

Resilienz: Gedeihen trotz widriger Umstände ein Kongressbericht

von Prof. i.R. Dr. Margarete Hecker

Unter dem Titel „Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände“ fand im Februar 2005 ein internationaler Kongress an der Eidgenössischen Technischen Hochschule (ETH) in Zürich statt. Rosmarie Welter-Enderlin und ihr Team vom Ausbildungsinstitut für systemische Therapie und Beratung Meilen hatten dazu unter anderem auch die beiden Pioniere der Resilienzforschung Emmy E. Werner und Sir Michael Rutter eingeladen. Dr. Margarete Hecker war dort und berichtet über einige Ergebnisse, die gerade für die Arbeit mit stark problembelasteten Menschen hochinteressante Anregungen beinhalten.

Zu Beginn des Kongresses hat leider nur die Stadträtin und Sozialdezernentin Monika Stocker auf die politische Dimension, die beunruhigende Situation der wachsenden neuen Armut in ihrer Stadt im Zuge der Globalisierung hingewiesen. Im weiteren Verlauf stand der Begriff Resilienz im Mittelpunkt, der im deutschsprachigen Raum für etliche Professionelle der helfenden Berufe Neuland ist. Er stammt ursprünglich aus der Physik und bedeutet Elastizität oder Spannkraft. Viele Vortragende erklärten übereinstimmend, dass Resilienz kein statisches, etwa genetisch bedingtes Merkmal oder ein Charakterzug sei, sondern dass die Fähigkeit in verschiedenen kritischen Situationen des Lebens immer wieder von Neuem erworben und verstärkt werden muss. Es handelt sich um einen dynamischen Prozess. Angesichts von extremen Lebenssituationen können sich individuelle Überlebens- und Bewältigungsstrategien entwickeln oder auch nicht. Es gibt sehr verschiedene Reaktionen auf Stress, und dabei immer die Möglichkeit der Bewältigung oder der Resignation. Sich in z.B. großer Familienarmut bewähren zu müssen, kann auch psychische Stärke hervorbringen.

Emmy E. Werner, Prof. of Human Development, Child Psychologist aus Berkeley, California, die als Kind in Mainz den Bombenkrieg überlebt hat, hat den Kongress mit ihrem Eröffnungsvortrag in vielfacher Hinsicht inspiriert. Sie hat 1955 siebenhundert unter Armut lebende Kinder einer Hawaii-Insel in einer Langzeitstudie untersucht und gefunden, dass auch unter den 30% dieser Kinder, die in extrem instabilen Familien (z.B. Scheidung, Alkoholismus, psychische Krankheit) aufwuchsen, viele sich im Jugendalter oder im späteren Leben zu kompetenten, vertrauensvollen und fürsorglichen Erwachsenen entwickelten. Die Forschung suchte weiter nach Schutzfaktoren, oder Faktoren, die an kritischen Wendepunkten des Lebens den Ausschlag zu positivem Wachstum ermöglichten. Das Ergebnis war:

- Individuelle Faktoren wie die Fähigkeit zur Selbsthilfe - sie ließen sich von anderen helfen
- Problemlösungsfähigkeiten
- Realistische Berufswünsche
- Enge Bindung zu mindestens einer stabilen erwachsenen Person (Ersatzeltern, Lehrer, Nachbarn, Pfarrer, etc.)
- stabile Partnerschaften, auch geglückte Ehe
- Religion, egal welche. Sie gibt Struktur, ein Gemeindegefühl und einen Sinn für Erlösung. Der Inhalt der Religion spielt weniger eine Rolle.

Frauen haben sich noch eher von schwierigen Kindheitserfahrungen erholen können als Männer. Sie nutzten ihre Umgebung zum Gespräch. Männer halten sich eher zurück. Die Hilfe kam nach der Einschätzung der Befragten aus dem sozialen Umfeld, weniger von den helfenden Berufen. Emmy Werner hat auch mit ihrem Beitrag: "Unschuldige Zeugen: Der Zweite Weltkrieg in den Augen von Kindern" den Kongress zu mehr Einfühlung und Hilfe für die vielen Kinder inspiriert, die jetzt in den aktuellen Kriegen traumatisiert werden. Neun von zehn Kriegsoffizieren sind Zivilisten, darunter sehr viele Kinder.

Prof. Dr. Matthias Franz vom Klinischen Institut der Univ. Düsseldorf beschäftigte sich unter dem Thema „Söhne ohne Väter“ mit Erfahrungen der Kriegsgeneration sowie mit alleinerziehenden Müttern der westlichen Industriegesellschaften. Durch neuere Studien, insbesondere durch **Prof. Dr. Hartmut Radebold, Univ. Kassel**, wird die Aufmerksamkeit auf die psychogenen Spätfolgen dieser Kriegsgeneration gelenkt. Von den Jahrgängen 1935 hatten 60 % keine Väter, vom Jahrgang 1945 noch 40 %.

90 % aller Männer in dieser Zeit waren Soldaten, fünf Millionen von ihnen starben. In der Nachkriegszeit war dies kein Thema. Es ging ums nackte Überleben, die Kinder wurden sehr schnell zu Elternkindern. Auch die aus Gefangenschaft heimkehrenden Väter boten wenig Halt, sie hatten ihren Heldenstatus verloren. Hier entstand eine kollektive Narbe, ein kollektives Trauma ohne Trauer, man funktionierte und schuf sehr schnell eine Pseudonormalität. Das Kind im Mann hatte keine Chance. Die Spätfolgen sind deutlich zu spüren. Diese Söhne hatten kaum Vorbilder, um zu selbstbewussten Männern zu werden. Sie

hatten oft nur den idealisierten toten Heldenpapa. Die Traumatisierung wurde an die nächste Generation weitergegeben. Jetzt kommen diese ehemaligen Kriegskinder ins Rentenalter. Ein oft erfolgreiches Arbeitsleben liegt hinter ihnen. Die Chance, psychisch oder psychosomatisch zu erkranken, wenn die Pflichtaufgaben fortfallen, ist um 50 % erhöht. Symptome sind Schlaflosigkeit, Angstträume, psychische Störungen, Nichtbeachtung der eigenen körperlichen Bedürfnisse, zerbrechende Beziehungen, Bindungslosigkeit etc. Durch oft starke Identifizierung mit ihren Müttern sind sie fürsorglich und hilfsbereit ihren Partnerinnen gegenüber, sie tun sich aber sehr schwer, männliches Profil zu zeigen. Sie erscheinen jetzt gehäuft in therapeutischen Behandlungen, die Entbehrungen und lebenslangen Überforderungen werden erstmals empfunden und kommen nun zur Sprache. Aufgrund dieser einmaligen Studienergebnisse - noch nie haben zugleich so viele Männer gefehlt - wenden sich Mitarbeiter der Düsseldorfer Universität den alleinerziehenden Müttern der Stadt zu. Es betrifft 1/4 aller Familien. Sie leben meist unter Armutsbedingungen, haben weniger Bildung und leiden unter fehlenden sozialen Beziehungen. Hier wird die Notwendigkeit zu präventiver Arbeit von Trainingseinheiten durch ein Mann-Frau Team für Mütter und Kinder aufgegriffen, die bereits im Kindergartenalter beginnen. Denn auch im Kindergarten und in der Grundschule begegnen die Kinder fast nur Frauen. Man hofft, dass die Kinder dieser Generation künftig ihre männlichen Vorbilder und Identifikationsfiguren nicht nur über die Medien wie z.B. Gewaltfilme erfahren.

Prof. Dr. Michael Buchholz, Psychoanalytiker der Univ. Göttingen, beschäftigt sich mit Konzepten der Professionalisierung: Reifungsstufen, therapeutische Kompetenz, Verwundbarkeit und die gleichzeitige Fähigkeit, standzuhalten. Er versucht den Begriff Resilienz auf den Therapeutenberuf anzuwenden und spricht von der Fähigkeit, therapeutische Krisen ohne dauernde Beeinträchtigung durchzustehen.

In neueren vergleichenden empirischen Forschungen wird deutlich: „The therapist matters“. Auf den Therapeuten kommt es an, weniger auf seine spezifischen Technologien der Verhaltensänderung. Entscheidend ist sein eigenes Überzeugtsein von der von ihm eingesetzten Methode. Dies kann man heute unter Berufung auf empirische Forschung sagen.

Zur Entwicklung der Therapeutenpersönlichkeit stellt er das Phasenmodell des Norwegers Ronnestad vor, das für Supervisoren hilfreich sein kann. Diesem Modell liegen Interviews mit mehreren hundert Therapeuten aus aller Welt und der unterschiedlichsten theoretischen Orientierungen zugrunde.

1. Phase: Laienhelfer

Sie haben ein hohes Maß an Empathie, sind oft Helfer in der eigenen Familie, sie geben schnell auf, wenn sie auf Grenzen stoßen, die eigenen Schädigungen sind nachdrücklich.

2. Phase: Die Anfänger im Beruf

Theorien werden interessant. Es besteht eine große Bedürftigkeit von Meistern anerkannt und gestützt zu werden. Sie suchen nach leicht zu lernenden Techniken, nach Vorbildern. Dies hilft eine zeitlang, dann stagniert die persönliche Entwicklung. Es ist die Ebene des Zaublerlehrings, der die Geister ruft, aber nicht weiß, was er mit ihnen tun soll.

3. Phase: Grundlegende Professionalisierung ist erreicht

Man sucht regelmäßige Supervision, ist mit großem Ernst dabei, hat wenig Humor und wenig Neigung zum Spielerischen in der therapeutischen Situation. Man hängt einer Schule an und glaubt an sie.

4. Phase: Novize in der Profession

Man merkt, es kommt weniger auf Techniken an, man hat das Gefühl, auf sein eigenes Selbst gestellt zu sein, und auf sonst nichts. Ziemliche Desillusionierung greift Platz. Der Wert der bisherigen Ausbildung wird massiv in Zweifel gezogen, man ist froh über das Ende der Ausbildung, fällt aber in ein Praxisloch, dies wird als Ernüchterung und Vereinsamung erfahren („My professional training was over and I lacked so much“).

5. Phase: Erfahrener Professioneller

Er lebt seine Rolle im Gebrauch von Technik und Methode, aber nicht rigide oder mechanisch angewendet, sondern auf eine höchst persönliche Weise. Er weiß, dass er nicht nur Sicherheiten bieten sondern Patienten herausfordern muss, damit sie über Ängste oder kindliche Überzeugungen hinauswachsen. Das heißt, er muss diese Vorstellungen selbst schon überwunden haben. Professionelle lernen dazu eine besondere Regulierung ihrer Emotionen. Sie lernen, von ihren Klienten zu lernen. Sie wenden sich anderen Lernfeldern wie der Anthropologie oder dem Spirituellen zu, lesen Romane und

Gedichte und integrieren dieses Wissen in ihre Professionalität. Dies alles geschieht, ohne den Kontakt zu den eigenen Verwundungen zu verlieren.

6. Phase: Senior-Professionelle

Man ist inzwischen Auszubildender oder Lehrender. Trauer, weil "too soon too old and too late smart". Sicheres Gefühl, die Unschuld verloren zu haben. Intellektuelle Reife - aber auch das Gefühl der Langeweile. Wichtig ist in dieser Phase, sich intellektuell lernfähig zu erhalten.

Es kommt auf diesem Weg mehr und mehr zu einer persönlich-beruflichen Integration und zu einer gewissen Distanzierung von schulischen Bindungen, zur Ablösung von Lehrerfiguren und zum Verzicht auf theoretische Rigidität mit einem großen Spielraum für persönliche Gestaltung der Profession. Wichtig scheint, die Ideale der eigenen Jugend zu erhalten. Nicht nur die Methode zählt, sondern die persönliche Aneignung.

Sehr interessant war auch der Beitrag von **Prof. Dr. Friedrich Lösel vom psychologischen Institut der Universität Erlangen-Nürnberg** über psychische Widerstandskraft bei Kindern und Jugendlichen aus Multiproblem-Milieus. Sein neuestes Buch heißt: "Aggression und Delinquenz unter Jugendlichen" (Luchterhand 2003). Er hat sich durch Langzeitstudien über Resilienz im Kindes- und Jugendalter international einen Ruf erworben. Seine Bielefelder Studie an 146 Jugendlichen aus Heimen bestätigen Ergebnisse, die auch Emmy Werner vorlegt: 2/3 der Jugendlichen blieb relativ stabil. Die relevanten Merkmale waren u.a.:

Personale Ressourcen:

- im Temperament weniger impulsiv
- Regelmäßigkeit in den Körperfunktionen
- kognitive Kompetenzen
- realistische Zukunftsplanung
- weniger Hilflosigkeit / aktives coping

Soziale Ressourcen:

- soziale Unterstützung außerhalb der Familie
- Mütter zeigen, dass Probleme aktiv lösbar sind
- gute Beziehung zum Heimpersonal
- weniger Kontakt zum Vater, wenn man von diesem nichts Positives lernen kann

Der stärkste Faktor in dieser Untersuchung war das Klima im Heim: warm, akzeptierend, normorientiert, funktionierende Aufsicht der Erzieher, religiöse oder spirituelle Orientierung.

Devianzentwicklung korrelierte mit folgenden Faktoren:

- kaum unterstützende Personen außerhalb der Kernfamilie
- weniger gute Beziehung zur Mutter
- Heimklima konfliktreich
- weniger religiöse oder spirituelle Orientierung in der Erziehung

Die relativ positiven Ergebnisse dieser Studien scheinen in allen Hochrisikomilieus dieser Welt zuzutreffen: in Multiproblemfamilien, bei Missbrauch, in Ghettos und Slumgebieten oder bei Bürgerkriegszuständen. Prof. Lösel plädiert für Präventivprogramme zur Förderung der Problemlösungskompetenz bei Kindern und Eltern. Das Schema der sozialen Informationsverarbeitung bei aggressiven Jugendlichen ist negativ. Sie schreiben anderen auch in neutralen Situationen Feindseligkeit zu und haben nur aggressive Bilder gespeichert, die von ihnen positiv bewertet werden. Dies führt schnell zu Gewaltausbrüchen, weil sie wenig sprachliche und andere Fertigkeiten der Konfliktbewältigung kennen. Auch der aktive Medienkonsum von Gewalt verstärkt diese Schemata und beeinflusst das Denken in konkreten Situationen.

Eine „Resilienzschulung“ könnte so aussehen, dass diese Jugendliche andere Interpretation von Situationen (Encodierung) lernen und erweiterte Bewältigungs- (Coping-) und Handlungsstrategien einüben. Die Entstigmatisierung von Risikogruppen bedeutet eine wirkliche Ermutigung für alle Kolleginnen und Kollegen, die in diesen schwierigen Feldern arbeiten. Es bedeutet aber keineswegs ein Freibrief für eine „asoziale Politik“. Im Gegenteil, die Untersuchungen zeigen, wie wichtig präventive Maßnahmen, eine „caring community“ (eine sorgende Umgebung) und unterstützende Einzelpersonen wie Lehrer, Nachbarn und Freunde sein können.

Ein weiterer Beitrag war der von **Prof. Dr. John Rolland, Psychiater an der Univ. von Chicago**. Sein Thema war: „Familien, Krankheit und Behinderungen, ein integrativer Ansatz“. Menschen gewinnen Resilienz auch mit der Erfahrung von Krankheit. Er untersucht, wie Familien auf nicht tödliche, Leben verkürzende oder tödliche Krankheiten reagieren.

Einige seiner Ergebnisse: Kinder sollten in jedem Fall in die Gespräche der Familie einbezogen werden, selbst sterbende Kinder. Der vermeintliche Schutz des Verschweigens hilft ihnen nicht. Sie haben die Situation längst durchschaut. Wichtige Fragen an den Patienten sind: „Was wurde Dir gesagt?“ „Was glaubst Du selbst?“

Es ist sehr unterschiedlich, wie Angehörige oder ganze Familiensysteme auf plötzliche oder schleichende Veränderungen durch Krankheit reagieren. Die verstrickten Familien versammeln sich vollzählig um das Krankenbett, andere halten sich extrem zurück. Familien beschäftigen sich in der Situation oft mit Fragen wie:

- Wie gehen andere Familien damit um?
- Was hat die Krankheit verursacht, warum bin gerade ich betroffen?
- Welche Bedeutung hat die Krankheit?
- Welches Sterbedatum habe ich antizipiert?
- An was glaube ich, welche Rituale möchte ich?

Wie können Angehörige mit dem bevorstehenden Verlust umgehen? Die verbleibende gemeinsame Zeit kann beinhalten:

- miteinander lebendig sein, das Mögliche genießen
- einen erhöhten Sinn finden
- Intimität, die Beziehungen vertiefen
- die tägliche Routine beachten
- Probleme, die nach dem Tod zu meistern sind, können gemeinsam besprochen und vorbereitet werden.

Zu diesen Themen wurden beeindruckende Videoausschnitte von Prof. Dr. Evan Imber Black vom Ackerman Institut New York gezeigt, über ein relativ junges Künstlerpaar im Endstadium einer Krebserkrankung des Ehemannes. Es war ein Beispiel dafür, dass auch in diesem kritischen Stadium unausgesprochene gegenseitige Vorwürfe aus der Ehegeschichte zur Sprache kommen, und wie es durch therapeutische Hilfe möglich wurde, Blockaden in der Beziehung aus dem Weg zu räumen, um sich auf eine gute Weise verabschieden und auf das Ende vorbereiten zu können. Um hier unterstützen und begleiten zu können, müssen Therapeuten und Helfer mit ihren eigenen Geschichten von Verlust und Trauer einen guten Umgang gefunden haben.

In der Arbeit mit Krankheit in Familien ist es wichtig, auch nach der Mehrgenerationen-Erfahrung zu fragen. Es bietet sich ein Genogramm an unter den Gesichtspunkten: Erfahrungen mit Krankheit und Verlusten in den früheren Generationen, Bewältigung von Krisen, Umgang mit Armut, Scheidung, Gewalt. So kann man etwas über die vorhandene Familien-Resilienz in Erfahrung bringen und für den therapeutischen Prozess nutzen. Gerade für diesen Aspekt bietet das von Friedebert Kröger herausgegebene Buch: "Familie, System und Gesundheit -Systemische Konzepte für ein soziales Gesundheitswesen", (Carl-Auer-Verlag, Heidelberg 2000) wertvolle Hinweise.