Fragens wenig gespiegelt. Auch die Erörterung einer differenzierten systemischen Hypothesenbildung ist zuweilen dem Diktat einer vom Umfang her begrenzten Darstellung zum Opfer gefallen. Und natürlich habe ich auch selbst das Bild der Systemischen Kinder- und Jugendlichen-therapie, wie es in diesem Buch aufscheint, beeinflusst. So hätte ich beispielsweise kein Buch veröffentlicht, in dem lediglich systemische Einzeltherapien vorgestellt werden. Für mich ist und bleibt es einer der größten Schätze der Systemischen Therapie, dass in größeren Settings gearbeitet wird und wohlüberlegt seitens der Therapeutin jeweils entschieden wird, in welchem Setting ihre Arbeit in der nächsten Stunde am ehesten Erfolg versprechend ist.

Die Reihenfolge der Falldarstellungen folgt dem Alter der vorgestellten Kinder und Jugendlichen. Die Namen der Klienten wurden jeweils geändert und weitere Veränderungen vorgenommen, um die Anonymisierung zu sichern, ohne den Fallverlauf zu verfälschen. Die weibliche und männliche Schreibweise wurden alternativ benutzt, um insgesamt eine Parität der Geschlechtsbezeichnungen zu erreichen.

Luisa

Andrea Caby

Störung des Sozialverhaltens; Enuresis, Enkopresis

Indexpatientin: Luisa (5 Jahre)

Familie: Frau R., Herr R., Mattes (8 Jahre), Luisa

Diagnose: Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens; Enuresis, Enkopresis

Therapiekontext: Sozialpädiatrisches Zentrum

Therapietermine: 8

Therapiedauer: 5 Monate

1 Gedanken zur Auswahl des Falles

Bei der Frage nach einem Fall für dieses Buch war die Entscheidung schnell gefallen. Luisas ausdauernder Kampf für ihre Familie hat nicht nur mich als Therapeutin und uns im Team fasziniert, er wird womöglich auch andere in seinen Bann ziehen. Wenn man dieses Mädchen kennenlernt, wird man zunächst kaum nachvollziehen, wie eine Mutter so verzweifelt sein kann, dass sie sogar ein Abgeben dieses Kindes in Erwägung zieht – eine sehr eloquente und energiegeladene Fünfjährige, die in ihrem Verhalten jedoch so auffällig ist, wie man dies sonst nur bei Jugendlichen mit psychogenen Gangstörungen sieht. Gleichzeitig wird der Fall von einigen ominösen, aber zutreffenden Vorhersagen des Vaters begleitet, die einem in dieser Form selten begegnen.

2 Fallverlauf

Luisa

Ein zierliches kleines Mädchen stellt sich gemeinsam mit ihrer Mutter vor und schaut sich mit ernstem bis kritischem Blick um. Sie werde bald fünf Jahre alt, erklärt sie der Therapeutin, und sie könne gut klettern. Die Mutter, Frau R., ist sehr besorgt. Sie hat um einen schnellen Termin gebeten und sieht dringenden Handlungsbedarf. Ihre kleine Tochter zeige zu Hause ein sehr auffälliges Verhalten, man wisse nicht mehr weiter. Das gesamte Familienleben sei extrem belastet.

Zunächst erfährt die Therapeutin, dass Luisa eine sehr pfiffige junge Dame ist, die mit ihren Eltern, einem früheren Handwerksmeister mit pädagogischer Umschulung, und einer Physiotherapeutin sowie ihrem achtjährigen Bruder in einem Haushalt lebt. Beide Eltern sind berufstätig. Die Kinder besuchen die Kita bzw. die Grundschule und verstehen sich »geschwistermäßig« gut.

Seit einiger Zeit müsse der Große jedoch viel Rücksicht nehmen. Luisa dominiere den Alltag und sei ganz klar die »Bestimmerin«. Die Therapeutin fragt Luisa nach dem Kindergarten und möglichen Freundinnen und Freunden. Mit großer Begeisterung und Selbstbewusstsein berichtet sie von verschiedenen Spielangeboten, Mal- und Bastelaktionen sowie ihrer besten Freundin Lilly. Sie gehe gerne in den Kindergarten. Nach Angabe ihrer Mutter ist sie dort ein »typisches« Vorschulkind, das den Jüngeren gegenüber auch mal belehrend auftrete, aber immer hilfsbereit und freundlich sei. Die Erzieherinnen seien voll des Lobes und bedauerten bereits, dass Luisa im kommenden Jahr in die Schule komme. Eine Weile sei sogar überlegt worden, sie vorzeitig einzuschulen. Diesem Vorschlag sei das Mädchen jedoch sehr ablehnend begegnet. Man habe diese Reaktion gar nicht erwartet, da Luisa sich schon für so viele Themen interessiere und sehr motiviert sei, etwas zu lernen. Sie interessiere sich bereits für Buchstaben und zähle bis hundert. Man erlebe sie ansonsten auch als ganz selbstständig und immer gut gelaunt.

Stolz ergänzt das Mädchen, schon länger schwimmen und Radfahren zu können. Die Therapeutin zeigt sich beeindruckt. Um deutlich zu machen, wie sportlich sie ist, beginnt Luisa im Raum herumzuhüpfen und auf die Untersuchungsliege zu klettern. Ihre Aktivitäten nehmen rasant an Geschwindigkeit zu, jedes Lob spornt sie weiter an. Als eine junge Kollegin den Raum betritt, um Material auszuleihen, zeigt sich Luisa gleich fasziniert und bittet darum, sich den Nebenraum ansehen zu dürfen. Dort steht ein größerer Tisch, an dem sie es sich gleich bequem macht und zu malen beginnt. Die Kollegin ist gerade durch einen Terminausfall in ihrem Zeitplan etwas flexibler und setzt sich währenddessen dazu.

Vorstellungsanlass

Im Vier-Augen-Gespräch beginnt Frau R. sofort, über ihr Leid und ihre Sorge wegen der Verhaltensprobleme von Luisa zu sprechen. Sie wisse sehr wohl um all die Fähigkeiten ihrer Tochter, doch habe diese »quasi

zwei Gesichter«. Es gebe die Luisa in der Kita und bei anderen, und es gebe die Luisa daheim. Ganz besonders extrem sei es immer im Zusammensein mit ihr, der Mutter. Sobald sie Luisa zum Beispiel aus dem Kindergarten abhole, lasse sich diese bereits vor der Eingangstür fallen, schreie und gehe keinen Schritt mehr. Luisa lasse sich tragen, anziehen, ins Auto bringen, und sie werde aggressiv, wenn die Mutter sie auffordere, selbst zu gehen. Zu Hause angekommen, verweigere sie jede Alleinbeschäftigung, klebe an ihr und mache seit einiger Zeit auch wieder in die Hose oder ins Bett, kote sogar tageweise ein. Im Kindergarten passiere dies nicht. Das Nähebedürfnis sei so extrem, dass sie die Alltagsaktivitäten nicht mehr schaffe. Total erschöpft ergänzt Frau R., sie dürfe nicht weggehen, keine Einkäufe machen oder ihre Freundinnen treffen. Sobald sie etwas Derartiges andeute, beginne das Mädchen zu schreien und zu toben.

Auf die Frage, ob es aus ihrer Sicht eine Erklärung für dieses Verhalten gebe, fängt die Mutter an zu weinen. Sie berichtet sofort von ihrer ältesten Tochter Mara, die vor zehn Jahren mit einem seltenen Gendefekt auf die Welt gekommen und im Alter von knapp drei Jahren an einer Komplikation im Rahmen eines schweren Infektes verstorben sei. Ihr Sohn sei genau in diesen Wochen auf die Welt gekommen und habe bereits in der Schwangerschaft Herzprobleme gezeigt, die später aber keine Rolle mehr gespielt hätten. Nur Luisa sei völlig gesund und ohne Sorgen auf die Welt gekommen. »Endlich mal eine Schwangerschaft ohne Probleme und Ängste.« Vor einigen Monaten habe man des zehnten Geburtstages ihres ältesten Kindes gedacht. Vor einigen Wochen habe sich Maras Todestag erneut gejährt. Die schwere Zeit damals habe alle Familienmitglieder sehr belastet; mit den Großeltern mütterlicherseits sei der Kontakt seitdem sogar abgebrochen.

Luisa selbst sei vom Thema Tod fasziniert. Derzeit besuche sie regelmäßig gemeinsam mit ihrem Bruder Mattes eine Kindergruppe der Kirche, in der besonders vor Ostern immer wieder über das Sterben gesprochen worden sei. Während sich ihr Bruder hierbei sehr zurückhalte, wolle Luisa alles wissen und stelle viele Fragen. Auch ein Besuch am Grab der Schwester sei von ihr geradezu eingefordert worden. Mattes dagegen habe gar nicht mitgewollt.

Die Mutter interpretiert die kleinkindhaften Verhaltensweisen ihrer Jüngsten als intensive Trauerreaktion. Vom Kinderarzt wurde daher der Vorschlag einer zusätzlichen Vorstellung beim Hospizverein gemacht. Die Mutter hat die Idee erst einmal aufgegriffen. Frau R.

weist darauf hin, gerade »nach jedem Strohalm zu greifen«. Beim Beratungsgespräch habe man dort allerdings sehr schnell darauf verwiesen, dass die Verhaltensbesonderheiten von Luisa auch einer psychotherapeutischen Hilfe bedürften. Inwieweit parallel dort ein Beratungsprozess sinnvoll sei oder die Teilnahme an einer Trauergruppe, könne man noch nicht einschätzen.

Wie ihr Mann das alles erlebe und einschätze, könne sie nur schwer sagen. Man rede darüber schon länger nicht mehr miteinander, und eigentlich würde man überhaupt kaum zu zweit reden. Er sei auch eher der schweigsame Typ. Nach dem Tod der ältesten Tochter habe er sich noch mehr zurückgezogen. Ein Jahr nach dem Ereignis sei die Familie zu einer Familienkur gefahren. Das habe die Eltern auf andere Gedanken gebracht. Ansonsten habe man keine Hilfe gesucht oder weiter darüber gesprochen.

Wichtig sei noch zu erzählen, dass es mitten in der Schwangerschaft plötzlich eine Vorahnung des Vaters gegeben habe, dass ihr erstes Kind krank sein werde. Die Mutter beschreibt, wie sehr sie diese Aussage belastet habe und wie unsicher sie in den letzten Wochen gewesen sei. Aber ihr Mann habe recht gehabt, man habe schon vor der Geburt durch einen Gentest Gewissheit erhalten. Unter der Geburt sei es ihr, der Mutter, körperlich sehr schlecht gegangen, bei hohem Blutverlust. Auch hier habe ihr Mann nach der Entbindung eine Komplikation vorausgesagt und darauf bestanden, dass sie erneut untersucht werde. Trotz aller gegenteiligen Aussagen der Ärzte habe er nicht lockergelassen und schließlich recht behalten. Niemand habe sich diesen Verlauf medizinisch erklären können. Als Mara mit zwei Jahren dann erkrankt sei, habe er wieder eine Vorhersage zum Ausgang gemacht. Und das Kind sei gestorben.

Die Therapeutin erkundigt sich, wie sie als Paar mit dieser ungewöhnlichen Gabe umgehen würden. Ob es noch weitere Vorhersagen gegeben habe, oder wie präsent das noch sei? Seitdem, so Frau R., habe es nur die Herzprobleme ihres Sohnes in der Schwangerschaft gegeben, ohne weitere Vorhersagen oder Komplikationen. Und bei Luisa sei alles gut gewesen. Aber so unkompliziert und gesund Luisa auch immer gewesen sei, jetzt mache sie ihnen große Sorgen. Manchmal sei es so schlimm, dass sie sogar darüber nachdenke, das Mädchen abzugeben, flüstert sie. Es sei ihr sehr unangenehm, solche Gedanken überhaupt zu haben, geschweige denn auszusprechen. Aber sie könne nicht mehr. Einfach gar nicht. Ihr Sohn habe mittlerweile

Schlafstörungen sowie Ängste entwickelt und wolle am liebsten jede Nacht im Elternbett übernachten. Das sei aber das geringste Problem. In der Schule laufe es für ihn nicht mehr so gut wie am Anfang. Luisa sei dagegen wie eine Klette und erdrücke sie mit ihrer Anhänglichkeit und Unselbstständigkeit. Wenn der Vater zu Hause sei, laufe es etwas besser.

Am Ende des Erstgesprächs kommt Luisa wieder zurück in den Raum und präsentiert ein Bild, das sie mit viel Hingabe und in allen Farben ausgemalt hat. Die Kollegin berichtet währenddessen, von Luisa mit Berichten über Sonnen- und Mondfinsternisse unterhalten worden zu sein. Das Mädchen habe ein großes Wissen und Interesse demonstriert. Und wenn es mal nicht darum gegangen sei, habe sie nur von ihrer Mama erzählt.

Die Therapeutinnen sind sich darin einig, das Mädchen durchweg fröhlich, offen im Kontakt und voller Energie erlebt zu haben. Sie bestätigen der Mutter, dass Luisa eine normale Neugier sowie ein altersgemäßes Nähe-Distanz-Verhalten zeigt und auch sonst rundum gesund wirkt: »Sie haben eine tolle kleine Tochter und haben dazu noch eine ganze Menge richtig gemacht! Machen Sie gerne mehr davon ...«

Weiterer Verlauf

Im nächsten Gespräch schildert die Mutter die herausfordernden Situationen mit ihrer Tochter in den verschiedenen Alltagsbereichen. Im Mittelpunkt steht die Idee, die Mutter die Problemsituation ausführlich schildern zu lassen: Wer tut was genau? Wer reagiert wie und wann? Warum darf wer was? Und könnte man das Symptom einfach mal übertreiben?

Gerade das Einnässen und Einkoten sei wieder sehr häufig geworden, obwohl das im Kindergarten kein Problem sei und Luisa dort sogar sehr selbstständig auftrete. Die Therapeutin fragt die Mutter, ob sie sich vorstellen könne, Luisa regelmäßig beispielsweise nach dem Kindergarten eine Windel anzubieten. Und vielleicht beim nächsten Einkauf mit dem Mädchen schon mal in der Baby-Abteilung zu überlegen, welche Größe wohl die richtige wäre? Abschließend wird vereinbart, den Folgetermin gemeinsam mit Eltern und Kindern durchzuführen und den Vater sowie Luisas Bruder mit einzuladen.

In einem Telefonat wenige Wochen später berichtet die Mutter, die Situation habe sich bereits entspannt. Luisa habe sich kürzlich

nachmittags mit ihrer Freundin verabreden wollen. Dabei habe der Vorschlag der Mutter, sie zur Verabredung zu tragen und ihr vorher eine Windel anzuziehen, direkt eine positive Wendung ausgelöst. Luisa sei sofort aufgestanden und gegangen. Auch Mattes habe wieder öfter in seinem Bett geschlafen.

Im nachfolgenden *Gespräch mit den Eltern und beiden Geschwistern* beschreibt die Familie den gemeinsamen Alltag. Im Mittelpunkt stehen Fragen nach Ritualen, zum Beispiel vor dem Einschlafen oder bei den Mahlzeiten. Die Kinder berichten vom abendlichen Kinderfernsehen, während die Mutter die Küche aufräumt. Luisa beschreibt die Familienfotos auf der Kommode, die Kerzen für ihre Schwester. Wie haben das alle bisher durchlebt? Wie erklären sich die Kinder das Geschehene? Mattes: »Wir sprechen nicht darüber, es tut Mama weh.« Und Luisa ergänzt: »Unsere Schwester ist als Baby gestorben, weil sie sehr krank war.« Schließlich ergänzt sie: »Wir denken immer an sie. Wir dürfen sie nicht vergessen.«

Die Eltern bekräftigen, die Fragen der Kinder immer so gut wie möglich zu beantworten. Herr R. räumt jedoch ein, sich dabei sehr zurückzuhalten. Ihm gehe es besser damit. Frau R. wirkt eher bestürzt. Sie gibt an, sehr häufig auch ohne gezielte Fragen der Kinder über ihre Älteste zu erzählen. Ihr gehe es besser mit diesem Weg. Die Therapeutin bestätigt allen gegenüber, wie unterschiedlich Menschen mit ihrer Trauer umgehen und wie wichtig es sein kann, dazu verschiedene Arten zu leben. Und weil beide Kinder der Schwester nie begegnet seien, hätten sie eine Menge über sie erfahren müssen und so gut wie möglich mitgetrauert. Aber es sei eine Geschichte der Eltern! Und die Eltern dürften jetzt auch wieder mehr andere Geschichten erzählen.

In einem der weiteren *Elterngespräche* wirkt die Mutter erneut sehr starr, belastet und traurig. Deutlich wird, dass sie die eigentliche Kundin ist. Der Vater ist nach de Shazer eher der Besucher. Hier könnte man zu der Hypothese kommen, dass beide offenbar noch nicht wirklich getrauert und den Verlust ihres ersten Kindes noch nicht verarbeitet haben. Das können sie schließlich gemeinsam formulieren. Die Visionen des Vaters haben ein Lähmungsgefühl in ihm hinterlassen. Er habe Angst, zu viel zu sagen, wieder etwas vorherzusehen. Ein massives Schuldbewusstsein des Vaters wird deutlich. Gleichzeitig steht die Wut der Mutter im Raum. Der Eindruck, dass sie sich allein von der Problematik mit Luisa betroffen fühlt, erweist sich als ein wichtiges Anliegen: »Warum macht die das nur bei mir?«

Sich vom Vater so alleine gelassen zu fühlen, löse Kränkung und Ärger aus. Auch die restliche Familie habe sie verlassen, anstatt sie zu unterstützen. Herr R. fühlt sich schuldig, die Vorhersagen gemacht zu haben. Die Mutter fühlt sich im Stich gelassen – was hat das zwischen den Eltern verändert?

Frau R. erläutert ihr Bestreben, alles sehr gut zu machen. Sie habe es anders machen wollen als ihre eigene Mutter, die kaum Gefühle gezeigt habe. Der Vater ist hin- und hergerissen bei diesen Worten. Er schildert, wie sehr er seine Frau dafür schätzt, dass sie die Kinder fördert, liebevoll und nachsichtig ist. Gleichzeitig sei sie dadurch weniger klar und konsequent. Diese Unsicherheit zwischen Mutter und Kind scheine sich in Alltagssituationen zu zweit als schlechte Grundlage zu erweisen: »Da fehlt die feste Basis, das Kind rüttelt immer wieder am Gerüst, und sie gibt nach.« An dieser Stelle bricht Frau R. in Tränen aus und beklagt ihr ständiges Unbehagen, eine unfähige Mutter zu sein. Viele Bekannte hätten ihr schon häufiger gesagt: »Du musst endlich mal durchgreifen!« Die Therapeutin fragt sich: Was kann die Mutter verändern? Sie tut etwas, das sie nicht tun will, hat aber das Gefühl: »Ich muss das, weil es sonst noch schlimmer wird!«

In einer Teambesprechung wird thematisiert, welche Funktion das Symptom haben könnte. Warum taucht es jetzt auf? Könnte es sein, dass der bevorstehende Übergang in die Schule für Instabilität und Regression beim Kind sorgt? – Hat dieser besondere runde Geburtstag bzw. der Todestag möglicherweise eine Trigger-Funktion? Gibt es überhaupt »Normalität«? – Waren Luisa und Mattes Wunschkind? Wie ist es den Eltern ergangen, als sie von der Schwangerschaft mit Luisa erfuhren? Hat der Vater einfach aus Angst vor neuen Vorhersagen begonnen zu schweigen? – Andere können sich nicht vorstellen, wie auffällig Luisa zu Hause bzw. bei der Mutter ist. Sie können sich wahrscheinlich auch nicht vorstellen, wie auffällig die Themen Tod und Trauer zu Hause gehandhabt werden. – Mal angenommen, die Eltern würden ihrem Umfeld über den Umgang mit ihrer Trauer berichten, was würde das Umfeld ihnen raten? Die gesammelten Fragen und Wahrnehmungen wurden beim nächsten *Termin mit den Eltern* besprochen.

Mit verschiedenen Fragen beginnt die Therapeutin, den bisherigen Umgang mit dem Lebensereignis zu erkunden und neue Perspektiven der Eltern anzuregen. Wie sind wir als besondere Familie mit drei Kindern aufgestellt, wer hat wie viel Platz in dieser Konstellation?

Eine systemische Hypothese lautet: Das verstorbene Kind nimmt einen riesengroßen Platz in der Familie ein und bleibt auf diese Weise lebendig. Das führt dazu, dass es im Alltag der Familie eine enorm große Präsenz bekommt und diesen regelrecht dominiert. Luisa verdeutlicht mit ihren sehr auffälligen Symptomen, dass innerhalb der Familie die Balance der Aufmerksamkeit für das verstorbene Kind und für die lebenden Kindern verloren gegangen ist.

Um die Positionen der einzelnen Familienmitglieder zu verdeutlichen, werden Herr und Frau R. gebeten, die Beziehungen der Familienmitglieder in einer lebensgeschichtlichen Sequenz von Familienbrettskulpturen darzustellen. Beide beginnen damit, von ihrem sehr frühen Wunsch zu berichten, eine Familie zu gründen, kurz nachdem sie sich kennengelernt hatten. Das sei für sie beide ein Lebensziel gewesen und hätte daher von Anfang an gepasst. Dennoch sei die Schwangerschaft mit Mara schneller eingetreten als erwartet. Sie sei noch gar nicht geplant gewesen, man habe gerade erst jeweils im Beruf Fuß gefasst, Baupläne geschmiedet usw.

Die Eltern wählen drei Figuren für diese erste Zeit als kleine Familie: Mara steht in der Mitte zwischen Mutter und Vater. Sie berichten von einer Zeit großer Sorgen von Anfang an. Als das Ereignis der schweren Erkrankung berichtet wird, driften die Figuren auseinander. Meist sei es die Mutter gewesen, die Mara im Krankenhaus begleitet habe, während der Vater zur Arbeit gehen müssen. Als beide den Tod des Kindes besprechen, wird noch einmal deutlich, wie dramatisch sie dieser Schicksalsschlag getroffen hat. Zumindest für die Mutter sei der Tod trotz der Schwere der Grunderkrankung und den Ahnungen des Vaters völlig unerwartet gekommen.

Im nachfolgenden Bild ist der kleine Bruder geboren und bekommt seinen Platz. Unschlüssig sind sich beide Eltern jedoch bei der Veränderung bezüglich Mara. Schließlich wählt die Mutter eine kleine Engelsfigur, die sie anstelle der vorherigen in die Mitte stellt. Das Bild verändert sich noch zweimal, zuerst durch die Geburt von Luisa, der die Mutter keinen festen Platz zuschreiben mag. Auf Anraten des Vaters wählt sie ein kleines Bobbycar-Modell für das Mädchen aus: »Sie ist ja auch ständig in Bewegung und hält mich auf Trab.« Die zweite Veränderung ist eine sehr flüchtige und dynamische: »Die Großeltern fehlen ja!«, fällt den Eltern auf. Dann werden diese rasch dazuplatziert und auch ebenso rasch wieder vom Brett entfernt: »Alles sehr schwierig seitdem, irgendwie hat sich keiner mehr mit dem

anderen wohlgefühlt.« Und Herr R. ergänzt: »Ich habe die ganze Zeit ein großes Schuldgefühl mit mir herumgetragen mit meinen Vorahnungen ...« Auf den Vorschlag, dieses mit abzubilden, geht er sofort ein und wählt einen großen Holzblock dafür. Die Engelfigur setzt er vorsichtig obendrauf.

Die Therapeutin begleitet den Prozess mit verschiedenen Fragen: »Wie hat sich Ihre Beziehung als Eltern und als Paar weiter gestaltet?« – »Wie präsent ist Ihre älteste Tochter noch?« oder »Können Sie sich vorstellen, dass die Großeltern irgendwann wieder eine größere Rolle in Ihrem Leben und dem Ihrer Kinder spielen werden? Und wenn ja, was wäre gut daran?« Das abschließende Bild auf dem Familienbrett widmet sich der Wunschsituation: »Wie sehen Sie die zukünftigen Beziehungen in Ihrer Familie?« – »Was könnte ein erster Schritt in diese Richtung sein?« und »Wie können Sie beide als Eltern für eine gute Zukunft Ihrer Familie sorgen?«.

An dieser Stelle wird noch einmal an das Lebensereignis angeknüpft: »Wie erzählen die Eltern die Geschichte über den Tod von Mara? Wie können sie diesen Schicksalsschlag in der Vergangenheit in ihre gemeinsame Biografie integrieren? Wie gelingt es ihnen zu akzeptieren, dass sie ihre gemeinsame Biografie rückblickend nicht mehr ändern können? Aber vielleicht beim Blick nach vorne ...?« Die Eltern werden gefragt, ob es eventuell Trauerfälle in der weiteren Familie gab. Womöglich sogar den Tod eines Kindes? Nach einigem Zögern berichtet Herr R. von seiner Mutter und ihren Fehlgeburten. Dann sei er als kleiner Jungen fast im Gartenteich ertrunken. Dies habe sie ihm regelmäßig vorgehalten: »Nicht noch einmal so einen Schmerz!«

Die Therapeutin bestärkt die Eltern darin, die Besonderheiten und die Individualität von allen drei Kindern zu betonen. Sie werden eingeladen, ihrem ersten Kind weiter einen Platz im Haus und im Herzen zu geben und diesen adäquat zu gestalten. Wie könnten sie dies umsetzen, ohne dadurch Lähmung zu erzeugen? Wie kann der Alltag trotzdem noch Freiraum geben für Freude, Hoffnung und Leichtigkeit? Als weitere Ideen vereinbaren Herr und Frau R., mal wieder bewusster gemeinsame gute Zeiten zu installieren: Zeit zu zweit, Zeit für jedes der beiden Kinder ... Dabei wird von der Therapeutin die Frage gestellt: Wer ist für wen möglicherweise mehr zuständig? – Und wenn: Kann man auch mal wechseln? Die Eltern werden darin bestärkt, dass ein Interesse am Tod entwicklungspsychologisch normal ist in dem Alter wie dem von Luisa und dass es gut ist, sie als normal zu betrachten.

Luisa wird noch zweimal in einem Einzel-Setting begleitet. Sie greift sehr gerne wieder zu Stiften und Papier, malt unter anderem eine Prinzessin. Im Mittelpunkt stehen ihre Ressourcen und das Erzählen einer therapeutischen Geschichte:

Das Märchen von der traurigen Prinzessin mit der Perlenkette

Prinzessin Pling war von klein auf ein fröhliches Kind, das sich gerne tanzend durch den Palast ihrer König-und-Königin-Eltern bewegte, dabei sang und jeden mit einem Lächeln begrüßte. Gerne war sie auch draußen im herrlich großen Garten, der um das ganze Gebäude herum verlief und die schönsten Bäume und Blumen beherbergte. Und dahinter waren der Strand und das Meer.

An manchen Tagen liebte es Pling, sich heimlich in die Zimmer zu schleichen, in denen zu spielen ihr eigentlich verboten war. Ob in der Vorratskammer, auf dem Dachboden oder in einem der vielen Gästezimmer, überall erfand die Prinzessin spannende Wege und Abenteuer. Am liebsten kletterte sie auf eine Truhe oder ein Fensterbrett, schaute hinaus oder hinunter und genoss die tolle Aussicht auf das weite Meer.

Pling war fröhlich, musikalisch und voller Ideen. Außerdem kletterte sie flink wie ein kleines Äffchen. Nur die Prinzessinnen-Kleider störten dabei. Doch dafür hatte sie ein paar gute Knoten-Tricks gefunden.

Pling hatte noch etwas, das sehr wichtig ist: ein großes, offenes Herz und viel Gefühl für andere Menschen. Immer wenn sie einen Menschen mit Kummer traf, wurde ihr Herz ganz komisch und drückte manchmal so sehr, dass ihr sogar das Luftholen nicht mehr gut gelang. Schließlich rollte ihr ganz langsam eine große Träne die Wange herunter. Und plötzlich macht es »Pling« – die Träne war weg und eine neue Perle tauchte an ihrer Halskette auf. Derjenige allerdings, der vorher noch traurig war, sah dafür gleich schon ein wenig erleichtert aus und lächelte ein erstes Mal wieder.

Doch die Kette um ihren Hals wurde immer schwerer und schwerer. Pling konnte gar nicht mehr klettern, und auch das normale Treppensteigen fiel ihr schwer. Die Diener im Palast mussten ihr manchmal die Kette hinterhertragen, damit Pling noch laufen konnte. Und die König-und-Königin-Eltern hoben sie auf ihre Arme und schleppten Kind und Kette ins Bett. Beide waren stolz auf ihr Kind und gleichzeitig ratlos. Wie konnten sie ihr helfen? Was sollten sie nur tun?

Schließlich luden sie alle Weisen ihres Landes und aller Nachbarländer ein, um sich beraten zu lassen. Die Weisen überlegten viele Tage lang, aber sie fanden keine Lösung. Zuletzt fand Pling selbst die rettende Idee: Könnte

sie vielleicht die Perlen eine nach der anderen verschenken ...? Das wäre doch toll. Voller Begeisterung sprang sie auf und tat dies mit so viel Kraft, dass die Kette riss und alle Perlen hinausrollten ins Meer ... Dort gab es viele wunderbare Muscheln, die unter den Wellen schlummerten. Und die Perlen suchten sich alle ein solches Muschelversteck, wo sie jetzt warten und wachsen, bis sie eines Tages vielleicht gefunden werden ...

Abschließend wurde im Rahmen eines *Familiengesprächs* eine Trauerkiste zusammengestellt. Die Therapeutin hatte die Eltern im Vorfeld um Erlaubnis gefragt, die Kinder erzählen zu lassen, wo der Platz der Erinnerungen an die verstorbene Schwester sein könnte. Wie können wir einen guten Ort und einen Abschluss finden? Ist die Schwester beispielsweise im Himmel? Haben wir eine gemeinsame Vorstellung davon oder wollen wir uns dazu weiter austauschen?

Gleichzeitig ging es darum, nach vorne zu schauen, also die Familienzukunft gemeinsam weiter zu gestalten. Diesbezügliche Überlegungen mit den Eltern fokussierten ein kindgerechtes und lösungsorientiertes Familienleben, in das die Kinder altersentsprechend einbezogen wurden. Auch hier imponierte Luisa mit ihren Ideen und sorgte für Lachen und Weinen gleichzeitig. Die Stimmung wurde als gelöst erlebt. Luisas auffällige Verhaltensweisen traten ohne weitere therapeutische Aktivitäten mehr und mehr in den Hintergrund und machten Platz für ein altersgemäßes Verhaltensbild.

3 Kritische Reflexion des Fallverlaufs

*Wie gestaltete sich der **Erstkontakt**? Worin bestand die Herausforderung, und wie haben Sie der zu begegnen versucht?*

Der Erstkontakt mit dem so auffällig beschriebenen Kind gestaltete sich wie so oft unkomplizierter als erwartet. Schnell wurde deutlich, dass familiäre Belastungen eine große Rolle spielen. Ein entscheidender Aspekt war, die Mutter im Auftaktgespräch ernst zu nehmen, ihr Leid anzuerkennen und die schwere Last der Familie in ihrer Gesamtheit zu sehen. Luisa selbst gewährte dem Beobachter dabei nur den Blick auf ihre kindlich normalen Anteile mit all ihren Facetten, aber vor allem zeigt sie ihre wunderbaren Kompetenzen. Sie schien es regelrecht auszuleben, ganz sie selbst sein zu dürfen. Das Mädchen hat damit auch von Anfang an die Weichen für die weitere therapeutische Gestaltung gestellt. Kreative Methoden, Fantasie und