

# Interview mit Dipl-Psych. Michaela Huber für das Buch „Kooperative Traumaarbeit“ ISBN: 978-3-200-09184-9

**SCHWARZ:** Ich möchte gerne einsteigen mit der Frage, was Ihre ersten Gedanken sind, wenn Sie das Thema „Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen in der Arbeit mit traumatisierten 12-18-jährigen Jugendlichen“ hören?

**HUBER:** Ein Mangel fällt mir als Erstes ein. Nämlich, dass wir ganz große Schwierigkeiten haben, diese jungen Menschen adäquat zu versorgen. Dass zwischen Betreuung, Beratung, Klinik, Psychiatrie, Psychotherapie - da kann man nochmal unterscheiden in stationäre und ambulante Psychotherapie - wenig Zusammenarbeit existiert. Dann klafft noch mal ein großes Loch, wenn es darum geht, den Übergang zur Versorgung der Erwachsenen zu finanzieren, da ist dann bei jungen Erwachsenen endgültig Schluss. Da gibts dann ja gar nichts mehr. Aber wir haben auf jeden Fall eine große Lücke, was die Ausbildung angeht, was die Zusammenarbeit angeht und auch was den Übergang angeht in der Zusammenarbeit, was Kinder, Jugendliche und dann zu dem Erwachsenenstatus hin angeht. Und dann gibt es noch etwas, was mich sehr beschäftigt und das ist das Problem der Diagnostik, die nicht gut läuft für Kinder und Jugendliche. In diesem Alter schon gar nicht. Also da fangen dann die Borderline-Diagnosen an, die Autismus-Diagnosen, die bipolaren Diagnosen kommen da schon hinein, obwohl sie eigentlich praktisch kaum in diesem Alter oder eigentlich gar nicht gestellt werden können, aber sie werden einfach vergeben. Wenn Kinder, wenn Jugendliche in diesem Alter sehr starke Impulskontrollstörungen haben, Trauma-bedingte, dann bekommen sie häufig ganz andere Diagnosen. Denken Sie auch an ADHS, insbesondere bei den Jungen, wenn sie sehr stark motorisch unruhig sind und affekt- und impulskontrollgestört sind. Es gibt Depressions- und Angstdiagnosen, die von Kollegen vergeben werden, aber die Traumageschichte und ihre Auswirkungen bei Kindern und Jugendlichen kommt wenig vor. Und was mir auch einfällt, ist, dass in diesem Alter nicht viele Kinder und Jugendliche aufdecken, was sie Schlimmes erlebt haben. Weil sie dann noch in Abhängigkeit der Erwachsenen sind. Und wir sehen, dass die Aufdeckung gerade auch der tabuisiertesten Bereiche, also sexualisierte Gewalt, im Schnitt später beginnt - schwerpunktmäßig zwischen 25 und 45! Aber die Folgen finden wir bereits in frühem Alter. Viele Kinder und Jugendliche sind unruhig, es ist auch eine Übergangssituation, Bindung, Pubertät, Unabhängigkeit. Mit 14 fangen die Jugendlichen an, sich deutlicher auch gegen destruktive Bindungen - vor allem destruktive Primärbindungen, zu wehren, haben aber noch wenig Möglichkeiten, weg zu kommen. Und wenig Chancen im professionellen Bereich auf Hilfe. Das macht mir große Sorgen.

**SCHWARZ:** Was braucht es denn für die Jugendlichen - gerade dann, wenn sie bereit sind, sich zu öffnen oder sich Hilfe zu suchen - Hilfe anzunehmen, damit das Ganze auch funktioniert? Was braucht es vielleicht bei der Zusammenarbeit in den unterschiedlichsten Bereichen von allen, die hilfreich unterstützen könnten?

**HUBER:** Zuallererst mal eine gute Ausbildung aller Professionellen: Lehrer, Lehrerinnen, Erzieher, klinische Kollegen! Man wünscht sich ja, dass bereits im

privaten Umfeld der Jugendlichen sich Menschen finden, die zuhören und die zum Beispiel die Symptome wahrnehmen. Diese Symptome sind ja meist nicht sehr spezifisch. Die Kinder können auch immer fehldiagnostiziert werden im Sinne von: da ist einer, der träumt viel oder ist sehr motorisch unruhig oder hat vielleicht Kummer, aber es wird immer unspezifischer. Also was es vor allem natürlich braucht, ist, dass Menschen Vertrauen aufbauen können zu diesen Jugendlichen, denn ohne Vertrauen öffnen die sich nicht. Sie werden eher vorsichtig, dadurch dass sie wissen, dass sie aus ihrem heimischen Schlamassel, wenn das denn die Ursache ihrer Symptome ist, noch lange nicht rauskommen, denn in dem Alter weiß man: „Ich muss noch einige Jahre durchhalten!“. Egal ob einem das bewusst ist oder nicht. Das heißt, sie werden nicht sehr schnell explizit werden und in Klartext sagen, wo ihnen der Schuh drückt. Alle Symptome, die auftauchen: körperliche, seelische, geistige Symptome, motorische Symptome, müssen gelesen werden! Erstmal privat, das heißt aber immer über Bindung und Beziehung und wenn da nichts Gutes stattfindet, dann müssen die Professionellen das können. Also alle, die mit den Jugendlichen zu tun haben. Wenn diese sehr starke Symptome haben wie Selbstschädigung, Selbstverletzung, Suchtverhalten, Essstörung, Depressionen, Angststörungen, PTBS-Symptome - das sind so die Klassiker, die in diesem Alter deutlich werden. Dass schnell gefragt werden sollte: „Wann hat das begonnen?“, weil wir wissen, je früher es anfängt, desto mehr wird es integraler Bestandteil der Persönlichkeit und kann nicht einfach als Symptom alleine behandelt werden. Sondern muss im Zusammenhang gesehen werden mit der gesamten Persönlichkeitsentwicklung. Das heißt es muss von den Professionellen, die zum Beispiel Essstörung, Suchtverhalten oder Selbstverletzungen behandeln, identifiziert werden als ein tieferes Persönlichkeitssymptom. Kein Ritzen, das mal "Mode" ist, das wird ja gern mal so betrachtet. Sondern dass das „Ritzen“ auf einen tieferliegenden Kummer hinweist, weil da jemand sehr schwer mit sich ringt, und da müssten dann die Professionellen aufmerksam werden. Wenn ein Kind sich zu Tode hungert, kann das nach einer Diät aufgetreten sein, aber warum hungert dieses Mädchen und ihre Schwester nicht? Professionelle müssten lesen: hier ist ein tieferes Problem! Sie müssten auch bei motorischer Unruhe mal nicht an ADHS nur denken. Oder an ADS bei zwanghaft zerstreut Sein oder bei intensiven Tagträumen. Sondern sie müssten daran denken, dass da jemand möglicherweise sich aus Unerträglichem wegträumt, in Trancezustände geht. Oder bei ADHS starke Übererregungszustände bekommt, die nicht anders abzuführen sind. Dass die Jugendlichen in diesem Alter massiv anfangen, ihren Stoffwechsel zu manipulieren, weil sie sich anders nicht regulieren können. Und warum das so ist? Weil sie zu viel Stress hatten oder haben. Weil sie mit Stress nicht anders umgehen können. Wichtig wäre, dass man als Profi zumindest an Stressfolgestörungen denkt. Möglicherweise auch an die Folgen von toxischem Stress, also Trauma. Das wünschen wir uns von allen Professionellen, das wünschen wir uns von Lehrern, Erziehern, Klinikpersonal, Freizeitpädagogen und da sehen wir viele Defizite. Die Wahrnehmung: Erstens: „da ist jemand in Not!“ und Zweitens: „Wie kann ich das umsetzen, wenn ich es ernst nehme?“.

**SCHWARZ:** Der erste Appell, der deutlich für mich herüberkommt, ist das bewusste Hinschauen, nicht Wegschauen. Und der zweite Appell: „nicht bequeme Diagnosen geben und Medikamente einwerfen und dann ‚funktioniert‘ die Jugendliche, sondern hinschauen, was sind die Hintergründe?“

**HUBER:** Ganz genau! Und was vielleicht das Allerwichtigste ist: in Beziehung gehen! Das ist etwas, das dauert, bis man das Vertrauen eines Kindes oder Jugendlichen hat. Wenn man da sehr schnell denkt: „Oh, da ist jetzt groß was im

Argen! Ich bestelle die Eltern ein!“, konfrontiert dann die Eltern, hat aber gar nicht die Möglichkeit, einem Kind oder Jugendlichen eine Alternative anzubieten, schadet man unter Umständen mehr, als dass man nützt. Weil die Eltern dann das Kind oder den Jugendlichen unter Umständen stärker bestrafen, härter sanktionieren – oder umziehen, um sich der Nachverfolgung zu entziehen. Das alles erfordert also auch vom professionellen Personal, geschult zu sein darin, wie man erstmal versucht, Vertrauen aufzubauen zum Jugendlichen und dann schaut, welche Möglichkeiten gäbe es denn überhaupt? Bevor man in Action geht, sollte man wissen, dass man auch tatsächlich helfen kann! Das heißt, man muss die ganzen institutionellen Gegebenheiten und Ressourcen kennen. Man muss sich im Jugendhilfegesetz auskennen. Man muss sich unter Umständen im Familienrecht auskennen. Man muss Möglichkeiten der alternativen Unterbringung kennen. Die müssten eventuell erst aufgebaut werden, falls es sie noch nicht gibt, zum Beispiel Jugendwohngruppen oder spezielle Angebote für traumatisierte Jugendliche – ich weiß, dass die sehr rar sind überall – um gegebenenfalls auch einem, sagen wir mal 16jährigen sagen zu können: „Du musst das nicht aushalten! Es gäbe auch, wenn du dich dann klarer äüßerst, eine Möglichkeit, dass du, ohne dass du zu sehr auspacken musst, erstmal da raus kommst!“. Also alle diese und zahlreiche Möglichkeiten mehr müssten bekannt sein. Und da ist halt ein riesiges Defizit. Die meisten, die in diesem Feld arbeiten, haben auch Angst, sich unbeliebt zu machen. Sie haben Angst, die Eltern zu konfrontieren und was da an Echo kommt. Sie haben Angst, sich mit den Kollegen offensiver auseinander zu setzen: „Hier ist ein Kind, Jugendlicher, viel intensiver in Not, als nur, wie du sagst, gerade mal in einer natürlichen Krise!“ Da müsste auch vielleicht intensiver eingegriffen werden. Da gibt es sehr viel Scheu, sich unbeliebt zu machen – auch gegenüber Vorgesetzten. Institutionell Berichte schreiben zu müssen. Plötzlich als jemand da zu stehen, der ein Fass aufmacht sozusagen und dann vielleicht sanktioniert zu werden: „Ja also das ist doch eine Übertreibung, das ist doch ganz normal! Kinder und Jugendliche in dem Alter, die haben da ...“. Also da muss man schon standfest sein, auch das ernst genug nehmen: „Hier geht es um mehr als um ganz normale Familienprobleme, die jeder mal hat. Dieses Kind geht vor die Hunde und braucht mehr Hilfe!“ Und wenn dann institutionell nicht zum Beispiel eine Bereitschaft da ist, so jemanden als Kollegen, Kollegin anzuhören, ernst zu nehmen, Intervention, Supervision zu geben, in dieser Intervention oder Supervision alternative Erklärungsmöglichkeiten ernsthaft in Betracht zu ziehen, wird es schwierig. Dem gängigen Narrativ zu widersprechen, also „grad mal ´ne Krise“ oder „hat halt ADHS“ oder „ist eine typische Borderline-Entwicklung“ oder „ganz normal in dem Alter“.... Alternative Erklärungsmöglichkeiten gingen vielleicht in die Richtung: „Da ist etwas Gravierendes“, „Da ist vielleicht etwas so im Argen, dass das Kindeswohl ernsthaft gefährdet ist“, „Da spricht viel für häusliche Gewalt“, „Da muss man vielleicht eine sich beschleunigende negative Entwicklung unterbrechen auch mit deutlicheren Maßnahmen rein gehen“. Da besteht auf vielen Seiten sehr viel Scheu, Position zu beziehen, und wenn die institutionellen Bedingungen das nicht vorsehen, dass man da überhaupt an Trauma denkt oder auch an eine schädigende Bindung oder Beziehung zuhause, dann hört man immer individuelle Störungs- oder Krankheitszuschreibungen. Dann ist es halt das Kind, der Jugendliche, der nicht in Ordnung ist, der krank ist und der dann unter Umständen mit einfachen Maßnahmen wie Verhaltenstrainings oder Medikamenten Behandlung erfährt. Ja das ist leider sehr, sehr häufig das Ergebnis – damit können wir aber nicht zufrieden sein!

**SCHWARZ:** Jetzt haben Sie schon mehrere Gruppen angeführt, die etwa vom Jugendlichen auch angesprochen werden könnten oder die an der Jugendlichen

etwas erkennen könnten. Und Sie haben auch angesprochen, dass es eine Offenheit von den institutionellen Gruppen und Organisationen braucht, auch das anzuhören, wenn jemand zu ihnen kommt. Jetzt ist es vielleicht ein großer Anspruch, wenn ich denke, ein klassischer Lehrer in der Schule, der etwas feststellt, kann das jetzt wahrscheinlich nicht so professionell diagnostizieren. Deshalb die Frage, was sind klassische - aus Ihrer Erfahrung heraus - nächste Schritte in eine Vernetzung zu gehen? Das Ganze an Professionelle weiter zu geben, Professionalisten einzubinden?

**HUBER:** Ich stelle häufig fest, dass es eine große Schwelle gibt zwischen einem individuellen Feststellen im privaten oder professionellen Bereich, eine Ahnung zu haben, und den offiziellen Jugendbehörden, die sanktionieren. Deswegen wäre immer empfehlenswert, dass man Kinderschutz oder Jugendschutzorganisationen dazwischen einschaltet. Und die müssten dann die Möglichkeit haben, selbstständig weiter zu forschen und zu handeln, sodass jemand, der das erst feststellt in einem semiprofessionellen oder sagen wir mal pädagogischen, aber noch nicht therapeutischem Feld, dann sagen kann: „Könnt ihr mal drauf schauen?“, ohne dass gleich eine riesige institutionelle Lawine in Gang gesetzt wird mit offiziellen Anträgen zum Kinde wie Inobhutnahme etc. Dass da also wirklich richtig was losgetreten wird. Und deswegen braucht es häufig eine Kinderschutz- und eine Jugendschutzorganisation, die beratend und aufklärend tätig sind, die präventiv in Schulen oder Jugendorganisationen Kinderschutzzentren, Jugendschutzeinrichtungen gehen, die sowas organisieren. Oder als Beispiel die Beauftragung solcher Organisationen wie ‚Innocence in danger‘- ich weiß nicht, ob es das hier auch gibt? Oder als ganz anderes Beispiel das Babywatching, um die Sensibilität der Kinder und Jugendlichen für die Signale von Säuglingen und Kleinstkindern zu verbessern, bevor einige von ihnen selbst Eltern werden. Wenn man in pädagogischen Einrichtungen sieht: „Da verhält sich ein Kind und Jugendlicher sehr ungewöhnlich, da gibt es gravierende Äußerungen, radikales Verhalten, oder da ist etwas stark Sexualisiertes plötzlich, das ist ungewöhnlich bei einem acht-neun-zehn-elf-zwölfjährigen Kind!“. Dass man dann erstmal Institutionen hat, die beratend tätig sind und die dann ihrerseits auch Möglichkeiten haben, dann weiter handlungsfähig zu werden und einen eigenen Auftrag anzunehmen. Das haben wir häufig in Deutschland erlebt, dass es besser ist, wenn wir Kinderschutzorganisationen dazwischen schalten zwischen Jugendamt und sozusagen den Erstfeststellern von möglichen Problemen. Dass es Institutionen der Ansprache gibt, etwa für die Oma, die ihren Schwiegersohn nicht gleich beim Jugendamt anzeigen will, aber sieht, dass ihr Enkelkind massiv leidet. Organisationen im Kinderschutz, die nicht gleich Jugendamts-tätig werden müssen, sondern bei denen die Schwelle niedriger ist, kontaktiert zu werden. Und wenn man dann weiß, man kann erstmal irgendwo anrufen, man kann sich eine Beratung holen. Man kann auch irgendwo mal mit jemandem zusammensitzen und Symptome schildern, ohne dass man anzeigen muss und sofort den ganzen Apparat an Maßnahmen lostritt. Das hilft zum Beispiel denen, die Fragen haben. Und umgekehrt, dass diese Institutionen in die pädagogischen Einrichtungen gehen. Oder dass diese niedrigschwellige Angebote machen in Erziehungseinrichtungen, in Schulen, in Jugendeinrichtungen und darüber dann auch nochmal ein Auge drauf haben, was ihnen dort berichtet wird. Sodass man die Schwellen niedriger macht. Von dort aus kann man dann aufbauen und sagen: „Hm, da fällt uns auch wirklich was auf, da ist ein Kind so massiv unglücklich, erzählt der Banknachbarin, dass es nicht mehr leben will“. Mädchen sind immer eher ungewöhnlich still, handeln aber auf bestimmten Ebenen ganz anders, wenn sie zum Beispiel diese Querschnitte in den Armen haben, sich die Haare ausreißen

oder Pickel blutig ausdrücken, ihre Binden verstecken, plötzlich in ihren Schulleistungen radikal abfallen, immer mehr „Krankheitstage haben“ etc. Dass man ganz niedrigschwellig dann versucht, die Kinder und Jugendlichen so ein bisschen einzubeziehen, fürsorglich miteinander umzugehen. Mal einander zu fragen, ob da ein Kummer ist, ohne dass es sofort um Maßnahmen geht. Wenn man das macht, Zwischenstadien macht, dann hilft man diesen ganzen erstdiagnostischen Möglichkeiten sehr. Sonst bleibt es nämlich oft beim: „Hm ja, ist mir auch schon aufgefallen.“ Feierabend, das war's. Dann kommen die Kinder und Jugendlichen nicht weiter! Wir wissen, dass sie auf sich aufmerksam machen. Sie versuchen ein-zwei-drei-vier-fünfmal was anzudeuten, sechs-sieben-achtmal was anzudeuten und alle sind so: „Mmmmh, jaaa, okeee...“ - hilflos. Aber diese Institutionen, die dazwischengeschaltet werden, die muss man einbeziehen. Auch da muss eine Schule, Jugendeinrichtung, pädagogische Institution, Betreuungseinrichtung auf die Idee kommen, dass man die reinholt!

**SCHWARZ:** Das beginnt eigentlich schon damit, auch ohne einen konkreten Fall oder ohne konkrete Hintergründe einfach in Kontakt zu kommen mit niederschweligen Angeboten, um Kontakte aufzubauen?

**HUBER:** Prävention!

**SCHWARZ:** ...um diese Leute rein zu bringen und schon in ein Gespräch zu kommen?

**HUBER:** Genau! Auf beiden Seiten! Man kann sowohl diese geschulten Präventivkräfte ein Auge auf die gefährdeten Kinder und Jugendlichen haben lassen. Aber vor allem kann man sich selbst und die Kollegen immer wieder fortbilden! Man kann die Symptome erkennen lernen. Man kann im Schulunterricht Einheiten machen, dass man Kinder und Jugendliche auch selbst aufmerksam macht auch untereinander auf bestimmte Phänomene. Dass ihnen unter einander auffällt: „Oh, der Kim oder die Saskia, die haben schon Sex und sind doch erst elf!“ oder „Saskia darf nie mit auf Klassenfahrt!“. Oder: „Die wird immer wieder vom Turnunterricht befreit.“- „Kim hat ´ne wahnsinnige Scheu, sich umzuziehen.“ Oder „Manchmal kann Saskia gar nicht sitzen, der Po tut ihr so weh, sagt sie“. Auch Phänomene wie Cybermobbing, Cybergrooming, Sexting und andere Dramen, die über soziale Medien und Messenger auf die Kinder zukommen, solche Phänomene überhaupt zu bemerken. Die erstmal anderen gar nicht groß auffallen würden, nach dem Motto: „Ja, die Kommentare in der WhatsApp Gruppe sind grad hart für sie, aber das gibt sich schon wieder.“ Zur Aufklärung und Unterstützung braucht es Präventionsarbeit. Bei den Kindern und Jugendlichen selber untereinander, wenn's geht auch durch Elternschulungen auf Elternabenden usw. Aber dann auch bei den Kollegen, die in diesen Institutionen arbeiten: Pädagogen, Beratungslehrer usw. Dass die geschult sind, solche Kinder- und Jugendlichen zu sehen in ihren Verhaltensweisen und in ihrem Kummer, um sie dann auch ansprechen zu können. Und dann wissen sie häufig nicht, wie sie's machen sollen. Dann machen sie's entweder zu plump, dann verschließen sich die Jugendlichen wieder und sagen: „Nein, nein, bei mir ist nichts!“. Oder sie öffnen sich und dann wird unter Umständen irgendwas losgetreten, wo dann aber hinterher nichts daraus erfolgt. Die Eltern leugnen, die mobbenden Mitschüler, die Jugendlichen verschließen sich wieder. Sie treten einen Schritt zurück und dann ist mehr Schaden unter Umständen als Nutzen angerichtet. Weil das Kind, der Jugendliche zurück bleibt mit dem Gefühl: „Na, jetzt hab ich mich mal ein bisschen getraut, was angedeutet oder leicht geöffnet, aber es hilft mir keiner! Ich komm' hier nicht raus. Ich komm'“

hier nicht weg!". Also das sind die Dinge, wo wir merken, wenn da nicht viel auf der Ebene von niedrigschwelligen Angeboten zur Prävention, zur Diagnostik und dann auch zu ersten Interventionsmöglichkeiten, Beratungsgesprächen angeboten wird, dann versickert das wieder. Und das passiert leider viel zu viel...

**SCHWARZ:** Und wenn's gelungen ist, über niederschwellige Angebote ein erstes Helfersystem aufzubauen. Und das Ganze geht dann weiter in wirklich professionelle Bereiche. Vielleicht auch mit, wenn es notwendig ist, schon Fremdunterbringung. Was ist denn dann wichtig, dass diese Leute, die ursprünglich das Ganze - ich sag jetzt mal - ‚entdeckt‘ haben, und die, denen das Ganze übergeben wurde? Ist es dann notwendig, dass weiterhin eine Kommunikation stattfindet? Sollte es bei solchen Übergaben klare Schnitte geben? Wie sehen Sie das?

**HUBER:** Zum einen finde ich es wichtig, dass jeder seins macht. Oder jede ihres macht. Das heißt, dass die jetzt nicht versuchen als Beratungslehrerin, die ein-zwei Kurse gemacht hat, Psychotherapie mit dem Kind zu machen. Und sich das selber zutrauen und dann spielen sie ein bisschen mit dem Kind und denken: „Ach es ist doch alles in Ordnung, es ist doch unauffällig.“ Und dann geht das Kind wieder nach Hause und passt sich dort an, und der Verdacht wird zurückgenommen. Oder das Cybermobbing und die Anmache durch den Loverboy geht weiter, ohne dass jemand weiter nachschaut. Sondern dass schon sorgsam geguckt wird mit ausgebildeten Fachpersonen. Und es sollten vor allem Rückfragen bei Eltern, Erziehern, Lehrern, Ärzten möglich sein. Das betrifft häufig aber auch nötige Schweigepflichtentbindungen. Da versucht man natürlich mindestens ein Elternteil mit einzubeziehen, wenn das geht, weil die natürlich bei Kindern und Jugendlichen in diesem Alter sagen können: „Ich gebe die Schweigepflichtentbindung nicht!“. Das trifft auf die Eltern zu, die selber übergriffig sind und dann auch wissen, dass da was nicht in Ordnung ist, die geben ihre Schweigepflichtentbindung nicht. Was zur Folge hat, dass überall nur Momentaufnahmen möglich sind. Jeder, jeder beobachtet, macht sich Gedanken, aber es kommt nicht zusammen. Zum Beispiel wird das Kind wegen Bettnässen irgendwo vorgestellt, aber der Beratungslehrer weiß davon gar nichts. Das heißt, es müssten ‚Case-Manager‘ da sein, die sich bei gravierenden Auffälligkeiten kümmern und sagen: „OK, wir versuchen, die Information aus unterschiedlichen Bereichen zusammen zu tragen und sowas wie runde Tische zu machen wann immer das geht, um das Kind zu unterstützen!“. Übrigens ist das häufig so, dass wir in manchen sozialen Schichten, wo schon teils in mehreren Generationen runde Tische üblich sind, das eher hinkriegen, als zum Beispiel bei Akademikern. Die fahren dann schnell ihre Anwälte auf und versuchen dann häufig zu verhindern, dass die Sache ernst genug genommen wird. Da haben wir öfter Probleme, dass betuchte Eltern, die ihre Kinder genauso vernachlässigen und verwahrlosen lassen können, genauso sexuell übergriffig sein können wie im sogenannten „Prekariat“, sehr früh hoch aufmerksam dafür sind, dass sie das nicht zu sehr aufgeklärt haben wollen. Während in manchen Kreisen es üblicher ist, dass man sagt: „Ja das stimmt, wir sind dauernd im Stress und das Kind hat Probleme. Ja wir haben auch Probleme. Ja wir brauchen Hilfen in der Familie. Das sind wir schon gewohnt.“. Das ist in manchen Kreisen einfacher sogar zu etablieren, als in Kreisen, die mit dem sozialen Hilfesystem üblicherweise freundlich, aber auch abschottend kooperieren. Und da muss man ein Auge drauf haben. Auch die Professionellen scheuen häufig, wenn der Vater Anwalt oder Arzt ist und sie sehen, dass die Tochter oder der Sohn extrem leidet, das sozusagen zu einem Fall zu machen und die Kooperation gezielter zu suchen, auch das ernstester zu nehmen, weil sie Angst

vor den Reaktionen dieser Eltern haben. Dass diese sich dann auf die Hinterbeine stellen und versuchen, massiver zu intervenieren. Zudem denkt man in solchen pädagogischen Kreisen häufig: „Akademiker? Oh' das kann doch gar nicht sein! Der Vater ist Arzt oder der ist Anwalt - um Himmels Willen, was kommt uns da entgegen, wenn wir das ernst nehmen mit dem Kind?“. Also die Zusammenarbeit muss erfolgen, da muss man aber auch wissen, mit was man sich da anlegt oder was da schon zum Beispiel üblich ist. In manchen Kreisen ist es gar nicht so schwer, zu fragen: „Wollen wir nicht jemanden an Ihre Seite holen, der nur Ihrem Wohl verpflichtet ist, Frau Soundso? Wir wissen doch, dass Sie belastet sind. Und Herr Soundso, Sie sind ja erst dazu gekommen als Stiefvater. Aber wir möchten doch, dass Sie dabei sind, ja, weil sonst müssten wir schneller etwas tun, und dann sind sie gegebenenfalls ganz draußen.“ Oder dass man früh eine Schweigepflichtentbindung initiiert, wenn die Eltern zum Beispiel ein Kind eben nur bringen, weil sie mit dem Kind oder Jugendlichen nicht mehr fertig werden. Dann schon ganz am Anfang die Schweigepflichtentbindung erfragt. Indem man sagt: „Ich arbeite gern mit Ihrem Kind - nur, ich muss mit dem, mit dem, mit dem Arzt und mit der Lehrerin sprechen. Könnten Sie mir bitte unterschreiben, dass Sie das erlauben?“. Es gibt ja manchmal zwanzig Leute, die bei einem Kind oder Jugendlichen beteiligt sind. Verfahrenspfleger, Kinderärzte, Erzieher, Jugendrichter etc. Je nachdem, welche Institution, Jugendgerichte usw. da schon involviert waren, hat man mit vielen unterschiedlichen Institutionen zu tun. Man muss versuchen, Schweigepflichtentbindungen zu bekommen, dass die Eltern die gemeinsame Draufsicht auch wollen, und das macht man am besten früh. Nämlich dann, wenn sie noch sagen: „Ich werde mit dem Kind überhaupt nicht mehr fertig! Ich weiß auch nicht, was mit dem Kind los ist!“. Dann zu sagen: „Wissen sie was? Dann helfe ich ihnen, dazu brauche ich zum Kinderarzt und zu der und der und der und der Institution eine Schweigepflichtentbindung“, weil dann hat man schneller die Möglichkeit, in alle Himmelsrichtungen Informationen einzusammeln.

**SCHWARZ:** Und sich zu vernetzen?

**HUBER:** Und sich zu vernetzen! Das aber ist absolut nötig, denn sonst arbeitet jeder alleine vor sich hin. Viele Institutionen vernetzen sich normalerweise überhaupt nicht. Also der Kinderarzt hat keine Ahnung, dass das Kind in der Schule extrem auffällig ist. Weil der Kinderarzt, der sieht dann diese Rötungen im Genitalbereich und überlegt sich unter Umständen: „Ach, ist das jetzt ´ne Pilzinfektion - ja! Wo kommt die denn her?“. Und fragt sich vielleicht: „Und diese dauernde Blasenentzündung? Die Rötung im Genitalbereich? Und anal auch? Und jetzt gibt es so Fissuren, also Verletzungen im Analbereich?“. Aber der weiß vielleicht überhaupt nichts davon, dass das Kind in der Schule über Tische und Bänke geht. Diese Institutionen müssten sozusagen mehr kooperieren. Aber da müssen die Erinstanzen, die dann einbezogen werden sehr früh schauen, dass die Eltern, die meistens in diesem Alter das Recht haben zu sagen: „Nein, da gehst du nicht hin! Nein, die Informationen geben wir nicht weiter!“ doch Schweigepflichtentbindungen geben - und die kriegt man am besten früh.

**SCHWARZ:** Das heißt, die ersten Schritte sind, diese gesetzlichen Blockaden durch eine Unterschrift von den Erziehungsberechtigten einmal außen vor zu lassen...

**HUBER:** Ja, zu sagen: „Ich darf den Kinderarzt etwas fragen“ - „Ich darf die Kinder- und Jugendpsychiaterin, die wurde schon mal kontaktiert, fragen...“. Oder: „Das Kind war schon mal da in der Klinik, darf ich die Akten einsehen? Ach, Sie waren schon mal mit dem anderen Kind mit der Jugendbehörde in Kontakt? Ich bräuchte

das hier, damit wir besser sehen können, wie wir Ihnen helfen können!“. Und möglichst früh versucht man, viel Information zusammen zu tragen, wo auch immer die erste Person ist. Wenn das zum Beispiel ein Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut wäre oder -Psychotherapeutin, wäre das die erste Instanz. Es kann aber auch ein klinischer Bereich sein. Es können andere Kinder- und Jugendbehörden sein, aber die müssten dann auch ein Ohr haben: „Sind da schon andere Institutionen involviert? Und wo kriegen wir die Informationen her? Die müssen wir zusammentragen, weil es kann ja sein, dass alles Mögliche schon passiert ist! Dieses Kind war schon mit unerklärlichem Schulterbruch in einem Kinderkrankenhaus. Und dann auch noch mal mit einem Beckenbruch! Da sind auch schon hier und da längere Fehlzeiten gerade übers Wochenende im Klassenbuch.... Gibt's da noch mehr Akten?“. Wir sehen das häufig bei den Fällen später, hören auch von den später Heranwachsenden oder manchmal erst mit 30, 35 Jahren hören wir von denen, wie lange die Misshandlungsgeschichte schon lief. Wie viele Institutionen schon involviert waren, ohne dass je eine Maßnahme erfolgt ist, die dem Kind, dem Jugendlichen wirklich geholfen hätte. Also Zusammenarbeit aller Institutionen, sobald sie können, bei gravierendem Verdacht wäre nötig! Manchmal ist es auch nicht ein Elternteil oder beide, sondern ein Geschwister, ein Loverboy, ein Nachbar, eine Internetbekanntschaft, die das Kind quälen. Oder Klassenkameraden, die ein entwürdigendes Video von diesem Kind in einer Ecke auf dem Schulhof gedreht haben. Ich finde gut, wenn die Informationen, die man bekommen kann, zusammengetragen werden, und wenn es dann auch individuell definierte Schwellen gibt, wo man sagt: „Schaffen wir jetzt das auf der Ebene von Beratung, oder müssen wir jetzt sanktionieren?“. Das ist ja auch nochmal eine Schwelle. Also dass man freundlich zugewandt ist, die Eltern und alle Instanzen, zum Beispiel Familienberatung, Familientherapeut, Familienfürsorge, Familienhebamme etc. einbezieht. Aber es kann natürlich sein, dass dann eine Schwelle erreicht wird durch die Informationen, die man zusammenträgt, wo man sagt: „Dieses Kind ist schon beim Kinderarzt mehrfach so auffällig gewesen, der Kinderarzt ist alarmiert, weil da Verletzungen sind, die er unerklärlich findet. Da muss man doch eingreifen!“. Und dann muss doch ein Schritt gegangen werden, der ein Eingriff in das ‚System Familie‘ bedeutet. Und davor, merken wir häufig, scheuen viele Institutionen zurück. Die bleiben beim Beraten, beim Reden, beim gut Zureden, noch ´ne Maßnahme, da wird noch was in die Familie getragen. Da kommt noch ´ne kleine Hilfe hier und ein Angebot dort, aber es wird nicht wirklich eingegriffen. Wenn man aber recht sicher sagen kann: Nein, es ist keine externe Geschichte, es sind die Eltern - dann muss man etwas tun.

**SCHWARZ:** Fällt Ihnen, aus Ihrer Praxis, ein Beispiel ein, wo genau das dann gut funktioniert hat? Auch mit der Vernetzung und auch - vielleicht - mit Eskalationen und weiteren Vernetzungs-Notwendigkeiten?

**HUBER:** Ja, eine Kinder- und Jugendpädagogin, gut ausgebildet, kam in die Supervision, weil sie sagte - und war ganz erschreckt: „Ich soll mit diesem Kind meinen Spieltherapiekoffer aufmachen - auf der Couch, wo das Kind missbraucht wird?!“. Sie hat mir sehr deutlich die Frage mitgegeben: „Was soll ich tun? Die Eltern wurden schon sanktioniert. Haben aber das Kind zurückbekommen. In der Familie gibt es schon ein neues Kind. Also dieses Kind, was ich jetzt habe mit vier, fängt an, mir zu vertrauen und zu erzählen. Es gibt ein neues Kind, das Kind hat schon einen ganz flachen Hinterkopf, weil es niemals hochgenommen wurde. Das ist jetzt sechs Monate alt. Ich beobachte das, ich bin ganz verzweifelt, ich habe selbst schon an die Jugendbehörde einen Appell geschrieben, aber es hilft mir niemand!“. Also brauchte es durch die Supervision vermittelt, eine Stellungnahme,



eine Unterstützung, dass diese Kinder- und Jugendpädagogische Maßnahme genügend gehört wurde. Ernst genug genommen wurde. Geguckt, welche Institutionen sind da noch drin? Ah, hier gibt es noch eine, hier gab es schon mal einen Kinder- und Jugendpsychiaterin, die wurde dann informiert, involviert - Ärzte, darauf hört man eher, als auf so eine Pädagogin.... Da heißt es leicht: „Die hat ja keine Ahnung, die übertreibt vielleicht.“ Da war ein sehr aggressiver Stiefvater, vor dem alle Institutionen schon Angst hatten. Und es brauchte dann auch das Involvieren unterschiedlicher Institutionen, das Zusammentragen - erstmal unter der Hand - verschiedener Daten, bis dann über einen Kinder- und Jugendpsychiater-Bereich dann die Intervention kam zu sagen: „Jetzt müssen wir handeln!“ Die Kinder- und Jugendpädagogin, die da war, alleine hätte das nicht hinbekommen. Es ging über die Supervision, über das Ermutigen und dann das Zusammentragen der Information, dann die Kinder- und Jugendpsychiatrische Institution und dann die Stellungnahme und dann wurde gehandelt. Aber es war zum Beispiel ein typischer Fall, wo immer nur die Kinder aus der Familie genommen wurden, die bereits eindeutige Misshandlungssymptome hatten. Und bei jedem neuen Kind hieß es: „Jetzt kriegt die Mutter wieder ein Kind. Aber das kann ja sein, dass sie's diesmal gut macht...“. Erst als die Pädagogin sagte: „Dieses Kind hat einen ganz flachen Hinterkopf, das ist gar nicht hochgenommen worden! Jetzt müssen sie sich das anschauen!“. Und das zusammen an die Kinder- und Jugendpsychiaterin als Info gab, die das Kind dieses sechs-sieben Monate alte Kind bislang nicht gesehen hatte. Die hat dann veranlasst, dass eine Maßnahme erfolgt ist. Also wir sehen, wenn die nicht zusammenarbeiten: ein Einzelner, der etwas beobachtet oder sieht, wird oft nicht ernst genommen. Dann gibt es häufig etwas, das in diesem Feld ganz verheerend ist: Man hat ein Kind aus gutem Grund herausgenommen in eine Pflegefamilie, und die leiblichen Eltern kommen auf die Idee, ihr Kind wieder haben zu wollen. Dann kriegen sie's! Und das ist oft ein großer, großer Fehler! Denn wenn Kinder zum Beispiel in Sicherheit sind, wenn sie neue Bindungen eingegangen sind, stationäre, zu Pflege- oder ambulanten Pflegepersonen, und die leiblichen Eltern kriegen das Kind wieder - dann tritt die ganze Symptomatik, die schon gebessert war, wieder auf. Auch da wird oft nicht gesagt: „Diese Eltern schaden dem Kind ja ganz offensichtlich!“. Spätestens da..., sondern es herrscht immer noch die Fehleinstellung vor: „Blut ist dicker als Wasser.“ Jede Mutter, jeder Vater hat das Recht auf ihr Kind. Egal wie schlecht sie sich benehmen. Auch wenn die beiden gar nichts für sich getan haben in der Zwischenzeit. Oder eine Mutter zum Beispiel nur so Pseudo-ein-zwei-drei Therapiestunden abgesehen hat mit keiner Veränderung. Sie kriegen ihr Kind wieder. Denn es ist ja IHR Kind - als wäre es ihr Besitz. Und das ist für die Kinder, die schon mal rausgenommen waren, die schon mal angedockt haben bei guten Maßnahmen, eine unglaublich schreckliche Erfahrung. Dass sie dann wieder zurückmüssen. Die sind häufig ja sehr ambivalent. Dazu muss man dieses ganze Bindungsgeschehen sehen. Kinder würden sich normalerweise immer binden an die Person in ihrer Umgebung, die am meisten feinfühlig ist. Aber wenn niemand da ist, bindet sich ein Kind auch an eine nicht feinfühlige Bindungsperson.

**SCHWARZ:** Die aber wenigstens da ist...

**HUBER:** Die da ist. Dann hat das Kind einen Bindungshunger. Bindet sich häufig gerade an diese Person sehr stark. Wenn die dann einbestellt werden, diese Bindungsperson und das Kind, denken viele: „Das Kind läuft dem Vater ja in die Arme! Toll! Ich habe genug gesehen...“ und sehen nicht, dass bei dem Kind im bestimmten Alter - auf jeden Fall vor 14 - das Bindungssystem stärker ist als das Verteidigungssystem. Heißt, das biologische Verteidigungssystem, also

wegzuwollen von jemandem, der sie schlimm behandelt. Scheu vor dem Täter zu haben, sich am liebsten zu wehren - dass das unterdrückt wird. Bis 14 ist das Bindungssystem primär! Also läuft das Kind diesem Täter in die Arme oder der Täterin. Und sagt: „Mami, Mami“ oder „Papi, Papi“ und dann denken die Behördenvertreter: „Ach das Kind ist da gut untergebracht!“. Das ist aber vielleicht ein Irrtum. Das in die Arme Laufen ist eine Anpassungsleistung des Kindes. Man kann daraus nicht schließen, dass das Kind gut behandelt wird. Man sollte bei den meisten aber an den Symptomen erkennen können, wie es ihnen geht. Und wenn die Eltern die Kinder wieder hatten und die ganze Symptomatik wieder auftaucht, dann müssten Behörden und Institutionenvertreter das lesen können. Und wissen können, dass es diesem Kind wieder schlechter geht. Das Kind spricht dann durch seine Symptome das, was es mit Worten noch nicht sagen kann, weil es sich binden und daher anpassen muss.

**SCHWARZ:** Jetzt ist es ja oft so, dass solche Entscheidungen auch oft von Einzelpersonen getroffen werden. Also wenn ich jetzt denke, in Österreich eine Sozialarbeiterin, ein Sozialarbeiter, die haben ganz viel Entscheidungsbefugnis, ob das Kind wieder zu den Eltern rück geführt wird, oder nicht.

**HUBER:** Also ich finde es ist zwingend, dass, wenn andere Institutionen bereits involviert sind, dass diese Informationen einbezogen werden müssen! Da kommt uns häufig das Datenschutzgesetz in die Quere. Manchmal ist das Datenschutzgesetz sehr wichtig und großartig, aber wenn es dazu führt, dass Informationen, die wichtig wären, um Entscheidungen wirklich solide treffen zu können, getrennt gehalten werden, und so wichtige Entscheider die Informationen nicht zur Verfügung gestellt bekommen, ist es verheerend für das Kind, das in Not ist. Also brauchen wir das Zusammenführen dieser wesentlichen Informationen, damit die Entscheidungen wirklich umfassender getroffen werden können. Und auch die Notwendigkeit, dass die einzelnen Jugendgerichte, die involviert sind, zum Beispiel rückfragen. Dass sie Sachverständigengutachten einholen zum Beispiel, dass sie sich beraten lassen können - müssten. Wenn es sich um so komplexe Fälle handelt, bei denen viele Leute involviert sind, dass da zum Beispiel Supervision stattfindet, oder dass ein übergeordnetes Gremium dann sagt - wie bei guten ‚Case-Managern‘ üblich: „Das wird vorgestellt im Gremium!“. Und da wird gesagt: „Wir haben hier die, die, die, die und die Instanzen. Hier habe ich die Information, die Reittherapeutin sagt, es ist ganz unauffällig. Die Lehrerin sagt das auch. Aber der Kinderarzt ist aufmerksam geworden und die Symptomatik ist wieder aufgeflammt, seitdem die wieder zuhause bei ihren Eltern ist. Jetzt hat die Kinder- und Jugendtherapeutin gesagt: ‚Dieses Kind ist so verzweifelt. Bitte hören sie mich an! Es ist nicht gut, dass das Kind wieder zu den leiblichen Eltern zurückgeht!‘ und so weiter. Also wenn solcher Art Informationen zusammengetragen werden würden und dann in einer Konferenz betrachtet werden, um die bestmöglichen Entscheidungen zu treffen. Dann müssten zum Beispiel solche wesentlichen wissenschaftlichen Daten bekannt sein, wie dass das Bindungssystem über das Verteidigungssystem geht bei den Kindern. Und dass, wenn die Kinder immer nur gefragt werden: „Wo willst du hin?“ die häufig sagen: „Zu Papi!“ oder „Zu Mami!“, weil das Bindungssystem dominiert über ihr eigenes Verteidigungssystem. Dass aber die Symptomatik des Kindes erzählt, wenn der Körper spricht, wenn die Seele spricht, wenn die ganzen Symptome aufflammen, das Kind aber nicht verbal sagen kann: „Ich kann da nicht bleiben!“ Oder „Ich darf da nicht wieder hin!“. Weil ihr Bindungssystem primär ist. Dass man dann als professionell involvierte Instanz sagen muss: „Nein, Kind, du kommst jetzt nicht zurück zu deinen Eltern!“. Und diese Entscheidung macht sich ja keine Institution

leicht, aber das geht, wenn man die Informationen besser zusammenträgt. Und solide fortgebildete Kollegen dann zum Beispiel mit diesem Wissen: „Das Kind soll dahin nicht zurück!“ handeln können. Heute fragt man ein neunjähriges Kind zum Beispiel: „willst du zu Mama?“. Dann sagt es: „Jaaaaa, ich will zur Mama!“. Egal, wie die Mama dann sein wird, wenn sie das Kind wieder hat. Wenn die Mama etwa sich prostituiert und das Kind viele Stunden allein lässt - oder das Kind mitnimmt und es vielleicht sogar zur sexuellen „Benutzung“ anbietet - dann wird das Kind meist trotzdem an der Mama hängen! Auch manchmal, weil es parentifiziert ist und denkt: „Ohne mich kommt die Mama gar nicht klar!“. Oder: „Die Mama hat gesagt, sie stirbt oder sie wird krank, wenn ich nicht da bin!“.

**SCHWARZ:** Da gibt es ja eine ganze Vielzahl an Dynamiken, die da wirken...

**HUBER:** Genau! Und dass man eben nicht unbedingt im Sinne des Kindeswohls handelt, wenn man nur das Kind fragt: „Willst du denn dahin?“. Und sagt: „Ok, das Kind hat gesagt, es will!“ und dann ist das entscheidend, und die anderen Informationen werden außen vorgelassen. Und wenn eine Person - etwa ein Jugendrichter oder Sozialarbeiter ohne jede tiefere Kenntnis der Psychodynamik z.B. von misshandelten Kindern entscheidet: so oder so. Das ist eine Katastrophe für viele Kinder! Auch weil ein Sich-unbeliebt-Machen viel Mut kosten würde. Dann kommen noch finanzielle Aspekte ins Spiel: „Haben wir denn überhaupt eine Maßnahme für so ein Kind? Haben wir noch Geld dafür? Nein? Also das ist ja noch nicht soooo gravierend.“. Dann wird unter Umständen gesagt: „Naja, vorläufig nicht.“. Oder: „Das wächst sich aus!“. Alle diese Annahmen: „Das wird schon besser, im Laufe der Zeit“ oder „Das Kind wird sich schon wehren! Das ist ja jetzt schon zehn, elf, das zeigt doch erst Ansätze, sich auch gegen die Eltern zur Wehr zu setzen, mit zehn, elf.“. Wenn man da nicht was weiß über Bindungstraumatisierung, wenn die Leute nicht dafür ausgebildet sind - ach ...

**SCHWARZ:** Das heißt es braucht auch andere Rahmenbedingungen, dass eben nicht eine Person alleine entscheidet. Dass es vielleicht verpflichtend ist, dass mehrere Professionisten gemeinsam entscheiden und dass auch die gesetzliche Basis, sprich Datenschutzgesetz etc. auch geschaffen wird, dass so etwas auch möglich ist?

**HUBER:** Ja, dass solche Daten zusammen getragen werden im Sinne des Kinderschutzes. Was ganz wichtig ist, ist, dass wir in jeder Verfassung Kinderrechte verankern - ich weiß nicht, wie das hier in Österreich ist, aber wir in Deutschland wir kämpfen grade darum, die Kinderrechte ins Grundgesetz zu bekommen [„ist leider inzwischen gescheitert“ - nachträgliche Anmerkung Frau Huber]... Und zwar mindestens gleichwertig, wenn nicht höherwertig als das Recht der Eltern! Wir haben immer noch die elterliche Gewalt. Und das heißt, dass das Recht der Eltern über das Recht des Kindes geht de facto. Und es gibt ganz viele Denktraditionen, die kommen noch aus autoritären Regimes, aus dem Faschismus oder Kommunismus z.B., als eher das Kollektiv zählte. Oder aus dem paternalistischen Denken: „Mein Kind gehört mir“ etc. Viele Kinder- und Jugendpsychiater sind zum Beispiel noch von Nazis ausgebildet worden. Diese haben nach dem Krieg bruchlos weiter unterrichtet. Und die so Ausgebildeten können sich nicht vorstellen, dass das Recht des Kindes über dem der Eltern stehen sollte oder dass das Kind sich nicht unbedingt, egal wie es ihm geht, in ein Kollektiv „einfügen“ muss....

**SCHWARZ:** Und es gibt ja auch heute noch populäre Bücher oder immer wieder

populäre Bücher wie: „Jedes Kind kann...“

**HUBER:** ...“kann zum Tyrannen heranwachsen“ und so weiter. Und man darf...

**SCHWARZ:** Oder: „Jedes Kind kann schlafen lernen“

**HUBER:** Oder ja genau, und diese ‚Token-Pädagogik‘, diese radikale: „Das Kind muss sich Schritt für Schritt verdienen, dass es besser behandelt wird, sobald es ein sogenanntes ‚Fehlverhalten‘ zeigt.“, das ist in Institutionen wieder en vogue. Eine verhängnisvolle Einstellung! Die den traumatisierten Kindern überhaupt nicht gerecht wird. In Deutschland werden wieder geschlossene Heime für „Systemsprenger“ gebaut. Das muss man sich mal vorstellen - dass, nachdem Betroffene und Fachleute jahrzehntelang gegen geschlossene Heime gekämpft haben, etwa mit dem Spruch aus den 70er Jahren: „Allein machen sie dich ein.“ Das Wissen über Bindungstraumatisierung, überhaupt über Traumata, über die transgenerationalen Übermittlungen von Traumafolgestörungen, über destruktive Bindung, über Neurobiologie, über Epigenetik, alles das wird plötzlich wieder in Frage gestellt. Dabei zeigen die Forschungsergebnisse eindeutig: Man muss früh eingreifen und einem Kind, das unter traumatisierenden Bedingungen lebt, konkrete sichere Bindung anbieten, sonst chronifizieren die Probleme der Kinder. Man muss eine Unterbrechung in das destruktive Bindungsgeschehen bringen! So früh wie möglich, da gibt's gar kein Vertun! Wenn die Eltern oder Adoptiv- oder auch Pflegeeltern oder andere - also diejenigen, die ein Kind liebevoll und Sicherheit gebend behandeln sollen, stattdessen missbräuchlich und zerstörerisch mit ihm umgehen - wenn da sie erkannt werden, aufgefordert werden und sie nicht dazulernen wollen, das Kind nicht mehr so leiden zu lassen - dann muss dieser Prozess unterbrochen werden. Und da muss das Recht des Kindes von den schützenden äußeren Institutionen gewahrt werden, auch wenn das Kind sagt: „Ich hab' die aber lieb, ich will da hin!“ , dann müssen Institutionen sagen: „Nein, Kind, jetzt nicht!“ - dann müssen sie aber in der Lage sein, dem Kind ein sicheres Bindungsangebot zu vermitteln und entsprechende familienähnliche Unterbringung vorhalten! Sie müssen die Position des Erwachsenen vermitteln, wenn die bislang Erziehungsberechtigten sich miserabel benehmen gegenüber dem Kind, und selbst dann, wenn das Kind - was ja biologisch erzwungen ist, sein Bindungssystem über sein eigenes Verteidigungssystem zu stellen, nicht sagen kann: „Nimm mich weg da, Mama (oder Papa oder...) tun mir nur weiter weh“. Das heißt, wenn das passiert, muss es Institutionen geben, die das Kind retten aus der Not, und die müssen es gut begründen können. Und um das begründen zu können, müssten sie gut kooperieren. Sozusagen ‚zwangsweise‘ gut kooperieren - müssen, damit sie eine gute Grundlage haben für so ein Urteil. Und eins ist jedenfalls ganz sicher: es wird im ganzen Bereich der Kinder- und Jugendlichen-Fürsorge viel zu spät gehandelt! Das ist ganz sicher so!

**SCHWARZ:** Ja... Die Beispiele, die Sie ja jetzt auch genannt haben, zeigen ja, wie wichtig schon eine ganz frühe Kooperation von sehr vielen Professionalisten auch ganz essentiell ist, um das Kindeswohl zu sichern und nicht nur Einzelpersonen dann schnell wieder Entscheidungen treffen zu lassen. Wenn wir jetzt dahingehend wechseln, dass wir annahmen, so ein System ist gut angelaufen: ein Traumatisierter - gehen wir jetzt vom Kind weg mit dem Focus auf Jugendlichen - ist in ein gut funktionierendes System involviert. Was braucht es denn da an Zusammenarbeit? Da gibt's ja mehrere Professionisten, die zusammenarbeiten. Gehen wir vielleicht jetzt einmal zu dem konkreten Beispiel, wenn so ein Jugendlicher in einer Jugendwohngemeinschaft, also fremd untergebracht, ist.

Wie sehen Sie da die Zusammenarbeit? Was ist wichtig zwischen den Pädagogen, Pädagoginnen, die dort tätig sind? Zum Beispiel auch zu den Psychotherapeuten an Austausch oder nicht an Austausch? Da ist auch wieder dieses Thema: „Geheimhaltung: Ja / nein?“ essentiell wichtig. Wie wichtig sind vielleicht auch andere Professionen, die mit dem Jugendlichen arbeiten? Das könnten jetzt einfach die Lehrer sein?

**HUBER:** Die Klinik!

**SCHWARZ:** Das könnten auch irgendwelche Sportbetreuer sein, das könnte vielleicht die Reitpädagogin sein. Oder es gibt auch manche Institutionen, die zum Beispiel Masseur oder so Jemanden für Jugendliche bezahlen. Was ist da wichtig in der Zusammenarbeit, damit das gut funktioniert und es einfach heilsam für's Kind, für die Jugendliche ist?

**HUBER:** Alle, die mit dem Jugendlichen zusammenarbeiten, sollten auch untereinander zusammenarbeiten. Das heißt, sie sollten in bestimmten Abständen mindestens kurze Berichte machen, wenn nicht sogar runde Tische. Weil das sehen wir immer, dass Kinder und Jugendliche ja noch nicht „eins“ sind. Sie haben unterschiedliche Selbstzustände. Sie haben vielleicht bestimmte Ressourcen, die an manchen anderen Stellen überhaupt nicht gesehen werden. Sie haben aber auch unter Umständen noch einen Bedarf - etwa in der Schule - langsam herangeführt zu werden an den vollen Stress eines Schullebens. Das macht man bei geistig behinderten, körperlich beeinträchtigten, aber das macht man zum Beispiel bei traumatisierten gar nicht. Das wäre aber genauso nötig. Kinder, die sehr schnell in Übererregung geraten oder in Untererregung, also sich wegträumen, leermachen etc., können schlecht dem Unterricht folgen. Haben Konzentrationsprobleme. Wenn denen immer abverlangt wird, sie müssten voll am Unterricht teilnehmen: „Ja, das Kind ist vor kurzem aus der Familie rausgenommen worden in eine Pflegefamilie, so what? Es muss voll dem Unterricht folgen!“, dann wird die pädagogische Institution gar nicht ahnen oder wissen, wie sehr sie dem Kind schadet, weil sie dem Kind ständig Misserfolgserlebnisse bereitet. Wir wollen aber, dass das Kind aufgebaut wird, der Jugendliche aufgebaut wird, dafür braucht er Erfolgserlebnisse! Und das muss adaptiert werden: „Was kann er oder was kann sie? Was kann er oder sie noch nicht?“. Dazu müssten alle Instanzen, die mit dem Kind arbeiten, wissen, dass sie's nicht übertreiben dürfen! Außerdem: Jugendliche neigen dazu, radikale Zustände zu haben. Das heißt, die können manchmal was sehr, sehr gut und dann wieder können sie's gar nicht. Und dieses Oszillieren von Seinszuständen, von Gefühlszuständen, Körperzuständen, von Motorik, von Ausagieren, das wird häufig fehlgedeutet. Dann fängt man wieder an zu sagen: „Ahja, der hat doch ´ne ADHS!“, weil er in einer Institution über Tisch und Bänke geht, aber gar nicht gesehen wird, dass der Junge zu viel Druck hat, weil er zum Beispiel in der Schule massiv gemobbt wird. Ein Kind ist auffällig, es ist ein bisschen anders als die anderen. Es ist nicht so einbezogen. Es wird auf dem Schulhof gehänselt. "Heimkind!", "Heimkind!" und so weiter und dann baut sich der Druck auf. Jetzt gibt's zum Beispiel eine Freizeitinstitution, da rastet der oder die aus. Oder rutscht unter den Tisch und weint und kommt da gar nicht mehr hervor. Oder fängt an, sich in der Ecke oder unter dem Tisch zu kneifen, sich die Nägel blutig zu kauen. Oder man sieht plötzlich, dass da frische Schnitte in den Armen sind. Und man denkt: „Mein Gott, dieses Kind ist ein Borderliner!“. Oder dieses Kind geht über Tisch und Bänke und haut und schlägt: „Also das ist eindeutig dissoziales Verhalten!“. Es wird überhaupt nicht gesehen, dass es eine Stressökonomie gibt in jedem Kind, in jedem Jugendlichen, in jedem Erwachsenen

ja auch. In einem Bereich krieg' ich wahnsinnig viel Stress und in dem anderen Bereich agiere ich das aus. Wenn ich aber nur dort diagnostiziert werde und man da sagt: „Das ist ja was ganz Schreckliches!“. Und gar nicht gesehen wird, wie dasselbe Kind denn in der Schule ist. Leistung prima. Aber nicht mitbekommen, dass das Kind oder der Jugendliche gerade sein Handy schon zum zweiten Mal abgeben musste, weil es windelweich geprügelt wurde. Und panische Angst hat oder dann immer wieder weggerannt ist aus der Schule, gar nicht mehr in die Schule gehen will. Und dann kommen die Bauchschmerzen an der anderen Stelle: „Ich kann nicht, ich kann nicht, ich kann nicht, hab immer so Bauchweh!“. - „Naja das Kind ist vielleicht krank?“, dann kommt der Kinderarzt oder das Kind wird zum Arzt geschickt. Keine Information wird weitergegeben. An keiner Institution kommt irgendwie an, wo dem Kind der Schuh drückt. Dann macht sich jeder seine eigenen Gedanken, aber es wird überhaupt nicht zusammengetragen.

**SCHWARZ:** ...und jeder handelt auch aufgrund seiner eigenen Gedanken, aber ohne die Gedanken der Anderen zu kennen?

**HUBER:** Ja, ohne das andere zu sehen! Und diese wichtigen Zusammenhänge zu erkennen, Einflussfaktoren zu sehen: „Wer beeinflusst das Kind? Zu wem hat es Kontakte? Oh, der ist jetzt mir irgendwelchen Jugendlichen zusammen, die stehlen und harte Drogen nehmen - das ist ganz gefährlich! Jetzt muss man mal 'n Auge drauf haben, weil der wird hier abgezogen und der kifft, der kriegt auch andere Drogen angeboten. Oh, gefährlich, gefährlich!!!“. Das wird vielleicht gerade noch wahrgenommen. Aber dass da was Zuhause ist, dass der Junge da geschlagen oder ständig gedemütigt wird oder völlig überfordert mit seiner kranken Mutter. Oder was grade in der Schule los ist. Oder was grade hier in der Freizeiteinrichtung passiert. Wie er bei PornHub die härtesten Pornos sieht und zwanghaft masturbiert und vielleicht schon versucht hat, ein Mädchen zu vergewaltigen. Null! Ein Kind, ein Jugendlicher hat wie jeder Mensch eine Stressökonomie. Agiert an einer Stelle was aus, wird dann auffällig, an anderen Stellen fällt vielleicht gar nichts auf, aber da liegt es besonders im Argen. Und ausgerechnet da ist das Kind völlig angepasst. Oder da zum Beispiel ist das Kind glücklich! Man könnte auch umgekehrt sagen: „Die Ressourcen, die diese Jugendliche haben, im Reiten oder Kickboxen, im Umgang mit Tieren, mit der Natur, Fähigkeiten, die sie entwickeln - etwa wahnsinnig toll zeichnen und malen zu können oder enorm hilfsbereit gegenüber anderen zu sein - auch das gilt es alles zu sehen. Aber wer unangenehm auffällt, bei dem werden andere Talente und rettende Fähigkeiten unter Umständen überhaupt nicht gesehen. Dann wird der Jugendliche pathologisiert. Und kriegt dann gravierende Auflagen, oder Maßnahmen werden eingeleitet, ohne dass gesehen wird, wo der Jugendliche oder die Jugendliche eigentlich enorme Ressourcen hat, die man aufgreifen könnte. Es wird einfach nicht gesehen, wenn die Menschen, die mit dem Kind zu tun haben, nicht zusammenarbeiten.“

**SCHWARZ:** Die von Ihnen auch erwähnte Helferkonferenz zum Beispiel oder regelmäßige, kurze Berichte oder eben wirklich einfach an einem runden Tisch zusammensetzen, haben mehrere Aspekte. Einerseits, dass die wirklichen Erfahrungen gesammelt werden und dass sich die Leute darüber austauschen. Andererseits, dass auch...

**HUBER:** Ressourcen, Resilienz, Fähigkeiten, Talente gesehen werden!

**SCHWARZ:** ...gesehen werden, erkannt werden und damit vielleicht auch noch zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten oder Begleitungsmöglichkeiten...

**HUBER:** Natürlich! Wenn man sieht, wie glücklich das Kind ist, wenn es bei der Reitpädagogin ist: ein Kind, das sonst immer zittert! Das schon dreimal neurologisch untersucht worden ist. „Ja hat sie vielleicht doch 'n frühen Parkinson oder so?“. Aber wenn dieses Mädchen mit ihrem Hund zusammen ist, ist die ruhig. Wenn die mit ´nem Pferd zusammen ist, ist die ruhig. Wenn man das nicht hört, nicht sieht, dann kommt man zu ganz anderen Schlüssen oder macht auch ganz gravierende Fehler im Umgang mit dieser Jugendlichen, weil es einfach keinen Informationstransfer gibt - etwa den, dass dieses Kind Angst vor allen Menschen hat, weil es daheim sexuell ausgebeutet wurde. Was man aus der Jugendamtsakte kennen könnte.

**SCHWARZ:** Ist das auch der von Ihnen ganz am Anfang schon angesprochene Einfluss auf die Diagnostik, wenn einfach viele Professionen zusammenarbeiten?

**HUBER:** So ist es! Zum Beispiel: viele traumatisierte Kinder und Jugendliche werden intelligenzgemindert diagnostiziert und sind es aber nicht! Weil sie in den Diagnostiksituationen so unter Stress kommen, dass sie Konzentrationsprobleme haben, klassische Intelligenztests aber genau diese Konzentrationsphasen brauchen. Dann brechen die immer wieder ab oder sie sind so frustriert, dass sie was hinschmeißen oder aufgeben und dann werden sie als intelligenzgemindert diagnostiziert. Das haben wir ganz häufig. Während sie in Wirklichkeit, wenn man sie mit einer vertrauten Person in einer ruhigen Umgebung vorher auch ein bisschen ‚eintuned‘, hervorragende Ergebnisse bringen können. Ich hab' schon super intelligente Kinder gesehen, die einen IQ von 80 diagnostiziert bekommen haben. Also all diese Dinge zu beachten, dass eine Stressökonomie existiert, dass man sieht, wie gestresst ist das Kind oder der Jugendliche? Wann und wo und wie bündelt sich der Stress? In welcher Symptomatik, an welcher Ecke kommt das zum Vorschein? Und auf der anderen Seite: wo sind die Talente, die Ressourcen, die Fähigkeiten? Ein Kind, das sich sehr viel wegträumt, kann schlechte Schulnoten bekommen. Es kann aber auch großartige Phantasiegeschichten schreiben. Es kann ein super Talent im Zeichnen und Malen haben, das man fördern könnte und wo das Kind oder Jugendliche dann Anerkennung bekommen kann. Und darüber wieder gefördert werden kann, um sich in anderen Bereichen was zuzutrauen. Wenn denn die Informationen zusammen getragen werden...

**SCHWARZ:** Und wenn nicht, dann gehen all diese Informationen unter?

**HUBER:** Verloren! Und ganz häufig endet es darin, dass ein Kind, ein Jugendlicher entweder überhaupt keine Hilfen bekommt oder dass dann Krankheitszuschreibungen erfolgen, unter Umständen lebenslang wie ‚Borderline‘ oder ‚Autismus‘. Oder ‚Schizophrenie‘, weil: hört Stimmen. Wir wissen, dass Stimmen hören kein entscheidendes Diagnostikkriterium für Schizophrenie ist! Aber welcher Uralt-Psychiater weiß das schon? Hat sich soweit fortgebildet? Da kriegt das Kind, der Jugendliche unter Umständen ´ne juvenile Psychose oder wie es früher hieß: ‚hebephrene Schizophrenie‘ attestiert und läuft sein Leben lang damit durch die Gegend und ist unter Umständen einfach ein traumatisiertes Kind oder Jugendliche mit unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen, deswegen Stimmen im Kopf. Also immer wieder: es muss einfach Ausbildung, Fortbildung geben. Es muss Informationen geben. Es muss Austausch geben. Die Chancen, dass irgendjemand in diesem Feld vielleicht sich schon mal soweit fortgebildet hat, um zu fragen: „Könnte es auch was anderes sein, als das, was Sie oder ich vielleicht jetzt grade denken?“. Um dem Jugendlichen zu ersparen, eine Karriere zu machen als Kranker oder Behinderter bzw. Frühberenteter.

**SCHWARZ:** Ein Aspekt der Zusammenarbeit ist also auch, dass die Wahrscheinlichkeit größer ist, auf neuere wissenschaftliche Erkenntnisse zugreifen zu können? Weil wenn ich es selber nicht mitbekommen hab, aber ich arbeite mit drei Leuten zusammen, ist die Wahrscheinlichkeit schon dreimal so groß.

**HUBER:** Wenn jemand Traumaberatung, Traumapädagogik oder auch Traumatherapie gelernt oder sich als Psychiaterin fortgebildet hat, kann man z.B. sagen: „Moment, ich kann hier dies und dies und dies und dies hinzufügen und mir scheint das nicht so zu sein, dass es sich um eine ‚bipolare Störung‘ handelt, sondern dieses Kind hat stressbedingte Übererregungszustände. Da geht es über Tisch und Bänke. Es hat aber auch starke Untererregungszustände, die wie depressiv wirken und teilweise auch depressive Phasen sind. Aber ich würde die Diagnose ‚bipolare Störung‘ hier nicht einführen“ - zum Beispiel.

**SCHWARZ:** Nachdem Sie ja auch öfter schon das Thema Bindung angesprochen haben und dass dieses so essentiell ist: gibt's hier Unterschiede abhängig von der Geschlechtszuordnung?

**HUBER:** Ja. Es ist immer wichtig zu sehen, dass Mädchen und Jungen auf toxischen Stress unterschiedlich reagieren. Das hat mit ganz vielen Dingen zu tun. Mit der Intensität, mit der Art der Traumatisierung, also Mädchen machen viel mehr sexualisierte Gewalterfahrung, leider. Jungen haben mehr Kampftraumata, also das heißt: physische Traumata durch körperliche Gewalt. Und wenn sie sexualisierte Gewalt erleben, dann auch eher durch Jungen und Männer, also gleichgeschlechtliche Personen. Auch wenn wir zunehmend wahrnehmen, dass auch sexuelle Traumatisierung durch Mütter unterdiagnostiziert ist, bislang, weil das so tabuisiert ist bei Jungen und Männern. Trotzdem scheint es so zu sein, dass wenn Jungen sexuelle Gewalt erleben, dann sind die Täter auch eher Jungen oder Männer. Was nochmal einen anderen Einfluss auf sie hat, als wenn ein Mädchen von einem gegengeschlechtlichen Menschen gequält worden ist. Die meisten Jungen und Männer erleben also eher sogenannte Kampftraumata. Also physische harte Einwirkungen auf den Körper. Und dann gibt es natürlich diese Notwendigkeit, ein Mann zu sein und zu werden. Und wenn Jungen das nicht gut hinbekommen, dann leben sie oft auf einer Achse Depression-Aggression. Und wenn sie dann sehr stark motorisch unruhig sind, bekommen sie Methylphenidat oder andere ADHS-Medikation. Viele Jungen reagieren darauf mit einer Depression. Diese Achse Depression-Aggression bei Jungen stark zu beachten, ist extrem wichtig! Wenn man die Aggression einseitig behandelt, werden sie depressiv, wenn man die Depression einseitig behandelt, gehen sie über Tische und Bänke, werden unter Umständen suizidal oder stark aggressiv und agieren aus. Wenn das nicht gesehen wird: schwierig! Also diese Achse ist bei Jungen und Männern enorm zu beachten, wenn toxischer Stress erfolgt ist. Mädchen dissoziieren stärker, weil ihr Denken traditionell in alle Himmelsrichtungen zugleich fortschreitet und sie ganze Denk- und Fühlsysteme voneinander als diverse Selbstzustände abtrennen. Wir haben bei den komplexen, dissoziativen Störungen 80 % bei Mädchen und Frauen, die eher unterschiedliche Affektstates oder Egostates ausbilden. Das kleine Mädchen, die protzige Jugendliche, die sich selbst verletzt. Oder promiskues Verhalten zeigt. Der alles ‚scheissegal‘ ist. Und dann die vernünftige Jugendliche, die versucht, alles irgendwie zu managen. Und man muss eigentlich gerade bei Jugendlichen lernen, dass die noch nichts an ‚kohärentem Selbst‘ entwickelt haben. Sondern gerade, wenn sie traumatisiert



sind, in immer wieder - teils radikal - unterschiedliche Selbstzustände geraten. Bei Jungen und Männern stark achten auf Depression-Aggression. Ich bin eher unglücklich über so viel Verschreibung von Anti-ADHS-Medikamenten bei bindungstraumatisierten Jungen. Nur ein Bruchteil von ihnen hat tatsächlich ADHS, die anderen haben nur ähnliche Symptome. Diese Massenverschreibung von intensiv wirkenden Psychopharmaka, das ist ein riesiger Gesellschaftsversuch mit einer enorm auf das Nervensystem einwirkenden Droge. Wo wir fürchten müssen, dass zum Beispiel Parkinsonerkrankung, Demenzerkrankung, Alzheimer bei Männern in zunehmendem Alter diagnostiziert werden wird aufgrund dieser massiven, frühen Beeinflussung mit derartigen Pharmaka. Dann kriegen sie, wenn sie so stark auf der einen Seite gedämpft sind, auf der anderen Seite Depressionen - auf die dann wieder eingewirkt wird mit Antidepressiva....

**SCHWARZ:** Das nächste Medikament...

**HUBER:** Ja, das nächste Medikament! Und wenn man da nicht schaut, dass es einen Ausgleich geben muss in beiden Bereichen, dass man immer, wenn man auf der einen Seite Einfluss nimmt, die andere Seite mit beeinflusst. Ich kann mich erinnern, im Arzneimitteltelegramm stand mal eine Studie, die lang bei einer Pharmafirma unter Verschluss gehalten wurde, über Jahre, dass wenn man Männern Serotoninwiederaufnahmehemmer gibt, ihre Aggression sehr stark steigt. Und wir sehen - es ist noch nicht gut genug untersucht - wir sehen das aber, dass Jungen und Männer lebenslang deutlich mehr Serotonin herstellen und zur Verfügung haben, als Mädchen und Frauen. Und dass die Serotoninmangelzustände zur Dissoziation sehr stark beitragen. Und das scheint sowas Biologisches zu sein. Das muss weiter untersucht werden. Wir haben ganz viele Hinweise, dass geschlechtsspezifische Unterschiede existieren. Dass manche Medikamente dem einen Geschlecht besser tun als dem anderen. Aber da sind wir noch gar nicht weit genug, weil diese Forschung: Pharmaka und Geschlecht vernachlässigt wird - jetzt mit der ganzen Diversity-Diskussion erst recht. Leider. Man hat ganz lange immer nur ein Geschlecht als Maßstab genommen, nämlich das männliche. Ähnlich, wie etwa beim Thema Leistungsmotivation, die hat man auch immer an männlichen Psychologiestudenten erforscht. Und die haben dann zum Beispiel Angst vor Misserfolg. Mädchen und Frauen haben aber viel eher Angst vor Erfolg. Weil sie nach der Devise leben: „Du sollst dich nicht selbstverwirklichen auf Kosten anderer“. Und so ist es in vielen Feldern. Wenn man immer viel mit Männern arbeitet, dann kriegt man eigentlich als Ergebnis nur heraus, was nur für Jungen und Männer gilt. Wenn man viel mit Frauen arbeitet als Versuchsperson, kriegt man Entsprechendes. Es gibt also durchaus biologische Unterschiede. Es gibt Unterschiede in der Reaktionsweise. Es gibt natürlich auch sehr stark soziale Einflüsse. Das meiste in uns ist ja sozial geprägt, also wie man aufwächst, was erlaubt ist. Jungen müssen sich durchsetzen, Mädchen sollen sozial sein, das ist immer noch der Wunsch der meisten Eltern. Also Jungen sind gepolt darauf, dass sie im Zweifelsfall akzeptabler ausagieren. Jungen dürfen im Extremfall eher explodieren, während Mädchen implodieren. Das führt auch zu unterschiedlichen Diagnosen auf der Basis von unterschiedlichen Störungsformen. Beides hat aber unter Umständen dieselbe Ursache. Und wenn man die bei dem einen Geschlecht und bei dem anderen Geschlecht untersuchen würde, dann würde man sehen, dass die Stressbelastung entscheidend ist. Wenn ein Kind oder Jugendlicher enorm in Not ist, muss man vielleicht mal gucken, wie man das Thema „Not“ angeht, statt dass man sofort bestimmte Medikamente einflößt und gravierende Diagnosen stellt. Wie zum Beispiel bei den Mädchen ‚Borderline‘ und bei den Jungen die vielen As: ADHS, ‚Antisoziale Persönlichkeit‘ ‚Autismus‘ oder ‚Aggressionsstörung‘ etc.

**SCHWARZ:** Wie kann da ein unterschiedlich geschlechtliches Helfersystem positiv einwirken? Also bei diesen großen Unterschieden gibt's ja auch männliche und weibliche Betreuer, Psychologinnen und Psychotherapeuten etc. Und was ist da in der Vernetzung wichtig, unter Berücksichtigung auch dieser geschlechtsspezifischen Unterschiede?

**HUBER:** Eins ist auf jeden Fall wichtig, um mal damit anzufangen: Jungen brauchen gute männliche Bindungspersonen! Entwicklungsbehindernd für sehr viele traumatisierte Jungen ist, dass sie zu Hause gar keine oder miserable männliche Bindungspersonen hatten. Abwesend, schlagend, entwertend, quälend... Und dann müssen sie aber ein Mann werden. Die brauchen absolut dringend gute männliche Bindungspersonen, die ihnen vorleben, dass man zart sein kann als Mann und trotzdem ein ganzer Kerl. Dass man auch selbst das Geschirr abspült oder die Wäsche wäscht und dass es nicht unmännlich ist, das zu tun. Dass man sich anvertrauen kann, dass man Gefühle sprechen kann. Das ist etwas, was gerade unter Jungen schwer ist - wir sehen richtig den Bruch: Ab ca. elf Jahren bricht das weg bei den Jungen, da werden die plötzlich stumm. Da können sie Gefühle nicht mehr sprechen. Weil sie in diese Männersozialisation reinkommen, wo das praktisch verboten ist. In der harten Männerwelt darf man Gefühle nicht sprechen! Dann muss man die halt ausagieren. In den letzten beiden Jahrzehnten sehen wir wieder mehr geschlechtstypische Sozialisationen. Zum Beispiel dass in den Peergroups der Jungen wieder härtere Männerkriterien eine Rolle spielen. Dass die sich sehr wohl sozialisieren untereinander, aber nach dem Recht des Stärkeren, und das kann uns als Gesellschaft nicht recht sein! Also hier braucht es sehr viele gute, männliche Bindungspersonen, die kraftvolle Männlichkeit und die Fähigkeit, Gefühle zu sprechen, miteinander verbinden. Viele Jungs sehen als Erzieher und Grundschullehrer ausschließlich Frauen! Die kriegen ganz lange überhaupt keinen Mann zu sehen, der pädagogisch oder therapeutisch mit ihnen umgeht. Der ihnen mal andere Geschlechtsvorbilder zeigt. Das ist ein riesiges Feld von Not, wo wir sehen: Viele Jungen gehen irgendwann über Tisch und Bänke - äußerlich und/oder innerlich. Die sind verzweifelt auf der Suche nach Sinn und Identität, und entweder ziehen sie sich extrem stark zurück in Depressionen oder sie agieren ihre Impulse halt aus. Dann braucht man sich nicht zu wundern über diese Achse Depression-Aggression. Bei Mädchen und Frauen ist typisch, dass die mit der Impulskontrollstörung ganz schnell eine ‚Borderline‘-Diagnose kriegen statt eine komplexe PTBS. Dann bekommen sie ein Verhaltenstraining mit Skills, also: „Du bist in Not? Pack es weg! Schau nach vorn! Erkläre genau kognitiv, wie es zustande kam, ansonsten müssen wir gar nicht gucken, wo es herkommt! Und gar nicht da was lösen, sondern: Krieg es hin und funktioniere - oder du bist krank und gestört. Also du musst jetzt lernen, deine Gefühle im Griff zu haben!“. Auch fürchterlich. Es wird dann gar nicht geguckt, dass dieses Mädchen gute Gründe dafür hat, warum sie sich „ritz“ oder sogar tief ins Fleisch schneidet, warum sie „hysterisch“ schreit, warum sie mit anderen Mädels wer weiß wie katastrophal umgeht. Die ‚Borderline‘-Diagnose ist dann quasi selbsterklärend: Das hast du, das bist du. Wenn man genau hinsieht, erkennt man: Auch diese Mädchen und jungen Frauen brauchen gute, starke Vorbilder, in diesem Fall starke und dennoch gelassene Frauenfiguren. Frauen, die keine Angst haben vor starken Gefühlen und damit umgehen können. Traumatisierte Mädchen agieren auch aus! Und die werden dafür enorm gedämpft mit Medikamenten, damit sie ihre Kraft und ihre Energie anders einsetzen, als sich zu zermetzeln oder super entwertend verbal auszurasen. Das müssen sie lernen. Aber sie brauchen auch zum Beispiel gute, starke Pädagoginnen, die sagen: „Klar! Wunderbar, dass du so viel Kraft oder so

viel Zorn hast! Das können wir gut brauchen!“ Statt das nur zu sanktionieren, wegzupacken, medikamentös zu betäuben oder mithilfe von Skillstraining in den ‚Tresor‘ zu tun. Natürlich brauchen auch Mädchen mal ein gutes, männliches Vorbild, das anders ist als ihr (Stief-)Vater, der sie angegrapscht hat zum Beispiel. Und Jungen brauchen gute Frauen, die ihnen auch gewachsen sind und die sagen: „Nein, mein Lieber, du wirst mich nicht entwerten! Ich bin keine Tussi für dich! Das gibts hier nicht!“. Dafür braucht es auch starke Pädagoginnen und Pädagogen, die gute Vorbilder sind und die ausgleichen können, was in der Regel von den destruktiven Bindungspersonen nicht gekonnt wurde.

**SCHWARZ:** Also dass die Klientinnen und Klienten alternative Erfahrungen auch machen?

**HUBER:** Auf jeden Fall! Wertschätzend, respektvoll, beachtet zu werden, gesehen zu werden, anerkannt zu werden für das, was sie können. Die fangen an - gerade, wenn sie eine kinder- und jugendpsychiatrische Karriere machen oder anderweitig früh mit dem Hilfesystem in Kontakt kommen - dann werden sie häufig pathologisiert, und dann sind sie ‚Loser‘. Und sie nehmen diese Zuschreibungen an, also wenn ich da eine 16-jährige sagen höre: „Ich bin Borderliner!“...

**SCHWARZ:** Stempel!

**HUBER:** Dann antworte ich: „Ja - und was bist du noch? Du bist ein wunderbares Mädchen, oder?! Eine junge Frau mit einigen Problemen, aber auch mit vielen Fähigkeiten - oder?!“. Oder der Junge, der der dann zwischen ‚alles-in-sich-rein-fressen‘ und Explodieren hin und her geht und sich niemandem mehr anvertraut, weil er gar nicht weiß, wie man das macht, dass man sich öffnet. Weil er das nie gelernt hat und ihn auch niemand gelehrt hat, Vertrauen zu fassen. Der sagt dann: „Ja, bin Autist!“ Oder „Bin halt ADHSler!“ Heute natürlich auch die ganzen diversen Diagnosen, die identitätsstiftend sein sollen und es doch so selten sind. Dann werden die Jugendlichen individuell pathologisiert und krank geschrieben, oder ihnen wird der Aus-Weg einer diversen Identität samt Hormonbehandlung und anschließender Chirurgie angeboten, um ihr empfundenes anderes Geschlecht und ihr biologisches, wie es so schön heißt, „anzugleichen“. Beides lässt viele von uns ratlos und mit vielen Fragezeichen zurück, ob wir den jungen Menschen damit einen Gefallen tun. Ich finde: Oft eher nicht, wenn die Identitätsprobleme andere Ursachen haben.

**SCHWARZ:** Sehen Sie in den Anforderungen an die Zusammenarbeit Unterschiede nach den Traumafaktoren? Ich würde nun vielleicht einmal nur nach akzidentellen und interpersonellen Traumafaktoren aufsplitten. Dass es vielleicht für die Klienten bei ‚Man-Made-Traumata‘ andere Anforderungen braucht in der Zusammenarbeit zwischen den Professionalisten als wenn es zum Beispiel ‚zufällig auftretende‘ Ereignisse wie ein Hangrutsch sind?

**HUBER:** Es geht immer darum, dass das Leid gesehen und anerkannt wird! Wenn man Opfer eines Terrorantrags hat oder eines Unfalls ist, dann wird häufig in der Umgebung viel schneller ein Konsens darüber da sein, dass es eine mögliche Ursache gibt, die ernst zu nehmen ist und dass das Kind, der Jugendliche wahrscheinlich deswegen diese Symptomatik entwickelt hat. Dann dagegen die sogenannten „Opfer häuslicher Gewalt“. Ich bin immer mal wieder fassungslos: Da komme ich zum Vortrag in eine Klinik, frage, ob sie dort bewusst mit Traumaopfern arbeiten, und ein junger Oberarzt antwortet: „Naja, missbraucht sind die hier ja

alle, aber so'n richtiges Trauma, wie so'n Terroranschlag oder so, das hatten wir hier schon länger nicht mehr!". Weil die gar nicht verstehen oder anerkennen, dass Bindungstraumatisierung oder sexuelle Gewalt, körperliche Gewalt, Vernachlässigung, Verwahrlosung, psychische Gewalt, die ja in denselben Hirnregionen verarbeitet werden wie körperliche Gewalt, mindestens ebenso verheerende Auswirkungen haben. Also wenn ein Kind massiv entwertet wird: „Du hast den Teufel im Leib! Ich hab' dich nie leiden können! Hätte ich dich doch abgetrieben! Was bist du nur für'n mieses Stück Dreck?!“ - dass das genauso verheerend wirkt, als würde man das Kind permanent schlagen oder mit dem Auto überfahren. Das wird gar nicht anerkannt. Das wird häufig nicht einmal gesehen. Im schlimmsten Fall wird es auch noch angezweifelt: „Die will sich bloß interessant machen.“ Das erleichtert es den Professionellen, das Kind oder die Jugendliche individuell, biologisch-pathologisch zu sehen. „Das ist doch vielleicht eine endogene Depression, na die Diagnose gibt's ja eigentlich nicht mehr, aber ich glaub doch, das ist angeboren! Der Vater war auch schon so depressiv. Und da hat sich schon mal jemand suizidiert in der Familie!". Statt die Traumageschichte dahinter zu sehen. Dieses Wissen darum fehlt oft oder existiert nur in der Theorie, nicht aber im praktischen Umgang, wie verheerend sich diese Man-Made-Traumata auswirken auf die Entwicklungsgeschichte von Kindern und Jugendlichen. Zum Beispiel auch ‚nur‘ Zeuge gewesen zu sein - etwa der Vergewaltigung der Mutter durch den Vater. Ich habe entsetzliche Geschichten zu hören bekommen, dass Kinder zum Beispiel ihrem Vater oder Stiefvater wieder ausgesetzt wurden, der die Mutter sogar ermordet hatte. Und die waren dabei! Die Jugendbehörde sagt dann zum Beispiel: „Aber er hat dem Kind nichts getan. Und er hat ein Anrecht darauf, das Kind zu sehen, schließlich ist er der Vater. Selbst wenn das Kind das nicht will!". Ich hab' es mehrfach erlebt, dass die Kinder zwangsvorgeführt wurden dem Vater im Gefängnis, der die Mutter schwerst verletzt oder ermordet hat. Da fragt man sich, was geht in den Gehirnen von Professionellen manchmal vor, dass die denken, Kinder, die ‚nur‘ Zeuge von schwersten Einwirkungen in der Familie gewesen sind - diese ‚Hands-Off-Traumata‘ -, dass ihnen das nichts ausmacht. Also die sind nicht selbst misshandelt worden, aber sie haben das ganze Grauen die ganze Zeit miterlebt und mitbekommen und sie sind schwerst geschädigt, aber man erkennt das gar nicht an, und das Kind wird dieser Betreuungsperson oder Bezugsperson immer wieder ausgesetzt. Verheerend diese Situation! Ich bin so froh, dass sowohl das DSM-V als auch das ICD-11 bei den Diagnosen für einfache und komplexe posttraumatische Belastungsstörung, Bindungsstörungsdiagnosen, Dissoziationsstörungsdiagnosen, viel mehr auf die unterschiedlichen Formen des Leids und der Genese von Trauma-bedingten Störungen eingehen. Also auch Zeuge gewesen, ‚nur‘ zugesehen zu haben. Zeuge gewesen zu sein, kann ein Vollbild einer Trauma-bedingten Störung auslösen. Aber das wissen viele gar nicht. Das ist in den Köpfen von vielen Professionellen gar nicht vorhanden. Da müssen wir die Jugendbehörden, die Jugendrichter, Familienrichter aufklären. Viele sind sozusagen hinterm Mond, das merke ich immer wieder, wenn ich mit Familienrichtern arbeite. Die haben häufig gar keine Ahnung von moderner Neurobiologie, Neurophysiologie, Hirnforschung, Bindungsforschung, Psychotraumatologie. Keine Ahnung! Viele müssen sich nicht einmal fortbilden, weil sie glauben, alles schon zu wissen. Die Entscheider müssten gezwungen werden, sich kontinuierlich in diesem Bereich fortzubilden. Damit sie Bindungstrauma und Schlimmeres überhaupt erkennen können oder überhaupt ein Ohr, ein Auge dafür haben, weil die sonst denken: „Das ist doch nicht so schlimm.“ **SCHWARZ:** Und wenn's diese Fortbildungen so nicht gibt oder diese nicht konsumiert werden, dann ist das hier vielleicht auch genau ein Teil, in der Kommunikation, wo andere Professionalisten sich einbringen können?

**HUBER:** Wenn Mütter einen misshandelnden Partner verlassen haben und dann zum Familiengericht kommen, wird häufig den Müttern unterstellt, dass sie das Kind nur funktionalisieren. Das ist übrigens auch dasselbe, wenn Väter das machen. Weil die dann sagen: „Meine Frau hat dieses Kind emotional missbraucht“ oder so. Dann heißt es bei Familienrichtern am Ende bei all dem Hin und Her: „Ach, die lügen ja alle. Die funktionalisieren die Kinder. Das sind nur die Eltern, die streiten sich.“. Dass da aber wirklich etwas dran sein kann am Missbrauchsvorwurf und dass sie da Sachverständigengutachten brauchen, dass da Fachleute ranmüssen und sich ein Bild verschaffen von diesem Kind oder Jugendlichen, um zu gucken: „Ist da vielleicht zurecht deswegen eine Trennung erfolgt?“. Oder: „Soll da das Sorgerecht zurecht dem anderen vielleicht entzogen werden?“ - da fehlt es dann oft an richterlichem Vermögen. Viele Familienrichter denken: „Ach, die streiten sich sowieso. Und jeder lügt mich nur an.“. Das erlebe ich ständig, wenn ich bei Familiengerichten bin. Bei Richterfortbildungen denken diese häufig, wenn ich mit ihnen morgens anfangen zu arbeiten so ein-zwei Stunden lang, ich sei naiv, lächeln wissend: sie wüssten es besser. Am Ende des Tages wissen sie, wie naiv sie sind. Weil sie das, was ich ihnen aus der Wissenschaft vermittele, nicht gewusst haben. Und regelhaft erlebe ich, dass Richter sagen: „Kommen Sie wieder! Das haben wir alles nicht gewusst. Wo kriegen wir mehr von solchen Informationen?“. Dass sie am Ende betroffen sind und ihnen manches wie Schuppen von den Augen fällt. Ich sehe richtig, wie die Fälle und Urteile hinter ihren Augen ablaufen. Manche machen dann auch richtig zu. Die wollen dann nichts mehr hören, weil sie sagen: „Wenn ich mir das wirklich ernsthaft überlege, dann muss ich mich so schämen für so viele Urteile, die ich gefällt habe.“ Ergebnis ist dann, dass sie versuchen, den Geist wieder in die Flasche zu stopfen. Und wenn man die nicht zwingt, Fortbildungen zu machen, mit anderen Professionellen zu kooperieren und das anzuhören und einzubeziehen, dann werden diese Verunsicherten immer wieder sagen: „Ach, die Mutter, die funktionalisiert das Kind sicher nur in dem Trennungsprozess; außerdem ist sie in psychotherapeutischer Behandlung, also krank. Und der Vater ist Akademiker, der macht ´nen guten Eindruck. Der ist eloquent. Das Kind ist dem Vater in die Arme geflogen, als ich den Termin gemacht habe... Das ist alles in Ordnung.“. Ohne unter Umständen zu sehen, was wirklich los ist.

**SCHWARZ:** Das macht aber auch gleichzeitig Hoffnung, dass sie eben auch erleben, dass es hilfreich ist, andere Professionen anzuhören und deren Erfahrung mit zu nehmen. Und dass es auch zum Beispiel bei Richtern, die vielleicht sehr, sehr ‚straight‘ agieren müssen, auch ein Umdenken bewirken kann?

**HUBER:** Ja, natürlich! Ich verstehe gut, dass Juristen misstrauisch sind. Aber grade die stehen an der Spitze der Hierarchie der Entscheider! Sie müssten sich mehr Sachverstand aneignen, nicht nur durch Auslagerung an Gutachter - und das tun inzwischen auch mehr, es gibt jetzt allmählich eine neue Generation von Familienrichtern, die ein bisschen Auge oder Ohr dafür haben, dass sie mindestens mehr Sachverständigengutachten einholen, besser noch selbst an Fortbildungen teilnehmen. Oder dass sie sich auch mal die Kindertherapeutin oder die Jugendlichentherapeutin als Sachverständige ins Gericht holen. Oder mal von ihnen eine Zeugenaussage erbitten, sie anhören und das ernst nehmen. Dass sie wegkommen von diesem Denken, es sei vielleicht alles nicht so schlimm oder sogar fake. Viele haben schon mal was gehört von ‚false memory‘. Nach dem Motto: „Oh, da muss man aufpassen, dass die nur ja nichts eingeredet bekommen haben, etwa dass sie ein Trauma hätten. Vielleicht sind da die Therapeuten schuld, die reden

das den Kindern und Jugendlichen vielleicht ein...". Oder: „Die Mutter hat da ja nur im Zuge des Trennungsverfahrens ihre eigene Geschichte auf ihr Kind projiziert.“ Es kann sein, dass die Mutter ihre eigene Geschichte transponiert auf ihr Kind und das Kind funktionalisiert. Aber bevor ich selbst als Richter sage: „So ist das!“ muss ich mir doch ein Sachverständigengutachten holen! Das muss ich mir anhören! Und da gibts noch so viel im Argen. Wir sind zum Beispiel noch nicht auf die Aussagepsychologie zu sprechen gekommen, die verheerend ist für die Begutachtung insbesondere von komplex, also früh und langjährig Traumatisierter, weil da verlangt wird, dass die Aussage in sich logisch nachvollziehbar und widerspruchsfrei sein soll. Aber glauben Sie mir, eine widerspruchsfreie Aussage von Kindern und Jugendlichen, die sechs, siebenmal im Laufe von etlichen Jahren befragt werden, ist schwer zu bekommen. Hinzu kommt, dass die Betroffenen oft die ganzen Jahre keine Trauma-aufarbeitende Behandlung bekommen, weil es heißt, sie dürften nicht durch das therapeutische Gespräch beeinflusst, ihre Aussage also sozusagen nicht ‚kontaminiert‘ werden. Das Verständnis für die Notwendigkeit von Behandlung bei schlimmen Traumafolgen ist zwar grundsätzlich da. Aber wenn therapeutische Intervention erfolgt sind, wird das zumindest von der jeweiligen Gegenseite als ‚Einflussnahme‘ gewertet. Wenn, was ganz häufig geschieht, traumatisierte Kinder, Jugendliche, später auch Erwachsene - sich in ihren Aussagen widersprechen, Aussagen ergänzen oder Teile zurücknehmen, dann gilt das als nicht glaubwürdig. Aussagepsychologie ist in diesem ganzen Verfahren insbesondere bei schweren langjährigen Traumageschichten kontraindiziert. Davon müssen wir weg! Das kann ich nur erwähnen. Das sind alles Dinge, die...

**SCHWARZ:** ...wieder strukturelle Veränderungen notwendig machen...

**HUBER:** Natürlich! Dass die Erkenntnisse von Wissenschaft und Forschung einbezogen werden, ist doch entscheidend. Das, was wir berichten, ist kein Glauben, das ist Wissenschaft! Und wenn wir den Leuten das näherbringen können, allen Professionen, und ihnen sagen: „Kommt zusammen, hört einander doch zu! Und nehmt einander ernst!“ - dann wäre viel gewonnen. Zum Beispiel darf der Jurist ruhig der Psychotherapeutin zuhören, der Arzt darf ruhig mal der Sozialpädagogin zuhören und die ernst nehmen! Oder der Sozialarbeiter darf ruhig mal die Erzieherin ernst nehmen! Und so weiter... Also das ist auch so etwas, dass wir darum werben müssen, dass die gute Professionalität der einzelnen Berufsgruppen, wenn man die einbezieht, auch ernst genommen wird. Es gibt's immer noch eine Arroganz der Hierarchisierung, die wir auflösen müssen, weil es notwendig und hilfreich ist, mit den einzelnen Berufsfähigkeiten der Kolleginnen und Kollegen umzugehen. Da ist noch viel zu tun...

**SCHWARZ:** Ja... Das bringt mich auch zum letzten Themenbereich: wie kann es funktionieren, dass eine Zusammenarbeit auch gelebt wird und geschätzt wird, mit Leuten, die zum Beispiel aus einem ganz anderen Bereich stammen? Aber vielleicht auch mit Leuten, die aus einem komplett anderen Menschenbild stammen? Also die jetzt von der Einstellung her ganz einen anderen Zugang haben. Und trotzdem arbeiten wir mit den gleichen Klienten.

**HUBER:** Das ist sehr schwer, weil es eigentlich eine Persönlichkeitsbildung erfordert. Und die gehört in jede Berufsausbildung hinein! Egal, ob ich Erzieherin oder Richter, Sozialpädagogin oder Ergotherapeutin bin. Es ist wichtig für mich, dass ich mich in meiner Profession gut fortbilde und ernsthaft daran arbeite und das auch ernst nehme, was ich sehe und wahrnehme. Aber vor allem muss ich auch

Respekt haben vor dem, was andere Leute sehen! Ich darf nicht nur apodiktisch meins vertreten! Dazu gehört eine Persönlichkeitsbildung, die gehört in jede Berufsausbildung! Dass wir sehen: wir brauchen Menschen, die gewohnt sind, Dinge zu hinterfragen. Die den anderen Menschen mit Respekt und Wertschätzung und Achtung behandeln. Jeden Menschen, klein und groß und egal in welchem Beruf. Gleichzeitig aber selbstbewusst auftritt und sagt: „Wissen Sie, ich hab' Ihnen jetzt zugehört. Ich würde gerne meins ergänzen. Aus meinem Sichtfeld gibt es das und das dazu zu sagen...“. Dass man bei unterschiedlicher Position weder einknickt, noch den anderen entwertet. Dazu gehört eine Persönlichkeitsbildung. Und die gehört wie gesagt in jede Berufsausbildung! Ich wünsche mir viel mehr Menschen, die sowohl mit dem Respekt für den anderen gesegnet sind, als auch mit einer inneren Unabhängigkeit, Dinge zu hinterfragen, die einem erstmal so als selbstverständlich entgegenkommen. Es gilt, sich nicht zu unterwerfen, anzupassen, zur Unzeit, einfach weil es bequemer ist. Statt zu denken: „Oh, wenn das der Herr so und so sagt? Da will ich mich lieber anschließen, sonst könnte mir das schaden!“ - den Mut zu haben, zu sagen: „Bei allem Respekt: Ich würde gerne dies ergänzen!“. Ich wünsche mir sehr, dass diese Art der Persönlichkeitsbildung, die auch natürlich Supervision beinhaltet, Selbsterfahrung beinhaltet, Bestandteil jeder Aus- und Weiterbildung ist. Dass man die eigenen Wahrnehmungen nicht einfach nur munter überträgt nach dem Motto: „So wie ich es sehe, so müssen's alle sehen.“

**SCHWARZ:** Dazu haben Sie ja auch mit der Weiterentwicklung der Traumapädagogik ganz viel beigetragen! Und in den Maßnahmen, den Ausbildungsrichtlinien ist ja genau diese Selbsterfahrung und die Persönlichkeitsbildung, auch die Haltung vielfach schon essentiell!

**HUBER:** Ja. Und das ist, das ist so wichtig, dass wir das auch in Bereiche hineinragen, wo die Leute solche Ausbildungen noch nicht haben, sondern dass das in die Grundausbildung gehört. Übrigens auch unbedingt in die Mediziner Ausbildung! Denn die Ärzte und Ärztinnen kriegen zwar ein paar Vorlesungen über die Störungsbilder X und Y, aber was deren eigene Persönlichkeitsausbildung angeht, darum geht es überhaupt nicht. Sondern nach wie vor so: „Der Junge hat ein Einserabitur“ - bei Ihnen in Österreich heißt das ja Matura - „der studiert Medizin!“. Egal, ob er Autist oder Sadist oder Narzisst oder ein empathischer Mensch ist - einfach egal, welche Persönlichkeit er hat. Auf die Persönlichkeitsausbildung wird nicht genügend Wert gelegt. Das ist aber enorm wichtig. Denn ein Arzt oder eine Ärztin wird im Fall von traumatisierten Kindern und Jugendlichen eine ganz entscheidende Person sein, die viel über das Leben dieses Kindes oder Jugendliche entscheiden wird. Also brauchen sie selber auch gute Fortbildung und Ausbildung in ihrer eigenen Persönlichkeit. Und das sollte in die Arztausbildung viel mehr hineingenommen werden. Die Noten sind sekundär, die Persönlichkeit ist entscheidend!

**SCHWARZ:** Ach, ich könnte noch stundenlang mit Ihnen reden, das ist so wunderbar! Gibt's aus Ihrer Sicht noch irgendetwas, über das Sie sich vielleicht, als ich die Anfrage gestellt habe, schon Gedanken gemacht haben, oder was wir jetzt noch nicht besprochen haben? Was vielleicht noch wichtig wäre im Zusammenhang: ‚Kooperation unterschiedlicher Professionen‘ zu sagen?

**HUBER:** Ich glaube, das Wichtigste ist, dass wir die Zusammenarbeit verpflichtend machen müssen. Dass wir Fortbildung verpflichtend machen müssen. Dass auch die Selbsterfahrung verpflichtend sein soll. Wenn wir diese Faktoren: Kooperation, Fortbildung und Selbsterfahrung - alle drei Faktoren -

wirklich etablieren können, dann haben wir, glaube ich die besten Voraussetzungen, um mit Menschen interagieren zu können, die sich wirklich ernsthaft Gedanken machen und nicht einfach nur irgendeinem Glaubenssystem anhängen Oder das weiter betreiben, was sie mal irgendwoher gehört haben. Mitfühlende und kompetente, kooperative Menschen braucht das Land. Ihres, meines, jedes.