

Bruce D. Perry und Maia Szalavitz

Der Junge,
der wie ein Hund
gehalten wurde

Bruce D. Perry und Maia Szalavitz

Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde

Was traumatisierte Kinder uns über Leid,
Liebe und Heilung lehren können

Aus der Praxis eines Kinderpsychiaters

Titel der Originalausgabe: »The Boy Who Was Raised as a Dog«
Published by Basic Books, a Member of the Perseus Books Group,
Cambridge, MA 2006

Aus dem Amerikanischen von Judith Jahn

Der Verlag behält sich die Verwertung der urheberrechtlich
geschützten Inhalte dieses Werkes für Zwecke des Text- und
Data-Minings nach § 44b UrhG ausdrücklich vor.
Jegliche unbefugte Nutzung ist hiermit ausgeschlossen.

12. Auflage 2026

© 2006 by Bruce D. Perry and Maia Szalavitz

© für die deutsche Ausgabe 2008 Kösel-Verlag, München,
in der Penguin Random House Verlagsgruppe GmbH,
Neumarkter Straße 28, D-81673 München
produksicherheit@penguinrandomhouse.de

Umschlag: Kaselow Design, München

Umschlagmotiv: © Flying Colours Ltd./Getty Images

Druck: GGP Media GmbH, Pößneck

Printed in Germany

ISBN 978-3-466-30768-5

www.koesel.de

Bruce D. Perry:

Für meinen Clan

Barbara, Jay, Emily, Maddie, Elizabeth, Katie, Martha, Robbie

Zur Erinnerung an Arlis Dykema Perry (1955–1974)

Maia Szalavitz:

Für meine Mutter Nora Staffanell

Inhalt

Anmerkung des Autors	9
Einleitung.....	11
Kapitel 1: Tinas Welt.....	19
Kapitel 2: Zu deinem Besten	49
Kapitel 3: Die Treppe in den Himmel	81
Kapitel 4: Hauthunger.....	109
Kapitel 5: Das kälteste Herz	130
Kapitel 6: Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde.....	161
Kapitel 7: Satanspanik.....	198
Kapitel 8: Der Rabe	227
Kapitel 9: »Mama lügt. Mama tut mir weh. Bitte rufen Sie die Polizei.«	256

Kapitel 10: Die Freundlichkeit von Kindern.....	270
Kapitel 11: Heilende Gemeinschaften	290
Anhang	309
Danksagungen.....	315
Anmerkungen	318
Register	328

Anmerkung des Autors

Die Geschichten in diesem Buch entsprechen alle der Wahrheit, doch haben wir zur Wahrung der Anonymität und zum Schutz der Privatsphäre bestimmte Details abgewandelt. Die Namen der Kinder wurden geändert und auch die ihrer erwachsenen Familienmitglieder, sofern diese Information eine Identifizierung des Kindes ermöglicht hätte. Alle anderen Namen von Erwachsenen mit Ausnahme derjenigen, die mit einem Sternchen gekennzeichnet sind, sind real. Trotz dieser notwendigen Änderungen werden die wesentlichen Elemente jeder Fallgeschichte so genau wie möglich wiedergegeben. Gespräche werden beispielsweise so dargestellt, wie ich sie in Erinnerung habe bzw. so, wie sie in Aufzeichnungen und auf Ton- oder Videobändern festgehalten sind.

Es ist eine traurige Tatsache, dass diese Geschichten nur einen Bruchteil der vielen Fälle darstellen, die wir hätten erzählen können. In den letzten zehn Jahren hat unsere klinische Arbeitsgruppe in der ChildTrauma Academy mehr als hundert Kinder behandelt, die die Ermordung eines Elternteils miterlebt haben. Wir haben mit Hunderten von Kindern gearbeitet, die in ihrer frühen Lebenszeit in Betreuungseinrichtungen oder in den Händen ihrer Eltern schwere Vernachlässigung erlitten haben. Wir hoffen, dass die Kraft und der Geist dieser Kinder, deren Geschichten wir in diesem Buch erzählen, und der vielen anderen, die ein ähnliches Schicksal erlitten haben, auf diesen Seiten durchdringen.

Einleitung

Es ist heute schwer vorstellbar, aber als ich in den frühen 1980ern meine medizinische Ausbildung machte, schenkten Forscher der dauerhaften Beeinträchtigung, die ein psychologisches Trauma hervorrufen kann, wenig Beachtung. Noch weniger Aufmerksamkeit wurde darauf gerichtet, auf welche Weise Traumata Kinder schädigen könnten. Es wurde nicht als wichtig angesehen. Man glaubte, dass Kinder eine natürliche »Widerstandskraft« besitzen, die mit der angeborenen Fähigkeit einhergeht, rasch wieder »auf die Beine zu kommen«.

Als ich Kinderpsychiater und Neurobiologe wurde, hatte ich nicht das Ziel, diese fehlgeleitete Theorie zu widerlegen. Ich machte jedoch als junger Forscher im Labor die Beobachtung, dass Stress auslösende Erfahrungen – vor allem, wenn sie in frühen Jahren auftreten – das Gehirn von Jungtieren verändern können. Zahlreiche Tierstudien erbrachten Nachweise dafür, dass selbst scheinbar geringfügiger Stress während der Kindheit einen dauerhaften Einfluss auf die Architektur und Chemie des Gehirns, und damit auf das Verhalten, ausübt. Ich dachte mir: »Warum sollte das nicht auch für Menschen gelten?«

Diese Frage bekam für mich eine noch größere Bedeutung, als ich meine klinische Tätigkeit mit problembelasteten Kindern begann. Ich fand bald heraus, dass die überwiegende Mehrheit meiner Pati-

enten aus einem Leben voller Chaos, Vernachlässigung und/oder Gewalt kam. Es war offensichtlich, dass diese Kinder nicht wieder »auf die Beine kamen« – sonst wären sie nicht in eine kinderpsychiatrische Klinik aufgenommen worden! Sie hatten Traumata wie Vergewaltigung oder das Miterleben eines Mordes erlitten. Wären sie nicht Kinder, sondern Erwachsene mit psychiatrischen Problemen gewesen, so hätten die meisten Psychiater wohl die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung in Betracht gezogen. Diese Kinder wurden jedoch behandelt, als ob ihre traumatischen Erfahrungen irrelevant wären und als ob sie bloß »zufällig« Symptome wie Depression oder Aufmerksamkeitsprobleme entwickelt hätten, die häufig sogar eine medikamentöse Behandlung erforderlich machten.

Sicher, auch die Diagnose posttraumatische Belastungsstörung selbst wurde erst 1980 in die Psychiatrie eingeführt. Anfangs wurde sie als etwas Seltenes angesehen, ein Leiden, das nur eine Minderheit von Soldaten befällt, deren Kriegserlebnisse verheerende Auswirkungen auf sie gehabt hatten. Doch schon bald wurden dieselben Symptome – aufdringliche Gedanken über das traumatische Erlebnis, Rückblenden (»Flashbacks«), Schlafstörungen, ein Gefühl von Unwirklichkeit, verstärkte Schreckhaftigkeit und extreme Angst – bei Vergewaltigungsopfern, Opfern von Naturkatastrophen und bei Menschen, die lebensbedrohliche Unfälle oder Verletzungen erlitten bzw. miterlebt haben, beschrieben. Mittlerweile wird davon ausgegangen, dass mindestens sieben Prozent aller Amerikaner unter solchen Auswirkungen leiden. Die meisten Menschen sind mit der Idee vertraut, dass ein Trauma tiefgreifende und anhaltende Auswirkungen haben kann. Vom Grauen der Terrorangriffe des 11. September 2001 bis zu den Folgen des Hurrikans Katrina – es wird sichtbar, dass verhängnisvolle Ereignisse unauslöschliche Spuren in der Psyche hinterlassen können. Wir wissen heute – wie meine Forschungen und die so vieler anderer letztendlich gezeigt haben –, dass die Auswirkungen bei Kindern sogar noch viel weitreichender sind als bei Erwachsenen.

Ich habe es zu meiner Aufgabe gemacht, zum einen zu verstehen, auf welche Weise Traumata auf Kinder einwirken, und zum anderen

innovative Wege zu entwickeln, um ihnen beim Umgang damit zu helfen. Ich habe Kinder behandelt, die Erfahrungen gemacht haben, die so schrecklich waren, dass man es sich kaum vorstellen kann – von den Überlebenden der Feuersbrunst des Davidianer-Kults in Waco, Texas, über vernachlässigte osteuropäische Waisenkinder bis zu Überlebenden von Völkermord. Ich habe Gerichte dabei unterstützt, die Trümmer einer fehlgeleiteten strafrechtlichen Verfolgung von »satanischem Ritualmissbrauch« durchzusehen, deren Grundlage erzwungene Anschuldigungen von gefolterten, angsterfüllten Kindern waren. Ich habe getan, was in meinen Möglichkeiten stand, um Kindern zu helfen, die Zeugen der Ermordung ihrer Eltern waren, sowie solchen, die Jahre ihres Lebens angekettet in Käfigen oder sogar eingesperrt in Toiletten zugebracht haben.

Während einerseits die meisten Kinder nie etwas so Schreckliches erleiden werden wie das, was viele meiner Patienten durchgemacht haben, kommt es andererseits selten vor, dass ein Kind von einem Trauma gänzlich verschont bleibt. Zurückhaltenden Schätzungen zufolge erleben rund 40 Prozent der amerikanischen Kinder bis zum Alter von 18 Jahren mindestens ein potenziell traumatisches Ereignis: Dazu gehört der Tod eines Elternteils oder Geschwisters, anhaltende körperliche Misshandlung und/oder Vernachlässigung, sexueller Missbrauch oder die Erfahrung eines schweren Unfalls, einer Naturkatastrophe, häuslicher Gewalt oder eines anderen Gewaltverbrechens.

Allein im Jahr 2004 wurden geschätzte drei Millionen offizielle Anzeigen wegen Kindesmissbrauchs oder Vernachlässigung bei Kinderschutzbehörden erstattet; ungefähr 872.000 dieser Fälle wurden bestätigt. Natürlich ist die tatsächliche Anzahl missbrauchter und vernachlässigter Kinder weit höher, weil die meisten Fälle nie zur Anzeige gelangen und weil bei manchen Fällen die Beweislage nicht ausreicht, um offizielle Maßnahmen ergreifen zu können. In einer groß angelegten US-amerikanischen Befragung berichtete ungefähr jedes achte Kind unter 17 Jahren, im vergangenen Jahr in einer schwerwiegenden Form von Erwachsenen missbraucht worden zu sein. Etwa 27 Prozent der Frauen und 16 Prozent der Männer sagen als Erwachsene

aus, in ihrer Kindheit sexuell missbraucht worden zu sein. In einer nationalen Befragung, die 1995 durchgeführt wurde, gaben sechs Prozent der Mütter und drei Prozent der Väter sogar zu, ihre Kinder mindestens einmal körperlich misshandelt zu haben.

Ferner wird angenommen, dass jährlich bis zu zehn Millionen amerikanische Kinder häuslicher Gewalt ausgesetzt sind und vier Prozent der amerikanischen Kinder unter 15 Jahren einen Elternteil durch Tod verlieren. Außerdem befinden sich jedes Jahr ungefähr 800.000 Kinder in Pflege und Millionen weitere sind Opfer von Naturkatastrophen und verheerenden Autounfällen.

Obwohl ich nicht unterstellen will, dass all diese Kinder aufgrund von solchen Erfahrungen »schwere Schädigungen« davontragen, gehen gemäßigte Schätzungen davon aus, dass zu jeder Zeit mehr als acht Millionen amerikanische Kinder an schweren, diagnostizierbaren psychiatrischen Problemen leiden, die mit einem Trauma in Zusammenhang stehen. Millionen weitere erleben weniger schwere, aber dennoch besorgniserregende Folgen.

Ungefähr jedes dritte Kind, das Missbrauch erfährt, wird infolgedessen eindeutige psychische Probleme haben – und die Forschung bringt laufend Nachweise dafür, dass sogar die Wahrscheinlichkeit, im späteren Leben von anscheinend rein »körperlichen« Problemen wie Herzerkrankungen, Fettleibigkeit und Krebs betroffen zu sein, bei traumatisierten Kindern erhöht ist. Die Art und Weise, in der Erwachsene während und nach einem traumatischen Ereignis auf Kinder reagieren, kann im Hinblick auf diese eventuellen Folgen einen enormen Unterschied machen – sowohl im Guten als auch im Schlechten.

Im Laufe der Jahre haben zahlreiche Forschungsarbeiten ein viel reichhaltigeres Verständnis dafür geschaffen, was ein Trauma bei Kindern bewirkt und wie man ihnen helfen kann, sich davon zu erholen. 1996 gründete ich die ChildTrauma Academy, eine interdisziplinäre Gruppe von Fachleuten, die sich der Verbesserung des Lebens von stark gefährdeten Kindern und deren Familien widmet. Wir führen unsere klinische Arbeit fort und haben noch viel zu lernen. Unser vorrangigstes Ziel ist es jedoch, Behandlungsmethoden auf der

Grundlage unseres derzeitigen Wissens an andere weiterzugeben. Wir lehren Menschen, die mit Kindern arbeiten – seien es Eltern oder Staatsanwälte, Polizeibeamte oder Richter, Sozialarbeiter, Ärzte, Entscheidungsträger oder Politiker –, die wirkungsvollsten Methoden zur Minimierung von Traumafolgen und zur Maximierung von Heilung zu verstehen. Wir beraten Behörden und andere Gruppen, um ihnen dabei zu helfen, die besten Methoden für den Umgang mit diesen Themen in die Tat umzusetzen. Meine Kollegen und ich reisen um die Welt, wir sprechen mit Eltern, Ärzten, Erziehern, im Kinderschutz Tätigen und Gesetzeshütern sowie mit einflussreichen Vertretern aus Politik, Justiz und Wirtschaft. Dieses Buch ist ein Teil unserer Bemühungen.

Sie werden darin einigen der Kinder begegnen, von denen ich am meisten darüber gelernt habe, wie sich ein Trauma auf junge Menschen auswirkt. Und Sie werden erfahren, was diese Kinder von uns – ihren Eltern und Erziehungsberechtigten, ihren Ärzten, ihren Politikern – brauchen, wenn sie ein gesundes Leben aufbauen sollen. Sie werden sehen, wie traumatische Erfahrungen Kinder zeichnen, wie sie ihre Persönlichkeit und ihre Fähigkeit zu körperlichem und emotionalem Wachstum beeinflussen. Sie werden meiner ersten Patientin Tina begegnen, deren Missbrauchserfahrung mir den Einfluss eines Traumas auf das kindliche Gehirn verständlich machte. Sie werden ein mutiges kleines Mädchen namens Sandy treffen, die im Alter von drei Jahren in ein Zeugenschutzprogramm aufgenommen werden musste und die mich gelehrt hat, wie wichtig es ist, einem Kind zu erlauben, Aspekte seiner eigenen Therapie zu bestimmen. Sie werden einen erstaunlichen Jungen namens Justin kennenlernen, der mir gezeigt hat, wie Kinder von unsäglicher Entbehrung genesen können. Jedes Kind, mit dem ich gearbeitet habe – die Davidianer-Kinder, die Trost darin fanden, füreinander zu sorgen; Laura, deren Körper nicht wuchs, bis sie sich sicher und geliebt fühlte; Peter, ein russisches Waisenkind, dessen Mitschüler in der ersten Klasse seine »Therapeuten« wurden –, half meinen Kollegen und mir, ein neues Teil in das Puzzle einzusetzen, und erlaubte uns auf diese Weise, unsere Behandlung für traumatisierte Kinder und ihre Familien zu verbessern.

Unsere Arbeit bringt uns mit Menschen in Kontakt, wenn sie tief verzweifelt, einsam, traurig, ängstlich und verwundet sind, aber die Geschichten, die Sie hier lesen werden, sind überwiegend Erfolgsgeschichten – Geschichten von Hoffnung, Überleben, Triumph. Überraschenderweise begegnet uns gerade beim Umherirren in einem emotionalen Massaker, das vom Schlimmsten im Menschen angerichtet wurde, auch das Beste des Menschseins.

Auf welche Weise Kinder ein Trauma körperlich, emotional oder psychologisch letztendlich überleben, hängt maßgeblich davon ab, ob die Menschen in ihrer Umgebung – vor allem die Erwachsenen, auf die sie vertrauen und sich verlassen können sollten – ihnen mit Liebe, Unterstützung und Ermutigung beistehen. Feuer kann wärmen oder verzehren, Wasser kann Durst löschen oder ertränken, Wind kann streicheln oder schneiden. Und so ist es auch mit menschlichen Beziehungen: Wir können einander sowohl erschaffen als auch zerstören, sowohl fördern als auch terrorisieren, sowohl traumatisieren als auch heilen.

In diesem Buch werden Sie von bemerkenswerten Kindern erfahren, deren Geschichten uns helfen können, die Natur und die Kraft menschlicher Beziehungen besser zu verstehen. Obwohl viele dieser Jungen und Mädchen Erfahrungen gemacht haben, die weit aus extremer sind als diejenigen, mit denen die meisten Familien in Berührung kommen (Gott sei Dank!), können alle Eltern aus ihren Geschichten lernen, was Kinder brauchen, um mit den unvermeidlichen Stresssituationen und Belastungen des Lebens zurechtzukommen.

Mit traumatisierten und misshandelten Kindern zu arbeiten hat mich auch dazu gebracht, sorgfältig über die Natur des Menschseins und über den Unterschied zwischen Menschsein und Menschlichkeit nachzudenken. Nicht alle Menschen sind menschlich. Ein Mensch muss erst lernen, menschlich zu werden. Dieser Prozess – und wie er mitunter entsetzlich schiefgehen kann – ist ein weiterer Aspekt, von dem dieses Buch handelt. Die enthaltenen Geschichten erforschen die Bedingungen, die für die Entwicklung von Einfühlungsvermögen erforderlich sind – und diejenigen, die dagegen mit hoher Wahrschein-

lichkeit zu Grausamkeit und Gleichgültigkeit führen. Sie verdeutlichen, wie sich das Gehirn von Kindern entwickelt und wie es durch die Menschen in ihrer Umgebung geformt wird. Sie stellen auch heraus, wie dabei durch Unkenntnis, Armut, Gewalt, sexuellen Missbrauch, Chaos und Vernachlässigung verheerender Schaden angerichtet werden kann.

Ich interessiere mich schon lange für die menschliche Entwicklung; vor allem möchte ich herausfinden, warum manche Menschen zu produktiven, verantwortungsbewussten und freundlichen Menschen heranwachsen, während andere auf ihren eigenen Missbrauch reagieren, indem sie selbst zu Tätern werden. Meine Arbeit hat mich sehr viel über moralische Entwicklung erkennen lassen, über die Wurzeln des Bösen und darüber, wie genetische und durch das Umfeld bedingte Einflüsse wichtige Entscheidungen beeinflussen können, die sich wiederum auf spätere Entscheidungen auswirken und letztlich darauf, wie wir werden. Ich halte nichts davon, gewalttätiges oder verletzendes Verhalten mit der eigenen Missbrauchserfahrung zu entschuldigen (die sogenannte »*abuse excuse*«), aber ich habe herausgefunden, dass es komplexe Interaktionen gibt, die in der frühen Kindheit beginnen und die unsere Fähigkeit beeinträchtigen, uns Wahlmöglichkeiten vorzustellen. Das kann später unsere Fähigkeit einschränken, gute Entscheidungen zu treffen.

Meine Arbeit hat mich zur Schnittstelle von Geist und Gehirn geführt, an der wir eine Wahl treffen und Einflüsse erfahren, die darüber bestimmen, ob wir human und wahrhaft menschlich werden oder nicht. *Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde* teilt einiges von dem mit, was ich dort gelernt habe. Trotz ihres Schmerzes und ihrer Angst haben die Kinder in diesem Buch – und viele andere, die ihnen ähnlich sind – großen Mut und Menschlichkeit gezeigt und sie geben mir Hoffnung. Von ihnen habe ich viel über Leid, Liebe und Heilung gelernt.

Die Kernlektionen, die diese Kinder mir erteilt haben, sind für uns alle wichtig: weil wir, um das Trauma zu verstehen, das Gedächtnis verstehen müssen. Wenn wir verstehen wollen, wie Kinder gesunden, müssen wir verstehen, wie sie zu lieben lernen, wie sie mit He-

rausforderung umgehen, wie sie durch Stress beeinflusst werden. Und indem wir den zerstörerischen Einfluss erkennen, den Gewalt und Bedrohung auf die Fähigkeit zu lieben und zu arbeiten haben, können wir zu einem besseren Verständnis von uns selbst gelangen und uns besser um die Menschen in unserem Leben kümmern, insbesondere um die Kinder.

Tinas Welt

Tina war das erste Kind, das ich behandelt habe – sie war gerade sieben Jahre alt, als ich ihr begegnete. Winzig und zerbrechlich saß sie im Wartezimmer der kinderpsychiatrischen Klinik der University of Chicago und drängte sich an ihre Mutter und ihre Geschwister, unsicher, was sie von ihrem neuen Doktor erwarten sollte. Es ist schwer zu sagen, wer von uns beiden aufgeregter war, als ich sie in mein Büro führte und die Tür hinter uns schloss – das knapp einen Meter große afroamerikanische Mädchen mit den niedlichen, akribisch geflochtenen Zöpfen oder der gut zwei Meter große weiße Kerl mit der langen, widerspenstigen Lockenmähne. Tina saß eine Minute lang auf meiner Couch und sah prüfend an mir hinauf und hinunter. Dann ging sie durch den Raum, krabbelte auf meinen Schoß und schmiegte sich an mich.

Ich war berührt. Meine Güte, was für eine schöne Aufgabe. Was für ein süßes Kind. Ich Dummkopf. Sie drehte sich ein wenig, schob ihre Hand in meinen Schritt und versuchte, den Reißverschluss zu öffnen. Ich war nicht mehr ängstlich. Jetzt war ich traurig. Ich nahm ihre Hand von meinen Schenkeln und hob das Kind behutsam von meinem Schoß.

Ich hatte mir an dem Morgen, ehe ich Tina zum ersten Mal traf, ihre »Karte« durchgelesen – ein unbedeutendes Blatt Papier mit wenigen Angaben, die während eines Telefonats von unserem Emp-

fangsmitarbeiter aufgenommen worden waren. Tina lebte mit zwei jüngeren Geschwistern bei ihrer Mutter Sara. Sara hatte in der kinderpsychiatrischen Klinik angerufen, weil die Schule ihrer Tochter auf einer Untersuchung bestand. Tina hatte sich ihren Mitschülern gegenüber »aggressiv und unangemessen« verhalten. Sie hatte sich entblößt, andere Kinder angegriffen, sexualisierte Ausdrücke verwendet und versucht, andere in Sexspiele hineinzuziehen. Sie passte während des Unterrichts nicht auf und weigerte sich häufig, Anweisungen zu befolgen.

Die wichtigste Information auf der Karte war, dass Tina von ihrem vierten bis zu ihrem sechsten Lebensjahr missbraucht worden war. Der Täter war ein 16-jähriger Junge, der Sohn ihrer Babysitterin. Er hatte sowohl Tina als auch ihren jüngeren Bruder Michael sexuell missbraucht, während ihre Mutter bei der Arbeit war. Tinas Mutter war Single. Arm, aber nicht mehr auf Sozialhilfe angewiesen, arbeitete Sara zu dieser Zeit auf Mindestlohnbasis in einem kleinen Lebensmittelgeschäft, um ihre Familie zu versorgen. Die einzige Kinderbetreuung, die sie sich leisten konnte, war eine Nachbarin, mit der sie sich locker abgesprochen hatte. Unglücklicherweise überließ diese Nachbarin die Kinder häufig ihrem Sohn, um Besorgungen zu machen. Und ihr Sohn war krank. Er fesselte und vergewaltigte die Kinder, sodomisierte sie mit Gegenständen und drohte ihnen, sie zu töten, falls sie irgendjemandem davon erzählten. Schließlich erwischte ihn seine Mutter und setzte dem Missbrauch ein Ende.

Sara ließ ihre Kinder nie wieder von der Nachbarin betreuen, aber der Schaden war bereits geschehen. (Der Junge wurde strafrechtlich verfolgt: Er wurde nicht zu einer Gefängnisstrafe verurteilt, sondern ging in Therapie.) Da waren wir nun, ein Jahr danach. Die Tochter hatte schwerwiegende Probleme, die Mutter war mittellos und ich hatte nicht die geringste Ahnung von missbrauchten Kindern.

»Hier. Lass uns was malen«, sagte ich sanft, als ich sie von meinem Schoß nahm. Sie wirkte aufgeregt. War ich nicht zufrieden mit ihr? Würde ich wütend werden? Ängstlich studierte sie mit ihren dunkelbraunen Augen mein Gesicht, beobachtete meine Bewe-

gungen, versuchte meiner Stimme einen nonverbalen Hinweis zu entnehmen, der ihr helfen würde, diese Interaktion zu verstehen. Mein Verhalten passte mit dem inneren Katalog ihrer bisherigen Erfahrungen mit Männern nicht zusammen. Sie hatte Männer nur als Sexualtäter kennengelernt: Kein liebender Vater, kein unterstützender Großvater, kein Onkel oder beschützender älterer Bruder hatte je ihr Leben berührt. Die einzigen erwachsenen Männer, denen sie begegnet war, waren die häufig unpassenden Freunde ihrer Mutter und ihr eigener Vergewaltiger. Die Erfahrung hatte sie gelehrt, dass Männer Sex wollten, entweder von ihr oder von ihrer Mutter. So war es aus ihrem Blickwinkel nur folgerichtig, davon auszugehen, dass ich dasselbe wollte.

Was sollte ich tun? Wie ändert man Verhaltensweisen oder Überzeugungen, die sich durch Jahre der Erfahrung eingegraben haben, mit einer Therapiestunde pro Woche? Weder meine Erfahrung noch meine Ausbildung hatten mich auf dieses kleine Mädchen vorbereitet. Ich verstand sie nicht. Ging sie mit allen so um, als ob sie Sex von ihr wollten – selbst mit Frauen und Mädchen? War dies die einzige Möglichkeit, die sie kannte, um Freundschaften zu schließen? Stand ihr aggressives und impulsives Verhalten in der Schule damit in Zusammenhang? Dachte sie, ich würde sie zurückweisen – und wie ging es ihr damit?

Es war 1987. Ich war Mitarbeiter der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung der University of Chicago und begann gerade mit den letzten beiden Jahren einer der besten medizinischen Ausbildungen des Landes. Fast zwölf Jahre Doktorandenausbildung lagen hinter mir. Ich hatte ein berufspraktisches und ein wissenschaftliches Forschungsdoktorat in Medizin und war seit fast drei Jahren Arzt und Allgemeinpsychiater im Praktikum. Ich leitete ein wichtiges neurowissenschaftliches Forschungslabor, das die Stress-Reaktionssysteme des Gehirns untersuchte. Ich hatte alles über Gehirnzellen, Gehirnsysteme und ihre komplexen Netzwerke sowie ihre Chemie gelernt. Ich hatte Jahre mit dem Versuch zugebracht, das menschliche Denken zu verstehen. Und nach all dieser Zeit war das Einzige, das mir nun einfiel, Folgendes: Ich setzte mich mit Tina an den kleinen Tisch, der in

meinem Büro stand, und gab ihr einen Satz Buntstifte und ein Malbuch. Sie öffnete es und blätterte darin.

»Darf ich das ausmalen?«, fragte sie zaghaft, offensichtlich unsicher, was sie in dieser seltsamen Situation tun sollte. »Sicher«, antwortete ich.

»Soll ich ihr Kleid blau oder rot machen?«, fragte mich Tina.

»Rot.«

»In Ordnung.« Sie hob die bemalte Seite hoch, um zu sehen, was ich davon hielt. »Sehr schön«, sagte ich. Sie lächelte. Während der nächsten vierzig Minuten saßen wir Seite an Seite, malten still vor uns hin, langten über den Tisch, um uns Stifte zu borgen, zeigten uns gegenseitig unsere Fortschritte und versuchten, uns daran zu gewöhnen, im selben Raum mit einem fremden Menschen zu sein.

Als die Therapiestunde zu Ende war, ging ich mit Tina zurück ins Wartezimmer der Klinik. Ihre Mutter hielt einen Säugling im Arm und unterhielt sich mit ihrem vierjährigen Sohn. Sara dankte mir und wir legten einen weiteren Termin für die nächste Woche fest. Als sie gingen, wusste ich, dass ich mit einem erfahreneren Supervisor sprechen musste, um mit seiner Unterstützung herauszufinden, wie diesem kleinen Mädchen geholfen werden konnte.

In der psychiatrischen Ausbildung ist Supervision ein irreführender Begriff. Als ich als Assistenzarzt lernte, wie man einen zentralen Venenkatheter legt, wie man einen Menschen mit Herzstillstand versorgt oder Blut abnimmt, waren ältere und erfahrenere Ärzte zugegen, die mir Anweisungen gaben, mich kritisierten, mir beistanden und mich unterrichteten. Ich erhielt häufig eine sofortige – üblicherweise negative – Rückmeldung. Und obwohl wir dem Leitsatz »zusehen, selbst tun, anderen beibringen« folgten, war immer ein älterer, erfahrener Arzt in der Nähe, um uns bei jeglicher Interaktion mit den Patienten zu unterstützen.

In der Psychiatrie ist das nicht der Fall. Als Arzt im Praktikum arbeitete ich fast immer allein, wenn ich mit einem Patienten oder mit einem Patienten und seiner Familie zusammen war. Nach der Sitzung sprach ich den Fall – mitunter mehrfach – mit meinem Supervisor durch. Während der Ausbildung hat ein angehender Facharzt für

Kinderpsychiatrie üblicherweise mehrere Supervisoren für seine klinische Tätigkeit. Häufig stellte ich dasselbe Kind oder dasselbe Thema mehreren Supervisoren vor, um unterschiedliche Eindrücke zu sammeln und um aus ihren mannigfaltigen, sich hoffentlich ergänzenden Einsichten einen Nutzen zu ziehen. Das Ganze ist ein interessanter Prozess, der einige bemerkenswerte Stärken, aber auch deutliche Schwächen hat, die ich gerade im Begriff war zu entdecken.

Ich stellte Tina meinem ersten Supervisor Dr. Robert Stine* vor. Er war jung, ernst, intellektuell und machte eine Psychoanalyse-Ausbildung. Er trug einen Vollbart und seine Kleidung schien jeden Tag exakt dieselbe zu sein: schwarzer Anzug, schwarze Krawatte, weißes Hemd. Er wirkte viel eleganter als ich. Psychiatrischer Jargon ging ihm leicht von den Lippen: »das mütterliche Introjekt«, »Objektbeziehungen«, »Gegenübertragung«, »orale Fixierung«. Und wann immer er das tat, sah ich ihm in die Augen und versuchte, entsprechend ernsthaft und gedankenvoll dreinzublicken und zu nicken, als ob das, was er sagte, mir Klarheit bringen würde. »Ah ja. Gut. Das werde ich berücksichtigen.« In Wirklichkeit jedoch dachte ich: »Zum Teufel, wovon redet er?«

Ich berichtete kurz und sachlich von Tinas Symptomen, ihrer Geschichte, ihrer Familie, den Beschwerden ihrer Schule und beschrieb ausführlich die entscheidenden Elemente meiner ersten Begegnung mit ihr. Dr. Stine machte Notizen. Als ich fertig war, sagte er: »Nun, was hat sie Ihrer Meinung nach?«

Ich hatte keine Ahnung. »Ich bin mir nicht sicher«, zögerte ich die Antwort hinaus. Die medizinische Ausbildung lehrt einen jungen Arzt, sich viel weniger unwissend zu geben, als er oder sie es tatsächlich ist. Und ich war unwissend. Dr. Stine spürte das und empfahl, das diagnostische Handbuch für psychiatrische Störungen, das *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM), zu Rate zu ziehen.

Zu diesem Zeitpunkt war es das DSM III. Es wird ungefähr alle

* Ein Sternchen (*) hinter einem Namen kennzeichnet die Verwendung eines Pseudonyms.

zehn Jahre überarbeitet, um neue Forschungsergebnisse und neue Störungskonzepte einzufügen. Dieser Vorgang wird von sachlichen Richtlinien geleitet, ist aber sehr empfänglich für gesellschaftspolitische und andere nicht wissenschaftliche Prozesse. So wurde zum Beispiel Homosexualität im DSM früher als »Störung« angesehen, was heute nicht mehr der Fall ist. Aber bis heute ist das Hauptproblem des DSM, dass es ein auf Symptomlisten beruhendes Verzeichnis von Störungen ist. Es ist wie eine Art Computerhandbuch, von einem Komitee verfasst, das über die aktuelle Hardware oder Software der Maschine nichts weiß; ein Manual, das versucht, Ursache und Lösung für die Probleme des Computers zu bestimmen, indem es dazu auffordert, die Geräusche zu beachten, die er macht. Wie ich von meiner eigenen Forschungstätigkeit und von meiner Ausbildung her wusste, sind die Systeme in dieser »Maschine« – in diesem Fall im menschlichen Gehirn – sehr komplex. Demzufolge schien mir, dass derselbe »Output« von allen möglichen Problemen verursacht werden könne. Aber das DSM berücksichtigt das nicht.

»Sie ist also unaufmerksam, hat ein Disziplinproblem, ist impulsiv, kommt Aufforderungen nicht nach, ist trotzig, oppositionell und hat Schwierigkeiten mit ihren Mitschülern. Sie erfüllt die diagnostischen Kriterien für die Aufmerksamkeitsdefizitstörung und für die Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten«, half Dr. Stine mir auf die Sprünge.

»Ja, das ist anzunehmen«, sagte ich. Aber es fühlte sich für mich nicht richtig an. Was Tina erlebte, war irgendwie mehr oder irgendwie anders als das, was durch diese diagnostischen Etiketten beschrieben wurde. Ich wusste von meiner Forschungstätigkeit über das Gehirn, dass die an der Kontrolle und Ausrichtung unserer Aufmerksamkeit beteiligten Systeme besonders komplex sind. Ich wusste außerdem, dass es zahlreiche umweltbedingte und genetische Faktoren gibt, die sie beeinflussen können. War es nicht irreführend, Tina als »trotzig« zu bezeichnen, wo doch ihre »Verweigerung« wahrscheinlich eine Folge dessen war, was der Nachbarjunge ihr angetan hatte? Und was war mit der Verwirrung, die sie denken ließ, sexuelle Verhaltensweisen gegenüber Erwachsenen und Gleichaltrigen in der Öffentlichkeit

seien normal? Was war mit ihrer verzögerten Sprech- und Sprachentwicklung? Und falls sie eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS) hatte, war der sexuelle Missbrauch wichtig für die Überlegung, wie sie am besten zu behandeln sei?

Ich stellte diese Fragen jedoch nicht. Ich sah Dr. Stine nur an und nickte, als würde ich aufsaugen, was er mir beibrachte.

»Lesen Sie über die Psychopharmakologie zum Thema ADS nach. Wir können nächste Woche weiter darüber sprechen«, riet er mir.

Ich verließ Dr. Stine verwirrt und enttäuscht. Sollte so ein Kinderpsychiater sein? Ich war als Allgemeinpsychiater (für Erwachsene) ausgebildet und die Grenzen der Supervision und unserer diagnostischen Herangehensweise waren mir bekannt. Aber ich war nicht im Geringsten mit den allgegenwärtigen Problemen der Kinder vertraut. Sie kamen aus sozialen Randgruppen, waren entwicklungsverzögert, schwer geschädigt und wurden zu uns in die Klinik geschickt, damit wir Dinge wieder »in Ordnung bringen« würden, die, wie mir schien, mit den Mitteln, die wir zur Verfügung hatten, nicht in Ordnung zu bringen waren. Wie sollten ein paar Stunden pro Monat und eine Verschreibung Tinas Ansichten und Verhalten ändern? War Dr. Stine wirklich der Meinung, dass Ritalin oder irgendein anderes ADS-Medikament die Probleme dieses Mädchens lösen würde?

Glücklicherweise hatte ich noch einen anderen Supervisor: Dr. Jarl Dyrud, einen weisen und wundervollen Mann, eine echte Größe im Fachbereich Psychiatrie. Er kam wie ich aus North Dakota und wir verstanden uns sofort. Ebenso wie Dr. Stine hatte auch Dr. Dyrud eine analytische Ausbildung. Aber er hatte darüber hinaus jahrelang ganz praktisch versucht, Menschen zu verstehen und ihnen zu helfen. Diesen Erfahrungen und nicht nur Freuds Theorien hatte er erlaubt, seine Ansichten zu formen.

Er hörte aufmerksam zu, während ich Tina beschrieb. Als ich fertig war, lächelte er mich an und fragte: »Hat es Ihnen gefallen, mit ihr zu malen?«

Ich überlegte eine Minute lang und sagte: »Ja. Das hat es.«

Dr. Dyrud sagte: »Sehr schöner Anfang. Erzählen Sie mir mehr.« Ich begann, Tinas Symptome aufzulisten, jene Verhaltensweisen, über die sich die Erwachsenen beschwerten.

»Nein, nein. Erzählen Sie mir von ihr. Nicht von ihren Symptomen.«

»Wie meinen Sie das?«

»Wo wohnt sie? Wie sieht ihr Zuhause aus, wann geht sie schlafen, was macht sie tagsüber? Erzählen Sie mir von ihr.«

Ich gab zu, dass mir darüber nichts bekannt war. »Nehmen Sie sich Zeit, sie kennenzulernen – nicht ihre Symptome. Finden Sie etwas über ihr Leben heraus«, empfahl er mir.

Die nächsten Sitzungen verbrachten Tina und ich mit Malen und einfachen Spielen und wir sprachen darüber, was sie gerne machte. Kinder wie Tina antworten auf die Frage, was sie werden wollen, wenn sie groß sind, häufig mit »falls ich groß werde«, weil sie bereits so viel Tod und Gewalt erlebt haben, dass es ihnen ungewiss erscheint, ob sie das Erwachsenenalter erreichen. In unseren Gesprächen sagte Tina manchmal, dass sie Lehrerin werden wolle; zu einem anderen Zeitpunkt erklärte sie, sie wolle Friseurin werden – all die ganz normalen, schnell wechselnden Wünsche eines Mädchens in ihrem Alter. Als wir jedoch genauer über diese unterschiedlichen Ziele sprachen, dauerte es einige Zeit, ehe ich ihr begreiflich machen konnte, dass die Zukunft etwas sein kann, das man plant, das man voraussagen und sogar verändern kann; dass sie nicht nur eine Serie von unvorhersehbaren Ereignissen ist, die einem einfach zustoßen.

Ich unterhielt mich auch mit ihrer Mutter über ihr Verhalten in der Schule und zu Hause und fand mehr über ihr Leben heraus. Da gab es natürlich den Schulalltag. Wenn Tina und ihr jüngerer Bruder von der Schule nach Hause kamen, vergingen leider oft mehrere Stunden, bis Sara Dienstschluss hatte. Sara ließ die Kinder anrufen, um Bescheid zu geben, dass sie da waren. In der Nähe waren auch Nachbarn, an die sie sich im Notfall wenden konnten, aber sie wollte keinen weiteren Missbrauch durch Betreuungspersonen riskieren. So blieben die Kinder allein zu Hause und sahen üblicherweise fern.

Und manchmal kam es aufgrund dessen, was beide durchgemacht hatten, zu sexualisierten Spielen, gab Sara zu.

Sara war weit davon entfernt, eine nachlässige Mutter zu sein, doch um drei kleine Kinder zu ernähren, musste sie so viel arbeiten, dass sie oft erschöpft, überfordert und mutlos war. Alle Eltern wären schwer gefordert, mit den emotionalen Bedürfnissen dieser traumatisierten Kinder umzugehen. Die Familie hatte wenig Zeit, um zu spielen oder einfach nur, um beisammen zu sein. Wie so oft in Familien, in denen Geld knapp ist, gab es immer irgendeinen dringenden Bedarf, eine unvorhergesehene wirtschaftliche, medizinische oder emotionale Notwendigkeit, die sofortige Beachtung verlangte, um eine totale Katastrophe wie Obdachlosigkeit, den Verlust des Arbeitsplatzes oder überwältigende Schulden zu verhindern.

Meine Arbeit mit Tina ging also weiter und wenn Sara mich sah, lächelte sie immer als Erstes. Die Stunde, in der Tina zur Therapie ging, war ein Zeitraum in ihrer Woche, in dem sie nichts weiter zu tun hatte, als mit ihren anderen Kindern zusammen zu sein. Tina würde zu meinem Büro hinunterlaufen, während ich einen Moment lang mit ihrem kleinen Bruder Quatsch machte (er ging ebenfalls zur Therapie, aber zu jemand anderem und zu einem anderen Zeitpunkt) und das Baby anlächelte. Wenn ich das Gefühl hatte, dass sie richtig angekommen waren und eine Beschäftigung für sich gefunden hatten, begab ich mich zu Tina, die gewöhnlich schon auf ihrem kleinen Stuhl saß und auf mich wartete.

»Was sollen wir heute machen?«, würde sie fragen und die Spiele, Malbücher und Spielsachen ansehen, die sie aus meinen Regalen gezogen und auf den Tisch gelegt hatte. Ich tat dann immer so, als würde ich angestrengt nachdenken, während sie mich erwartungsvoll ansah. Meine Augen blieben gewöhnlich an einem Spiel auf dem Tisch hängen und ich würde sagen: »Mmmm. Wie wäre es, wenn wir ›Doktor Bibber‹ spielen?«, ein Spiel, bei dem es vor allem auf eine ruhige Hand ankommt. Sie lachte dann und sagte »Ja!«. Sie lenkte unser Spiel. Ich führte langsam neue Ideen ein, wie etwa zu warten und zu überlegen, ehe man die Entscheidung trifft, was man als

Nächstes tut. Gelegentlich erzählte sie spontan eine Begebenheit oder eine Hoffnung oder etwas, wovor sie Angst hatte. Ich stellte Fragen, um einen gewissen Überblick zu bekommen. Dann lenkte sie die Interaktion wieder zum Spiel. Und Woche für Woche, Stück für Stück, lernte ich Tina kennen.

Später in jenem Herbst kam Tina jedoch mehrere Wochen hintereinander zu spät zur Therapie. Da unsere Treffen jeweils nur eine Stunde dauerten, bedeutete dies, dass uns manchmal nur 20 Minuten für die Sitzung zur Verfügung standen.

Ich machte den Fehler, dies während einer Aktualisierung des Falls Dr. Stine gegenüber zu erwähnen. Er hob die Brauen und starrte mich an. Er wirkte enttäuscht.

»Was denken Sie, dass hier vor sich geht?«

»Ich bin mir nicht sicher. Ich finde, die Mutter wirkt ziemlich überlastet.«

»Sie müssen den Widerstand deuten.«

»Ah. Gut.« Wovon zum Teufel spricht er? Denkt er, dass Tina nicht zur Therapie kommen will und ihre Mutter auf irgendeine Weise dazu bringt, sich zu verspäten? »Meinen Sie Tinas Widerstand oder den der Mutter?«, fragte ich.

»Die Mutter hat diese Kinder großer Gefahr ausgesetzt. Möglicherweise missgönnt sie dem Kind Ihre Aufmerksamkeit. Vielleicht möchte sie, dass es geschädigt bleibt«, sagte er.

»Oh«, antwortete ich, unsicher, was ich davon halten sollte. Ich wusste, dass Analytiker Verspätung in der Therapie häufig als ein Zeichen von »Widerstand« gegenüber Veränderung deuten – aber das wurde allmählich absurd, vor allem in diesem Fall. Diese Idee ließ keinen Raum für echte Zwischenfälle. Außerdem schien sie darauf aus zu sein, Menschen wie Tinas Mutter eine Schuld zuzuweisen, die meiner Ansicht nach alles tat, was ihr irgend möglich war, um Hilfe für Tina zu bekommen. Es war ganz offensichtlich schwierig für sie, zur Klinik zu gelangen. Um hierher zu kommen, musste sie drei verschiedene Busse nehmen, die während des harten Chicagoer Winters oft Verspätung hatten; sie hatte keine Betreuung für ihre Kinder, so dass sie alle drei mitbringen musste; manchmal musste sie sich das

Geld für den Fahrschein leihen. Es schien mir, dass sie das Beste tat, was sie in einer extrem schwierigen Situation tun konnte.

Wenig später, als ich an einem eisigen Abend das Gebäude verließ, sah ich Tina und ihre Familie auf den Bus warten, der sie nach Hause bringen sollte. Sie standen in der Finsternis, und im trüben Schein einer nahe gelegenen Straßenlaterne fiel langsam der Schnee. Sara hielt das Baby und Tina saß neben ihrem Bruder unter der Lampe der Bushaltestelle auf einer Bank. Die beiden Geschwister saßen nahe beieinander, hielten sich an den Händen und schaukelten langsam mit ihren Beinen vor und zurück. Ihre Füße reichten nicht bis zum Boden und blieben synchron miteinander im Takt. Es war Viertel vor sieben. Eiskalt. Ehe sie zu Hause waren, würde noch mindestens eine Stunde vergehen. Ich hielt außer Sichtweite am Straßenrand an, sah ihnen zu und hoffte, dass der Bus bald kommen würde.

Es bereitete mir Schuldgefühle, sie von meinem warmen Auto aus zu beobachten. Ich fand, dass ich sie in meinem Wagen mitnehmen sollte. Aber das Feld der Psychiatrie achtet sehr auf Grenzen. Sie sollen undurchdringliche Wände zwischen Patient und Arzt darstellen, eindeutige Grenzen, die die Beziehung klar strukturieren – eine Erfahrung, die vielen Menschen, die sich in therapeutischer Behandlung befinden, oft fehlt. Ich fand diese Regel normalerweise sinnvoll, aber wie viele therapeutische Auffassungen, die in der Arbeit mit neurotischen Mittelschichtpatienten entwickelt worden sind, schien sie an dieser Stelle nicht zu passen.

Endlich kam der Bus. Ich fühlte mich erleichtert.

In der darauffolgenden Woche wartete ich nach unserer Sitzung lange, ehe ich zu meinem Wagen ging. Ich versuchte mir vorzumachen, dass ich Schreiarbeiten erledigte, aber in Wirklichkeit wollte ich nicht noch einmal die Familie in der Kälte stehen sehen. Ich konnte nicht aufhören, mir Gedanken darüber zu machen, was an dem einfachen menschlichen Akt falsch sein soll, jemanden nach Hause zu bringen, wenn es draußen kalt ist. Könnte es den therapeutischen Prozess wirklich stören? Ich drehte es hin und her, aber mein Herz entschied sich für die Freundlichkeit. Es schien mir, dass eine aufrichtige, gutherzige Tat mehr therapeutische Wirkung hatte als ir-

gendeine künstliche Haltung mit regulierten Gefühlen, die »Therapie« so oft charakterisiert.

Es war nun tiefer Winter in Chicago und bitterbitterkalt. Ich sagte mir schlussendlich, dass ich die Familie nach Hause bringen würde, falls ich sie noch einmal sähe. Es war richtig, so zu handeln. Und eines Abends im Dezember, als ich von der Arbeit kam und an der Bushaltestelle vorbeifuhr, waren sie da. Ich bot ihnen an, sie mitzunehmen. Sara lehnte erst ab und sagte, sie müsse unterwegs noch einkaufen. Wer A sagt, muss auch B sagen, dachte ich mir. Ich bot ihnen an, sie zu dem Geschäft zu fahren. Nach einigem weiteren Zögern willigte sie ein und alle kletterten in meinen Toyota Corolla.

Meilenweit von der Klinik entfernt wies Sara auf einen Eckladen und ich hielt dort an. Sie hatte ihr schlafendes Baby im Arm und sah mich an, unsicher, ob sie alle Kinder in das Geschäft mitnehmen sollte.

»Ich halte das Baby und warte solange mit den Kindern«, sagte ich entschieden.

Sie war ungefähr zehn Minuten lang in dem Laden. Wir hörten Radio. Tina sang bei der Musik mit. Ich betete nur, dass das Baby nicht aufwachen würde. Ich schaukelte es langsam und ahmte den Rhythmus von Tinas Mutter nach. Sara kam mit zwei schweren Tüten aus dem Laden zurück.

»Fass nichts an«, sagte sie zu Tina und stellte die Tüten auf die Rückbank.

Als wir bei ihrem Haus angekommen waren, bemerkte ich, wie Sara sich mühte, aus dem Auto zu kommen und auf dem nicht geräumten Gehweg nicht hinzufallen, während sie das Baby, ihre Handtasche und eine Tüte mit Lebensmitteln jonglierte. Tina versuchte, die andere Einkaufstüte zu tragen, aber sie war zu schwer für sie und sie rutschte im Schnee aus. Ich öffnete die Wagentür, stieg aus und nahm die eine Tüte von Tina und die andere von Sara.

»Nein. Wir schaffen das«, protestierte sie.

»Ich weiß, dass Sie das schaffen. Aber heute Abend kann ich helfen.« Sie sah mich an, unsicher, wie sie damit umgehen sollte. Ich spürte, dass sie zu ergründen versuchte, ob mein Angebot freundlich

gemeint war oder ob sich etwas Unheilvolles darin verbarg. Sie wirkte verlegen. Ich fühlte mich verlegen. Aber es schien mir immer noch richtig, zu helfen.

Wir stiegen alle die drei Stockwerke zu ihrer Wohnung hoch. Tinas Mutter kramte die Schlüssel heraus und öffnete drei Schlösser, alles, ohne ihr schlafendes Baby zu stören. Wie schwierig ist das Leben dieser Mutter, dachte ich mir: Ganz allein für drei Kinder zu sorgen, kein Geld, nur zeitweise und dann eine häufig ermüdende Arbeit, keinen erweiterten Familienkreis in der Nähe. Ich stand mit den Tüten in den Armen auf der Türschwelle und wollte nicht wie ein Eindringling wirken.

»Sie können sie einfach auf den Tisch stellen«, sagte Sara, während sie in den hinteren Teil der Einzimmerwohnung ging, um das Baby auf einer Matratze an der Wand abzulegen. Mit zwei Schritten war ich beim Küchentisch. Ich stellte die Tüten ab und sah mich um. Es gab eine Couch, die gegenüber einem Farbfernseher stand, und einen kleinen Beistelltisch mit ein paar Tassen und schmutzigem Geschirr darauf. Auf einem Tisch mit drei ungleichen Stühlen neben der Kochnische standen eine Tüte Toast und ein Glas Erdnussbutter. Auf dem Boden befand sich eine Doppelmatratze mit säuberlich gefalteten Decken und Kissen an einem Ende. Kleidungsstücke und Zeitungen lagen verstreut umher. Ein Bild von Martin Luther King hing an der Wand, daneben auf beiden Seiten bunte Schulporträts von Tina und ihrem Bruder. An einer anderen Wand hing ein wenig schief ein Bild von Sara mit dem Baby. Die Wohnung war warm.

Sara stand da und sagte unbeholfen: »Nochmals danke fürs Mitnehmen.« Ich versicherte ihr, es habe mir keine Umstände gemacht. Es war ein sehr unbehaglicher Moment.

Als ich aus der Tür ging und »Dann bis nächste Woche« sagte, winkte Tina. Sie und ihr jüngerer Bruder räumten die Lebensmittel weg. Sie benahmen sich besser als viele Kinder in weit besseren Umständen, es schien mir, dass sie es mussten.

Der Rückweg nach Hause führte mich durch einige der ärmsten Gegenden von Chicago. Ich fühlte mich schuldig. Schuldig für das Glück, die Möglichkeiten, die Ressourcen und die Geschenke, die mir

zuteil geworden waren, schuldig für all die Male, da ich mich über zu viel Arbeit beschwert hatte oder darüber, nicht genug Anerkennung zu bekommen. Ich hatte auch das Gefühl, viel mehr über Tina zu wissen. Sie wuchs in einer Welt auf, die so anders war als meine. Und irgendwie musste das zu den Problemen, die sie zu mir geführt hatten, in Beziehung gesetzt werden. Ich wusste nicht genau, was es war, aber ich wusste, dass irgendetwas daran wichtig war, wie die Welt, in der sie aufwuchs, ihre emotionale, soziale und körperliche Gesundheit und ihr Verhalten gestaltet hatte.

Im Nachhinein hatte ich natürlich Angst, irgendjemandem davon zu erzählen, dass ich eine Patientin und ihre Familie nach Hause gebracht hatte. Und, noch schlimmer, dass ich unterwegs bei dem Laden angehalten und geholfen hatte, Lebensmittel in die Wohnung zu bringen. Aber einem Teil von mir war das egal. Ich wusste, dass ich das Richtige getan hatte. Man lässt eine junge Mutter mit zwei kleinen Kindern und einem Baby nicht einfach so in der Kälte stehen.

Ich wartete zwei Wochen lang und dann, als ich mich das nächste Mal mit Dr. Dyrud traf, erzählte ich es ihm. »Ich sah sie auf den Bus warten und es war kalt. Also habe ich sie nach Hause gebracht«, sagte ich nervös und suchte sein Gesicht nach seiner Reaktion ab, gerade so, wie Tina es bei mir gemacht hatte. Er lachte, als ich ihm langsam das Ausmaß meiner Überschreitung mitteilte.

Als ich fertig war, klatschte er in die Hände und sagte: »Großartig! Wir sollten bei all unseren Patienten Hausbesuche durchführen.« Er lächelte und lehnte sich zurück. »Erzählen Sie mir alles darüber.«

Ich war betroffen. Augenblicklich erlösten mich Dr. Dyruds Lächeln und die Zustimmung in seinem Gesicht von zwei Wochen nagender Schuld. Als er fragte, was ich gelernt hatte, erzählte ich ihm, dass ich in einem Moment in der winzigen Wohnung mehr über die Herausforderungen erfahren hatte, denen Tina und ihre Familie gegenüberstanden, als ich durch eine Sitzung oder Befragung je hätte lernen können.

Zu einem späteren Zeitpunkt meines ersten Jahres in der Kinderpsychiatrie zogen Sara und ihre Familie in eine Wohnung um, die

näher beim medizinischen Zentrum lag, eine 20-minütige Busfahrt entfernt. Die Verspätungen hörten auf. Kein weiterer »Widerstand«. Wir trafen uns weiterhin einmal pro Woche.

Dr. Dyruds weisen und praktischen Anleitungen gaben mir weiterhin Rückhalt. Wie andere Lehrer, Ärzte und Forscher, die mich inspiriert hatten, ermutigte er Erkundung, Neugier sowie Reflexion und machte mir vor allem Mut, bestehende Überzeugungen infrage zu stellen. Indem ich von dem einen Mentoren dies und von dem anderen das übernahm, begann ich einen therapeutischen Ansatz zu entwickeln, der emotionale Störungen und Verhaltensprobleme als Symptome einer Fehlfunktion des Gehirns zu erklären versuchte.

Im Jahr 1987 hatte die Kinderpsychiatrie die Neurowissenschaften noch gar nicht einbezogen. Vielmehr musste die enorme Ausweitung der Forschungsaktivität zum Gehirn und zur Gehirnentwicklung, die in den 1980ern begann und in den 1990ern explodierte (»die Dekade des Gehirns«), erst Eingang in die klinische Praxis finden und war noch weit davon entfernt, einen Einfluss auf sie auszuüben. Viele Psychologen und Psychiater wandten sich aktiv gegen die Anerkennung einer biologischen Sichtweise menschlichen Verhaltens. Ein solcher Ansatz wurde als mechanistisch und entmenslichend angesehen – als ob Verhalten auf biologische Korrelate zurückzuführen automatisch bedeute, dass alles von Genen verursacht wird, die keinen Raum für freien Willen und Kreativität lassen und keine Möglichkeit, Umweltfaktoren wie Armut zu berücksichtigen. Evolutionäre Ideen kamen noch schlechter weg; sie wurden als rückschrittliche rassistische und sexistische Theorien angesehen, die den Status Quo rationalisieren und menschliches Handeln auf animalische Triebe reduzieren würden.

Da ich in der Kinderpsychiatrie erst am Anfang stand, hatte ich noch kein Vertrauen in meine Fähigkeit, unabhängig zu denken und das, was ich sah, zu verarbeiten und sorgfältig zu interpretieren. Wie konnten meine Gedanken darüber richtig sein, wenn keiner der etablierten Psychiater, die Stars, meine Mentoren, über diese Dinge sprach oder sie unterrichtete?

Glücklicherweise bestärkten Dr. Dyrud und einige meiner anderen Mentoren meine Neigung, die Neurobiologie in mein klinisches Denken über Tina und andere Patienten einzubeziehen. Was ging in Tinas Gehirn vor sich? Was war der Unterschied in ihrem Gehirn, der sie impulsiver und unaufmerksamer sein ließ als andere junge Mädchen in ihrem Alter? Was war in ihrem sich rasch entwickelnden Gehirn durch diese abnormalen, sexualisierten Erfahrungen geschehen, die sie als kleines Kind erlitten hatte? Beeinträchtigte sie die Last der Armut? Und warum hatte sie Defizite bei der Sprachentwicklung? Dr. Dyrud pflegte sich an den Kopf zu tippen, wenn er sagte: »Die Antwort befindet sich irgendwo da drin.«

Meine Einführung in die Neurowissenschaft hatte während meines ersten Studienjahrs an der Universität begonnen. Mein erster Studienberater Dr. Seymour Levine, ein weltberühmter Neuroendokrinologe, hatte Pionierarbeit über die Auswirkungen von Stress in einer frühen Lebensphase auf die Entwicklung des Gehirns betrieben. Sie prägte mein gesamtes nachfolgendes Denken. Seine Arbeit half mir zu erkennen, wie frühe Einflüsse buchstäblich Abdrücke im Gehirn hinterlassen können, die ein Leben lang anhalten.

Levine hatte eine Serie von Experimenten an Ratten durchgeführt, um wichtige Hormonsysteme zu untersuchen, die mit Stress in Verbindung stehen. Die Arbeit seiner Forschungsgruppe zeigte, dass die Biologie und Funktion dieser wichtigen Systeme durch kurze Stressperioden in der frühen Lebensphase dramatisch verändert werden können. Die Biologie besteht nicht nur aus Genen, die ein unveränderliches Skript abspielen. Sie reagiert sensibel auf die Umwelt, so wie es Evolutionstheorien vorhersagten. In einigen dieser Experimente dauerte der Stress nur Minuten, bestand nur aus ein paar Momenten der Berührung von Rattenbabys durch die menschliche Hand, was für diese Tiere besonders aufregend ist. Allein diese kurze Stresserfahrung in einer entscheidenden Phase der Gehirnentwicklung brachte Veränderungen in den Stressachsen hervor, die bis ins Erwachsenenalter anhielten.

Als ich meine offizielle Ausbildung in diesem Fachgebiet begann, war ich mir des Einflusses früher Lebenserfahrungen von Anfang an