

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung: Trauma im Kita-Alltag.....	7
2 Trauma Grundlagenwissen.....	9
2.1 Definition.....	9
2.2 Abgrenzung Trauma und Stress	10
2.3 Trauma und die Folgen	12
2.4 Ursachen von Traumatisierungen mit besonderem Blick auf Kindesvernachlässigung und -misshandlung	14
2.5 Klassifikation von Traumata	17
2.6 Trauma und Salutogenese	20
2.7 Wer ist betroffen	22
2.8 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung	23
3 Neurophysiologische Grundlagen	24
3.1 Notfallreaktion im Gehirn	24
3.2 Speicherung von Erinnerungen.....	26
3.3 Dissoziation.....	27
3.4 Wiedererinnerung/Flashbacks und Trigger	29
3.5 Re-Traumatisierung	30
3.6 Window of tolerance	31
3.7 Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen auf die Entwicklung von Kindern (Lernen, körperliche Entwicklung, Verhalten, Gefühlsentwicklung)	32
3.8 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung	36
4 Bindung und Trauma	37
4.1 Trauma im Kontakt	38
4.2 Das traumatisierte Kind im Kontakt mit Erwachsenen	40
4.3 Im Kontakt mit anderen Kindern.....	42
4.4 Kontrollaufgaben zur Selbstkontrolle.....	44

5 Transgenerationale Aspekte – oder wird ein Trauma vererbt?	45
5.1 Kontrollaufgaben zur Selbstkontrolle.....	48
6 Was heißt Traumapädagogik?	49
6.1 Kontrollaufgabe zur Selbstkontrolle.....	51
7 Grundsätze in der Arbeit im Kontext von Trauma.....	52
7.1 Traumasensible Haltung	52
7.2 Schaffung eines traumasensiblen Settings	54
7.3 Äußere und innere Sicherheit herstellen	57
7.4 Kommunikation	59
7.5 Psychoedukation oder wie wir Kindern erklären können, was mit ihnen passiert	61
7.6 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung.....	65
8 Weitere Handlungsmöglichkeiten im Kontext von Trauma.....	66
8.1 Erste Hilfe bei aktuellen Erlebnissen	66
8.2 Während und direkt nach dem Trauma	66
8.3 Die Zeit nach dem Trauma	68
8.4 Dissoziationsstopp/Re-Orientierung	70
8.5 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung.....	72
9 Trauma und Migration	73
9.1 Sequenzielle Traumatisierung.....	73
9.2 Nonverbale Unterstützungsmöglichkeiten.....	75
9.3 Exkurs: von FGM/C bedrohte Mädchen	75
9.4 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung.....	77
10 Grenzen der eigenen Arbeit.....	78
11 Sekundäre Traumatisierung – das Risiko für die Helfenden	79
11.1 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung.....	82
12 Selbstfürsorge	83
12.1 Zeitplanung	83

12.2	Achtsamkeit.....	84
12.3	Nähe-Distanz-Regulation.....	85
12.4	Balance zwischen Freizeit und Belastung.....	85
12.5	Traumaisensible Arbeitsumgebung.....	86
12.6	Netzwerkarbeit im Kontext von Trauma.....	86
12.7	Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung.....	87
13	Tipps und Materialien	88
14	Literatur	91
15	Musterlösungen zu den Kontrollaufgaben	95

Unser PETE wird Sie durch das gesamte Heft begleiten und Sie beim erfolgreichen Lernen unterstützen!



Für dieses Lehrheft konnten wir die Autorin Martina Kruse gewinnen. Wir freuen uns, dass sie uns an ihrem Fachwissen teilhaben lässt, und wünschen Ihnen nun viel Spaß beim Lesen.

Eine kleine Anmerkung zur Anrede:

Im Sinne einer besseren Lesbarkeit wurden männliche, weibliche und diverse Formen von personenbezogenen Hauptwörtern gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts. Personen jeden Geschlechts mögen sich von den Inhalten des Lehrheftes gleichermaßen angesprochen fühlen. Gleiches gilt für alle berufsbezogenen Bezeichnungen.

1 Einführung: Trauma im Kita-Alltag

Sie halten den Studienbrief „Trauma und Traumafolgen“ in den Händen. Warum ist das überhaupt ein Thema für Sie? Sie arbeiten mit kleinen Kindern zusammen, sind zuständig für deren Betreuung und Förderung. Sicherlich ist Ihnen bekannt, dass ein Teil der Kinder und/oder ihrer Eltern sehr schwierige, verletzende oder traumatisierende Erfahrungen gemacht hat, aber dafür sind doch andere Professionen zuständig, oder nicht? Vollkommen richtig, die Behandlung dieser traumatisierenden Erfahrungen ist nicht Ihre Aufgabe, aber Sie werden in Ihrem Berufsalltag an vielen Stellen mit den Folgen dieser Erfahrungen konfrontiert. Sie erleben Kinder, die sehr ängstlich sind oder im Gegenteil dieses Gefühl gar nicht zu kennen scheinen. Ein Mädchen kommt neu in die Kita und sucht sehr viel mehr Nähe, als Sie erwarten würden, es klettert auf Ihren Schoß, ohne Sie zu kennen, und möchte Ihnen ein Küsschen geben. Oder es scheint sehr unnahbar zu sein, bleibt stets für sich allein und reagiert verschreckt, wenn Sie sich ihm nähern. Eltern fahren bei der kleinsten Kleinigkeit ‚aus der Haut‘, reagieren auf Hinweise von Ihnen mit unangemessener Anklage gegen Sie oder schreien grundlos das Kind an. Vielleicht gibt es auch Eltern, die immer wieder, auch ohne sichtbaren Anlass, mit anderen Eltern in heftigen Streit geraten. Oder Sie sind verwundert, weil eine Mutter alles was Sie ihr mitteilen, scheinbar sofort wieder vergisst. Vielleicht haben Sie sie schon mehrfach erinnert, die Wechselkleidung für den Sohn mitzubringen, und noch immer passiert nichts. Eventuell werden Sie sogar wütend darüber und fragen sich, was Sie noch tun müssen, damit Sie verstanden werden? Und Sie wundern sich, warum Sie selbst so heftig reagieren? Diese unerwarteten und zum Teil sehr ungewöhnlichen Reaktionen können die Folgen von außergewöhnlichen seelischen Verletzungen oder traumatischen Erlebnissen sein. Traumata wirken auf Einzelne, haben darüber hinaus Auswirkungen auf das Umfeld, also auf die Familie und ihre Mitglieder und auch auf Sie als Teil des Unterstützungsnetzwerkes. Sie als Fachkräfte müssen mit diesen Folgen umgehen können, sodass die von Ihnen betreuten Kinder wachsen und gedeihen können und in Ihrer Obhut stärkende Erfahrungen machen können. Gleiches gilt für die Eltern der Kinder. Wenn Sie Ihr Wissen um Trauma und Traumafolgen erweitern, ergeben sich für Sie Ideen und Möglichkeiten, wie Sie in Ihrem Berufsalltag reagieren und handeln können, um dies zu erreichen, ohne sich zu überfordern oder die Grenzen Ihrer Profession zu überschreiten. Um Traumafolgen zu erkennen und einordnen zu können, werden Sie in diesem Studienbrief zunächst Ihr Grundlagenwissen zum Thema Trauma erweitern, Sie werden mit einem besonderen Blick auf Kindesmisshandlung und -

vernachlässigung unterschiedliche Ursachen von Traumatisierungen sowie Schutz- und Risikofaktoren kennenlernen. Ein Schwerpunkt in diesem Heft liegt auf den Handlungsmöglichkeiten, die Sie als Fachkraft entwickeln können, um betroffene Eltern und vor allem die Kinder förderlich zu unterstützen.

Die Konfrontation mit Trauma und Traumafolgen kann unsere eigene Gesundheit gefährden. Wenn wir nicht lernen, für uns selbst Sorge zu tragen, kann es passieren, dass wir selbst plötzlich Symptome entwickeln, die an Traumatisierung erinnern, oder dass wir erschöpfen und ausbrennen. Aus diesem Grund ist eine Beschäftigung mit dem Thema Selbstfürsorge in diesem Kontext unbedingt notwendig. Am Ende des Studienbriefes finden Sie noch Hinweise auf weiterführende Literatur, Materialien, die für Ihren Berufsalltag hilfreich sein können, und Adressen von Anlaufstellen, an die Sie Eltern und Kinder weitervermitteln können. Zum Schluss eines jeden Kapitels finden Sie Aufgaben, mit denen Sie Ihr Wissen überprüfen können.

2 Trauma Grundlagenwissen

In den nächsten Abschnitten erweitern Sie Ihr Grundlagenwissen zum Thema Trauma und lernen, zwischen Stress und Trauma zu unterscheiden. Sie erfahren, welche Ereignisse traumatisch sein können, welche Personen(-gruppen) besonders betroffen sein können, aber auch was Menschen vor langanhaltenden Auswirkungen schützen kann.



2.1 Definition

Um Folgen und Auswirkungen angemessen einschätzen zu können, müssen Sie zunächst begreifen, was unter einem Trauma zu verstehen ist. Im Alltag wird dieser Begriff manchmal für alle Erlebnisse benutzt, die anstrengend oder herausfordernd waren. Das wird der Schwere eines traumatischen Ereignisses nicht gerecht. Das Wort Trauma stammt ursprünglich aus dem Griechischen und meint ‚Wunde‘. Unterschieden werden körperliche und seelische Traumen. Der Duden versteht unter einem Trauma einerseits eine Verletzung des Körpers, die durch Gewalteinwirkung entstanden ist, oder andererseits eine lang wirksame starke psychische Erschütterung.¹ Im Rahmen dieses Studienbriefes beschäftigen Sie sich mit dem psychischen Trauma, wohl wissend, dass eine schwere körperliche Verletzung nicht selten der Auslöser für ein psychisches Trauma ist. Eine differenzierte Definition findet sich bei Gottfried Fischer und Peter Riedesser: Für sie ist ein Trauma „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.² Mit dieser Definition werden einige Punkte deutlich:

¹ Vgl. Bibliographisches Institut. Stichwort Trauma; Im Internet: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma>; Stand: 17.06.2018.

² Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. München: Reinhardt; 2009; S. 84.

- Ein Trauma ist ein existenziell bedrohliches Ereignis, das Leben ist gefährdet.
- Es ist darüber hinaus ein subjektives Empfinden. Ein und dasselbe Erlebnis, zum Beispiel ein Überfall, kann von der einen Person als Trauma, von der anderen ‚nur‘ als belastende Momente erinnert werden. Entscheidend ist, welche Bewältigungsmöglichkeiten der oder dem Betroffenen in und nach der Situation zur Verfügung stehen.
- Die bestimmenden Gefühle sind Hilflosigkeit und Ohnmacht. Kann eine Person sich nicht selbst aus einer gefährlichen Situation befreien, ist sie handlungsunfähig, so fühlt sie sich ausgeliefert. Das Ereignis wird in der Folge höchstwahrscheinlich als Trauma erinnert.
- Menschen, die schon einmal in einer solchen ausweglosen, bedrohlichen Situation waren, sagen später oft ‚danach war nichts mehr so, wie zuvor‘. Darin drückt sich die Erschütterung der Weltsicht aus. Das eigene Sein in der und der Blick auf die Welt haben sich einem Wandel unterzogen. Gefühle, die sich auf sich selbst oder auf andere beziehen, Körperempfindungen, Bindungsfähigkeit, die Fähigkeit, Vertrauen zu anderen aufzubauen, verändern sich in der Folge.

2.2 Abgrenzung Trauma und Stress

Stellen Sie sich einmal vor, Sie fahren auf der Autobahn nach Hause und plötzlich leuchten vor Ihnen Bremslichter auf. Sie denken nicht nach, sondern treten instinktiv auf die Bremse und ziehen auf den Seitenstreifen. Vielleicht haben Sie Glück und die Maßnahmen greifen (Bewältigungsmöglichkeit). Sie werden danach vielleicht anhalten und tief durchatmen. Sie nehmen wahr, dass Sie zittern und brauchen eine Weile, bis Sie sich wieder beruhigt haben und weiterfahren können. An Ihrer Arbeitsstätte treffen Sie auf Kolleg*innen, die Ihnen ansehen, dass Sie gerade etwas Besonderes erlebt haben, und Sie berichten Ihnen vielleicht davon. Bis zum Abend geht es Ihnen vermutlich wieder besser. Sie hatten ein ‚Stresserlebnis‘. Manchmal haben wir nicht so viel Glück, in derselben Situation kommt der Moment, wo Sie merken: Egal was ich mache, es wird zum Unfall kommen! In diesem Fall spüren Sie vielleicht Hilflosigkeit und Ohnmacht, Sie haben keine Möglichkeit zu handeln. Auch wenn der Unfall glimpflich verläuft, werden Sie voraussichtlich eine ganze Weile beeinträchtigt sein. Unter Umständen erinnern Sie nur Bruchstücke oder Sie können gar nicht über den

Unfall reden. Es kann auch vorkommen, dass Sie lange brauchen, bis Sie wieder in ein Auto steigen.

Wenn vor Ihnen Bremslichter aufleuchten, verfallen Sie vielleicht in Panik, werden ganz starr vor Schreck oder treten selbst (zu) heftig auf die Bremse. Jetzt spricht man von einem Trauma mit Traumafolgen. Es handelt sich um ähnliche Ereignisse mit unterschiedlichen Auswirkungen. Wird der Autounfall vermieden, so wird Handlungsfähigkeit erlebt. Bremsen oder Ausweichen hat zum Erfolg geführt. Bestehen keine Handlungsmöglichkeiten, sind wir dem Geschehen ausgeliefert, so befinden wir uns in der „Traumatischen Zange“, wir erleben ein Trauma (siehe Abb. 1).

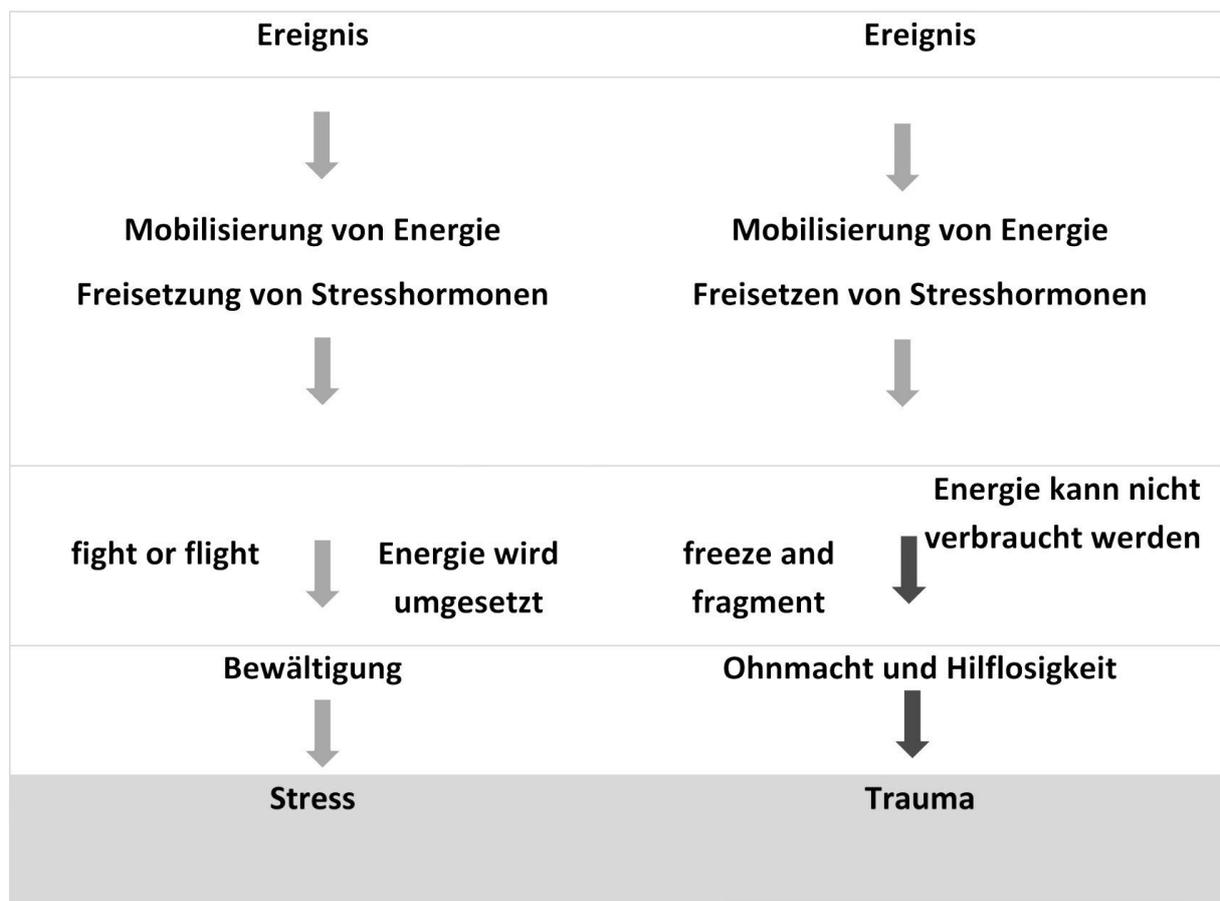


Abb. 1 Stress oder Trauma?

2.3 Trauma und die Folgen

Ein Trauma als solches ist keine seltene Erfahrung. Man schätzt, dass ungefähr die Hälfte aller Menschen in ihrem Leben ein oder mehrere Traumata erleben. Das bedeutet nicht, dass alle diese Menschen gesundheitliche Folgen davontragen. Circa 30 % erholen sich ohne fremde Hilfe und leben nach einer Zeit der Anpassung ihr Leben weiter. Während dieser Zeit kann es gut sein, dass sie Symptome einer akuten Belastungsreaktion zeigen: „Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch



nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. Die Symptomatik zeigt typischerweise ein gemischtes und wechselndes Bild, beginnend mit einer Art von ‚Betäubung‘, mit einer gewissen Bewusstseinsengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten und Desorientiertheit. Diesem Zustand kann ein weiteres Sichzurückziehen aus der Umweltsituation folgen (...) oder aber ein Unruhezustand und Überaktivität (wie Fluchtreaktion oder Fugue). Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf. Die Symptome erscheinen im Allgemeinen innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und gehen innerhalb von zwei oder drei Tagen, oft innerhalb von Stunden zurück. Teilweise oder vollständige Amnesie (...) bezüglich dieser Episode kann vorkommen.“ (ICD-10-GM F.43)³ Weitere 30 % scheinen sich gut zu erholen, so lange, bis ein weiteres belastendes Ereignis kommt. Dann wird deutlich, dass das Erlebte noch nicht überwunden ist. Und 30 % benötigen von vornherein Unterstützung, sie erholen sich nicht aus eigener Kraft.⁴ An dieser Stelle wird deutlich, dass es nicht entscheidend ist, was passiert, es ist entscheidend, welche Folgen der oder die Betroffene anschließend erlebt. Wir unterscheiden ein Trauma von den Traumafolgen. Eine mögliche Folge kann das Entstehen einer Posttraumatischen Belastungsstörung

³ Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ICD-10-GM Version 2018. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification.

⁴ Vgl. Reddemann L, Dehner-Rau C. Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. 4., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Trias; 2013

(PTBS) (ICD-10-GM F 43.1)⁵ sein. Abhängig von der Art des Traumas werden unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten für die Entwicklung einer PTBS angegeben.

- „Ca. 50 % Prävalenz nach Vergewaltigung
- Ca. 25 % Prävalenz nach anderen Gewaltverbrechen
- Ca. 50 % bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern
- Ca. 10 % bei Verkehrsunfallopfern
- Ca. 10 % bei schweren Organerkrankungen (Herzinfarkt, Malignome)“⁶

Zwischen 1 % und 7 % (Deutschland 1,5–2 %) der Allgemeinbevölkerung entwickeln im Laufe ihres Lebens eine PTBS. Zugehörige Symptome sind

- „sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flashbacks, partielle Amnesie),
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli) und
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z.T. aggressive Verhaltensmuster)

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z.T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (verzögerte PTBS).⁷ Kinder reagieren anders als Erwachsene auf Traumata. „Furcht und Hilflosigkeit in der traumatischen Bedrohung äußern sich in Schreien, Wimmern, Zittern oder einem ängstlichen Gesichtsausdruck.“⁸ Weitere Symptome können Panik, Anklammern und Träume sein.

⁵ Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ICD-10-GM Version 2018. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification.

⁶ Flatten G, Gast U, Hofmann A, et al. S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 2011; 3: 202–210

⁷ Ebd.

⁸ Korritko A. Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Störungen systemisch behandeln. Heidelberg: Carl-Auer; 2016: S. 36

Aber auch ein emotionaler Rückzug, Interessensverlust an der Umwelt und ein scheinbarer Verlust an bereits erworbenen Kompetenzen können auffallen.

Menschen, die an einer PTBS leiden, haben häufig weitere Erkrankungen, die nicht unbedingt in Zusammenhang mit einer Traumatisierung gebracht werden. Diese sogenannte Komorbidität scheint bei einer PTBS sehr häufig zu sein.⁹ Depressionen, Suchterkrankungen, Angststörungen, dissoziative Störungen und weitere körperliche Symptome, für die es keine medizinische Erklärung zu geben scheint – zum Beispiel unklare Schmerzen oder Organerkrankungen –, werden in diesem Zusammenhang genannt. Manchmal kommt es vor, dass eine PTBS ‚übersehen‘ wird, beispielsweise weil eine Begleiterkrankung im Vordergrund steht, die bereits behandelt wird. Feindselige oder sehr misstrauische Verhaltensweisen werden vielleicht eher einer Persönlichkeitsstörung zugerechnet, obwohl ein zurückliegendes Trauma die Ursache ist. Lang zurückliegende Ereignisse, wie Misshandlungen, die jemand als Kleinkind oder Säugling erlebt hat, oder Kriegserlebnisse, werden ebenfalls oft nicht in einen Zusammenhang mit einer PTBS eines Erwachsenen gebracht. Erst in letzter Zeit sind sehr schwierige Geburten als Auslöser einer Traumafolgestörung in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt, genauso wie andere medizinische Eingriffe.¹⁰

2.4 Ursachen von Traumatisierungen mit besonderem Blick auf Kindesvernachlässigung und -misshandlung

Die Ursachen von Traumata sind vielfältig. Unter Berücksichtigung der bereits vorgestellten Definition von Fischer und Riedesser ist es nicht möglich vorauszusagen, ob ein Ereignis traumatisch erlebt wird oder nicht. Dennoch kann eine Übersicht von potenziell traumatisierenden Situationen zusammengestellt werden:

- Naturkatastrophen
- Krieg, Vertreibung, Flucht, Folter
- Unfälle

⁹ Vgl. Reddemann L, Dehner-Rau C. Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. 4., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Trias; 2013

¹⁰ Vgl. Flatten G, Gast U, Hofmann A, et al. S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 2011; 3: 202–210

- schwere Erkrankungen und medizinische Behandlungen, traumatische Geburten
- körperliche, sexualisierte oder psychische Gewalt
- der Verlust von nahestehenden Personen
- Kindesmisshandlung und -vernachlässigung
- das Miterleben von traumatischen Situationen als Zeuge
- transgenerationale Traumatisierung (darunter wird verstanden, wenn in der nächsten Generation Traumafolgen sichtbar werden, obwohl diese selbst keine traumatische Erfahrung gemacht haben)
- Sekundärtraumatisierung (der Kontakt mit Traumafolgen als Helfer*in kann zur Ausbildung von Symptomen führen)

Sie können hier sehen, dass Sie in Ihrem beruflichen Umfeld sowohl auf Kinder als auch auf deren Bezugspersonen treffen, die möglicherweise an Traumafolgen leiden. Ebenso besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit, dass der eine oder die andere Ihrer Kolleg*innen in ihrer Vergangenheit traumatische Ereignisse hatten und noch Auswirkungen davon spüren. Vielfach kommt es zu einer Kumulation von Ursachen. Kinder, die aus dem Nahen Osten oder Afrika migriert sind, haben ihre Heimat und große Teile ihrer Familie verloren und auf der Flucht Existenzbedrohung erlebt. Kinder, die körperliche oder sexualisierte Gewalt erfahren haben, wurden sicherlich auch vernachlässigt und/oder von ihren Herkunftsfamilien getrennt. Oftmals wissen wir nicht, was Menschen im Laufe ihres Lebens an schwierigen und verletzenden Situationen überlebt haben. Dennoch: Viele Verhaltensweisen bei Kindern oder Erwachsenen, die Ihnen vielleicht ‚merkwürdig‘ oder ‚seltsam‘ vorkommen, lassen sich erklären und machen Sinn, wenn wir eine mögliche Traumatisierung als Auslöser dafür in Betracht ziehen.

Ein besonderes Augenmerk möchte ich in diesem Zusammenhang auf das Thema Kindesvernachlässigung und -misshandlung als Ursache für Traumafolgen lenken. Sie werden in Ihrem beruflichen Alltag des Öfteren damit konfrontiert sein – wissentlich oder unwissentlich.

Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) § 1631(2): „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“¹¹ Dieser Gesetzestext wird Ihnen

¹¹ Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2787) geändert worden ist.

bekannt sein. Allerdings ist es schwierig, verlässliche Zahlen zur Häufigkeit von Gewaltanwendung gegen Kinder zu bekommen. Der Kinderschutzbund unterscheidet verschiedene Formen von Gewalt gegen Kinder:

- Körperliche Gewalt kann ausgeübt werden durch Schlagen, Prügeln (mit Gegenständen oder ohne), nicht therapeutisches Festhalten, Verbrühen, Verbrennen, Angriffe mit Waffen, Beißen, Würgen, Hungern oder Dürsten lassen und anderes.
- Sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche umfasst Handlungen an Kindern, die unter Ausnutzung von Machtverhältnissen stattfinden und denen sie aufgrund ihres Entwicklungsstandes nicht bewusst zustimmen können: Masturbation oder das Schauen oder Herstellen von pornografischen Filmen unter Einbeziehung des Kindes, sexuelle Ausbeutung durch Prostitution, Vergewaltigung oder sexuelle Nötigung.
- Unter Vernachlässigung versteht man die nicht angemessene Befriedigung der emotionalen, körperlichen, gesundheitlichen, kognitiven und sozialen Bedürfnisse eines Kindes.
- Psychische oder emotionale Gewalt gegen Kinder ist nicht leicht definierbar. Die Grenzen zu gängigen Erziehungspraktiken – zum Beispiel Hausarrest – sind schwierig zu ziehen. Wenn Kindern zu verstehen gegeben wird, sie seien wertlos und dumm, könnten nichts richtig machen, seien ungewollt und ungeliebt, so kann man allerdings von Gewaltausübung sprechen. Psychische Gefährdung entsteht ebenfalls, wenn Kinder Zeuge bei heftigen Streitigkeiten und körperlichen Auseinandersetzungen zwischen ihren Eltern werden oder im Rahmen von Trennungen zwischen die Stühle geraten und von den Sorgeberechtigten instrumentalisiert werden.¹²

Kriminalstatistiken beziehen sich lediglich auf bekannt gewordene Misshandlungen von Kindern. Viele Taten werden unentdeckt bleiben, die Dunkelziffer wird groß sein. Im Jahr 2011 wurden die Ergebnisse einer repräsentativen Studie veröffentlicht, in deren Rahmen über 2.400 Menschen zu ihren eigenen Erfahrungen in Kindheit und Jugend befragt wurden. „15,0 % der Personen der Gesamtstichprobe berichteten über emotionalen, 12,0 % über körperlichen, 12,6 % über sexuellen Missbrauch sowie 49,5

¹² Vgl. Kinderschutz-Zentrum Berlin e. V. (Hrsg.). Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen. 11., überarbeitete Auflage; 2009.

% über emotionale und 48,4 % über körperliche Vernachlässigung in Kindheit und Jugend. 1,6 % der Personen der Gesamtstichprobe berichteten über schweren emotionalen, 2,8 % über schweren körperlichen, 1,9 % über schweren sexuellen Missbrauch in Kindheit und Jugend. 6,6 % der Befragten gaben Auskunft über schwere emotionale und 10,8 % über schwere körperliche Vernachlässigung in Kindheit und Jugend.“¹³ Die Zahlen erschrecken in ihrer Höhe, aber sie machen auch deutlich, dass es sich bei gegen Kinder gerichtete Gewalt nicht um ein Einzelschicksal, sondern noch immer eher um ein gesellschaftliches Phänomen handelt.

Als Fachkraft sind Sie gehalten, aufmerksam zu bleiben, Signale beim Kind wahrzunehmen und Ihr Handeln darauf auszurichten.

Gewalt gegen Kinder ist eine mögliche Ursache für Traumatisierung. Auch hier gilt, dass nicht jeder Übergriff automatisch zu Traumafolgen führen muss. Allerdings: Je jünger ein Kind zum Zeitpunkt des Übergriffes und je länger die Misshandlungen andauern, desto gravierender werden die Folgen voraussichtlich sein. Ein junger Säugling ist unbedingt auf Bindung, Fürsorge und Sicherheit durch eine andere Person angewiesen. In Gefahrensituationen wendet er sich automatisch seiner Bindungsperson zu, um dort den notwendigen Schutz zu finden. Dieses Verhalten dient der Arterhaltung.¹⁴ Findet das Kind dort keine Sicherheit oder Geborgenheit, so beeinträchtigt das die Entwicklungschancen. Geht von diesen Bindungspersonen über längere Zeit ängstigendes oder schädigendes Verhalten aus, so steigt das Risiko für die Entwicklung einen desorganisierten Bindungsstils an. „Falls es zu wiederholten traumatischen Erfahrungen kam, könnte sich nicht nur eine desorganisierte Bindung, sondern – quasi als psychopathologische Steigerung – eine Bindungsstörung entwickeln.“¹⁵

2.5 Klassifikation von Traumata

Traumata werden je nach Ursache und Einwirkung unterschiedlich klassifiziert. Dies ist hilfreich, da mit der Eingruppierung auch bereits Hinweise auf die möglichen

¹³ Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H: Maltreatment in childhood and adolescence—results from a survey of a representative sample of the German population. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(17): 287–94. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0287

¹⁴ Vgl. Brisch KH. Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 2004; 1: 29–44

¹⁵ Ebd., S. 40

Auswirkungen gegeben werden. Im Folgenden möchte ich drei verschiedene Klassifikationen vorstellen, die für die Praxis hilfreich sind.

Eine Variante nimmt in erster Linie die Ursache in den Blick. So wird unterschieden zwischen

- *man-made Trauma*: von Menschen verursachte Traumatisierung, wie Überfall, Misshandlung, sexualisierte Gewalt etc. Diese haben häufig schwerwiegende Folgen. Verletzungen, die wir im direkten Kontakt erfahren, haben oftmals schwerwiegende Traumafolgen. Der Vertrauensmissbrauch scheint die Verarbeitung zu erschweren.
- *Naturkatastrophen*: Die Folgen eines Erdbebens oder Tsunamis können verheerend sein. Die Existenz solcher Katastrophen wird als schicksalhaft empfunden und erleichtert die Verarbeitung.
- *Kollektive Traumata*: zum Beispiel kriegerische Auseinandersetzungen. Auch hier sind die Auswirkungen für die Einzelperson erheblich, die Verarbeitung scheint aber durch das gemeinsame Erleben erleichtert zu werden.¹⁶

Maercker differenziert einerseits zufällige versus von Menschen verursachte Traumata. Andererseits unterscheidet er Trauma *Typ I* (kurzfristige) vom Trauma *Typ II* (länger andauernde Bedrohung). Zu Typ I rechnet er Überfälle, Übergriffe und Ereignisse, die durch plötzliches Auftreten und Lebensbedrohung charakterisiert sind. Traumata des Typs II sind gekennzeichnet durch das serienhafte Auftreten traumatischer Ereignisse. Der Fortgang des traumatischen Geschehens ist für die Betroffenen schlecht vorhersagbar. Hierzu zählen beispielsweise andauernde Misshandlungen im Kindesalter oder Kriegs- und Fluchterfahrungen. Als dritter Typus werden *medizinisch bedingte Traumaursachen* benannt, entstanden durch Behandlungsfehler oder Erkrankungen.¹⁷

Eine weitere Möglichkeit der Kategorisierung findet sich bei Franz Ruppert.

Er trifft eine Unterscheidung anhand der mit den Situationen verbundenen Gefühle. Dies ist für die Praxis ein gut verständliches Modell, da es die Heftigkeit der Gefühle in späteren – an sich unbedrohlichen – Momenten erklären kann: Erinnert irgendetwas

¹⁶ Vgl. Reddemann L, Dehner-Rau C. Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. 4., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Trias; 2013

¹⁷ Vgl. Maercker A. Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker A, Hrsg. Posttraumatische Belastungsstörung. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013: 13–34; S. 15

an die vergangene, traumatische Situation, so werden die gleichen, damaligen Emotionen ausgelöst.

Existenztraumata sind gekennzeichnet durch Lebensbedrohlichkeit. Die bloße Existenz des Menschen ist gefährdet, verursacht durch Überfälle, Krieg, Katastrophen etc. Das bestimmende Gefühl in dieser Situation, das später wieder reaktiviert werden kann, ist die Todesangst.

Der Verlust einer wichtigen, nahestehenden Person kann traumatisch erlebt werden. Ruppert spricht von einem *Verlusttrauma*. Der Tod eines Elternteils oder des eigenen Kindes kann Menschen nachhaltig verletzen. Unterschätzt werden häufig die Folgen einer Inobhutnahme durch die Jugendhilfe. Sowohl für die leiblichen Eltern als auch für die Kinder ist diese – leider manchmal unvermeidbare Maßnahme – nicht leicht zu verkraften, auch wenn sich die Lebensbedingungen des Heranwachsenden dadurch nachhaltig verbessern und stabilisieren sollten. Es bleibt der Verlust. Neben dem Verlust von Menschen können auch wesentliche Lebensbedingungen verloren gehen. Menschen, die vor dem Krieg in ein fremdes Land geflohen sind, haben ihre Heimat und damit ein Stück Sicherheit zum Teil für immer verloren. Es wundert nicht, dass das dazugehörige Gefühl die Verlustangst ist. Diese kann sich im Kindertagesstätten-Alltag zum Beispiel zeigen, wenn Kind und Elternteil ungewohnt viel Zeit für die Eingewöhnung benötigen.

Bindungstraumata sind besonders für Fachkräfte von Bedeutung, die mit Eltern und ihren Kindern in den ersten Lebensjahren arbeiten. Die Bedeutung einer Bindung, die den Kindern Sicherheit und Fürsorge verheißt, wurde bereits erwähnt. Findet die Traumatisierung auf dieser Ebene statt, beispielsweise durch körperliche oder seelische Misshandlung, Vernachlässigung, mangelnde Feinfühligkeit o. Ä., so kann dies zu Wut, Enttäuschung und einer generellen Verwirrung der Gefühle führen. Die eigene Bindungsfähigkeit kann davon betroffen sein. Der Aufbau von Beziehungen zu anderen Personen, gleich ob Fachkräfte, Freunde oder Partner*innen, kann erschwert sein. Wie soll Fremden vertraut werden, wenn die Verletzung von Personen ausging, die doch in erster Linie für Sicherheit und Fürsorge zuständig waren?

Von *Bindungssystemtraumata* sprechen wir, wenn nicht nur eine einzelne Person, sondern ein ganzes System (Familie, Teams ...) von der Traumatisierung betroffen ist. Beispiele hierfür können Taten sein, die moralisch nicht zu rechtfertigen sind, wie Inzest, Mord oder andere Gewalttaten. Nicht selten unterliegen die Familienmitglieder

einem impliziten Schweigegebot, die Taten werden tabuisiert. Scham und Schuld sind die Gefühle, die mit diesen Erlebnissen verbunden sein können.¹⁸

Kategorisierungen dienen immer nur der Orientierung. Sie können uns helfen, Folgen besser einordnen und verstehen zu können. Nicht selten gibt es Überschneidungen. Wer vor Krieg geflohen ist, hat einzelne existenzbedrohliche Situationen erlebt. Er hat die Heimat verloren und hat Jahre der Unsicherheit auf der Flucht verbracht.

2.6 Trauma und Salutogenese

Der Begriff der Salutogenese geht auf Antonovsky zurück¹⁹. Er hat sich mit der Frage beschäftigt, warum es manchen Menschen trotz widriger Lebensumstände besser als anderen gelingt, gesund zu bleiben. Übertragen auf das Thema dieses Studienbriefes lauten die Fragen, mit denen wir uns beschäftigen: Wieso gelingt manchen Menschen die Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen besser als anderen? Wieso entwickelt sich das eine Kind, welches in seiner Herkunftsfamilie Gewalt erfahren hat, zu einem gesunden, erfolgreichen Erwachsenen? Warum hat das andere mit dem gleichen Schicksal so große Schwierigkeiten, in der Schule dem Unterricht zu folgen, Freundschaften aufzubauen, und fällt immer wieder durch sein Verhalten negativ auf?

Antonovskys Überlegungen liegt die Annahme zugrunde, dass Gesundheit (als weitgefaster, nicht auf biologische Faktoren begrenzter Begriff) kein „normaler, passiver Gleichgewichtszustand, sondern ein labiles, aktives und sich selbst regulierendes Geschehen“²⁰ ist, beeinflusst von vielen Faktoren. Der Normalzustand ist nicht Stabilität und Gesundheit, sondern eher Ungleichgewicht und Krankheit. Wenn äußere Faktoren vergleichbar sind (zum Beispiel Krieg), so müssen innere Anteile des Einzelnen dazu beitragen, wie mit Herausforderungen umgegangen wird. Diese Grundhaltung wird als „Kohärenzgefühl“²¹ beschrieben. Es setzt sich zusammen aus drei Aspekten, nämlich den Gefühlen von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Verstehbarkeit meint die kognitive Fähigkeit, Reize als Informationen

¹⁸ Vgl. Ruppert F. Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2012

¹⁹ Vgl. Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält den Menschen gesund. Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Erweiterte Neuauflage. Köln: BZgA; 2001

²⁰ Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält den Menschen gesund. Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Erweiterte Neuauflage. Köln: BZgA; 2001. S. 24

²¹ Ebd., S. 28

verarbeiten und in einen Zusammenhang setzen zu können. Das Gefühl der Handhabbarkeit meint, dass der Mensch grundsätzlich davon überzeugt ist, mit herausfordernden Situationen umgehen zu können. Sei es durch eigene Fähigkeiten, andere Menschen oder spirituelle Erfahrungen. Mit Sinnhaftigkeit oder Bedeutsamkeit ist das grundlegende Gefühl dem Leben gegenüber gemeint. Die sich stellenden Herausforderungen sind es wert, bewältigt zu werden.²² Erfahrungen und Erlebnisse in Kindheit und Jugend bestimmen die Entwicklung des Kohärenzgefühls, welches dann stark wird, wenn „Erfahrungen von Konsistenz und Überraschung, von lohnenden und frustrierenden Ereignissen“²³ in einem ausgewogenen Verhältnis stehen. Es entstehen Wechselwirkungen. Wird eine Herausforderung positiv bewältigt, so geht der Mensch mit der Erfahrung ‚ich kann das bewältigen‘ in die nächste schwierige Situation. Ebenso wird die Erfahrung, etwas nicht bewältigt zu haben, als Vorerfahrung in das weitere Leben mitgenommen. In diesem Fall wird vermutlich die Zuversicht, die nächste Anforderung meistern zu können, geringer sein. Ob und wie die Verarbeitung von Traumata gelingt, ist also unter anderem mit davon abhängig, wer oder was uns in unserem Leben begegnet ist. Diese Vorerfahrungen können schützend oder negativ verstärkend wirksam sein, man spricht von Schutz- und Risikofaktoren. Die meisten Aspekte können – je nach Ausprägung – zwei Seiten haben. Maercker identifiziert Faktoren, die vor, während und nach dem traumatischen Ereignis positiv oder negativ wirksam werden können, so zum Beispiel das Alter der Person zum Zeitpunkt der Traumatisierung (je jünger, desto wahrscheinlicher sind Traumafolgen), frühere Traumatisierungen und Bildungsstand. Zu der Frage, ob individuelle Persönlichkeitsfaktoren und emotionale Reife von Bedeutung sind, gibt es keine eindeutige Untersuchung. Frauen sind eher von Traumafolgen betroffen als Männer. Eine weitere Rolle spielen die Schwere, die Dauer und der durch das traumatische Erlebnis entstandene Schaden. Ein Schutzfaktor vor der Entwicklung von Traumafolgen scheint in dem Handlungsspielraum zu liegen, den das Opfer von Traumatisierung in der unmittelbaren Situation empfindet: Auch sehr geringe Einflussmöglichkeiten scheinen zu schützen. Menschen, die sich in der Situation aufgeben, leiden eher unter Folgen als andere. Im posttraumatischen Zeitraum benennt Maercker noch drei weitere Faktoren, die für die weitere Entwicklung wichtig zu sein scheinen. Die Unterstützung durch das soziale Umfeld, die Kommunikation über das Erlebte und die Anerkennung als Traumaüberlebende werden laut Maercker in verschiedenen Studien

²² Vgl. ebd., S. 29 f.

²³ Ebd., S. 30

als wichtigste Schutzfaktoren benannt.²⁴ Ein Kind, das nach einem schlimmen Ereignis von einem nahestehenden Erwachsenen in den Arm genommen und getröstet wird und erzählen darf, hat eine gute Chance, das Erlebte besser als andere zu verarbeiten. Kinder, die in schädigenden Familienverhältnissen eine zugewandte Person in ihrer Nähe wissen, machen damit eine wichtige und schützende Erfahrung. Diese Person muss nicht zwangsläufig ein Familienangehöriger sein. Eine professionelle Fachkraft, bei der sich das Kind sicher fühlt, ist genauso von Bedeutung.

2.7 Wer ist betroffen

In den vorangehenden Kapiteln wurden ausführlich mögliche Traumaursachen beschrieben. Deutlich wurde, dass prinzipiell jede und jeder in seinem Leben sehr verletzend Erfahrungen machen kann. Sie arbeiten im professionellen Kontext in erster Linie mit Kindern, aber selbstverständlich gehören die Erziehungsberechtigten der Kinder zu Ihrem Adressatenkreis. In der Regel haben Sie zwar keinen pädagogischen Auftrag für diese, allerdings werden Sie mit den Auswirkungen von deren Traumatisierungen sowohl im persönlichen Kontakt als auch mit den Auswirkungen auf deren Kinder konfrontiert sein. Eltern, die an Traumafolgen leiden, können ihren Kindern manchmal nicht in der Form zur Verfügung stehen, wie sie es vielleicht gerne würden. Des Weiteren ist wahrscheinlich, dass es unter Ihren Kolleg*innen Fachkräfte gibt, die selbst als Kind oder Erwachsene traumatische Erfahrungen machen mussten und eventuell diese Erlebnisse (noch) nicht verarbeitet haben. Manch irritierende Reaktion von Kolleg*innen lässt sich mit dem Wissen um Trauma und die Folgen erklären. Vielleicht haben auch Sie selbst sehr bedrohliche Situationen überlebt? Auch dann ist es wichtig, sich selbst und sein Handeln zu reflektieren.

²⁴ Vgl. Maercker A. Psychologische Modelle. In: Maercker A, Hrsg. Posttraumatische Belastungsstörung. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013: S. 34 ff.

2.8 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung

Aufgabe 1:

Wie wird ein Trauma definiert?



Aufgabe 2:

Wie kann Trauma klassifiziert werden?

Aufgabe 3:

Wer in Ihrem beruflichen Umfeld kann von Traumata betroffen sein?

Aufgabe 4:

Nennen Sie mögliche Traumaursachen:

3 Neurophysiologische Grundlagen

Was passiert im Gehirn und im Körper während einer traumatisch erlebten Situation? Um Reaktionen einordnen zu können, ist es wichtig, sich die Vorgänge ein wenig näher anzuschauen. Diese Reaktionen sind willentlich nicht beeinflussbar. Die nachfolgend beschriebenen biologischen Abläufe spielen sich in Sekundenbruchteilen ab. Es sind Notfallmechanismen, die im Laufe der Evolution entwickelt wurden, um Überleben zu sichern. Es handelt sich also nicht um pathologische Verhaltensweisen, sondern um hochkompetente, instinktive Reaktionen des menschlichen Gehirns und diese sind als solche wertzuschätzen. Im Falle eines Angriffs kann das Einsetzen der Notfallreaktion zur Rettung des eigenen Lebens beitragen.

3.1 Notfallreaktion im Gehirn

Das Gehirn ist eine hochkomplexe Struktur. Zum Verständnis von Traumareaktionen sind vier Hirnregionen von Bedeutung, die schematisch in Abbildung 2 dargestellt sind:

Der Hirnstamm: ein entwicklungsgeschichtlich sehr alter Teil des Gehirns, der für die lebenserhaltenden Systeme wie Atmung und Herzschlag zuständig ist.

Das Kleinhirn: zuständig für die Motorik.

Das limbische System mit Amygdala (Mandelkern) und Hippocampus: Die Amygdala ist das Notfallzentrum, eine Art Feuerwehr. Sie springt in Notfallsituationen an und versetzt den ganzen Körper in Alarmzustand. Der Hippocampus wird auch als Archivar des Gehirns bezeichnet, zuständig für die Verortung von Erinnerungen in zeitlicher und räumlicher Dimension.

Neokortex (Großhirnrinde): ein jüngerer Teil des Gehirns, der für Denkprozesse zuständig ist.

Geraten wir in eine bedrohliche Situation, so sorgt die aktivierte Amygdala dafür, dass unser Körper in einen Zustand versetzt wird, der es ermöglicht, sich entweder der Gefahr zu stellen und zu kämpfen oder zu fliehen (fight or flight). Stresshormone wie Adrenalin, Noradrenalin und Kortisol werden in großen Mengen in den Blutkreislauf geschwemmt. In der Folge wird Glucose freigesetzt, sodass der Körper auch über die zum Kämpfen oder Fliehen notwendige Energie verfügt. Das Kleinhirn und damit die Muskulatur werden aktiviert, ebenso der Hirnstamm. Herzschlag und Atemfrequenz werden beschleunigt, sodass der Körper auch gut mit dem nötigen Sauerstoff versorgt ist. In einer solchen lebensbedrohlichen Situation wäre es kontraproduktiv bis lebensgefährlich, über das weitere Vorgehen nachzudenken. Sehr rasches Handeln ist notwendig. Aus diesem Grund wird die Verbindung zwischen Hippocampus und Neokortex unterbrochen. Damit wird auch die Zusammenarbeit mit dem in der Großhirnrinde lokalisierten Broca-(Sprach-)Areal gestört²⁵. Die meisten von uns kennen diese Notfallreaktion aus eigener Erfahrung: In meiner persönlichen Wahrnehmung fühlt sich das an wie ein Blitz, der durch den Körper fährt und mich hellwach und angespannt sein lässt. Besteht in einer solchen lebensbedrohlichen Situation keine Handlungsoption, können wir nicht kämpfen oder fliehen, so befinden wir uns in der sogenannten „traumatischen Zange“²⁶, wir erstarren, frieren sozusagen ein (freeze). Man spricht auch von einem Todstellreflex.

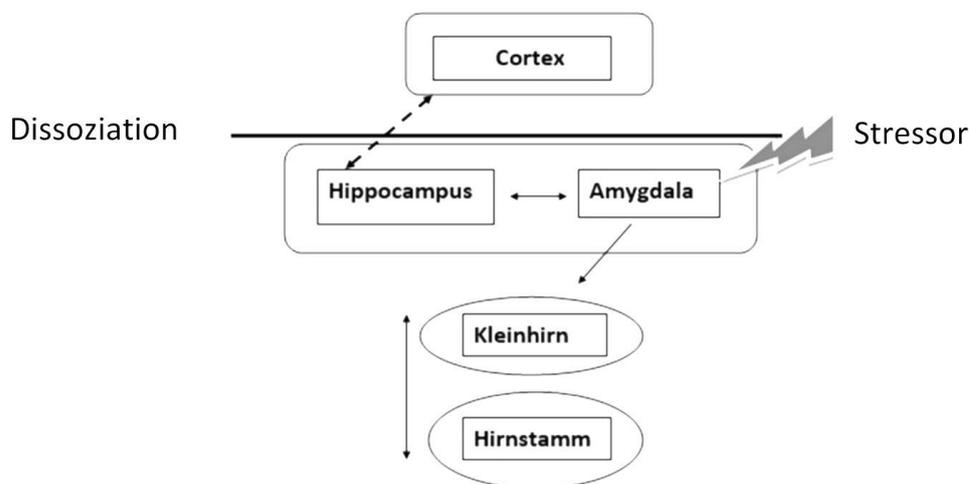


Abb. 2 Notfallreaktion im Gehirn

²⁵ Vgl. Hantke L, Görge H-J. Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann; 2012

²⁶ Huber M. Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. 5. Aufl. Paderborn: Junfermann; 2012; S. 38

3.2 Speicherung von Erinnerungen

In unkritischen Situationen arbeiten all diese Hirnanteile problemlos zusammen. Durch eine gute Zusammenarbeit von Hippocampus mit Neokortex werden Erinnerungen so im Gehirn abgelegt, dass sie zugänglich sind und über sie berichtet werden kann – biografisch, episodisch und narrativ²⁷: Wir wissen, dass es uns passiert ist (und nicht jemand anderem), können erzählen, was wann geschehen ist und was danach geschah. Die Erinnerungen sind sozusagen auf der inneren Zeitlinie chronologisch verortet. Es gibt jeweils einen Anfang, einen Mittelteil und vor allem auch ein Ende. Bleiben wir bei dem Beispiel Autounfall. Wenn das Erleben für den/die Fahrer*in stresshaft, aber nicht traumatisch war, so wird er/sie eventuell wie folgt berichten: „Stell dir mal vor, heute Morgen, als ich zur Arbeit gefahren bin, da ist vor mir plötzlich jemand ausgeschert, mir ist der Schreck in die Glieder gefahren. Zum Glück konnte ich noch etwas bremsen, sodass wir uns nur leicht berührt haben. Wir sind an den Straßenrand gefahren und haben die Polizei gerufen. Puuh, das war aufregend. Als ich dann endlich im Büro ankam, musste ich mich erst mal beruhigen!“ Anders sieht es bei traumatischen Erlebnissen aus. Hier führt die unterbrochene Verbindung zwischen Hippocampus, Neocortex und Broca-Areal zu anderen Erinnerungsmustern. Die Geschehnisse werden hauptsächlich als Affekte (Gefühle), nicht als vollständige Erinnerung, sondern als Bruchstücke (fragment) im limbischen System abgespeichert. Es fehlt die Einordnung auf der inneren chronologischen Zeitlinie. Es wird keine Episode im Gedächtnis gespeichert, es ist nicht klar, dass es einen Anfang, einen Mittelteil und ein Ende gibt. Wird über den Autounfall berichtet, so könnte das folgendermaßen lauten: „Ich weiß gar nicht ... da war plötzlich ein Bremslicht ... Dann lag ich im Graben ... Da war ein Sanitäter und der fragte mich etwas, weiß nicht genau ... Die Sonne schien ...“ Scheinbar unzusammenhängend, mit Lücken und unwichtigen Details. Die Situation ist für das Unfallopfer noch nicht beendet²⁸. Diese hirnhysiologischen Vorgänge erklären auch, warum es Überlebenden von Gewalttaten vor Gericht häufig nicht gelingen kann, das Geschehene chronologisch logisch darzustellen. Die Erinnerungen sind fragmentiert abgespeichert und durch die blockierte Verbindung zum Sprachzentrum fehlen oftmals sprichwörtlich die Worte, um verletzende Situationen beschreiben zu können.

Zusammenfassend lässt sich sagen: Bei Bedrohung versucht das Gehirn, durch eine Art Notfallmechanismus Leben zu retten. Dieser ermöglicht ‚fight or flight‘. Ist das nicht

²⁷ Vgl. ebd.

²⁸ Vgl. ebd.

möglich, so befinden wir uns in der Trauma-Zange und reagieren mit ‚freeze and fragment‘.

3.3 Dissoziation

Das Wort Dissoziation stammt aus dem Lateinischen und bedeutet wörtlich ‚Trennung‘²⁹. Das medizinische Wörterbuch Pschyrembel Online definiert: „Teilweise oder vollständige Abspaltung psychischer Funktionen wie Bewusstsein, Gedächtnis und personale Identität, eigener Gefühle und Körperempfindungen (Schmerz, Hunger, Durst, Angst), der Wahrnehmung der eigenen Person und/oder der Umgebung, (...)“

Formen:

- Dissoziation im Bewusstsein (auch Derealisation), z. B. in Form von gedanklicher Abwesenheit oder Amnesie für Handlungen oder Geschehnisse
- körperliche (somatoforme) Dissoziation: sog. Körpererinnerungen in Form von unerklärlichen Schmerzen, körperlichen Symptomen und Ausfallerscheinungen ohne medizinische Ursache und oft ohne Wissen der Betroffenen um einen traumatischen Zusammenhang.³⁰

Die unterbrochene Verbindung zwischen Neocortex und Hippocampus kann folglich auch als Dissoziation bezeichnet werden. Leichte Formen, sogenannte Alltagsdissoziationen, kennen wir wohl alle. Ein ins Spiel vertieftes Kind reagiert nicht auf Ansprache, wir sind so in unsere Gedanken vertieft, dass wir auf der Autobahn an der Abfahrt, die wir nehmen wollten, vorbeifahren. Dies ist keinesfalls besorgniserregend. Anders sieht es aus, wenn ein Kind Schmerzen nicht wahrnimmt, jemand sich nicht entsinnen kann, wie er an einen bestimmten Ort gekommen ist, oder manche Ereignisse der kürzeren oder längeren Vergangenheit nicht erinnert. Eine Mutter, die ich zur Babymassage anleitete, teilte mir mit, dass sie ihre Hände, die das Kind berührten, nicht spüre. Dies behinderte den Kontakt zu ihrem Kind. Abgespalten können auch Gefühle wie Angst, Trauer, Wut sein. So kann es sein, dass über

²⁹ Vgl. Bibliographisches Institut. Stichwort Dissoziation; Im Internet: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Dissoziation>; Stand: 24.07.2018

³⁰ Pschyrembel Online. Stichwort: Dissoziation; Im Internet: <https://www.pschyrembel.de/Dissoziation%20%5BPsychologie%5D/K0638>; Stand: 24.07.2018

fürchterliche Erlebnisse mit ruhiger Stimme berichtet wird. Bei der zuhörenden Person führt dies oft zu Irritation, da nur schwer eingeschätzt werden kann, was das Gegenüber empfindet. Vielleicht wird fälschlicherweise angenommen, dass der/die Erzähler*in über das schlimme Erlebnis hinweggekommen ist, und wir stimmen unser Handeln darauf ab. Wir gehen zur Tagesordnung über. Vielleicht ist aber auch das Gegenteil der Fall. Das Erlebte wurde traumatisch erlebt, die dazugehörigen Empfindungen, Wahrnehmungen und Gefühle werden dissoziiert. Würden die zugehörigen Affekte zugelassen, so wäre die Betroffene vermutlich überwältigt und nicht mehr kontrollierbar. Der ruhige Bericht ist folglich kein Zeichen von Entspannung, sondern von höchster Anspannung. Die Dissoziation von Körperempfindungen kann das Nicht-Erkennen von physischen Warnsignalen wie Fieber und Schmerzen zur Folge haben und zur Verschleppung von Krankheiten führen. Dies kennen Sanitäter, die zu einem Unfallort gerufen werden. Das Unfallopfer hat sich noch weit vom Ort des Geschehens entfernt, obwohl die Verletzungen an den Beinen das unmöglich machen sollten. Schmerzen wurden hier abgespalten. Das Phänomen der Dissoziation kann als Schutzmechanismus des Gehirns gesehen werden. Zu schmerzhaften Erinnerungen, Affekte und Körperempfindungen werden abgespalten und sind dem bewussten Gedächtnis nicht zugänglich. Im Berufsalltag können Sie mit geschärfter Aufmerksamkeit sowohl bei Kindern und als auch bei Erwachsenen Dissoziationen wahrnehmen: Eine Mutter wirkt plötzlich wie abwesend, der Blick verändert sich. Der Gesichtsausdruck ist ein anderer, die Stimmfarbe ändert sich, oder Sie bekommen keine Antworten mehr auf Ihre Fragen. Vielleicht wird sie auch das Thema wechseln. Ein Vater wurde bereits mehrfach auf etwas hingewiesen, vielleicht auf ein bestimmtes Verhalten seines Kindes. Beim nächsten Gespräch mit der Fachkraft, die ihn wieder darauf anspricht, scheint das völlig neu für ihn zu sein, vielleicht ist er sogar entrüstet, dass ihm das nicht schon früher mitgeteilt wurde. Dissoziationen werden von Betroffenen gelegentlich mit den Worten beschrieben, man fühle sich selbst in an sich vertrauter Umgebung fremd (De-Realisation) oder nehme den eigenen Körper von einer Außenperspektive wahr, als wenn man neben sich stehe und sich beobachte (De-Personalisierung). Eine besonders schwere Form der Dissoziation ist die ‚Dissoziative Identitätsstörung (DIS), häufig Folge von vielen aufeinanderfolgenden Traumatisierungen im Kindesalter. Die Persönlichkeit des Menschen ‚zerfällt‘ in verschiedene Anteile, die zum Teil nicht voneinander wissen. Sie können ihren Alltag scheinbar meistern, die unterschiedlichen Anteile übernehmen unterschiedliche Aufgaben. Das Umfeld nimmt vielleicht gar keine Besonderheiten wahr. Manchmal entsteht aber auch hier Irritation: Die erwachsene Person erscheint plötzlich wie ein Kind und redet mit kindlicher Stimme, ‚vergisst‘ scheinbar, worüber vor fünf Minuten

noch gesprochen wurde, weiß nicht, wieso sie bei Ihnen im Büro erschienen ist.^{31,32} Dies kann im Zusammenhang mit Traumafolgen stehen.

3.4 Wiedererinnerung/Flashbacks und Trigger

Auch wenn manche Erlebnisse für Betroffene der bewussten Erinnerung nicht zugänglich sind, so ist doch im Körpergedächtnis viel gespeichert. Die Fragmente können als Gefühle, Körperempfindungen, Geräusche, Geschmäcker, Worte oder visuelle Eindrücke gespeichert sein. Sie müssen nicht ursächlich mit dem Trauma in Verbindung stehen, es reicht, dass sie zur Situation dazu gehören. So kann zum Beispiel ein Rasierwasser, das der Angreifer trug, oder die Sonnenblume, die beim Unfall auf dem Spielplatz war, eine hohe Bedeutung erlangen. Solche an sich unwichtigen Details können als sogenannte ‚Trigger‘ wirksam werden. Mit diesem Begriff sind Auslösereize gemeint. Der Abzughahn einer Waffe wird auch als Trigger bezeichnet und so schnell, wie sich ein Schuss löst, so schnell drängt sich das Vergangene auf. Der oder die Betroffene hört, schmeckt, riecht, sieht oder empfindet irgendetwas, das in Verbindung mit dem Trauma steht, und ist blitzartig im damaligen Geschehen. Und zwar nicht in Form von ‚Damals‘ ist etwas passiert, sondern ‚Jetzt‘ droht Gefahr. Dieses Geschehen bezeichnet man als ‚Flashback‘. Da während des Traumas die Verbindung zwischen Hippocampus und Neocortex unterbrochen war, ist das Trauma ja nicht als beendet auf der inneren Zeitlinie / im Gedächtnis abgelegt. Der Trigger versetzt die Amygdala wieder in den Alarmzustand, Stresshormone werden ausgeschüttet, Klein- und Stammhirn werden aktiviert, die Verbindung zwischen Hippocampus und Neocortex wird erneut unterbrochen. Der Mensch befindet sich wieder im Kampf- oder Fluchtmodus, und falls das nicht möglich scheint, reagiert er mit freeze und fragment³³. Der Notfallmechanismus im Hirn wurde erneut ausgelöst – obwohl keine Gefahr drohte. Wir nehmen als Außenstehende Verhaltensweisen wahr, die nicht angemessen scheinen. Vielleicht haben Sie nur einen unbedeutenden Vorfall mit einem Elternteil besprechen wollen und erleben plötzlich eine erwachsene Person, die völlig außer sich zu sein scheint und Sie anschreit – Kampfmodus. Oder das Kind, welches auf ein

³¹ Vgl. Huber M. Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. 5. Aufl. Paderborn: Junfermann; 2012: 168

³² Vgl. Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen. Vollständig überarbeitete Neuauflage. Stuttgart: Klett-Cotta; 2016: 55

³³ Vgl. Hantke L, Görge H-J. Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann; 2012

kleineres Fehlverhalten hingewiesen wurde, verlässt rasch den Raum und versteckt sich – Flucht. Vielleicht verfällt es aber auch auf Ihre Ansprache hin in Erstarrung und wirkt nicht ansprechbar – freeze. All dies ist ein Hochstresserleben für die Betroffenen und dementsprechend anstrengend. Auf Dauer steigt das Stresslevel im Körper an, mit den entsprechenden körperlichen und seelischen Folgen.

3.5 Re-Traumatisierung

Unter Re-Traumatisierung wird einerseits das erneute Erleben von bedrohlichen, traumatisierenden Ereignissen verstanden:

- ein Kind wird erneut misshandelt oder vernachlässigt
- eine Frau wird wiederholt im häuslichen Umfeld Opfer von Übergriffen
- jemand wird mehrfach Zeug*in von schweren Unfällen
-

Andererseits können auch Flashbacks re-traumatisieren. Der Körper unterscheidet ja nicht zwischen tatsächlicher und gefühlter Bedrohung. Das Erzählen über den erlebten Unfall oder die Schilderung der Misshandlung kann massiven Stress zur Folge haben³⁴. Gerne wird Traumaüberlebenden geraten, doch über die Geschehnisse zu reden, das würde helfen. Das Gegenteil ist häufig der Fall. Der wiederholte Bericht schleift die Erinnerungen quasi ein und versetzt das Gehirn immer wieder in Alarmzustand. Manche empfinden es als entlastend, einmal über das Unfassbare zu sprechen. Sollte bei Ihnen allerdings der Eindruck entstehen, dass der- oder diejenige Symptome von Anspannung zeigt, zum Beispiel die Gesichtsfarbe sich verändert, Tränen fließen, Herzschlag oder Atmung schneller wird, so können Sie sicher sein, dass es nicht helfen, sondern vermutlich eher schädigen wird. Sie dürfen dann gerne unterbrechen und freundlich darauf hinweisen, dass Ihnen nichts berichtet werden muss: „Ich sehe, dass es Ihnen schwerfällt, darüber zu berichten. Für mich ist es nicht wichtig zu wissen, was genau passiert ist, ich merke, dass es für Sie ein ganz schwieriges Erlebnis war, das reicht mir zu wissen!“

³⁴ Vgl. Maercker A. Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker A, Hrsg. Posttraumatische Belastungsstörung. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013: 13–34

3.6 Window of tolerance

Jeder Alltag hat seine speziellen Anforderungen, die von Moment zu Moment unterschiedlich von uns erlebt werden. Wenn wir den Arbeitstag beginnen, sind wir vielleicht noch gut ausgeruht und fühlen uns wohl. Im Laufe des Morgens, wenn immer mehr Aufträge an uns herangetragen werden, steigt unser Stresslevel an, um in der Pause wieder abzufallen. Innerhalb einer individuell unterschiedlichen Spannbreite ist dies vollkommen normal. Man spricht von einem persönlichen Ressourcenbereich oder auch vom Window of tolerance³⁵. Innerhalb dieses Fensters sind wir mit uns selbst gut im Kontakt, wir wissen, wo und wann wir uns befinden, wir können Entscheidungen im Hier und Jetzt treffen. Bei großer Anspannung kann es sein, dass wir unseren Ressourcenbereich verlassen und in die Übererregung gehen – wir befinden uns dann im Kampf- oder Fluchtmodus oder in der Erstarrung (fight, flight, freeze). Manchmal fallen wir danach in die Unterspannung und erschlaffen förmlich³⁶. Das window of tolerance ist keine feststehende Größe, es verändert sich im Laufe der Zeit. Neugeborene haben einen merkbar kleinen Ressourcenbereich. Der Wechsel zwischen Wohlfühlen und verzweifelter Schreien erfolgt rasch: eben noch lachend, jetzt schon scheinbar am Verhungern. Durch viele positive Erfahrungen mit den jeweiligen Bindungspersonen verändert sich der Wohlfühlbereich des Säuglings: Er wird ruhiger und kann zunehmend mehr Belastung und Wartezeiten bis zur Bedürfnisbefriedigung aushalten, ohne in die Übererregung zu geraten. Leider kann durch anhaltenden Stress und durch traumatische Ereignisse der Ressourcenbereich schrumpfen. Schon bei kleinsten Belastungen zeigt ein Mensch Belastungszeichen (siehe Abb. 3). Er oder sie ‚reagiert über‘, sagt man. Sie werden Menschen kennen, die sich in permanenter Hochspannung zu befinden scheinen, die stets die Muskulatur angespannt halten, die Stimme gepresst, so als würden sie in jedem Augenblick einen Angriff erwarten.

³⁵ Vgl. Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. New York: W. W. Norton & company; 2006: S. 27

³⁶ Vgl. Hantke L, Görge H-J. Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann; 2012

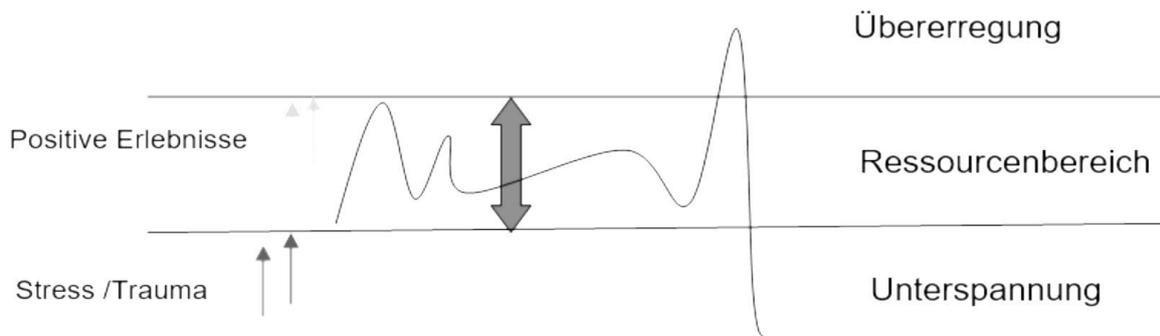


Abb. 3 Window of tolerance nach Ogden et al.³⁷

3.7 Auswirkungen von traumatischen Erlebnissen auf die Entwicklung von Kindern (Lernen, körperliche Entwicklung, Verhalten, Gefühlsentwicklung)

In den vorangegangenen Kapiteln wurde bereits erläutert, dass Traumata nicht zwangsläufig, aber häufig Folgen haben. Je jünger die Menschen zum Zeitpunkt der Verletzung, je gravierender die unmittelbaren Auswirkungen und je weniger Unterstützung nach dem Ereignis zur Verfügung steht, desto wahrscheinlicher werden Folgen für die Person. Diese sind vielfältiger Natur. Die kindliche Hirnentwicklung ist ein Prozess, der noch lange nach der Geburt nicht abgeschlossen ist. Durch gemachte Erfahrungen und äußere Einflüsse wird die Ausbildung neuronaler Verschaltungen gefördert. „Alle weiteren, nach der Geburt normalerweise stattfindenden Strukturierungs- und Reifungsprozesse sind das Ergebnis der Interaktion zwischen den bis dahin bereits etablierten und stabilisierten Verschaltungen (Grundlage der bereits vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und affektiven Reaktionsmuster) sowie den noch vorhandenen Optionen (noch mögliche Entwicklungsrichtungen und -geschwindigkeiten) einerseits und den in der äußeren Welt vorgefundenen Nutzungsbedingungen (Anforderungen, Anregungen) andererseits. Diskrepanzen zwischen diesen (inneren) Voraussetzungen und den (äußeren) Erfordernissen führen

³⁷ Vgl. Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. New York: W. W. Norton & company; 2006: S. 27

zur Aktivierung emotionaler Zentren (stress-sensitive Systeme).³⁸ Insofern wirken Störungen, wie sie Traumata sind, unter Umständen gravierend. Traumatische Situationen versetzen Kinder in hohen Stress: Je jünger ein Gehirn ist, desto weniger kann es auf bereits gut ausgebildete Strukturen zurückgreifen. Die vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten sind eingeschränkt. Die Notfallreaktion läuft in weiten Teilen in Hirnstrukturen ab, deren Entwicklung früh abgeschlossen ist. Bei übergroßen emotionalen Reizen, wie zum Beispiel Angst, wird aufgrund der altersentsprechenden Ermangelung von Alternativen auf eben jenen bereits tief verankerten Mechanismus zurückgegriffen, inklusive der massiven Ausschüttung von Stresshormonen³⁹. Schutz vor diesen Störungen bietet Säuglingen vor allem die feinfühlig und Sicherheit schaffende Anwesenheit einer Bezugsperson. Das Fehlen einer solchen löst bei Babys ungeheuren Stress aus, wie das Still-face-Experiment von Edward Tronick eindrücklich zeigt.⁴⁰ In Momenten, in denen das Bindungssystem eines Kindes nicht aktiviert ist, in denen es sich sicher fühlt, kann es anfangen zu explorieren, neue Erfahrungen zu machen, sprich, zu lernen. Diese beiden Systeme können nicht zeitgleich aktiv sein. Neue Lernerfahrungen können ausschließlich dann gemacht werden, wenn das Bindungssystem beruhigt ist. Säuglingen kann man dies ansehen. Ein weinendes Baby kneift die Augen und Fäustchen zusammen, es kann schon rein optisch keine neuen Eindrücke aufnehmen. Sobald es aufgenommen und beruhigt wird, öffnen sich die Augen wieder, es sucht Blickkontakt zur Bindungsperson, entspannt die Muskulatur und zeigt vielleicht sogar ein Lächeln (siehe Abb. 4).

³⁸ Hüther G. Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. In: FORUM: Internetzeitschrift des Landesverbandes für Kinder in Adoptiv- und Pflegefamilien S-H e. V. (KiAP) und der Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie (AGSP); 2002; Einfügungen im Original

³⁹ Vgl. ebd.

⁴⁰ Tronick E. Still-face Experiment. Im Internet unter: <https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0>

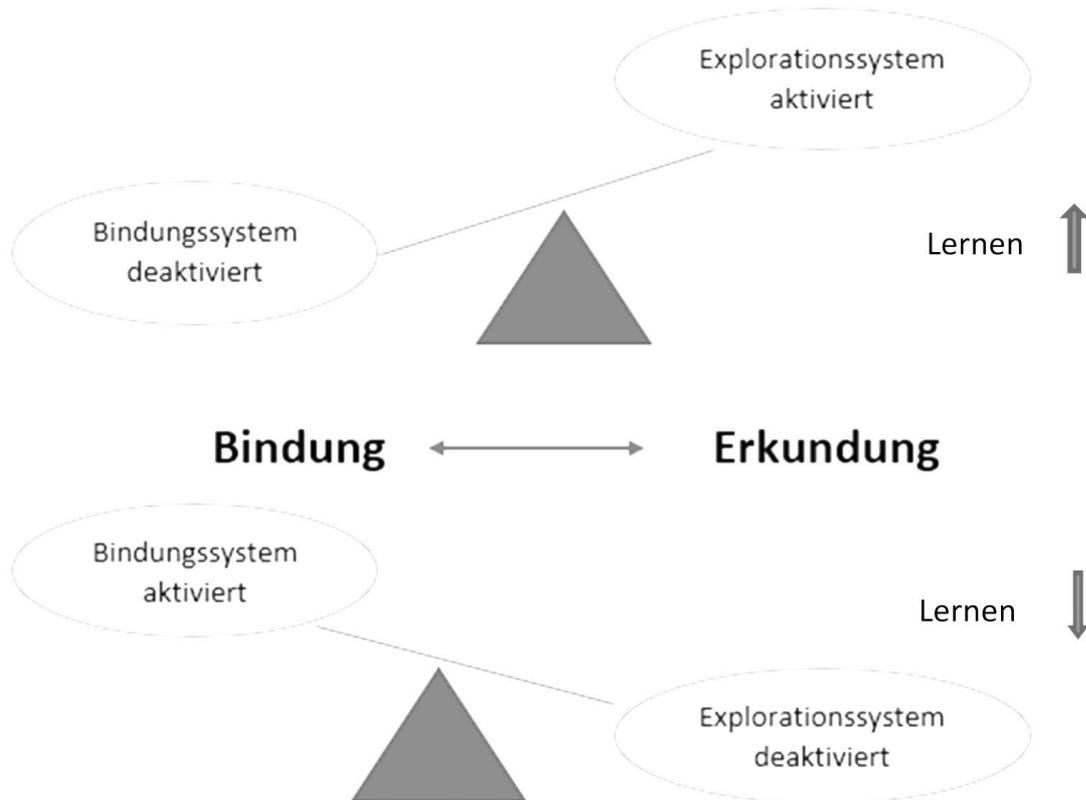


Abb. 4 Balance zwischen Bindung und Exploration

Auf diese Weise erklärt sich, weshalb Bindungs-Traumata so gravierende und weitreichende Auswirkungen für die Kinder haben.

Gerald Hüther, ein anerkannter Hirnforscher, hat sich mit den Auswirkungen frühkindlicher Traumatisierungen auf die Hirnentwicklung beschäftigt und fasst die Ergebnisse etlicher Studienergebnisse zusammen. „Viele der aus diesen Überlegungen ableitbaren Spätfolgen früherer Traumatisierung sind inzwischen bereits empirisch belegt:

- verringertes Hirnvolumen, erweiterte Ventrikel (De Bellis et al. 1999),
- verringerte Dicke des Corpus callosum (Teicher et al. 1993),
- verringertes Volumen des Hippocampus (Stein et al. 1997, Bremner et al. 1997),
- Defizite der Frontalhirnentwicklungen besonders im Bereich der rechten Hemisphäre (Schore 2001),

- Defizite auf der Ebene der sensorischen Integrationsfähigkeit, z. B. Körperempfinden (Young 1992),
- Schmerzempfinden (van der Kolk und Ducey 1989), Bewegungskoordination (Streeck-Fischer et al. 2000),
- vielfältige Verhaltensstörungen (Putnam 1993),
- Defizite auf der Ebene von Lernen und Gedächtnis (Pollak et al. 1998),
- dissoziative Symptome (Spiegel und Cardena 1991, Putnam 1993),
- gestörte Affektregulation (van der Kolk et al. 1996, Schore 2000),
- Manifestation unterschiedlicher psychiatrischer Störungsbilder:

Somatisierungsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Drogenabhängigkeit (Sachse et al. 1994), selbstverletzendes Verhalten (van der Kolk et al. 1991), Depressionen, Zwangsstörungen, Eß-Störungen (sic!), Angst-Störungen, ADHS etc. (Swatt et al. 1990, Post et al. 1994, Cichetti and Toth 1995).⁴¹

Diese vielfältigen Folgeerscheinungen können das weitere Leben der Kinder nachhaltig negativ beeinflussen. Lernfähigkeit, Verhalten, Gefühlswelt, Körperempfinden, die Beziehung zu anderen Menschen und die psychische Gesundheit sind Bereiche, die unter dem Einfluss traumatischer Ereignisse stehen können. Viele andere Symptome werden in Bezug auf traumatisierte Kinder beschrieben: Bereits erworbene Fähigkeiten können (vorerst wieder) verloren gehen, so zum Beispiel Sprachkompetenz, Sauberkeitsverhalten, Essverhalten, soziale Kompetenzen und Selbstständigkeit. Übererregung kann sich zeigen anhand von Schlaf-, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen. Weiter können Affektstörungen in Form von Wut- und Aggressionsausbrüchen gegenüber Menschen und Dingen auftreten sowie Gefühlsschwankungen, eine hohe Schreckhaftigkeit und Wachsamkeit auftreten. Hinter der Diagnose Hyperaktivität kann sich ein traumatisiertes Kind verbergen. Aber auch somatische Störungen wie unklare Schmerzen und Infektanfälligkeit werden beobachtet.^{42,43}

⁴¹ Hüther G. Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. In: FORUM: Internetzeitschrift des Landesverbandes für Kinder in Adoptiv- und Pflegefamilien S-H e. V. (KiAP) und der Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie (AGSP); 2002; im Internet: <http://www.agsp.de/html/a34.html>; Stand 1.11.2018

⁴² Vgl. Korritko A. Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Störungen systemisch behandeln. Heidelberg: Carl-Auer; 2016: S. 36 f.

⁴³ Vgl. Krüger A. Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Düsseldorf: Patmos; 2007: S. 40 f.

3.8 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung

Aufgabe 5:

Beschreiben Sie mit eigenen Worten, was im Gehirn bei einer traumatischen Situation passiert:



Aufgabe 6:

Was verstehen Sie unter der ‚Trauma-Zange‘?

Aufgabe 7:

Beschreiben Sie mögliche Trauma-Auswirkungen auf die Entwicklung von Kindern:

4 Bindung und Trauma

Auch wenn bereits deutlich wurde, dass die Themen Bindung und Trauma in einem Zusammenhang stehen, so möchte ich doch noch etwas näher darauf eingehen. Sie haben in Ihrem Berufsalltag nicht nur mit traumatisierten Kindern zu tun, die die Sicherheit einer Bindungsperson suchen. Oft genug haben Sie es mit Elternteilen zu tun, die bestrebt sind, ihren Kindern das zu geben, was sie selbst entbehren mussten: die Anwesenheit einer feinfühligem, verständnisvollen und Sicherheit verheißenden Erwachsenen. Auch diese Elternteile suchen zum Teil ein Leben lang nach dem, was in der eigenen Kindheit gefehlt hat. Bindung dient evolutionsbiologisch der Arterhaltung – wer den Kontakt zu einer Bindungsperson herstellen konnte, hatte in grauer Vorzeit bessere Überlebenschancen. Auch wenn wir der Kindheit längst entwachsen sind, verhalten wir uns ähnlich, auch wir suchen in Gefahrensituationen instinktiv die Nähe zu anderen, bei denen wir uns Schutz und Sicherheit erhoffen.⁴⁴ Mit der Studie „Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer fremden Situation“ legten Ainsworth und Wittig den Grundstein für die Benennung von vier verschiedenen Bindungsstilen, die bis heute verwendet werden: sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent und desorganisiert.⁴⁵ Vielfach wurde beschrieben, dass der Bindungsstil der primären Bindungspersonen ‚übernommen‘ wird. Sicher gebundene Mütter oder Väter haben oftmals sicher gebundene Kinder. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind den unsicheren Bindungsstil eines Elternteils übernimmt, ist allerdings leider ebenfalls erhöht.⁴⁶ Elternteile, die selbst traumatische Erfahrungen machen mussten, die nicht verarbeitet werden konnten, sind in der Kontaktaufnahme zu ihrem Kind unter Umständen eingeschränkt – trotz des Wunsches, dem Baby und Kleinkind eine stabile Umgebung zu bieten. Das Erziehungsverhalten kann davon beeinträchtigt sein, indem sich die Bezugsperson ängstigend, unsicher oder nicht vorhersagbar verhält.⁴⁷ Bindung zum Kind beginnt bereits in der Schwangerschaft, wenn der Gedanke aufkommt, schwanger zu sein. Zu diesem frühen Zeitpunkt fangen Mütter

⁴⁴ Vgl. Brisch KH. Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 2004; 1: 29–44

⁴⁵ Vgl. Ainsworth MDS, Wittig B. Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation. In: Grossmann K E, Grossmann K, Hrsg. Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2003: 112–144

⁴⁶ Vgl. Brisch KH. Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 2004; 1: 29–44

⁴⁷ Vgl. Glaesmer H, Reichmann-Radulescu A, Brähler E et al. Transgenerationale Übertragung traumatischer Erfahrungen. Wissensstand und theoretischer Rahmen und deren Bedeutung für die Erforschung transgenerationaler Folgen des Zweiten Weltkrieges in Deutschland. Trauma & Gewalt, 2011; 4: 330–342

und Väter an, sich Gedanken um die Zukunft des Kindes zu machen. Was wird es werden? Junge oder Mädchen? Innere Bilder entstehen, die das Zusammenleben und die Entwicklung des Ungeborenen imaginieren. Traumatisierte Eltern stellen meiner Erfahrung nach sehr hohe Erwartungen an sich selbst. Sie wollen alles besser machen, ihr Kind soll es guthaben.

„Es soll ALLES bekommen, was es braucht, ganz anders als ich! NIEMALS werde ich es anschreien oder schlagen, IMMER werde ich da sein!“ Das sind Äußerungen, die ich in diesem Zusammenhang höre. Leider fehlt in den meisten Fällen ein realistisches und geeignetes Vorbild, sodass die Enttäuschung groß ist, wenn die eigenen Vorsätze nicht eingehalten werden können. Können sich die Eltern aber als kompetente und fürsorgliche Erwachsene erleben, die angemessen feinfühlig auf die Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen können, so erleben sie – und die Kinder – Wachstum und positive Verstärkung. Dieser Prozess der Selbstwirksamkeitsförderung kann und sollte von Ihnen als Fachkraft unterstützt und begleitet werden.

4.1 Trauma im Kontakt

Jeder Mensch pflegt eine Beziehung zu sich selbst. Wir nehmen wahr, dass wir existieren, handeln und denken und reflektieren dieses. Wir entdecken unsere Gefühle, lernen, diese auszudrücken und unserer Umwelt mitzuteilen. Im Laufe der kindlichen Entwicklung stellen wir fest, dass wir eigenständige Wesen sind, die unabhängig von unseren primären Bezugspersonen existieren. Wir lernen uns schätzen oder wir lernen Eigenschaften an uns kennen, die wir nicht mögen und ändern möchten. Infolge eines Traumas verändert sich diese Beziehung des traumatisierten Menschen zu sich selbst. Bei sehr jungen Kindern erfolgt der Aufbau des Selbstbildes mit Störungen. Vermutlich hat das Selbstvertrauen Schaden erlitten. Die Überzeugung, auch mit schwierigen Situationen umgehen zu können, hat sich als falsch erwiesen. Die Grundannahme, dass die Welt und das Zuhause ein sicherer Ort sind, wurde enttäuscht. Wie soll dann in Zukunft den eigenen Wahrnehmungen getraut werden? Manchmal ‚spürt‘ man sich selbst infolge des Traumas nicht mehr oder braucht besonders starke Reize, um es doch zu tun. Ein Kind begibt sich scheinbar bewusst immer wieder in gefährliche Situationen, obwohl es altersentsprechend längst schon um die Gefahr wissen müsste. Selbstverletzendes Verhalten wie Haarausreißen, Kopf gegen die Wand oder auf den Boden schlagen oder Nägelkauen kann in diesem Licht gesehen werden. Sie werden in Ihrem Berufsalltag Kindern begegnet sein, die ein

verändertes Ess- oder Trinkverhalten zeigen, die gleichsam kein Gefühl dafür zu haben scheinen, ob sie satt oder hungrig sind. Sie ‚vergessen‘ zu essen oder hören gar nicht auf damit, sind zum Beispiel schon früh extrem übergewichtig. Traumafolgen können sich ebenso in der emotionalen Entwicklung manifestieren. In der verletzenden Situation hat das Kind Gefühle abgespalten. Nachfolgend hat es vielleicht Schwierigkeiten, sich bewusst zu werden, was es fühlt, dies einzuordnen oder zu benennen.

Trauma verändert darüber hinaus den Beziehungsaufbau im sozialen Umfeld. Der Mensch ist ein soziales Wesen, das in Gesellschaft mit anderen lebt. Gerade Kinder sind auf andere Menschen angewiesen. Aus diesem Grund muss kurz reflektiert werden, welche Beziehungen in diesem Kontext von Trauma für Sie relevant sind und wie diese infolge einer massiven psychischen Verletzung verändert sein können:

Traumatisierte Person:	Beziehung zu:
<i>Traumatisiertes Kind</i>	→ Eltern
	→ Geschwistern
	→ pädagogischer Fachkraft (Erzieher*innen, Lehrer*innen etc.)
	→ Peers (andere Kinder in der professionellen Betreuung oder Schule)
	→ weiteren Personen, die mit dem Kind in Kontakt sind, zum Beispiel Pflegeeltern, Pflegegeschwister, Kinderärzt*innen, Sozialpädagog*innen
<i>Traumatisiertes Elternteil</i>	→ Kind(er)
	→ pädagogische Fachkraft
	→ weiteren Fachkräften (Ärzt*innen, Sozialpädagog*innen, Mitarbeiter*innen von Behörden etc.)
	→ Peers (weitere Kinder in der professionellen Betreuung, andere Eltern)
<i>Traumatisierte Fachkraft</i>	→ Kinder, die pädagogisch betreut werden

	→ deren Eltern
	→ Teamkolleg*innen, Vorgesetzten

Diese kurze, nicht vollständige Darstellung macht eindrücklich deutlich, welche hohe Relevanz das Thema Trauma für Ihren Berufsalltag haben sollte.

4.2 Das traumatisierte Kind im Kontakt mit Erwachsenen

An dieser Stelle möchte ich auf Besonderheiten eingehen, die sich durch die schwerwiegenden psychischen Verletzungen im Beziehungsaufbau zeigen können. Vieles ist quasi selbsterklärend, wenn man sich die Gefühle vergegenwärtigt, die eine traumatisierte Person in der auslösenden Situation empfunden hat. Ich beziehe mich bei den folgenden Ausführungen insbesondere auf den Aspekt des traumatisierten Kindes. Es würde den Rahmen dieses Studienbriefes sprengen, in allen Einzelheiten auf die Traumata der Eltern einzugehen. Dazu gibt es geeignete weiterführende Literatur für interessierte Leser*innen. Wird ein Kind von seinen primären Bezugspersonen misshandelt, vernachlässigt oder werden seine Bedürfnisse nach Sicherheit nicht angemessen beantwortet, so wird sein Ur-Vertrauen enttäuscht. Wie soll es denn da anderen Menschen, die sich ihm nähern, vertrauen? Misstrauen oder die Vermeidung von Beziehung kann die Folge sein. Eine traumatische Situation ist geprägt von Bedrohung und Angst. Gerät das Kind oder der Erwachsene später in eine Situation, die sich ähnlich anfühlt, so wird es vermutlich reagieren, als wenn es um Leben und Tod geht – mit Kampf oder Flucht. Im Kontakt mit Ihnen kann es sich entsprechend aggressiv und laut zeigen oder aber es flieht aus Ihrer Nähe und sucht vielleicht Schutz im Sinne eines Rückzugsorts innerhalb der Einrichtung und versteckt sich. Eventuell flieht es in seinem Stress auch aus der Einrichtung und läuft weg. Ein anderes Kind kann sich morgens vielleicht nur sehr schwer von seiner Mutter oder seinem Vater trennen, weint haltlos und klammert sich an die vertrauten Menschen. Die Eingewöhnung in die Kindertagesstätte droht zu scheitern. Dieselbe Szene wiederholt sich am Nachmittag mit umgekehrten Vorzeichen. Jetzt kann sich das Kind nicht von den Erzieher*innen trennen und will scheinbar nicht nach Hause. Für das Kind bedeutet der Übergang eventuell eine Bedrohung, mit der es nicht gut umgehen kann. Es gerät in hohen Stress und kämpft quasi um seine Sicherheit. Dieses Verhalten ist auch bei Kindern zu beobachten, die aus einem wenig Sicherheit bietenden Zuhause kommen, bei dem Sie

annehmen, dass es die Ruhe und Zuwendung in der Kita genießt. Das jeweils Neue und Unvertraute stellt die Bedrohung dar. Wie Sie bereits gelernt haben, stellen sich, falls Kampf oder Flucht nicht möglich sind, Gefühle der Ohnmacht und der Hilflosigkeit ein. Dies können Sie in der eben beschriebenen Trennungssituation gut beobachten. Vielleicht stellen Sie fest, dass das eben noch heftig protestierende Kind plötzlich ganz still wird und sich fast teilnahmslos in die Gruppe bringen lässt und sich erst einmal in eine Ecke zurückzieht oder fast steif im Buggy sitzt. Es wirkt bei genauerer Betrachtung wie erstarrt – freeze. Für das Kind und auch für Sie als Fachkraft ein Moment des Hochstresses.

Was können Sie nach einem Trauma noch beobachten?

- Ein Kind geht dem Kontakt mit einem Elternteil aus dem Weg oder verhält sich aggressiv ihm gegenüber. Obwohl der/die Erwachsene die Traumatisierung nicht verursacht hat, wird es vom Kind miteinander in Verbindung gebracht: Du hast mich nicht geschützt!
- Der Kontakt mit einem Erwachsenen kann das Kind triggern. So kann zum Beispiel große Nähe, in den Arm nehmen etc. an eine zurückliegende Situation von (sexualisierter) Gewalt erinnern und Flucht- oder Kampfsymptome auslösen. Auch hier kann das Kind, um sich zu schützen, den Kontakt mit den Erwachsenen meiden.
- Die schmerzvollen Erfahrungen des Kindes triggern Sie als Erwachsene oder Mutter/Vater an. Seine Erfahrungen erinnern Sie möglicherweise an eigene Erlebnisse aus Ihrer Kindheit, die mit Gewalt, Vernachlässigung, Unfall, Krieg o. Ä. zu tun hatten.
- Traumata treffen nie nur eine Person allein. Sie haben Auswirkungen auf das System, in dem die/der Betroffene lebt. Ein schwerer Unfall, den das Kind erleidet, betrifft ebenso die Geschwisterkinder, die sich sorgen oder die für eine kürzere oder längere Zeit hinter das betroffene Kind zurücktreten müssen. Es kann passieren, dass in der Familie heftige Konflikte auftreten. Alexander Korittko geht in seinem Artikel „Das erstarrte Mobile. Wenn eine Familie ein Trauma von außen trifft“⁴⁸ ausführlich auf die Auswirkungen von Traumata auf das Familiensystem ein. Ähnliches gilt auch für das System Kindertagesstätte,

⁴⁸ Korittko A. Das erstarrte Mobile. Wenn eine Familie ein Trauma von außen trifft (2012). Im Internet: <http://www.alexanderkorittko.de/downloads>; Stand 4.11.2018

auch hier können infolge des Traumas systemische Auswirkungen beobachtet werden.

- Die Eltern sind vom dem, was dem Kind widerfahren ist, nicht unbeeindruckt, im Gegenteil. Auch sie zeigen möglicherweise Symptome, wie Schlaf-, Konzentrations-, Appetitstörungen. Gleiches kann auch bei den Fachkräften beobachtet werden, wenn die Traumatisierung in ihrer Obhut entstanden ist. Die Belastung innerhalb der Familie wächst an, da das verletzte Kind eine hohe Aufmerksamkeit erfordert. Dies kann schlussendlich auch zu einer finanziellen Belastung führen, wenn ein Elternteil beruflich kürzertritt, umso mehr Zeit zu haben.
- Erwachsene werden nach einem schweren Unfall eines Kindes möglicherweise versuchen, dieses vor weiteren gefährlichen Situationen zu schützen oder ihm besondere Aufmerksamkeit zukommen zu lassen. Unter Umständen wird ein Kind so an wichtigen Lernerfahrungen gehindert und aus der Gruppe seiner Peers herausgelöst. Diese ‚Sonderstellung‘ kann zu Schwierigkeiten in der Entwicklung und in der Gruppe seiner Freund*innen führen.
- Konzentrations-, Appetit- und Schlafstörungen sind zu beobachten und können zu Schwierigkeiten in Kindertagesstätte oder Schule führen.
- Möglicherweise kommt es zu Streitigkeiten und Konflikten zwischen den Elternteilen/Fachkräften. Kleinigkeiten können ‚hochkochen‘. Ähnlich wie bei einem Schnellkochtopf zeigt sich hier der hohe Druck, unter dem die Erwachsenen stehen. Ein Streit wirkt wie ein Überdruckventil.
- Unter Umständen kommt es zu Schuldzuweisungen und heftigen Vorwürfen. Erschwert werden kann dies noch dazu, wenn es um juristische Verantwortlichkeit geht.
- Das eigene Heim ist ein behütetes Nest. Nach einem Trauma im eigenen Zuhause wird dieses nicht mehr schützend, sondern gefährdend erlebt. Die an sich sichere Umgebung kann so zum Trigger werden. Ähnliches kann auch in Bezug auf die Räume der Kindertagesbetreuung beobachtet werden.⁴⁹

4.3 Im Kontakt mit anderen Kindern

Im Miteinander mit anderen Kindern sind in der Folge von Traumatisierung ebenfalls Veränderungen zu beobachten. Da Sie in Ihrer beruflichen Tätigkeit durchaus auch mit

⁴⁹ Vgl. Krüger A. Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Ostfildern: Patmos; 2007

Geschwistern arbeiten, möchte ich an dieser Stelle auch einige mögliche Auswirkungen benennen, die das Miteinander von Geschwistern betreffen.

- Schuldgefühle bei nicht betroffenen Kindern sind möglich, einerseits, da sie das Unglück nicht verhindern konnten, andererseits, weil das andere Kind und nicht sie selbst betroffen sind. Dies kann zu somatischen, psychosomatischen oder psychischen Symptomen führen.
- Eventuell trauen sich die nicht betroffenen Kinder nicht mehr, ihre eigenen Bedürfnisse zu zeigen – sie stehen zurück hinter dem traumatisierten Kind.
- Beschützerinstinkte können kleineren Geschwisterkindern gegenüber sehr deutlich werden. Ebenso kann es verwirren, wenn der ‚große‘ Bruder, die ‚große‘ Schwester plötzlich sehr verletzlich erscheinen.
- Das verletzte Geschwisterkind erhält viel Aufmerksamkeit, dies kann Konkurrenz hervorrufen. Auch negative Aufmerksamkeit ist eine Zuwendung. Unter Umständen versucht ein Geschwisterkind, welches sich nicht mehr gesehen fühlt, durch unerwünschte Verhaltensweisen zumindest etwas mehr Zeit von den Eltern zu bekommen.⁵⁰

Innerhalb seiner Peergruppe kann die Traumatisierung selbstverständlich ebenfalls Auswirkungen haben. Verhaltensweisen, die bei Geschwisterkindern beobachtet werden können, zeigen sich auch bei den Spielkamerad*innen und Freund*innen. Das traumatisierte Kind kann sich aus Freundschaften und Aktivitäten zurückziehen. Alte Freundschaften werden aufgekündigt, neue begründet, manchmal auch mit Kindern, die Sie für einen nicht förderlichen Umgang halten.⁵¹

Diese Liste ist sicher nicht vollständig, sondern soll Sie sensibilisieren für die vielfältigen möglichen Auswirkungen auf das Miteinander von Menschen im Kontext von Traumatisierung.

⁵⁰ Vgl. ebd.

⁵¹ Vgl. ebd.

4.4 Kontrollaufgaben zur Selbstkontrolle

Aufgabe 8:

Welche Auswirkungen von Trauma können Sie bei Kindern wahrnehmen, die sich auf es selbst beziehen?



Aufgabe 9:

Welche infolge eines Traumas veränderten Verhaltensweisen können Sie beim Kind im Kontakt mit Ihnen als Fachkraft, den Eltern oder im Umgang mit anderen Kindern wahrnehmen?

5 Transgenerationale Aspekte – oder wird ein Trauma vererbt?

Sie arbeiten in Ihrem beruflichen Umfeld in der Regel mit mehreren Generationen: mit Kindern und ihren Eltern/Sorgeberechtigten. Wie bereits erwähnt, betreffen traumatische Erfahrungen und Traumafolgen in der Regel nicht nur die Unfall- oder Gewaltüberlebenden, sondern wirken sich auch auf das Miteinander im sozialen und familialen Umfeld aus. Es kann beobachtet werden, dass die Kinder von traumatisierten Personen, obwohl sie selbst niemals ein verletzendes Erlebnis hatten, Auswirkungen zeigen, die mit Trauma in Verbindung gebracht werden können. Wie kann das passieren? Wie wird und wird überhaupt ein Trauma ‚vererbt‘? Fischer und Riedesser sprechen in diesem Kontext von „transgenerationalen Effekten oder transgenerationalen Traumatisierungen“⁵². Dieses Phänomen wurde im Zusammenhang mit Holocaust-Überlebenden und ihren Nachkommen erforscht. Die Überlebenden waren grausamen Situationen ausgesetzt, über die später oftmals nicht gesprochen werden konnte, wollte oder durfte. Vielleicht fehlten auch schlicht die Worte, um das Grauen zu beschreiben. Die Kinder wurden in dieses Schweigen der Eltern hineingeboren, dennoch waren sie mit den Gefühlen ihrer Eltern, die damit zusammenhingen, konfrontiert. Bewusst oder unbewusst übernahmen sie zum Teil die Rollen, die die ermordeten Verstorbenen in der Familie innehatten. Das konnte sich vielleicht an der Berufswahl oder an der Namensgebung für die Kinder zeigen. Damit wird die Bürde der Eltern auf die nächste Generation übertragen. Es gibt vier Konstellationen, wie ein Trauma transgenerational weitergegeben werden kann:

- Nicht verarbeitete Gefühle werden ohne Absicht auf die Kinder übertragen.
- Die Erlebnisse haben die Eltern so sehr belastet und verändert, dass sie emotional für die Kinder nicht erreichbar sind. Deren Sehnsucht nach Nähe und Zuwendung wird nicht erfüllt werden. Eventuell kann es zu einer Umkehrung kommen: Die Kinder versuchen, den Eltern die emotionale Nähe zu geben, die diese vermissen – an diesem Punkt übernehmen sie die Elternrolle.
- In ihrem Innenleben spüren die Nachkommen das Trauma nach und erleben so die Folgen der Traumatisierung.
- Eine sehr enge, fast klammernde Beziehung erlaubt den Kindern nur schwer die Entwicklung eines Selbstbildes. Die Kinder können nur schwer ein eigenes Selbst

⁵² Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. München: Reinhardt; 2009: 182

entwickeln, da die Beziehung zwischen den Eltern und ihnen sehr eng ist.⁵³

Diese anhand der Holocaust-Forschung entwickelte Auflistung lässt sich auf andere Situationen übertragen: Die Kinder von Tätern leiden unter Umständen auf ähnliche Weise, ebenso wie die nachfolgenden Generationen von den anderen Opfern des Zweiten Weltkrieges (Vertreibung, Flucht, Bombennächte etc.). Heute werden in den Kindertagesstätten, Schulen und Einrichtungen der Jugendhilfe Kinder und Kinder der zweiten Generation betreut, die aus aktuellen Kriegs- und Krisengebieten kommen, aus Syrien, Bosnien, Ruanda, Kongo und vielen weiteren.

Neben diesem psychosozialen Weg der Weitergabe von traumatischem Material wurde noch ein biologischer Weg identifiziert: die Epigenetik. „Der Begriff Epigenetik umschreibt Mechanismen und Konsequenzen vererbbarer Chromosomen-Modifikationen, die nicht auf Veränderungen der DNA-Sequenz beruhen.“⁵⁴ Die Vorsilbe „Epi“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „dazu“ – zusätzlich zur Genetik. Die Epigenetik stellt die Verbindung zwischen Umwelteinflüssen und Vererbung dar und erklärt uns, wieso Informationen, die nicht im Genom verankert sind, dennoch an die nächste Generation weitergegeben werden. Biochemische und molekulare Prozesse bestimmen darüber, ob ein bestimmtes Gen aktiviert oder deaktiviert wird. Das Gen selbst wird dabei nicht verändert. Umwelteinflüsse, veränderte Lebensweisen und eben auch Stresserfahrungen können so für eine Veränderung beim Ablesen der Gene sorgen – und ebenfalls vererbt werden. Beispielsweise konnte als Folge von mütterlichem Stress nachgewiesen werden, dass deren Kinder ihrerseits anfälliger für Stress sind. So ist die Ausschüttung von Cortisol in der Nebennierenrinde deutlich erhöht.⁵⁵ Gleiches konnte auch im Tierversuch mit Ratten bewiesen werden. Meany hinderte Rattenmütter nach der Geburt an der fürsorglichen Versorgung der Jungtiere, die dadurch enormen Stress erlebten. Diese Jungen waren erheblich stressanfälliger und versorgten als spätere Muttertiere ihre Jungen weniger angemessen als die Tiere der nicht gestressten Vergleichsgruppe. Diese Effekte konnten bis in die übernächste Generation nachgewiesen werden. Eine Milderung der Auswirkungen konnte aber auch beobachtet werden, falls die Muttertiere sich nach der Trennung rasch wieder um die Jungtiere kümmern

⁵³ Vgl. ebd.

⁵⁴ Walter J. Epigenetik. Im Internet: <http://epigenetics.uni-saarland.de/de/home/>; Stand: 31.08.2018

⁵⁵ Vgl. Brisch KH. Intergenerationale Bindungen, Trauma und Dissoziation: Ursachen, Therapie und Prävention. In: Huber M, Plassmann R, Hrsg. Transgenerationale Traumatisierung. Tagungsband zur DGTD-Tagung im September 2011 in Bad Mergentheim. Paderborn: Junfermann; 2012: 99–126

konnten.⁵⁶ Hier wird deutlich, warum es von so großer Bedeutung für Sie ist, Fachwissen zum Thema Trauma, seinen Auswirkungen und vor allem Ihre Handlungsmöglichkeiten im Rahmen Ihrer Profession zu erwerben: Sie können dazu beitragen, den Teufelskreis der Weitergabe an die nächste Generation zu mildern. Jede positive Erfahrung, die Kinder machen, jeder fürsorgliche und achtsame Erwachsene ist hilfreich.

In den folgenden Kapiteln werden Sie erfahren, welche Unterstützungsmöglichkeiten Ihnen zur Verfügung stehen, um förderlich zu wirken.

⁵⁶ Vgl. Meaney MJ, Mitchell JB, Aitken DH et al. The effects of neonatal handling on the development of the adrenocortical response to stress: implications for neuropathology and cognitive deficits in later life. *Psychoneuroendocrinology* 1991; 16: 85–103

5.1 Kontrollaufgaben zur Selbstkontrolle

Aufgabe 10:

Warum ist das Thema transgenerationale Traumatisierung für Sie von Bedeutung?



Aufgabe 11:

Auf welchen Wegen kann ein Trauma von der einen auf die nächste Generation ‚vererbt‘ werden?

6 Was heißt Traumapädagogik?

Die Entwicklung der relativ jungen Fachrichtung Traumapädagogik begann in den 90er-Jahren des letzten Jahrhunderts. Im Rahmen der Enttabuisierung von Gewalt und Trauma wurde der Unterstützungsbedarf traumatisierter Kinder und Jugendlicher immer deutlicher. Betroffene Kinder wurden infolge von zunehmender Sensibilisierung der Fachkräfte sichtbarer. Der Beginn der traumapädagogischen Arbeit liegt in der teilstationären und stationären Jugendhilfe. Mittlerweile haben traumapädagogische Konzepte in weitere Handlungsfelder Einzug gehalten: Kindertageseinrichtungen, Schulen, die Arbeit im familiären Setting, Migrationsarbeit, Pflegekinderdienste, Behindertenhilfe, Psychiatrie und andere⁵⁷. Traumapädagogik ist nicht zu verwechseln mit Traumatherapie, sie ist eher eine notwendige Ergänzung. „Traumasensible Pädagogik ist notwendig, weil traumatisierte Mädchen und Jungen Überlebensstrategien entwickelt haben, die ihnen das Leben, den Zugang zu Gleichaltrigen und Erwachsenen und vor allem den Zugang zu sozialer Teilhabe erschweren. Sie ist möglich, weil schon alleine die Kenntnis dieser Strategien den psychosozialen Fachkräften und Pädagog/innen in allen Erziehungs- und Bildungseinrichtungen die unterstützende Begleitung der Mädchen und Jungen bei ihrer Traumabearbeitung erleichtern kann.“⁵⁸ Es geht folglich nicht um die Bearbeitung und Bewältigung des Traumas selbst, sondern um die traumasensible Unterstützung im pädagogischen Alltag der Kinder unter Einbeziehung der Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie, Sozialen Arbeit, Bindungstheorie, Resilienzforschung, Gesundheitslehre und therapeutischen Wissenschaften.⁵⁹ Schmidt et al. definieren wie folgt: „Wir verstehen „Traumapädagogik“ somit als die konsequente Anwendung des aktuellen Wissensstandes über die Folgen und Symptome von Traumatisierungen zur Gestaltung des sozialpädagogischen Alltags, zur Sicherstellung eines stabilisierenden, ‚sicheren‘ Milieus auf der Wohngruppe und bei Besuchskontakten sowie zur gezielten, individuellen heilpädagogischen und erlebnispädagogischen Förderung in den prototypischen Problembereichen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen.“⁶⁰ Trauma ist die Erfahrung von Ohnmacht und Hilflosigkeit, entsprechend will

⁵⁷ Vgl. Weiß W, Kessler T, Gahleitner S B (Hrsg.) Handbuch Traumpädagogik. Weinheim: Beltz; 2016

⁵⁸ Weiß W. Traumapädagogik: Entstehung, Inspiration, Konzepte. In: Weiß W, Kessler T, Gahleitner S B (Hrsg.) Handbuch Traumpädagogik. Weinheim: Beltz; 2016; 20–32: 20

⁵⁹ Vgl. ebd., S. 22

⁶⁰ Schmid M, Wiesinger D, Lang B, Jaszkowicz K, Fegert J M. Brauchen wir eine Traumapädagogik? – Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. KONTEXT: Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie 2007: 330–357

Traumapädagogik positive Gegenerfahrungen ermöglichen, sie will „Selbstbemächtigung“⁶¹ ermöglichen. Dazu gehören die Wahrnehmungsentwicklung für den eigenen Körper und eigene Bedürfnisse, Sinnfindung, Unterstützung bei der Integration des Geschehenen in die eigene Biografie bei gleichzeitigem Aufbau einer respektvollen Haltung den eigenen Einschränkungen gegenüber, bei der Regulation der eigenen Erregungszustände und bei dem Aufbau vertrauensvoller und tragfähiger Beziehungen. Letztendlich geht es darum, betroffenen Kindern und Jugendlichen soziale Teilhabe zu ermöglichen.⁶²

⁶¹ Weiß W. Traumapädagogik: Entstehung, Inspiration, Konzepte. In: Weiß W, Kessler T, Gahleitner S B (Hrsg.) Handbuch Traumpädagogik. Weinheim: Beltz; 2016; 20–32: 20

⁶² Vgl. ebd., S. 20 f.

6.1 Kontrollaufgabe zur Selbstkontrolle

Aufgabe 12:

In welchen Arbeitsfeldern können traumapädagogische Konzepte zur Anwendung kommen?



Aufgabe 13:

Wie können Sie Traumapädagogik definieren?

7 Grundsätze in der Arbeit im Kontext von Trauma

Die Arbeit mit hochbelasteten Menschen gleich welchen Alters erfordert Fachwissen, ein hohes Maß an Empathie und vor allem eine entsprechende Haltung den Betroffenen und ihren Symptomen gegenüber. Erst wenn dies zusammenkommt, machen Methoden und ‚Werkzeuge‘ Sinn. Aus diesem Grund möchte ich zunächst auf einige wichtige Grundsätze in der Arbeit mit traumatisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen eingehen.

7.1 Traumasensible Haltung

Wie begegnen Sie Menschen? Welche Grundannahmen über die Art und Weise, wie Menschen leben, bringen Sie mit? Die Antworten auf diese Fragen sind erheblich für den Erfolg Ihrer Arbeit. Es geht um die Haltung, mit der Sie Menschen gegenüber treten, die Sie ein Stück ihres Lebensweges begleiten. Der Duden definiert „Haltung“ unter anderem als „innere [Grund]einstellung, die jemandes Denken und Handeln prägt“ oder als „Verhalten, Auftreten, das durch eine bestimmte innere Einstellung, Verfassung hervorgerufen wird“⁶³. Das heißt, mein Bild vom Menschen prägt mein Handeln, Denken und meine Kommunikation. Haltung ist nichts, das man wie Dienstkleidung anlegt, wenn man zur Arbeit geht. Wir sind von ihr in allen Lebensbereichen durchdrungen. Sowohl privat als auch beruflich ist die Grundüberzeugung die gleiche. Ein Beispiel hierzu: Meine Überzeugung ist es, dass Eltern ihren Kindern gute Eltern sein wollen. Niemandem ist es egal, was mit dem Baby oder Kleinkind passiert. Jede und jeder wünscht sich für seinen Nachwuchs die besten Bedingungen. Allerdings fehlen den Erwachsenen auf Grund eigener früherer Erlebnisse manchmal die Kenntnisse, Fähigkeiten und Möglichkeiten, dies langfristig umzusetzen. Wenn ich den Eltern begegnen würde mit dem Gedanken „ihr seid schlechte Eltern, ihr verdient es nicht, ein Kind zu haben, es sollte woanders leben“, so wäre meine Handlungsweise davon geprägt. Meine Haltung vertraut auf Ressourcen, im anderen Fall würde ich den Fokus auf die Defizite legen. Grundlage der Arbeit im Kontext von Trauma ist die Annahme, dass Traumafolgen kein Ausdruck von defizitären Verhaltensweisen oder Krankheit sind. Im Gegenteil, Traumafolgen sind höchst

⁶³ Bibliographisches Institut. Stichwort Haltung. Im Internet: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Haltung>; Stand 01.09.2018

kompetente Reaktionen des Organismus und der Psyche eines Menschen auf höchst unnormale Ereignisse.

Authentizität ist ein weiterer Aspekt einer traumasensiblen Grundhaltung, sie ist ein Persönlichkeitsmerkmal. Authentisch sein bedeutet ‚echt‘ zu sein, entsprechend seiner inneren Haltung und seinem Denken zu handeln. Wer authentisch ist, wird als verlässlich und glaubwürdig wahrgenommen. Im Arbeitsalltag treffe ich manchmal Fachkräfte, die denken, dass ihre Klient*innen die innerlich ablehnende Haltung nicht spüren. Dies ist ein Irrglaube. Wir alle haben einen Sinn dafür, was unser Gegenüber von uns denkt. Meines Erachtens gilt das besonders für Kinder. Sie nehmen instinktiv wahr, ob der erwachsene oder kindliche Mensch, der mit ihnen zusammen ist, sie so annimmt, wie sie sind oder nicht. Für Menschen, die an Traumafolgen leiden, wird der Kontakt zu Personen, die nicht authentisch sind, nicht förderlich sein. Wie soll Vertrauen aufgebaut werden, wenn man nicht weiß, wer einem gegenübersteht?

Ein weiteres Merkmal einer traumasensiblen Haltung Mitmenschen gegenüber ist die *Wertschätzung*. Auch dies ist ein häufig gebrauchter Begriff, wenn es um Arbeit mit Menschen geht. Carl Rogers versteht darunter die bedingungslose, nicht wertende Annahme unserer Mitmenschen.⁶⁴ Diese respektvolle und wohlwollende Haltung ist die Grundbedingung für eine förderliche Zusammenarbeit, da sie das Selbstwertgefühl unseres Gegenübers steigert und so erst eine Basis für Veränderung schafft. Wir nehmen unsere Klient*innen demzufolge so an, wie sie sind, als eigenständige und einzigartige Individuen. Wertschätzung bezieht sich einerseits auf die Person, die uns begegnet, andererseits auch auf die Symptome und Verhaltensweisen, die jemand zeigt. Jedes Verhalten macht in seinem Kontext Sinn. Niemand wählt den Weg, von dem er annimmt, dass er sicher nicht zum Ziel führt. In der Traumaaarbeit sprechen wir vom ‚Guten Grund‘, der im Damals zu suchen ist und das Handeln im Heute beeinflusst.⁶⁵ Eine Person und ihre Verhaltensweisen wertzuschätzen bedeutet allerdings nicht, jedes Handeln gutzuheißen. Nicht akzeptiertes oder schädigendes Verhalten wie beispielsweise die Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern werden klar benannt. Wertschätzung heißt in diesem Fall, Zusammenhänge zu verstehen, zu würdigen, was jemanden bewegt, so zu handeln, wie er oder sie es tun.⁶⁶ Ein Klima der Veränderung kann nur dann entstehen, wenn der Elternteil oder das Kind grundsätzlich das Gefühl hat, verstanden und angenommen zu sein. Es macht einen

⁶⁴ Vgl. Rogers CR. Der neue Mensch. Stuttgart: Klett-Cotta; 1981

⁶⁵ Vgl. Weiß W. Traumapädagogik: Entstehung, Inspiration, Konzepte. In: Weiß W, Kessler T, Gahleitner S B (Hrsg.) Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltz; 2016; 20–32

⁶⁶ Vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik. Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik; 2011

Unterschied, ob Sie zu einem Elternteil sagen „Sie sind eine schlechte Mutter / ein schlechter Vater!“ oder „das, was Sie gerade machen, ist schlecht, aber ich möchte verstehen, wie es dazu kommen konnte“.

Wertschätzung und Authentizität sind die Grundhaltungen, die eine Arbeit mit traumatisierten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen erst möglich und sinnvoll machen. Sie bestimmen unser Miteinander, die Art und Weise, wie wir auf Menschen zugehen und mit welchen Überzeugungen wir ihnen begegnen.

7.2 Schaffung eines traumasensiblen Settings

In einem nächsten Schritt gilt es zu überlegen, wie das Setting, in dem Sie arbeiten, gestaltet sein sollte, sodass es unter traumasensiblen Gesichtspunkten eine förderliche Zusammenarbeit ermöglicht. Unter Setting wird in diesem Zusammenhang die Umgebung mit all ihren Merkmalen verstanden, in denen Intervention stattfindet: die Lernorte Kindertagesstätte und Kindertagespflege, Schule, Orte der stationären oder teilstationären Jugendhilfe. Auch Gruppenarbeit oder die aufsuchende Arbeit in häuslicher Umgebung stellen ein Setting dar. Allen ist gleich, dass die Fachkraft für bestimmte Dinge Sorge tragen wird. Es geht sowohl um die äußere Ausgestaltung des Arbeitsortes als auch um die von der Fachkraft kraft ihres Handelns gestalteten Rahmenbedingungen.

Ein Stichwort lautet *Transparenz*. Auch dies ist eine Gegenerfahrung zum Traumaerleben, welches in der Regel von Willkür, Unberechenbarkeit und Machtmissbrauch geprägt war. Regeln, Strukturen und Abläufe sollen für Kinder ebenso wie für die zugehörigen Erwachsenen bekannt und damit vorhersehbar sein. Es schafft Sicherheit für Kinder im Gruppenalltag, wenn sie zum Beispiel wissen, wann gemeinsam gegessen wird, wann und wie ein gemeinsamer Tag begonnen oder beendet wird und welche Regeln das gemeinsame Spiel oder Lernen begrenzen. Sie werden das vermutlich bereits längst in Ihren Arbeitsalltag integriert haben. Hilfreich ist es für die Kinder, wenn Strukturen und Regeln verschriftlicht (vielleicht mithilfe von Bildern) sind und für alle erreichbar aushängen. Das einzelne Kind kann sich dann jederzeit vergewissern. Auch das Bekanntmachen von Wochenplänen macht den Alltag transparent. In jeder Einrichtung und in jedem Setting existieren Hierarchien. Im Gegensatz zu früheren bedrohlichen Lebenssituationen ist es nun umso wichtiger, dass Klarheit über die Strukturen und Machtverhältnisse bei allen Beteiligten herrscht. Wer ist wann und wofür ansprechbar? Wie wird mit Informationen umgegangen? Und wie

geht es weiter? Die Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG) erläutert den Grundsatz der Transparenz mit den drei Aspekten: „Wir achten alle auf Transparenz in Strukturen und Hierarchien.“, „Du darfst mich immer fragen.“, „Ich erkläre Dir, was, wann, wo und vor allem warum etwas passiert“⁶⁷. Im Rahmen der Elternarbeit kommen noch weitere Facetten dazu, die es zu beachten gilt. Für traumatisierte Menschen stellt der Kontakt mit mehr oder minder fremden Personen eine hohe Stressbelastung dar, die umso größer sein wird, wenn nicht bekannt ist, zu welchem Zweck ein Elterngespräch stattfinden soll, wer anwesend sein wird und wie lange es vermutlich dauern wird. Für unbelastete Personen hört sich das fast banal an, wird aber verständlicher, wenn Sie sich vorstellen, Sie müssten zu einer höchst unangenehmen ärztlichen Behandlung, von der Sie nicht wissen, ob sie 10 Minuten oder aber eine Stunde dauert. Ein möglichst genaues Wissen um den Eingriff ermöglicht es Ihnen, sich entsprechend darauf vorzubereiten. „Ich würde Sie gerne nächsten Mittwochnachmittag treffen, um die Fortschritte Ihres Kindes zu besprechen. Unsere Einrichtungsleitung wird auch dabei sein. In der Regel dauern solche Gespräche 45 Minuten und finden bei uns im Teamraum statt. Haben Sie um 16 Uhr Zeit dafür?“ Eine solche klare Einladung kostet Sie wenig Zeit und Mühe, trägt aber ungemein zur Entlastung der Mutter / des Vaters bei. Für die Elternarbeit ist es ebenso wichtig, dass diese wissen, was Sie als Fachkraft von ihnen erwarten. Machen Sie die Regeln, die in Ihrer Einrichtung gelten, öffentlich und zugänglich – und halten Sie selbst diese ein. Falls dies nicht möglich ist, so erklären Sie den Eltern (und Kindern) die Abweichung. Gehen Sie transparent mit Informationen um, die Ihnen mitgeteilt werden oder die Sie erheben. In Ihrem Berufsalltag wird es vorkommen, dass andere Institutionen von Ihnen Auskünfte erwarten. Sie werden mit Kinderärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Mitarbeiter*innen des Jugendamtes oder der Frühförderstellen kooperieren. Hierbei werden sensible Daten weitergegeben, wozu die Erziehungsberechtigten ihre Einwilligung geben müssen. Hierfür ist besondere Sorgfalt nötig. Besprechen Sie, welche Informationen zu welchem Zweck an wen weitergegeben werden. Selbstverständlich sollten hierfür schriftliche Schweigepflichtsentbindungen sein, die die Eltern unterschreiben.

Partizipation von Kindern und Jugendlichen, aber auch von Eltern, ist eine weitere hilfreiche Grundhaltung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen. In traumatisierenden Lebenssituationen machen Menschen die genau gegenteilige Erfahrung. Sie konnten nicht teilhaben, nichts bewirken, waren ausgeliefert. Wenn sie jetzt partizipieren können, so wird das als positive Gegenerfahrung erinnert. Die BAG

⁶⁷ Ebd., S. 7

hält fest: „Die Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen zählt zu den wichtigen Einflussfaktoren, die zu seelischer Gesundheit führen. Kinder und Jugendliche bilden eine positive Motivation vor allem dann aus, wenn sie Erfahrungen auf folgenden drei Ebenen machen:

- Erleben von Autonomie - Ich kann etwas entscheiden.
- Erleben von Kompetenz - Ich kann etwas bewirken.
- Erleben von Zugehörigkeit - Ich gehöre dazu und werde wertgeschätzt.“⁶⁸

In der praktischen Umsetzung kann dies bedeuten, dass Kindern Spielräume eröffnet werden, in denen sie entscheiden können, was als Nächstes passiert: was gespielt oder gelernt wird. Der Einbezug von Kindern in solche Entscheidungen lässt sie erfahren, dass sie in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen, die von anderen respektiert werden. Ein Beschwerdemanagement ermöglicht ebensolche Erfahrungen. Erfährt das Kind, dass es mit seinem Einwand, mit seiner Kritik ernst genommen, nicht gemäßregelt, sondern ermutigt wird, so bekommt es wertvolle und neue Informationen: Mir wird zugehört, wenn ich etwas sage, und das, was ich sage, ist wichtig, es wird gewürdigt. Und es erfährt: Ich kann etwas verändern. Auf diese Weise wird Selbstwirksamkeit erfahren. Diese Aspekte sind wesentlich für die Ausbildung des Selbstbildes.

Trauma ist verbunden mit Trauer, Angst, Ekel und Wut. Gefühle, die häufig negativ assoziiert sind. *Spaß und Freude* sind konträre und für betroffene Kinder, Jugendliche und Erwachsene manchmal ungewohnte und unbekannte – positive – Emotionen. Die Erfahrung, dass das Leben auch schöne Seiten bietet, dass Lachen, Humor und sogar Glück erlaubt sind und guttun, stärkt Betroffene. Zum Leben gehören bekanntlich beide Seiten, die schwere und die leichte. Mit einer Atmosphäre von Humor und Leichtigkeit wird eine Bandbreite der Emotionen erweitert und kann sich einer Ausgewogenheit annähern. Auch biologische Veränderungen werden durch die Vermittlung von Spaß und Freude in Gang gesetzt. Lachen fördert die Serotoninausschüttung und kann so dem hohen stressbedingten Adrenalinspiegel etwas entgegensetzen.⁶⁹ Diesen Effekt können Sie selbst mit einer einfachen Übung erfahren: Lächeln Sie bitte für drei Minuten und beobachten Sie anschließend, wie sich

⁶⁸ Ebd., S. 6

⁶⁹ Vgl. ebd., S. 7

Ihre Stimmung verändert. Sie werden feststellen, dass sich Ihre Stimmung dem Gesichtsausdruck annähert. Ihr Gehirn bekommt über die Muskulatur das Signal „Ich fühle mich wohl“ und es wird die Hormonausschüttung dem anpassen. Die BAG formuliert:

- „Wenn wir gemeinsam Spaß haben, erleben wir uns als Gemeinschaft.“
- „Ich mach mit Dir auch das, was mir Spaß macht! So steck ich Dich mit meiner Freude an!“
- „Wir lachen auch über uns! Das bringt Spaß und Gelassenheit.“⁷⁰

Ressourcenorientierung: Traumapädagogische Arbeit beinhaltet eine Orientierung weg von den Defiziten, die meist schnell sichtbar sind, hin zu den Fähigkeiten und Stärken, über die jeder Mensch verfügt. Kinder, die Gewalt, Misshandlung, Zurückweisungen und andere Bedrohungen überlebt haben, müssen auf ungeheure Stärke, Mut und Überlebenswillen zurückgreifen können. Zu diesen Stärken den Zugang zu finden und sie den Kindern wieder bewusst und damit verfügbar zu machen, ist Ihre Aufgabe. Lachen, teilhaben, etwas bewirken und mitentscheiden zu können, sind solche Ressourcen, zu denen Sie Zugang finden können. Jede Gegenerfahrung zur erlebten Ohnmacht, jede positive Erfahrung im Kontakt mit anderen Menschen und jeder Moment, in dem ein Kind erfährt, dass es wertvoll ist und ihm zugehört wird, stärken es. Mögen die Bindungen innerhalb der Herkunftsfamilie nicht sicher sein: Wenn es Sie als verlässliche(n) Partner*in erlebt, wird dies eine wichtige Erfahrung sein.

7.3 Äußere und innere Sicherheit herstellen

Junge Menschen sind in besonderem Maße auf Erwachsene angewiesen, die für ihren Schutz und ihre Sicherheit Sorge tragen. Je jünger ein Kind, desto weniger kann es das. In diesem Sinne müssen Mitarbeitende in stationären oder ambulanten Kinder- und Jugendhilfe-Einrichtungen darauf besonders achten. Dies beinhaltet zwei Aspekte:

- Wenn Anhaltspunkte auftauchen, dass das Zuhause der Schutzbefohlenen keine oder ungenügend Sicherheit bietet, müssen die notwendigen Maßnahmen

⁷⁰ Ebd., S. 7

ergriffen werden. Mit den Eltern oder Sorgeberechtigten muss gesprochen werden. Die notwendigen Schritte müssen eingeleitet werden, um den Schutz der Minderjährigen sicherzustellen. Hierfür werden Sie in der Einrichtung, in der Sie tätig sind, die entsprechenden Konzepte und Standards vorfinden. Diese orientieren sich an den rechtlichen Vorgaben des Achten Sozialgesetzbuches und des Bundeskinderschutzgesetzes.

- Kindertagesstätte, Übermittagsbetreuung, Schule, Wohngruppe etc. müssen sichere Orte sein, wo Kinder und Jugendliche nicht nur vor Übergriffen geschützt sind, sondern wo sie in sicherer Atmosphäre wachsen und sich entwickeln können.

Die bereits vorgestellten Haltungsweisen vermitteln den Betreuten ein Gefühl der Sicherheit. Hilfreich sind daneben auch haltgebende Strukturen, die den Alltag berechenbarer machen. Wenn Kinder wissen, was im Tagesverlauf regelmäßig und verlässlich wann passiert, so kann es sich darauf verlassen und lernen, damit umgehen. Gleiches gilt für Regeln, auf deren Einhaltung geachtet wird. Werden Regeln und Strukturen ohne für das Kind ersichtlichen Grund außer Kraft gesetzt, so bedeutet dies unter Umständen Stress und damit Unsicherheit. Der Aufenthalt in einer festen, nicht zu großen Gruppe entspricht ebenfalls dem Schutzbedürfnis der Kinder. Grundsätzlich fördert die Gruppenarbeit das Gefühl der Zugehörigkeit, in diesem Rahmen können förderliche Gegenerfahrungen gemacht werden. Weiß spricht von einer *korrigierenden Gruppenatmosphäre*:

<i>Diese reagiert auf ...</i>	<i>mit...</i>
Geheimhaltungssystem	<ul style="list-style-type: none"> • offener, direkter Kommunikation • Enttabuisierung von elterlicher Gewalt und von sexueller Gewalt
Schuld	<ul style="list-style-type: none"> • Entlastung
Angst	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherheit
Willkür	<ul style="list-style-type: none"> • Transparenz, klare Strukturen
Ohnmacht, Objekt	<ul style="list-style-type: none"> • Mit- und Selbstbestimmung
Verstecken von Gefühlen	<ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz der Gefühle, Möglichkeiten der Abreaktion
Aufbau von Spannung	<ul style="list-style-type: none"> • spannungsmindernden Aktivitäten

Beziehungslosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Beziehungsangebot
Isolation	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenerfahrung
Traumatische Erfahrungen	<ul style="list-style-type: none"> • Schutz vor Wiederbelegung durch Stopps bei posttraumatischen Spielen • Einüben von Entspannungsverfahren
Erstarrung	<ul style="list-style-type: none"> • künstlerischen Ausdrucksmöglichkeiten • selbstbestimmten Körpererfahrungen

71

In dieser Aufzählung finden Sie alle bislang besprochenen Unterstützungsmöglichkeiten stichwortartig zusammengefasst.

Der Aufenthalt in einer Bildungseinrichtung ist für Kinder anstrengend. Neben den Lernerfahrungen in sicherer Atmosphäre benötigt es auch die Möglichkeit zu Rückzug und Abgrenzung. Ein Kind, dem es ‚zu viel‘ wird, das eine Pause benötigt und diesen Wunsch verwirklichen kann, erfährt Selbstwirksamkeit (ich kann für mich sorgen), Partizipation (ich kann mitgestalten) und stärkt die Fähigkeit zur Selbstregulation (ich kann mit meinen Gefühlen umgehen, indem ich für mich Sorge). Wenn diese Rückzugsorte gut gestaltet sind, dienen sie sowohl der äußeren als auch der inneren Sicherheit.

7.4 Kommunikation

„Der Grundvorgang der zwischenmenschlichen Kommunikation ist im Prinzip schnell beschrieben. Da ist ein Sender, der etwas mitteilen möchte. Er verschlüsselt sein Anliegen in erkennbare Zeichen - wir nennen das, was er von sich gibt, ganz allgemein seine Nachricht. Dem Empfänger obliegt es, dieses wahrnehmbare Gebilde zu entschlüsseln. In der Regel stimmen gesendete und empfangene Nachricht leidlich überein, so dass eine Verständigung stattgefunden hat. Dennoch treten häufig Probleme auf, denn Kommunikation ist zugleich eine der komplexesten und wichtigsten Fähigkeiten des Menschen und besteht eben nicht allein in der Weitergabe von sachbezogenen Informationen, vielmehr laufen etwa zwei Drittel des Austausches in einem Gespräch über den visuellen oder akustischen Kanal in Form von Gesten,

⁷¹ Weiß W. Phillip sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 8., durchgesehene Auflage. Weinheim: Beltz Juventa; 2016

Körperhaltung, Mimik, Betonung oder Sprachmelodie.“⁷² Kommunikation ist dann gut gelungen, wenn die Botschaft auf allen Kanälen die gleiche ist. Worte, Körpersprache und Tonfall sind kongruent und senden identische Informationen an den Empfänger. Mithilfe dieser unterschiedlichen Kanäle können wir förderliche oder verletzende Erfahrungen vermitteln. Kinder, die an Traumafolgen leiden, haben zu oft im Zusammensein mit anderen Menschen auch auf kommunikativer Ebene negative Erlebnisse gemacht. Sie haben Botschaften von Wertlosigkeit, Machtmissbrauch, Sprachlosigkeit, Angst und Gewalt empfangen. Im Kontakt mit diesen Kindern ist es für Fachkräfte, die Sicherheit und Geborgenheit herstellen wollen, unerlässlich, auf die eigenen kommunikativen Botschaften zu achten, die gesendet werden. Wie sprechen wir mit Kindern und Jugendlichen? Was können wir tun, um ihnen auch auf dieser Ebene positive Gegenerfahrungen zu ermöglichen?

Augenhöhe herstellen: Die meisten Menschen fühlen sich bedroht, wenn sich jemand vor ihnen aufbaut, der eine starke körperliche Präsenz hat, der größer ist und dies mithilfe der Körpersprache noch unterstreicht. Dies löst Stress aus und beeinflusst die Hirnleistung. Kinder befinden sich aufgrund ihrer geringen Körpergröße sehr häufig in dieser Situation. Wenn wir auf Augenhöhe gehen, in diesem Fall vor dem Kind in die Hocke gehen, reduziert das den Stress und die Botschaft, die mithilfe von Worten gesendet wird, hat eine bessere Chance, gehört zu werden. Augenhöhe bedeutet darüber hinaus, dass wir unser Gegenüber achten und ernst nehmen, indem wir zum Beispiel sorgfältig und aktiv zuhören, (Körper-)Wahrnehmungen und Empfindungen bestätigen. Es kann gut sein, dass Ihnen ein Kind vorsichtig versucht mitzuteilen, dass es ihm zu Hause nicht gut geht. Hier gilt es, aufmerksam zu sein. Wenn das Kind als Reaktion auf erste vorsichtige Signale Ungläubigkeit oder Ablehnung („das kann ich mir nicht vorstellen, dass die Mama / der Papa das tut ...“) spürt, so wird es sich vermutlich nicht so schnell wieder öffnen. Eine passende Reaktion könnte stattdessen lauten: „Ich merke, dir geht es nicht gut. Magst du mir erzählen, was dich beschäftigt?“ Traumatisierten Kindern wurden häufig ihre eigenen Wahrnehmungen abgesprochen und sie haben verlernt, ihren eigenen Empfindungen zu trauen. „Stell dich nicht an, das kann nicht wehtun“ sind Äußerungen, die viele dieser Kinder kennen. Kinder traumasensibel zu unterstützen heißt auch, ihnen (wieder) Zugang zu ihren positiven und negativen Gefühlen und Empfindungen zu ermöglichen. Dies kann durch Fragen wie „Wie war das für dich, als xy so mit dir gesprochen hat?“, „Wo im Körper hast du

⁷² Stangl W. Stichwort: Kommunikation Überblick. Im Internet: <http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/KOMMUNIKATION/default.shtml>; Stand 16.09.2018

das gefühlt?“, „Wie hat sich das angefühlt?“ gelingen oder auch durch Aussagen wie „Ich kann mir vorstellen, dass du dich da geängstigt/gefreut hast!“, „Ich denke, dass hat dir vielleicht weh getan?“, „Das finde ich aber mutig von dir!“. Dies sind Angebote an das Kind, in keinem Fall sollten sie zu Gesprächen dieser Art genötigt werden. Um sich zu öffnen, braucht es Zeit, Vertrauen und gute Erfahrungen. Auf diesem Weg bekommt das Kind wichtige Botschaften. Es erfährt, dass das, was es vielleicht unbestimmt fühlt, richtig ist, einen Namen hat und wichtig genommen wird – auch dies sind Gegenerfahrung zu Kontrollverlust und Ohnmacht.

7.5 Psychoedukation oder wie wir Kindern erklären können, was mit ihnen passiert

Altersentsprechend brauchen Kinder und Jugendliche Informationen zu dem, was mit ihnen passiert. Zuerst die Information über den guten Grund, der in der Vergangenheit liegt: „Deine Reaktionen, deine Gefühle sind ganz normal, verrückt war das, was dir passiert ist!“ Dies nimmt eine große Last von den Betroffenen, die ja oft sehr wohl merken, dass bei ihnen manches anders als bei den Spielkamerad*innen ist. Sie merken, dass sie sich in manchen Situationen ungewöhnlich verhalten, dass andere Kinder nicht so aggressiv, laut oder zurückgezogen reagieren. In Kapitel 3 wurde die Notfallreaktion des Gehirns mit ihren Auswirkungen auf den Körper erläutert. In der dort dargestellten Form ist dies für Kinder und auch für viele Erwachsene viel zu kompliziert und nicht gut verstehbar. Es existieren noch weitere Erklärungsmodelle, die auch für kleine Kinder gut nachvollziehbar sind. Hantke und Görges sprechen zum Beispiel von Häschen und Denker, um die verschiedenen Hirnanteile und Reaktionen zu erklären, und haben anschauliche Bilder dazu entwickelt.⁷³ Andere Modelle sprechen vom dreiteiligen Gehirn, mit dem Eidechsenhirn (Stammhirn), dem Katzenhirn (limbisches System) und dem Professor (Cortex). Die Eidechse flieht oder kämpft, wenn Gefahr droht. Die Katze steht für die Gefühlsebene und die Erinnerung und der Professor für das überlegte Handeln.⁷⁴ Unterstützt kann man dies durch Aufmalen in Form von drei übereinanderliegenden Symbolen (siehe Abb. 5). Dieses bildhafte Modell ist auch für kleinere Kinder leicht verständlich und kann je nach Erlebenswelt der Kinder und Jugendlichen sprachlich geändert oder ausgebaut

⁷³ Vgl. Hantke L, Görges H-J. Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann; 2012

⁷⁴ Vgl. Krüger A. Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Ostfildern: Patmos; 2007

werden. Eidechsen, Katzen und Lehrer*innen/Professor*innen kennen die meisten Kinder. Andreas Krüger liefert in seinem Buch ‚Erste Hilfe für traumatisierte Kinder‘ ein gutes Beispiel, wie dieses Modell sprachlich und inhaltlich Kindern nahegebracht werden

kann⁷⁵. Bei einer gefährlichen Situation wird Alarm gegeben im Gehirn und die Eidechse übernimmt die Führung. Der Professor hat dann keinen Einfluss mehr, die Katze als gefühlsbetontes Wesen faucht, kratzt und beißt und sie hat ein gutes Gedächtnis. Sie wird sich in späteren Situationen, wenn das Kind einen Trigger erlebt, erinnern und die Eidechse wieder aktivieren. Das führt zu dem im Kontext von Trauma verständlichen, den aktuellen Situationen aber unangemessenen Reaktionen. Dieses und weitere Beispiele seiner Arbeit finden Sie als Video in der ARD-Reportage: „Wie Kinder wieder lachen lernen: Hilfe nach dem Trauma“⁷⁶.

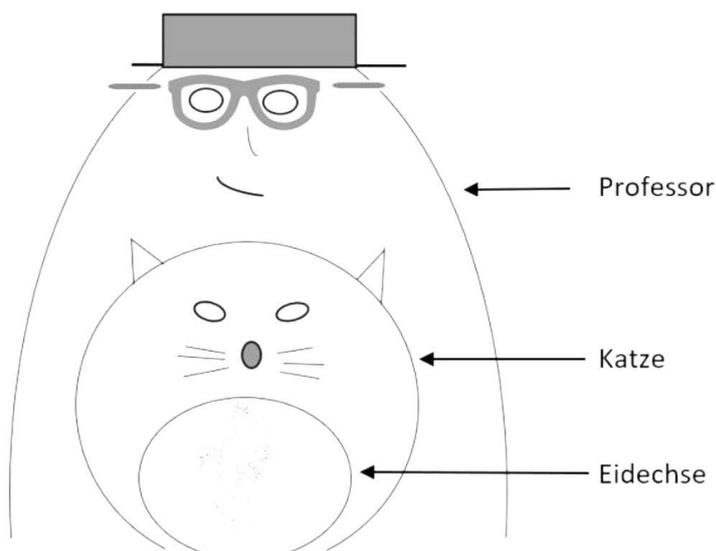


Abb. 5 Dreiteiliges Gehirn nach Andreas Krüger

Eine weitere Variante, um Kindern ihre ungewöhnlichen Verhaltensweisen verständlich zu machen, ist das Traumaschachtmodell. Hierbei fährt ein Auslösereiz so schnell wie ein ungebremster Fahrstuhl durch alle drei Hirnschichten. Verschiedene Emotionen und Körperreaktionen werden dabei ausgelöst, ohne dass wir bewusst

⁷⁵ Vgl. ebd., S. 125 ff.

⁷⁶ Wieskerstrach L. Wie Kinder wieder lachen lernen: Hilfe nach dem Trauma“. Ausgestrahlt am 23.02.2011. Im Internet <https://www.daserste.de/information/reportage-dokumentation/dokus/videos/wie-kinder-wieder-lachen-lernen-hilfe-nach-dem-trauma-100.html>; Stand 16.09.2018

(Denker, Professor ...) darauf Einfluss nehmen können.⁷⁷ Für traumatisierte Kinder ist es oftmals schwierig, ihre Gefühle zu spüren, und noch viel schwieriger, darüber zu sprechen. Das ‚Mentalisieren‘⁷⁸ ist erschwert. Dennoch ist es wichtig, sie dazu zu ermuntern. Eine gute Möglichkeit stellen sogenannte Gefühlskarten dar. Am Ende des Studienbriefes finden Sie eine kleine Auswahl mit Beispielen dafür. Mithilfe sehr unterschiedlich gestalteter Figuren, Gesichter, Tiere oder anderer Bilder können Kinder zeigen, welche Emotionen sie gerade empfinden, und sie lernen, unterschiedliche innere Zustände zu unterscheiden. Vielen Kindern, die Traumata erlebt haben, fällt es schwer, ihre Gefühle zu kontrollieren, in der Folge geraten sie rasch in Übererregung. Ein erster Schritt hin zu mehr Kontrolle über sich selbst ist es, selbst zu merken, wie angespannt, aufgeregt, wütend oder hilflos es sich fühlt. Hierbei helfen Stressbarometer, ähnlich einem Thermometer, welches ja auch kleinere Kinder schon kennen. Dies lässt sich leicht mit dem Kind basteln und je nach Alter mit Zahlen oder Farben kennzeichnen (siehe Abb. 6). Grün / 0 steht für ‚mir geht es gut, ichühl mich wohl und ganz entspannt‘, gelb / 5 für ‚ich merk, dass ich ungeduldig werde, meine Aufregung und mein Ärger wird größer‘ und rot / 10 für ‚ich koch gleich über, ich bin ganz ärgerlich und wütend, ich würde am liebsten etwas kaputtschlagen‘. Kinder können auf die entsprechende Farbe oder Zahl zeigen oder aber das Barometer wird mit einem verschiebbaren Band versehen, ähnlich einer Schublehre.

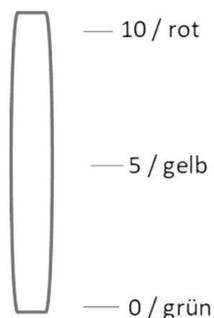


Abb. 6 Stressbarometer

⁷⁷ Vgl. Korittko A, Pleyer KH. Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Vandenhoeck & Ruprecht; 2013: 37

⁷⁸ „Mentalisierung bedeutet in der Psychologie die Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreibung mentaler Zustände zu interpretieren, wobei nicht nur auf das Verhalten des Gegenübers eingegangen wird, sondern auch auf die eigenen Vorstellungen über dessen Überzeugungen, Gefühle, Einstellungen, Wünsche, die dem Verhalten zugrunde liegen“. (Stangl W. Stichwort: 'Mentalisierung'. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Im Internet: <http://lexikon.stangl.eu/4416/mentalierung/>; Stand 4.11.2018)

Auf diese Weise wird es Kindern erleichtert, ein Gefühl für ihr Gefühl zu bekommen. Wenn es Ihnen vertraut, kann es mit der Zeit vielleicht lernen, mit Ihnen darüber zu sprechen, was es bedrückt, ängstigt, innerlich beschäftigt.

Kein Kind ist *nur* aggressiv oder traurig. Diese Zustände sind ein Teil der inneren Vielfalt. Wir kennen das durchaus von uns selbst: Wenn Sie dieses Lehrheft durcharbeiten, werden Sie vielleicht unterschiedliche Anteile von sich bei der Arbeit spüren. Es gibt vielleicht einen Teil, der müde ist und am liebsten schlafen würde, einen pflichtbewussten Anteil, der selbstverständlich lernt, einen Teil, der ein schlechtes Gewissen hat, da er, statt mit dem/der Partner*in zu sprechen, mit der eigenen Weiterbildung beschäftigt ist. Sicher werden Sie noch andere Anteile bei sich selbst identifizieren können. Für verletzte Kinder stellt es eine wichtige Erfahrung dar, Klarheit über die inneren Mitspieler zu gewinnen und festzustellen, dass sie nicht ‚nur‘ böse, traurig oder ängstlich sind. Geben Sie dem Kind, mit dem Sie gerade arbeiten, ein Beispiel: ‚Ein Teil von mir ist enttäuscht, dass du gerade der Lena wehgetan hast, ein anderer Teil denkt, dass du dafür einen Grund hattest!‘; ‚Gerade habe ich einen Teil von dir gesehen, der ganz wütend/traurig/fürsorglich/fröhlich ... ist‘. So lernt das Kind dieses Denkmodell kennen und darüber reden. „Eine solche Gesprächsführung kann dafür sorgen, dass eine Situation weniger beschämend ist, und kann das Sprechen darüber erleichtern. Eine Voraussetzung ist eine positive Haltung den Anteilen gegenüber und die Bereitschaft, jeden Anteil als wichtig und wertvoll zu betrachten mit einer guten Absicht, auch wenn er manchmal destruktiv wirkt.“⁷⁹

⁷⁹ Haupt-Scherer S. Traumakompetenz für die Kinder- und Jugendarbeit. Einführung in die Psychotraumatologie und Traumapädagogik. Amt für Jugendarbeit der Evangelischen Kirche von Westfalen; 2017: 48

7.6 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung

Aufgabe 14:

Was charakterisiert eine traumasensible Haltung?



Aufgabe 15:

Wie sollte ein traumasensibles Setting gestaltet sein?

Aufgabe 16:

Welche Modelle kennen Sie, um Kindern mit einfacher Sprache zu erklären, was im Gehirn und Körper bei einem Trauma passiert?

8 Weitere Handlungsmöglichkeiten im Kontext von Trauma

Bis hierhin haben Sie viel darüber gelernt, was Kindern im Umgang mit Ihnen helfen kann, sich sicher zu fühlen. Dies ist ungemein wichtig für Kinder, die nach einer zurückliegenden Traumatisierung bei Ihnen in der Einrichtung betreut werden. Ein Aspekt wurde noch nicht beleuchtet, darauf möchte ich in diesem Kapitel eingehen. Manchmal kommt es während der Zeit, die ein Kind in Ihrer Obhut verbringt, zu traumatischen Erlebnissen, zum Beispiel ein Unfall, bei dem ein Kind zu Schaden kommt.

8.1 Erste Hilfe bei aktuellen Erlebnissen

Nach einem bedrohlichen/traumatischen Ereignis kommt es in der Regel zu Reaktionen bei den Betroffenen, die zunächst nicht als Störung bezeichnet werden, sondern als Belastungsreaktion. Diese sind normal und fast jede(r) von uns kennt dies. Man spricht von einem Schockerleben. Bei guter Unterstützung in dieser Zeit besteht eine gute Chance, dass die Symptome nach einer Zeit der Anpassung wieder abklingen und nicht zu langfristigeren Traumafolgen führen.

8.2 Während und direkt nach dem Trauma

Einen Schock können Sie daran erkennen:

- Die Hautfarbe wird bleich/weiß
- Der Puls beschleunigt sich
- Die Atmung wird schneller und flacher
- Kalter Schweiß bildet sich
- Zittern, Frieren
- Es kann Übelkeit oder Schwindel auftreten
- Eventuell kotet oder nässt das Kind ein
- Das Kind wirkt wie festgefroren, unfähig, sich zu bewegen
- Es wirkt abwesend, als wenn es weit weg wäre, ist nicht ansprechbar
- Das Kind wirkt extrem verängstigt, der Blick ist ausdruckslos oder auch sehr ängstlich

- Säuglinge können haltlos schreien oder aber auch erstarren. Bedenken Sie bitte, dass die Vermutung, dass kleine Kinder nichts mitbekommen, nicht haltbar ist.⁸⁰

Zur Unterstützung von Kindern, Jugendlichen und auch Erwachsenen in dieser kritischen Situation eignet sich das SAFER-Modell, das von Mitchell und Everly (1998) entwickelt wurde.

S – stabilization of the situation

A – acknowledgement of the crisis

F – facilitation of understanding

E – encourage adaptive coping

R – restoration of adaptive, independent functioning

Oder auf Deutsch⁸¹:

S – Stimulationsreduktion, Stabilisierung der Situation: Alle Reize, die ängstigen, erschrecken, Ekel oder Schmerz auslösen, soweit es geht, reduzieren, sodass für das Kind sobald wie möglich eine sichere Umgebung wiederhergestellt wird. Erst dann kann der Notfallmechanismus des Gehirns wieder ‚abgeschaltet‘ werden. Sprechen Sie mit ruhiger Stimme zum Kind und versichern Sie ihm, dass es nicht allein ist, Sie sich um es kümmern werden und es in Sicherheit ist. Bei sehr überwältigenden Ereignissen ist es zum Schutz in der Regel ratsam, sich vom Unfallort/Ort des Geschehens zu entfernen. Nach Sabine Haupt-Scherer und Andrea Krüger kann es bei einem begrenzten Ereignis für das Kind auch wohltuend sein, mit Unterstützung von Erwachsenen, am Ort zu bleiben, um die Auflösung der Situation zu beobachten. So kann es sehen, dass auch schwierige Momente zu einem guten Ende kommen und Erwachsene kompetent mit dem Geschehen umgehen. Wärme, etwas zu trinken und Blickkontakt werden als wohltuend empfunden. Ihr Verhalten sollte Sicherheit verheißen, in Tonfall, Körpersprache und Mimik. Bieten Sie dem Kind an, es in oder auf den Arm zu nehmen. Wenn Sie selbst von dem Erlebnis überwältigt sind, so wird es unter Umständen angeraten sein, dass Sie zunächst für sich selbst sorgen und jemand

⁸⁰ Vgl. Krüger A. Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Ostfildern: Patmos; 2007

⁸¹ Vgl. Haupt-Scherer S. Traumakompetenz für die Kinder- und Jugendarbeit. Einführung in die Psychotraumatologie und Traumapädagogik. Amt für Jugendarbeit der Evangelischen Kirche von Westfalen; 2017: 25 f.

anderes die Betreuung des Kindes übernimmt: Sie würden keine Unterstützung bieten können.

A – Akzeptanz der Krise: Erklären Sie dem Kind, dass dies eine ganz außergewöhnliche Situation ist, in der außergewöhnliche Reaktionen auftreten können. Ermutigen Sie das Kind, zu erzählen, wie es ihm geht, so kann es sich entlasten.

F – Falsche Bewertungen korrigieren: Kinder haben manchmal den Gedanken, dass sie schuld an dem Geschehen sind. Sie können und sollten diese Bewertungen richtigstellen. „Das war ein Unfall, niemand hat Schuld, so etwas passiert!“ So wird bereits in der traumatischen Situation verhindert, dass sich eine falsche Annahme über sich selbst beim Kind im Gedächtnis verankert.

E – Erklärung von normalen Stressreaktionen: Die Grundhaltung der traumasensiblen Haltung ist die Überzeugung, dass das Ereignis zutiefst unnormal ist, die Reaktionen darauf aber gesund und normal sind und Ausdruck von Selbstschutz. Es hilft Kindern, dies in kindgerechter Sprache erklärt zu bekommen.

R – Rückführung in die Alltagsroutine: Gewohnte Strukturen und Abläufe vermitteln Sicherheit. Es gibt eine Zeit vor der bedrohlichen Situation, die bedrohliche Situation selbst, aber eben auch eine Zeit danach, in der das Kind wieder spielen, lachen, essen und weinen kann. Schauen Sie, was es leisten kann, nehmen Sie ihm nicht ab, was es selbst tun kann. So hat es nach der Ohnmacht in der traumatischen Situation jetzt die Gegenerfahrung von Selbstwirksamkeit und Handlungsfähigkeit.

Wenn Sie diese Grundsätze beachten, so fördern Sie zeitnah Sicherheit, Verstehen und Akzeptanz.

8.3 Die Zeit nach dem Trauma

Nach einem Unfall oder einem anderen gravierenden Ereignis in Ihrer Einrichtung sollte das Kind möglichst bald wieder Kontakt zu sehr vertrauten Personen bekommen. Die Anwesenheit von Bezugspersonen verheißt Sicherheit. In der Regel werden Sie die Sorgeberechtigten zeitnah über das Geschehen informieren und dazu bitten. In der Zeit bis zu deren Eintreffen ist es hilfreich, wenn eine vertraute Fachkraft und gegebenenfalls vertraute Freund*innen in der Nähe des Kindes bleiben. Die Übergabe an die Eltern sollte behutsam erfolgen. Informieren Sie über das Geschehen und auch über die Reaktionen des Kindes. Falls das Kind später eine therapeutische Anbindung

bekommt, kann es für die behandelnden Personen sehr hilfreich sein, diese geschildert zu bekommen. Bieten Sie an, für ein späteres Gespräch zur Verfügung zu stehen. Auch die Eltern werden aufgewühlt sein und haben nach einiger Zeit eventuell noch Fragen und Unklarheiten. Es bietet sich an, den Übergang von Ihrer Betreuung zur Familie mit Ruhe zu gestalten, verbringen Sie ruhig noch einige Zeit zusammen, bevor Sie sich vom Kind verabschieden. Auch diesem können Sie anbieten, dass es Sie natürlich später noch darauf ansprechen kann. Empfohlen wird auch, dem Kind eine Art Glücksbringer oder Schutzsymbol mitzugeben.⁸² Die Tage und Wochen nach dem Trauma sind oftmals geprägt von einem Wechsel zwischen Erinnerung und Vermeidung. Das kann sich im Verhalten der Kinder deutlich zeigen: In Phasen benimmt es sich so wie immer, als wäre nichts geschehen, in anderen zeigt es deutlich die Belastung, die erlebt wurde. Beides ist völlig normal und stellt den Versuch des Gehirns dar, das Erlebte zu verarbeiten. Sie können das Kind unterstützen indem

- Sie für Gespräche bereitstehen, die der Einordnung dienen, aber nicht zu sehr in die Tiefe gehen.
- Vertiefen Sie nicht die Details des traumatischen Ereignisses, sondern konzentrieren Sie sich eher auf das Vorher und Nachher: Was war, als es noch/wieder gut war?
- Achten Sie im Zusammensein mit dem Kind auf die körperlichen Reaktionen. Falls Sie Symptome wahrnehmen, die auf Stress hindeuten, die Sie auch an den Schock erinnern, sollten Sie das Gespräch unterbrechen und zunächst wieder Sicherheit und Wohlbefinden ermöglichen. Zittern, Übelkeit, Veränderung der Atmung oder andere Stresszeichen sind ein Hinweis darauf, dass die Amygdala aktiviert ist. Dies ist zu vermeiden, da dann das Trauma reaktiviert und die Verarbeitung erschwert wird. Entgegen der landläufigen Meinung hilft es selten, das Belastende ständig zu wiederholen – das Trauma ‚schleift sich ein‘ auf diese Weise.
- Regelmäßige Strukturen und Abläufe in der Einrichtung und im häuslichen Umfeld verheißen Sicherheit und Kontrolle – sie sind Gegenerfahrungen zum traumatischen Erleben. So weit wie möglich sollten nach dem Ereignis also wieder die haltgebenden Routinen aufgegriffen werden.
- Aufwühlende und stressige Erfahrungen sind zu vermeiden.

⁸² Vgl. Krüger A. Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Ostfildern: Patmos; 2007: 117

- Auch der Körper braucht gute Erfahrungen, insofern sind ausreichend Schlaf, gute Ernährung und Bewegung hilfreich.⁸³

Beachten Sie bitte, dass die ersten Wochen eine Zeit der Anpassung bedeuten. Reaktionen in dieser Zeit sind normal und haben zunächst keinen Krankheitswert.

8.4 Dissoziationsstopp/Re-Orientierung

Menschen, die an Traumafolgen leiden, sind anfällig für Flashbacks. Diese sind für die Betroffenen hoch anstrengend und nicht förderlich. Es ist gut, um die Möglichkeiten zu wissen, die Ihnen zur Verfügung stehen, um diesen Zustand schnellstmöglich zu verändern, also das Kind wieder vom Dort und Damals ins Hier und Jetzt zu orientieren, die Dissoziation zu beenden. Dies gelingt, indem Sie Unterschiede zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart deutlich und spürbar machen. Dafür sind Körperwahrnehmungen hilfreich, so zum Beispiel:

- Mit den Füßen auf den Boden stampfen.
- Die Hände zu Fäusten ballen oder einen kleinen Stressball kneten.
- Etwas trinken.
- Pfefferminzbonbons.
- Mit dem Kind das Fenster öffnen und die kalte Luft wahrnehmen, ein paar Mal ganz tief durchatmen.
- Gemeinsam in Bewegung kommen und durch das Zimmer gehen.
- Sich beschreiben lassen, was das Kind gerade sehen kann.
- Nachdem Sie gefragt haben, ob es damit einverstanden ist, das Kind berühren oder in den Arm nehmen.
- Falls das nicht geht, fordern Sie es auf, sich selbst die Arme und Beine abzuklopfen.
- Einen kräftigen Geruch wahrnehmen (Aromaöl oder anderes).

⁸³ Vgl. Haupt-Scherer S. Traumakompetenz für die Kinder- und Jugendarbeit. Einführung in die Psychotraumatologie und Traumapädagogik. Amt für Jugendarbeit der Evangelischen Kirche von Westfalen; 2017: 27

- Dem Kind mitteilen, wo es gerade ist, welcher Tag heute ist und dass es in Sicherheit ist – die bedrohende Person ist nicht anwesend, der bedrohende Ort ist nicht hier!
- Auf keinen Fall lassen Sie es in einem solchen Moment allein.

Wenn Sie den Eindruck haben, dass das Kind aus dem Dort und Damals zurückgekehrt ist, fragen Sie bitte nach, was es jetzt braucht, um sich wohlfühlen. Vielleicht etwas zu trinken oder Ihre Anwesenheit oder einen Moment der Erholung.

8.5 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung

Aufgabe 17:

Woran können Sie bei Kindern und Säuglingen einen Schock erkennen?



Aufgabe 18:

Welche Grundsätze in der Unterstützung in kritischen Situationen beschreibt das SAFER-Modell?

Aufgabe 19:

Was können Sie tun, um ein Kind in der Zeit nach einem Trauma gut zu unterstützen?

9 Trauma und Migration

In den Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe sind viele Kinder, die mit ihren Eltern auf der Flucht vor dem Krieg oder anderen Bedrohungen nach Deutschland gekommen sind. Wir können davon ausgehen, dass diese Kinder und ihre Eltern im Herkunftsland, auf der Flucht und auch beim Ankommen hier sehr schwierige, belastende und traumatische Dinge erlebt haben. Bei nicht wenigen dieser Kinder finden sich Verhaltensweisen, die auf traumatische Erfahrungen hindeuten. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel auf einige Besonderheiten in diesem Kontext hingewiesen.

9.1 Sequenzielle Traumatisierung

Ein Unfall oder ein einzelner Übergriff ist ein zeitlich begrenztes Erlebnis. Es geht vorbei und danach kann Erholung eintreten. Sicherheit ist oftmals rasch wiederhergestellt. Dies ist im Kontext von Flucht und Migration anders: Man spricht von sequenzieller Traumatisierung.⁸⁴ Es gibt in der Regel nicht nur ein, sondern eine Abfolge traumatischer Ereignisse, deren Verarbeitung durch die Umstände erschwert wird.

- *Vor dem Beginn:* Es gibt ein Leben vor der Flucht, bevor es schwierig wurde, als noch alles in Ordnung war. Geborgenheit, Familienleben, Wohnen, Spielen, Schule oder Kindergarten, Lachen hatten ihren Platz im Leben.
- *Beginnende Veränderungen:* Die Bedrohung rückt näher, die ersten Bomben fallen, Familienmitglieder gehen oder sterben, die Verfolgung beginnt.
- *Die Bedrohung chronifiziert* sich, es kehrt keine Ruhe ein, die Verfolgung wird zur Normalität. Der Entschluss zur Flucht und zur Migration fällt.
- *Die Flucht:* Dieser oft Jahre andauernde Weg ist geprägt von Angst, Ohnmacht, Hunger, Entwurzelung, aber auch von Gewalt und Übergriffen.
- *Das Ankommen:* In Erwartung von Sicherheit und Ruhe kommen die Kinder mit ihren Familien in Deutschland (oder jedem anderen Land) an und finden stattdessen weitere traumatisierende Verhältnisse vor. Unterbringung in Sammelunterkünften, in denen es ebenso Übergriffe gibt, die Hilflosigkeit der Eltern und die im Wortsinn herrschende ‚Sprachlosigkeit‘ befriedigen selten das

⁸⁴ Vgl. Keilson H. Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Gießen: Psychosozial; 2005

Bedürfnis nach Sicherheit. Die nun folgende Zeit der Antragsstellung und des Asylverfahrens steht unter der Frage, ob sich Ankommen überhaupt lohnt. Darf die Familie bleiben? Die Angst der Eltern vor Abweisung kann sich auf die Kinder übertragen. Daneben erleben sie oftmals Ausgrenzung und Diskriminierung.

- *Anpassung:* Wenn der Antrag positiv beschieden wird, kann die Familie beginnen, sich ihr Leben neu aufzubauen. Es tritt nach Jahren erstmals ein wenig Ruhe ein, wenn eine Wohnung gefunden, die finanzielle Situation geklärt wurde und die Kinder in Schule oder Kita angekommen sind. In dieser Phase können häufig Symptome und auffällige Verhaltensweisen auftreten, eben weil Körper und Geist zur Ruhe kommen. Alternativ kann es passieren, dass das Asylgesuch abgelehnt wird und die Familie zurückkehren muss – jetzt oder später. Hier bleibt Unsicherheit weiter bestehen.

Für die Kinder ist dieser Fluchtprozess noch zusätzlich erschwert. Je jünger sie sind, desto mehr sind sie auf eine sichere Bindung zu ihren Eltern angewiesen. Diese sind aufgrund der eigenen Bedrohungslage während dieser Zeit oft nicht ausreichend in der Lage, den Kindern das zu geben, was sie benötigen. Die Entwicklung der Kinder wird davon beeinträchtigt. Positiv wirkt sich dagegen aus, dass diese Kinder oftmals aus intakten Familien kommen, in denen sie Fürsorge, Unterstützung und Zusammenhalt erlebt haben.

Das Konzept der sequenziellen Traumatisierung lässt sich auch auf Kinder übertragen, die innerhalb ihrer Familien langfristig Bedrohung durch physische, psychische oder sexualisierte Gewalt erleben. Anders als geflüchtete Kinder tragen sie oftmals weitreichendere Folgen, da sie nicht auf die Sicherheit in der Familie bauen können. Ihre Entwicklung ist häufig beeinträchtigt als bei geflüchteten Kindern.⁸⁵ Was Sie zur Unterstützung von migrierten Kindern tun können, unterscheidet sich nicht von dem, was Sie bisher gelesen haben. Der Unterschied besteht allerdings in der Sprachbarriere.

⁸⁵ Vgl. Haupt-Scherer S. Traumakompetenz für die Kinder- und Jugendarbeit. Einführung in die Psychotraumatologie und Traumapädagogik. Amt für Jugendarbeit der Evangelischen Kirche von Westfalen; 2017: 53

9.2 Nonverbale Unterstützungsmöglichkeiten

Diese Sprachbarriere stellt in der Tat eine Erschwernis in der Arbeit dar, die Sie bereits aus Ihren Erfahrungen mit anderen Kindern kennen, die zwar nicht geflüchtet, aber dennoch nicht mit Deutsch als Muttersprache aufwachsen. Dementsprechend verfügen Sie auch bereits über reichlich Erfahrung in diesem Bereich und werden die Erfahrung gemacht haben, dass auch auf nonverbalem Weg den Kindern Sicherheit und Angenommensein vermittelt werden kann. Egal, ob ein Kind die Worte versteht – den freundlichen Tonfall, die beruhigende Stimme und den zugewandten Blick wird es verstehen und positiv aufnehmen. Das aktivierte Bindungssystem lässt sich dadurch beruhigen. Gleiches gilt auch für den alltäglichen Kontakt mit den Eltern, auch diese entspannen sich bei freundlichen Worten und einem Lächeln, unabhängig davon, ob der Sinn der Worte verstanden wird. Für weiterführende Gespräche empfiehlt sich der Kontakt mit Sprachmittlern. Für die Arbeit mit Kindern bieten sich darüber hinaus Bilderbücher und sogenannte Gefühlskarten an. Bilder sind bekanntlich ja international. Zum Thema Trauma und Flucht gibt es mittlerweile viele kindgerechte Bilderbücher, zum Teil auch übersetzt in viele Sprachen, sodass sie auch für die Elternarbeit nutzbar sind. Am Ende dieses Studienbriefes finden Sie einige Vorschläge dazu.

9.3 Exkurs: von FGM/C bedrohte Mädchen

Mit der Zuwanderung nach Deutschland hat auch ein Thema Einzug gehalten, das Bedeutung für Ihren Arbeitsbereich hat. Female genitale mutilation/cutting (FGM/C) „ist am meisten verbreitet in den westlichen, östlichen und nord-östlichen Regionen Afrikas. Die Prävalenzraten variieren stark zwischen Ländern und Regionen, wobei hauptsächlich die ethnische Zugehörigkeit ausschlaggebend ist. Ländern mit hoher Prävalenzrate (>85%) sind Somalia, Ägypten, Äthiopien und Mali. Niedrigere Prävalenzraten (< 30%) findet man, z.B., im Senegal, der Zentralafrikanischen Republik und Nigeria. Von FGM wurde zunächst angenommen, dass es nur in Afrika auftritt. Heute weiß man, dass FGM auch in manchen Communities in Asien und dem Nahen Osten (z.B. Indien, Indonesien, Iran, Irak, im Kurdengebiet, Malaysia, Pakistan, Saudi-Arabien und dem Jemen) praktiziert wird sowie in manchen ethnischen Gruppen Mittel-, Süd- und Nordamerikas, Australiens und in den Einwanderer-Communities aus

FGM-betroffenen Ländern in Europa.“⁸⁶ Zur Rechtfertigung dieser Praxis werden zwar häufig religiöse Gründe angeführt, „obwohl es keinen religiösen Auftrag dafür gibt. FGM ist vielmehr eine komplexe kulturelle und symbolische Praxis, die mit der Heiratsfähigkeit und Rolle der Frauen in ihren Communities zu tun hat sowie mit ihrem Zugang zu Eigentum und sozialem Status. FGM wird oft als Initiationsritus verstanden, der im Rahmen einer Zeremonie oder eines Rituals stattfindet und einen veränderten Status bzw. den Übergang von der Kindheit zum Frausein darstellt.“⁸⁷ Es handelt sich auch nicht um ein ‚muslimisches Problem‘, auch christliche Bevölkerungsgruppen praktizieren Formen der weiblichen Genitalbeschneidung. Die Folgen für die Gesundheit der Mädchen und Frauen sind sehr weitreichend. Mit der Zuwanderung nach Deutschland werden Sie in Ihrem Arbeitsbereich mit den Folgen von FGM/C konfrontiert sein: entweder, da Sie mit Müttern zu tun haben, die an den Folgen leiden und eventuell Traumafolgen zeigen, oder weil Mädchen, die bei Ihnen in Betreuung sind, von FGM/C bedroht sind. Hier in Deutschland ist diese Praxis selbstverständlich verboten, das heißt aber nicht, dass es nicht vorkommt. Manche Mädchen werden in den Ferien in die Herkunftsländer verbracht, anderen droht hier in der Illegalität dasselbe Schicksal. FGM/C stellt eine Kindeswohlgefährdung dar und ist in diesem Rahmen zu betrachten und Ihr Handeln muss dieser Gefahr Rechnung tragen. Dennoch sollten Sie die Eltern nicht kriminalisieren, sondern das Verhalten in seinem Kontext betrachten. Die Eltern wollen ihre Kinder nicht schädigen, sie versprechen sich – ebenso wie im Herkunftsland – positive Effekte für ihre Tochter. Häufig wird den Frauen erst hier im Land klar, dass ihre bisherige Normalität – beschnitten sein – hier keinesfalls der Normalfall ist. Was bedeutet es für die Eltern, ihre Tochter nicht beschneiden zu lassen? Wie können sie in ihrer Community gestärkt werden, um sich dagegen zu entscheiden? Sie können ihnen beispielsweise klar machen, dass die Aussichten ihrer Tochter hier im Land besser sind, wenn sie gesundheitlich nicht beeinträchtigt ist. Schul- und Ausbildung sichern die Stellung in der Gesellschaft und diese kann umso besser wahrgenommen werden, wenn sie nicht beschnitten ist. Nicht fehlen darf natürlich der Hinweis um die rechtlichen Konsequenzen bis hin zum Verlust des Kindes durch Inobhutnahme durch das Jugendamt, falls die Eltern an ihrem Vorhaben festhalten.

⁸⁶ United to End Female Genital Mutilation UFGM. Stichwort: Was ist FGM? Im Internet <https://uefgm.org/index.php/what-is-fgm/?lang=de>; Stand 08.10.2018

⁸⁷ Ebd.

9.4 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung

Aufgabe 20:

Benennen Sie die unterschiedlichen Phasen einer sequenziellen Traumatisierung und benennen Sie Stichworte, die die Phasen charakterisieren.



Aufgabe 21:

Welche Möglichkeiten zur nonverbalen Unterstützung bei Sprachbarrieren haben Sie?

10 Grenzen der eigenen Arbeit

An dieser Stelle ein paar Worte zu den Grenzen Ihrer Arbeit. Ihr Auftrag wird es in der Regel sein, das Kind während des Aufenthaltes in Ihrer Einrichtung zu fördern und zu begleiten. Wenn nach der Lektüre des Studienbriefes der Eindruck entstanden sein sollte, dass dieser Auftrag erweitert werden soll, so möchte ich das ausdrücklich korrigieren. Als Fachkraft in Kita oder Hort werden Sie das Kind betreuen und pädagogisch mit ihm arbeiten und die Familien im Rahmen Ihrer Profession mit Elterngesprächen unterstützen. Um das tun zu können, ist Traumafachwissen vonnöten. Nur auf diese Weise kann es gelingen, die zum Teil unerwarteten und nicht situationsangemessenen Reaktionen und Entwicklungsverzögerungen zunächst einzuordnen und im Anschluss daran adäquat auf das Kind einzugehen. Ihr Auftrag ist es explizit nicht, an der Verarbeitung des Traumas im Sinne einer Fachberatung oder Traumatherapie zu arbeiten. Das ist Fachleuten überlassen. Dank Ihrer traumasensiblen Unterstützung hat das Kind (und/oder die Eltern) die Möglichkeit, den traumatischen Erfahrungen positive und freudige hinzuzufügen. Dies ist durchaus ein Baustein, der zur Gesundheit beiträgt. Gleichzeitig werden das erworbene Wissen und die neuen Fähigkeiten das Risiko für unwissentliche Re-Traumatisierungen in Ihrer Obhut reduzieren. Die Kita als sicheren Ort zu gestalten ist eine wichtige und nicht zu unterschätzende Aufgabe. Diese Grenze Ihrer Profession zu achten schützt Sie selbst und die Kinder.

11 Sekundäre Traumatisierung – das Risiko für die Helfenden

Um mit anderen Menschen arbeiten zu können, sind wir auf Empathie angewiesen. Nur mit Empathie gelingt es, sich in unser Gegenüber einfühlen zu können. In den folgenden Abschnitten werden Sie Informationen erhalten, die Sie bitte zu Ihrem eigenen Schutz und im Sinne Ihrer eigenen Gesundheit aufmerksam lesen sollten. Bei dem Begriff Sekundärtraumatisierung handelt es sich um einen Überbegriff, der darauf verweist, dass man Traumafolgen entwickeln kann, ohne persönlich eine traumatische Situation erlebt zu haben. Das Risiko liegt im Kontakt mit Menschen, die ein Trauma persönlich erlebt haben.⁸⁸ Die Arbeit und der Kontakt mit Menschen, die großes Leid erlebt haben, kann sehr bereichernd sein. Aber sie birgt auch Risiken, denn es gibt eine „natürliche, vorhersehbare, behandelbare und verhinderbare unerwünschte Folge der Arbeit mit leidenden Menschen“⁸⁹. Figley nennt dies den „Preis des Helfens“⁹⁰. Der wiederkehrende Kontakt mit den dunklen Seiten der Menschheit, mit Gewalt, Missbrauch, Krieg und Terror geht wohl an niemandem spurlos vorbei. Wenn Kinder betroffen sind, wird die Fassungslosigkeit bei den Helfenden umso größer. Man spricht von sekundär traumatischem Stress oder auch Mitgefühlsstress (compassion stress), der zu einer Mitgefühlserschöpfung (compassion fatigue) führen kann. Diese letzten beiden Begriffe wurden ebenfalls von Figley geprägt, der die Bezeichnung Sekundäre Traumatisierung als zu pathologisierend empfunden hat.⁹¹ Gemeint ist damit, dass sich die für die Arbeit notwendige Empathie erschöpft, Helfer*innen abstumpfen und Symptome zeigen, die denen einer Posttraumatischen Belastungsstörung ähneln. Zur Entwicklung einer dann ‚Sekundären Traumatischen Belastungsstörung‘ (STBS) kommt es infolge häufigen Kontaktes mit dem speziellen Traumamaterial bestimmter betreuter Personen. Davon unterschieden wird die ‚Stellvertretende Traumatisierung‘ (Vicarious Traumatization), die Folgendes meint: Mitfühlende Menschen, die Traumaüberlebende unterstützen, sind mit den dunklen Seiten der Menschheit täglich konfrontiert. Sie arbeiten mit Menschen zusammen, die unvorstellbare Gewalt oder Grausamkeiten erlebt und überlebt haben. „Die hilfreichen anderen bekommen unterwegs selbst die Bedrohung des inneren Zusammenhalts zu spüren, welche das

⁸⁸ Vgl. Lemke J. Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. 5. Aufl. Kröning: Asanger; 2017

⁸⁹ Figley CF. Mitgefühlserschöpfung. Der Preis des Helfens. In: Hudnall Stamm B, Hrsg. Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann; 2002: 41–59: 41

⁹⁰ Ebd.

⁹¹ Vgl. ebd.

Traumopfer erlebt. Im schlimmsten Fall kann es bei den Helfern zu einer ernsthaften Bedrohung der so genannten Selbst-Kohärenz – was mit ‚innerem Zusammenhalt‘ nur unzureichend übersetzt ist – kommen.“⁹² Der Begriff der Stellvertretenden Traumatisierung beschreibt also die Folgen einer langfristigen, immer wieder stattfindenden Begegnung mit den Folgen eines Traumas, so wie es in Ihrem Arbeitsbereich vermutlich eher der Fall ist. Die Weltsicht der Helfer*innen – zum Beispiel, dass die Welt ein sicherer Ort ist und der Mensch an sich nicht böse –, deren Vorstellung vom Sinn des Lebens, die Beziehung zu sich selbst, die eigene Spiritualität und das Miteinander mit anderen Menschen sind einem Wandel unterzogen.⁹³ Die Folgen sind gravierend und werden von Michaela Huber wie folgt beschrieben:

- Blame the victim: Dem Opfer wird die Verantwortung für das Geschehen zugewiesen oder es wird mit erniedrigenden Kommentaren belegt. Das Kind wird dafür verantwortlich gemacht, dass es geschlagen wurde, beispielsweise. Das muss keinesfalls offen gesagt werden, es reicht, dies zu denken.
- Ausbeutung von Schutzbefohlenen auf körperlicher, emotionaler oder sexueller Ebene: Gewaltüberlebende werden nicht selten wieder Opfer von körperlichen, sexualisierten oder psychischen Übergriffen.
- Zynismus: Helferinnen und Helfer versuchen, sich mithilfe von zynischen Kommentaren zunächst einmal selbst zu schützen. Oft wird dieser Zynismus auch als eine Form der Psychohygiene beschrieben, um mit den schrecklichen „Geschichten“ besser fertig zu werden. Huber empfiehlt, Kolleg*innen anzusprechen, sobald man das Gefühl hat, dass dieser Zynismus Auswirkungen auf die Arbeit hat.
- Resignation der Fachkräfte: Aufgrund der Blockierung durch die Sekundäre bzw. Stellvertretende Traumatisierung kann die Unterstützung für die Kinder oder deren Eltern nicht angemessen organisiert werden. Diese werden als „hoffnungslos“ charakterisiert, was eine Orientierung hin zu Empowerment verhindert.
- Es wird – bewusst oder unbewusst – ein Beziehungsabbruch provoziert. Darunter kann man auch ein Aus-dem-KontaktGehen verstehen, das heißt, der Kontakt mit den

⁹² Huber M. Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. 4. Aufl. Paderborn: Junfermann; 2009: 276

⁹³ Vgl. Lemke J. Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. 5. Aufl. Kröning: Asanger; 2017

Eltern oder mit dem Kind wird gemieden, verabredete Termine werden vergessen.⁹⁴

Diese Veränderungen können sichtbar werden sowohl im Kontakt mit den Kindern als auch mit den Eltern. Selbstverständlich führt die Arbeit mit traumatisierten Menschen nicht zwangsläufig zur Ausprägung dieser Symptome, es besteht aber ein gewisses Risiko. Deshalb sollten Sie bei sich selbst und Ihren Kolleg*innen aufmerksam auf Veränderungen achten, diese gegebenenfalls darauf ansprechen und Unterstützung organisieren. Was Sie machen können, um sich (und die Kolleg*innen) zu schützen, erfahren Sie im folgenden Kapitel.

⁹⁴ Vgl. Huber M. Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. 4. Aufl. Paderborn: Junfermann; 2009

11.1 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung

Aufgabe 22:

Was verstehen Sie unter Sekundärtraumatisierung?



Aufgabe 23:

Welche unterschiedlichen Formen von Sekundärtraumatisierung kennen Sie?

Aufgabe 24:

Welche Verhaltensweisen können Sie möglicherweise bei Kolleg*innen feststellen, die Symptome einer Sekundärtraumatisierung zeigen?

12 Selbstfürsorge

Mit Menschen zu arbeiten fordert viel von den Fachkräften. Sie sind es gewohnt, sich stets auf neue Situationen einzustellen, sich immer wieder empathisch ihrem Gegenüber zuzuwenden und auf die Bedürfnisse der Kinder und ihrer Eltern einzugehen. Das ist schon im Normalfall anstrengend, umso mehr jedoch, je belasteter die Menschen sind, mit denen Sie beruflich zu tun haben. Um dies auf Dauer angemessen gewährleisten zu können, ist es erforderlich, sich selbst ein gutes Maß an Fürsorge – Selbstfürsorge im eigentlichen Wortsinn – zukommen zu lassen. Eine traumasensible Unterstützung der Familien, die Sie begleiten, ist nur machbar, wenn Sie traumasensibel mit sich selbst umgehen und Ihr Arbeitsumfeld entsprechend die Möglichkeit dafür bietet. Im Einzelnen:

12.1 Zeitplanung

Der Vertrauensaufbau benötigt bei seelisch sehr belasteten Menschen mehr Zeit als im Normalfall. Wer biografisch gelernt hat, dass andere Personen, insbesondere sehr nahestehende Menschen, verletzen können, hat berechtigterweise Zweifel, ob er Fremden vertrauen kann. Wenn Sie mehr Zeit für Elterngespräche einplanen, ersparen Sie sich Zeitdruck, können ausreichend Zeit zur Schaffung einer Vertrauens- und damit Arbeitsbasis aufwenden und entspannter in die Kommunikation gehen. Berücksichtigen Sie, dass Sie im Anschluss an ein anstrengendes oder aufwühlendes Gespräch ein wenig Zeit zur Erholung benötigen, bevor Sie die nächste Aufgabe wahrnehmen. Sie können diesen Moment sehr bewusst für sich nutzen, sodass Sie gedanklich und emotional abschließen können. Überlegen Sie, was Ihnen guttut: vielleicht tief in der frischen Luft durchatmen, ein warmes Getränk zu sich nehmen, ein Lied hören oder ein wenig Bewegung. Auch die Kinder benötigen Zeit, um sich in Ihrer Anwesenheit sicher zu fühlen. Es kann hilfreich sein, für belastete Kinder eine längere Eingewöhnung zu kalkulieren, auch das schützt Sie vor Druck, Stress und Frustration.

12.2 Achtsamkeit

Sie haben gelernt, achtsam die Signale der Kinder oder Eltern in Bezug auf Traumatisierung wahrzunehmen. Dieselbe Achtsamkeit sollten Sie für sich selbst aufbringen. Beobachten Sie Ihre eigenen Reaktionen vor, während und nach anstrengenden Situationen: Vielleicht nehmen Sie Körpersignale wahr, wenn ein Termin mit einem Elternpaar ansteht. Oder Sie bemerken nach einem Unfall in Ihrer Einrichtung, dass Sie körperlich völlig erschöpft sind und sich Ihr Kopf wie leer anfühlt. Es kann auch sein, dass Sie sich in Gegenwart eines Kindes unwohl fühlen und den Kontakt meiden – das muss nichts über Ihre Professionalität aussagen, sondern kann im Rahmen der Traumadynamik auftreten. Sie sollten in diesem Fall eventuell gemeinsam mit Kolleg*innen überlegen, was die Ursache für Ihre Reaktion ist. Kommt Ihnen das Schicksal des einzelnen Kindes zu nahe oder ist gerade einfach alles ‚zu viel‘? Achtsamkeit bedeutet nicht nur das Wahrnehmen von körperlichen oder seelischen Reaktionen, sondern Sie können Ihren Arbeitsalltag achtsam gestalten:

- Überlegen Sie, was Sie benötigen, um in Ruhe ein belastendes Gespräch zu führen. Ein ruhiger Raum, der eine angenehme Atmosphäre hat, trägt zu Ihrem Wohlbefinden und dem der Eltern/Kinder bei. Etwas zu trinken, gute Belüftung und bequeme Sitzmöbel, die gut im Raum platziert sind, können hilfreich sein.
- Wenn Sie bemerken, dass Sie im Kontakt mit einem Kind/Elternteil emotional sehr involviert werden, versuchen Sie bewusst, bei sich zu bleiben. Das kann gelingen, indem Sie sich zum Beispiel vergegenwärtigen, was Sie – neben den Gesprächsinhalten – sonst noch wahrnehmen: Ihr Rücken, der die Stuhllehne berührt, die Geräusche, die außerdem Ihr Ohr erreichen (Vogel, Auto etc.), visuelle Eindrücke, die Ihr Auge registriert. Diese Wahrnehmungen außerhalb des Kontaktes mit Ihrem Gegenüber nehmen Sie im Hier und Heute wahr und verhindern, dass Sie in das Dort und Damals Ihrer Gesprächspartner*innen gezogen werden.
- Wenn es doch zu viel wird, unterbrechen Sie das Gespräch für den Moment. Auch dem Kind wird es guttun, wenn Sie einmal das Fenster öffnen, sich bewegen, etwas spielen. Damit es nicht nach einem Abbruch des Gesprächs aussieht, besprechen Sie es kurz: „Ich merke, dass das Gespräch für Sie/dich und für mich sehr anstrengend ist. Sollen wir einmal kurz frische Luft in den Raum lassen, einmal kurz in die Turnhalle zum Rennen gehen, etwas trinken ..., bevor wir weitermachen?“

- Um zu verhindern, dass Sie zu tief in ein traumatisches Geschehen eintauchen, bietet es sich an, im gemeinsamen Tun zu reden. Vielleicht während des Spiels oder Malens. Auch das hält Sie (und das Kind) in der Gegenwart.

12.3 Nähe-Distanz-Regulation

Regulation von Nähe und Distanz: Mitfühlen heißt nicht mitleiden. Das Leid des Kindes/der Eltern ist nicht Ihr Leid. Sie können nur hilfreich bleiben, wenn Ihnen dieser Unterschied bewusst bleibt. Andernfalls steigt das Risiko für Mitgefühlerschöpfung. Die Wahrung einer professionellen Distanz schützt Sie davor, die Gefühle Ihres Gegenübers zu Ihren eigenen zu machen. Im Kontakt mit Trauma und Gewalt fällt dies manchmal nicht leicht, aber Sie können nur über die nächsten Schritte entscheiden, wenn es Ihnen gelingt, emotional nicht zu sehr involviert zu werden.

12.4 Balance zwischen Freizeit und Belastung

Sorgen Sie für Ausgleich! Ihre Arbeit ist anstrengend, sodass Sie eine gute Ausgewogenheit von Arbeit und Ausgleich wahren sollten. Wenn Sie bemerken, dass Sie sich in Ihrer Freizeit von Freunden und Familie zurückziehen, ist es höchste Zeit, den Blick dahin zu wenden. Überlegen Sie doch einmal sehr bewusst, was Sie in Ihrer freien Zeit schätzen: Welchen Sport wollen Sie machen, mit welchen Menschen umgeben Sie sich gerne, welche Musik hören oder welche Bücher lesen Sie gern? Wobei spüren Sie die meiste Erholung? Und überprüfen Sie doch einmal, ob diese wohltuenden Momente derzeit den Platz in Ihrem Leben haben, den Sie für Ihre Gesundheit benötigen!

Was noch? Zur Selbstfürsorge gehört es auch, sich die eigenen Verletzungen bewusst zu machen. Wenn Sie im Rahmen Ihrer Arbeit bemerken, dass manche Verhaltensweisen bei Kindern Sie über Gebühr anstrengen, kann das etwas mit Ihrer eigenen Biografie zu tun haben. Um weiterarbeiten zu können, kann es notwendig sein, sich dies ein wenig näher anzuschauen.

12.5 Traumasensible Arbeitsumgebung

Traumasensibel zu arbeiten und gesund zu bleiben kann auf Dauer nur gelingen, wenn Ihr Arbeitsumfeld diesen Ansprüchen Rechnung trägt. Ihre Arbeitgeber*innen müssen Ihnen die Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen, die dafür notwendig sind. Neben der räumlichen und personellen Ausstattung gehören dazu Fortbildungsmöglichkeiten: Um traumatisierte oder hochbelastete Kinder angemessen im Rahmen Ihrer Profession begleiten zu können, ist spezifisches Wissen zum Thema Trauma und Gewalt notwendig. Andernfalls steigt das Risiko, Kindern mehr zu schaden als zu nutzen und selbst dabei zu erkranken.

Reflexion: sich selbst und das eigene Handeln reflektieren. Handeln Sie noch im Rahmen Ihres beruflichen Auftrags oder ist es an der Zeit, eine andere Profession hinzuzuziehen? Wie geht es Ihnen in Ihrer Arbeit, wie hoch ist das Belastungsniveau? Teamsitzungen bieten die Möglichkeit zu kollegialem Austausch bei belastenden Situationen. Außerhalb von regelmäßigen Terminen sollte eine kollegiale Fallberatung aber auch dann möglich sein, wenn es erforderlich ist, sodass Sie die Belastung nach Möglichkeit nicht mit nach Hause nehmen. Da dies manchmal nicht ausreicht, sollte regelmäßige Supervision und im Bedarfsfall Krisensupervision Standard sein. Dies ist im Übrigen auch im Sinne der Arbeitgeber*innen, da es die Arbeitskraft erhält und langfristige krankheitsbedingte Ausfälle reduzieren kann.

12.6 Netzwerkarbeit im Kontext von Trauma

Die Ausbildung eines themenspezifischen Netzwerkes empfiehlt sich sehr. Wenn Sie im Rahmen Ihres Auftrags an die Grenze kommen, ist es hilfreich zu wissen, an wen Sie verweisen können. Überprüfen Sie doch einmal, wer in Ihrer Stadt zu relevanten Themen wie Gewalt und Trauma, vor allem in Bezug auf Kinder, aber auch mit Erwachsenen arbeitet? Gibt es Kinder- und Jugend-Psychotherapeut*innen, mit denen Sie sich austauschen können oder an die Sie verweisen können? Sie können auch eine Mappe für Ihre Einrichtung erstellen, in der Sie wichtige Adressen, Informationen und Kontakte ablegen. Bekannt sind Ihnen sicher die Ansprechpartner*innen der Erziehungs- und Familienberatungsstellen und des Jugendamtes, aber kennen Sie auch die Frauenberatungsstellen, Frühe Hilfen Teams, Gewaltschutzstellen, Migrationsberatungsstellen? Die Überleitung an andere Stellen gelingt leichter, wenn

Sie diese persönlich kennen. Aus diesem Grund ist es ratsam, an entsprechenden Arbeitskreisen teilzunehmen oder sich bei den entsprechenden Stellen vorzustellen.

12.7 Kontrollaufgaben zur Selbstüberprüfung

Aufgabe 25:

Was können Sie für sich tun, um im Kontext von traumasensibler Arbeit Ihre Gesundheit zu erhalten?



Aufgabe 26:

Was kann Ihr*e Arbeitgeber*in tun, um ein traumasensibles Arbeitsumfeld zu ermöglichen?

13 Tipps und Materialien

In der Arbeit mit Kindern bieten sich Bilderbücher an, die Kinder mit Ihnen zusammen, aber auch gut allein anschauen können. Mittlerweile gibt es viele, die sich kindgerecht mit dem Thema Trauma, auch im Zusammenhang mit Flucht und Vertreibung, befassen. Hier eine kleine Auswahl:

Buchli R, de Witt-Amrein C, Heiniger F. Max hat was Schlimmes erlebt; 2016

Download unter <https://www.migesplus.ch/publikationen/max-hat-etwas-schlimmes-erlebt>. Auf dieser Internetseite des Schweizerischen Roten Kreuzes kann auch ein passender Leitfaden für Fachpersonen zum Kinderbuch «Max hat etwas Schlimmes erlebt» heruntergeladen werden.

Ahrens-Eipper S, Nelius, K. Der große Schreck – Psychoedukation für Kinder nach traumatischen Ereignissen. Halle: KJP-Verlag; 2015

Stein S. Das Kind und seine Befreiung vom Schatten der großen, großen Angst.

Ein Bilderbuch über Hilfe nach traumatischen Erlebnissen für Eltern und Kinder mit Kriegs- und Fluchterfahrung; 2015. Download in mehreren Sprachen unter: www.susannestein.de

Pal-Handl K, Lackner R, Lueger-Schuster B, Nöstlinger C (Illustration). Wie Pippa wieder lachen lernte. Ein Bilderbuch für Kinder. Springer: Wien; 2004

Ergänzend dazu:

Lackner R. Wie Pippa wieder lachen lernte. Fachliche Hilfe für traumatisierte Kinder. Springer: Wien; 2004

Boie K, Birck J. Bestimmt wird alles gut. Mit arabischer Übersetzung von Mahmoud Hassanein. Klett Kinderbuch: Leipzig

Die kleinen Überlebensbücher von Croos-Müller C.:

Alles Gut. Soforthilfe bei Belastung, Trauma & Co. Kösel: München; 2017.

Körperorientierte Übungen, die gut in den Alltag eingebaut werden können und dank der Gute-Laune-Schafe das Nervensystem beruhigen können.

Nur Mut! Soforthilfe bei Herzklopfen, Angst Panik & Co.

Körperübungen gegen Stress.

Viel Glück! Soforthilfe bei Selbstzweifeln, Pech und Pannen.

Mit einfachen Körperübungen werden Selbstzweifel reduziert.

Schlaf gut! Soforthilfe bei Schlechtschlafen, Albträumen und anderen Nachtqualen.

Die Gute-Laune-Schafe helfen mit Tipps beim Einschlafen.

Kopf hoch! Soforthilfe bei Stress, Ärger und anderen Durchhängern.

Hier finden Sie viele Körperübungen mit garantiertem Gute-Laune-Effekt.

Krüger A. Powerbook – Erste Hilfe für die Seele: Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen. Elbe & Krüger: Hamburg; 2011. Gut geeignet für ältere Kinder und Jugendliche.

Für die Arbeit gut geeignet sind Kartensets und Bücher, die Kinder bei der Wahrnehmung und Verbalisierung der eigenen Gefühle unterstützen. Unter anderem:

Passend zum Buch ‚Der große Schreck‘ haben die Autoren Ahrens-Eipper S, Nelius, K das gleichnamige Kinder-Trauma-Karten-Inventar im KJP Verlag herausgegeben

Ahrens-Eipper S, Nelius, K. Gefühlskarten Trolle. KJP: Halle

Im KJP Verlag sind Troll-Poster erhältlich, die auf kindgerechte Weise die Ebenen Körper, Gedanken und Gefühle im Stress darstellen.

van Hout M. Heute bin ich. aracari Verlag: Zürich; 2012; Wunderbar illustrierte Fische, die die unterschiedlichen Gefühlszustände ausdrücken. Auch als Buch erhältlich

van Hout M. Freunde. arcari: Zürich; 2012

Das RESSOURCIUM enthält 100 Fragekärtchen, die zu positiven Erinnerungen anregen und viele neue Ideen für Ressourcenarbeit ermöglicht. Michaela Huber hat es entwickelt, vertrieben wird es bei Kikt-TheMa: Köln.

Mithilfe von unterschiedlichen Kuscheltieren, Figuren, Handpuppen etc. können Kinder ebenfalls unterstützt werden, ihre Gefühle wahrzunehmen.

Literatur zum Weiterlesen:

Sie möchten Ihre Kenntnisse weiter vertiefen? Hier ein paar Literaturempfehlungen:

Baer U, Frick-Baer G. Wie Traumata in die nächste Generation wirken. Untersuchungen, Erfahrungen, therapeutische Hilfen. Neukirchen-Vllyn: Semnos; 2012

Hantke L, Görge H-J. Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann; 2012

Huber M. Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann; 2003

Haupt-Scherer S. Traumakompetenz für die Kinder- und Jugendarbeit. Einführung in die Psychotraumatologie und Traumapädagogik. Amt für Jugendarbeit der Evangelischen Kirche von Westfalen; 2017

Hudnall Stamm B, Hrsg. Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann; 2002

Korittko A. Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Carl-Auer: Heidelberg; 2016

Korittko A, Pleyer KH. Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Vandenhoeck & Ruprecht; 2013

Krüger A. Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Patmos: Ostfildern; 2017

Reddemann L, Dehner-Rau C. Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. 4., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Trias; 2013

Weiß W, Kessler T, Gahleitner S B (Hrsg.) Handbuch Traumpädagogik. Weinheim: Beltz; 2016

14 Literatur



- Ainsworth MDS, Wittig B. Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation. In: Grossmann KE, Grossmann K, Hrsg. Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2003: 112–144
- Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält den Menschen gesund. Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionstand und Stellenwert. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Erweiterte Neuauflage. Köln: BZgA; 2001
- Bibliographisches Institut. Stichwort Dissoziation; Im Internet: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Dissoziation>; Stand: 24.07.2018
- Bibliographisches Institut. Stichwort Haltung. Im Internet: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Haltung>; Stand 01.09.2018
- Bibliographisches Institut. Stichwort Trauma; Im Internet: <http://www.duden.de/rechtschreibung/Trauma>; Stand: 17.06.2018
- Brisch KH. Der Einfluss von traumatischen Erfahrungen auf die Neurobiologie und die Entstehung von Bindungsstörungen. Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin 2004; 1: 29–44
- Bürgerliches Gesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Januar 2002 (BGBl. I S. 42, 2909; 2003 I S. 738), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Juli 2017 (BGBl. I S. 2787) geändert worden ist. § 1631 (2)
- Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik. Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik; 2011
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) ICD-10-GM. Version 2018. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification.
- Figley CF. Mitgefühlerschöpfung. Der Preis des Helfens. In: Hudnall Stamm B, Hrsg. Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann; 2002: 41–59: 41

- Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. München: Reinhardt; 2009
- Flatten G, Gast U, Hofmann A, et al. S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 2011; 3: 202–210
- Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H: Maltreatment in childhood and adolescence—results from a survey of a representative sample of the German population. Dtsch Arztebl Int 2011; 108(17): 287–94. DOI: 10.3238/arztebl.2011.0287
- Hantke L, Görges H-J. Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann; 2012
- Haupt-Scherer S. Traumakompetenz für die Kinder- und Jugendarbeit. Einführung in die Psychotraumatologie und Traumapädagogik. Amt für Jugendarbeit der Evangelischen Kirche von Westfalen; 2017
- Huber M. Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. 5. Aufl. Paderborn: Junfermann; 2012
- Huber M. Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. 4. Aufl. Paderborn: Junfermann; 2009: 276
- Hüther G. Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. In: FORUM: Internetzeitschrift des Landesverbandes für Kinder in Adoptiv- und Pflegefamilien S-H e. V. (KiAP) und der Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie (AGSP); 2002; im Internet: <http://www.agsp.de/html/a34.html>; Stand 1.11.2018
- Keilson H. Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Gießen: Psychosozial; 2005
- Kinderschutz-Zentrum Berlin e. V. (Hrsg.). Kindeswohlgefährdung. Erkennen und Helfen. 11., überarbeitete Auflage; 2009
- Korritko A. Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen. Störungen systemisch behandeln. Heidelberg: Carl-Auer; 2016
- Korittko A, Pleyer KH. Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Vandenhoeck & Ruprecht; 2013: 37
- Korittko A. Das erstarrte Mobile. Wenn eine Familie ein Trauma von außen trifft (2012). Im Internet: <http://www.alexanderkorittko.de/downloads>; Stand 4.11.2018
- Krüger A. Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Ostfildern: Patmos; 2007
- Lemke J. Sekundäre Traumatisierung. Klärung von Begriffen und Konzepten der Mittraumatisierung. 5. Aufl. Kröning: Asanger; 2017

- Maercker A. Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker A, Hrsg. Posttraumatische Belastungsstörung. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013: 13–34
- Maercker A. Psychologische Modelle. In: Maercker A, Hrsg. Posttraumatische Belastungsstörung. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013: 34–49
- Meaney MJ, Mitchell JB, Aitken DH et al. The effects of neonatal handling on the development of the adrenocortical response to stress: implications for neuropathology and cognitive deficits in later life. Psychoneuroendocrinology 1991; 16: 85–103.
- Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. New York: W. W. Norton & company; 2006
- Pschyrembel Online. Stichwort: Dissoziation; Im Internet: <https://www.pschyrembel.de/Dissoziation%20%5BPsychologie%5D/K0638;> Stand: 24.07.2017
- Reddemann L, Dehner-Rau C. Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. 4., vollst. überarb. Aufl. Stuttgart: Trias; 2013
- Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen. Vollständig überarbeitete Neuauflage. Stuttgart: Klett-Cotta; 2016
- Rogers CR. Der neue Mensch. Stuttgart: Klett-Cotta; 1981
- Ruppert F. Trauma, Bindung und Familienstellen. Seelische Verletzungen verstehen und heilen. 5. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2012
- Schmid M, Wiesinger D, Lang B, Jaszkwic K, Fegert JM. Brauchen wir eine Traumapädagogik? – Ein Plädoyer für die Entwicklung und Evaluation von traumapädagogischen Handlungskonzepten in der stationären Jugendhilfe. KONTEXT: Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie 2007: 330–357
- Stangl W. Stichwort: Kommunikation Überblick. Im Internet: [http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/KOMMUNIKATION/default.shtml;](http://www.stangl-taller.at/ARBEITSBLAETTER/KOMMUNIKATION/default.shtml) Stand 16.09.2018
- Stangl W. Stichwort: ‚Mentalisierung‘. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Im Internet: [http://lexikon.stangl.eu/4416/mentalisierung/;](http://lexikon.stangl.eu/4416/mentalisierung/) Stand 4.11.2018
- Tronick E. Still-face Experiment. Im Internet unter: [https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0;](https://www.youtube.com/watch?v=apzXGEbZht0) Stand: 26.07.2018

- United to End Female Genital Mutilation UFGM. Stichwort: Was ist FGM? Im Internet <https://uefgm.org/index.php/what-is-fgm/?lang=de>; Stand 08.10.2018
- Walter J. Epigenetik. Im Internet: <http://epigenetics.uni-saarland.de/de/home/>; Stand: 31.08.2018
- Weiß W. Phillip sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 8., durchgesehene Auflage. Weinheim: Beltz Juventa; 2016
- Weiß W, Kessler T, Gahleitner S B (Hrsg.) Handbuch Traumpädagogik. Weinheim: Beltz; 2016
- Weiß W. Traumapädagogik: Entstehung, Inspiration, Konzepte. In: Weiß W, Kessler T, Gahleitner S B (Hrsg.) Handbuch Traumpädagogik. Weinheim: Beltz; 2016: 20–32
- Wieskerstrauch L. Wie Kinder wieder lachen lernen: Hilfe nach dem Trauma. Ausgestrahlt am 23.02.2011. Im Internet <https://www.daserste.de/information/reportage-dokumentation/dokus/videos/wie-kinder-wieder-lachen-lernen-hilfe-nach-dem-trauma-100.html>; Stand 16.09.2018

15 Musterlösungen zu den Kontrollaufgaben

Aufgabe 1:

Ein Trauma ist eine Wunde (Duden)

„ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen
Situationsfaktoren und den individuellen

Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser
Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und
Weltverständnis bewirkt“



Aufgabe 2:

Man-made-Trauma, Naturkatastrophen, kollektives Trauma

Typ 1 (kurzfristig), Typ 2 (länger andauernd), medizinisch bedingte Traumaursachen

Existenztrauma, Verlusttrauma, Bindungstrauma, Bindungssystemtrauma

Aufgabe 3:

Im Prinzip jede*r: Kinder, deren Eltern, Kolleg*innen, ich selbst

Aufgabe 4:

- Naturkatastrophen
- Krieg, Vertreibung, Flucht, Folter
- Unfälle
- schwere Erkrankungen und medizinische Behandlungen, traumatische Geburten
- körperliche, sexualisierte oder psychische Gewalt
- der Verlust von nahestehenden Personen
- Kindesmisshandlung und -vernachlässigung
- das Miterleben von traumatischen Situationen als Zeuge
- transgenerationale Traumatisierung – darunter wird verstanden, wenn in der nächsten Generation Traumafolgen sichtbar werden, obwohl diese selbst keine traumatische Erfahrung gemacht haben

- Sekundärtraumatisierung: der Kontakt mit Traumafolgen als Helfer*in kann zur Ausbildung von Symptomen führen

Aufgabe 5:

Bei Gefahr wird die Amygdala aktiviert, die in Bruchteilen von Sekunden einen Notfallmechanismus in Gang setzt:

Aktivierung von Kleinhirn (Motorik) und Stammhirn (Herzschlag, Atmung), Ausschüttung von Stresshormonen (Noradrenalin und Adrenalin), Ausschüttung von Glucose, der Körper wird auf Kampf oder Flucht vorbereitet.

Die Verbindung zwischen Hippocampus und Neocortex wird unterbrochen. Dadurch werden Erinnerungen nicht mehr biografisch, episodisch und narrativ, sondern vornehmlich als Erinnerungsfragmente im limbischen System abgespeichert.

Die Verbindung zum Brocazentrum (Sprachzentrum) ist gestört.

Aufgabe 6:

Fight or flight (Kampf oder Flucht), falls das nicht möglich ist: freeze and fragment (Erstarrung und fragmentierte Abspeicherung von Erinnerung).

Aufgabe 7:

Hohes Stresslevel beeinflusst das Lernen und die Entwicklung:

- Defizite auf der Ebene der sensorischen Integrationsfähigkeit, z. B. Körperempfinden,
- Schmerzempfinden, Bewegungskoordination
- vielfältige Verhaltensstörungen
- Defizite auf der Ebene von Lernen und Gedächtnis
- Dissoziative Symptome
- Gestörte Affektregulation
- unterschiedliche psychiatrische Störungsbilder wie zum Beispiel Somatisierungsstörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörung, Drogenabhängigkeit, selbstverletzendes Verhalten, Depressionen, Zwangsstörungen, Ess-Störungen, Angst-Störungen, ADHS ...
- Beziehungsfähigkeit

- Bereits erworbene Kompetenzen können verloren gehen (Sprache, soziales Verhalten, Sauberkeit, Essverhalten ...)
- Übererregung kann sich in Form von Schlaf- und Konzentrationsstörungen zeigen

Aufgabe 8:

Zum Beispiel:

Veränderungen im Selbstbild und Selbstvertrauen

Misstrauen den eigenen Wahrnehmungen gegenüber

Sich selbst nicht mehr gut spüren

Selbstverletzendes Verhalten

Verändertes Ess- und Trinkverhalten

Dissoziationen/Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung eigener Gefühle

Aufgabe 9:

Zum Beispiel:

Erschwerter Beziehungsaufbau

Vermeidung von Kontakt und Bindung oder Nähebedürfnis

Konflikte

Ängste

Erschwerte Eingewöhnung in die Kita

Schwierigkeiten im Übergang (Zuhause → Kita, Kita → Zuhause)

Schwierigkeiten im Kontakt mit anderen Kindern

Aufgabe 10:

In der pädagogischen Arbeit mit Kindern haben wir es immer mit zwei Generationen zu tun: Eltern und Kinder. Die Belastungen der Eltern können sich im Verhalten und der Entwicklung von Kindern zeigen. Um diesen Kreislauf unterbrechen zu können, ist Wissen um die Weitergabe von Traumatisierungen und deren Auswirkungen bedeutsam.

Aufgabe 11:

Die Weitergabe kann auf psychosozialem oder epigenetischem Wege erfolgen.

Aufgabe 12:

Zum Beispiel in Kindertageseinrichtungen, Schulen, die Arbeit im familiären Setting, Migrationsarbeit, Pflegekinderdienste, Behindertenhilfe, Psychiatrie. In allen Bereichen, in denen (sozial-)pädagogisch mit Kindern und Jugendlichen gearbeitet wird, die Traumafolgen zeigen.

Aufgabe 13:

„Wir verstehen „Traumapädagogik“ somit als die konsequente Anwendung des aktuellen Wissensstandes über die Folgen und Symptome von Traumatisierungen zur Gestaltung des sozialpädagogischen Alltags, zur Sicherstellung eines stabilisierenden, ‚sicheren‘ Milieus auf der Wohngruppe und bei Besuchskontakten sowie zur gezielten, individuellen heilpädagogischen und erlebnispädagogischen Förderung in den prototypischen Problembereichen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen.“

Aufgabe 14:

Wertschätzung für Personen und bisherige Lösungsversuche, Authentizität

Aufgabe 15:

Partizipation, Transparenz, Spaß und Freude, Ressourcenorientierung

Aufgabe 16:

Zum Beispiel

- das Modell des Denkers (Neocortex) und Häschen (für die älteren Hirnanteile)
- das dreiteilige Gehirn mit Eidechsenhirn, Katze und Professor
- Traumaschachtmodell

Aufgabe 17:

- Die Hautfarbe wird bleich/weiß
- Der Puls beschleunigt sich
- Die Atmung wird schneller und flacher
- Kalter Schweiß bildet sich
- Zittern, Frieren
- Es kann Übelkeit oder Schwindel auftreten
- Eventuell kotet oder nässt das Kind ein
- Das Kind wirkt wie festgefroren, unfähig sich zu bewegen
- Es wirkt abwesend, als wenn es weit weg wäre, ist nicht ansprechbar
- Das Kind wirkt extrem verängstigt, der Blick ist ausdruckslos oder auch sehr ängstlich
- Haltloses Schreien bei Säuglingen oder Erstarrung

Aufgabe 18:

S – stabilization of the situation / Stimulationsreduktion, Stabilisierung der Situation

A – acknowledgement of the crisis / Akzeptanz der Krise

F – facilitation of understanding / Falsche Bewertungen korrigieren

E – encourage adaptive coping / Erklärung von normalen Stressreaktionen

R – restoration of adaptive, independent functioning / Rückführung in die Alltagsroutine

Aufgabe 19:

- Für nicht zu tief gehende Gespräche bereitstehen, die der Einordnung dienen.
- Sich in Gesprächen nicht auf Details des Traumas konzentrieren, sondern das Vorher und Nachher thematisieren: Was war, als es noch/wieder gut war?
- Auf die körperlichen Reaktionen des Kindes achten. Falls Stress-Symptome wahrgenommen werden, das Gespräch unterbrechen und zunächst wieder Sicherheit und Wohlbefinden ermöglichen.
- Für regelmäßige Strukturen und Abläufe sorgen, das verheißt Sicherheit und Kontrolle.
- Aufwühlende und stressige Erfahrungen sind zu vermeiden.
- Für ausreichend Schlaf, Bewegung und gute Ernährung sorgen.

Aufgabe 20:

- Vor dem Beginn: alles noch in Ordnung.
- Beginnende Veränderungen: Die Bedrohung rückt näher.
- Chronifizierung der Bedrohung: die Verfolgung wird zur Normalität.
- Die Flucht: Jahre andauernde Bedrohung.
- Das Ankommen: immer noch keine Sicherheit und Ruhe.
- Anpassung: Ruhe tritt ein, Neuaufbau kann beginnen. Häufig treten in dieser Phase Symptome auf.

Aufgabe 21:

Einsatz von Sprachmittlern, Bilderbüchern, Gefühlskarten. Freundlicher Tonfall, eine beruhigende Stimme und zugewandte Blicke vermitteln Sicherheit und beruhigen das aktivierte Bindungssystem.

Aufgabe 22:

Bei dem Begriff Sekundärtraumatisierung handelt es sich um einen Überbegriff, der darauf verweist, dass man Traumafolgen entwickeln kann, ohne persönlich eine traumatische Situation erlebt zu haben.

Aufgabe 23:

Mitgefühlerserschöpfung (compassion fatigue)

Stellvertretende Traumatisierung (vicarious traumatization)

Sekundäre Traumatische Belastungsstörung (STBS)

Aufgabe 24:

Blame the victim

Ausbeutung von Schutzbefohlenen auf körperlicher, emotionaler oder sexueller Ebene

Zynismus

Resignation

Beziehungsabbruch

Die Symptome einer STBS ähneln denen der PTBS.

Aufgabe 25:

Selbstfürsorge beachten:

Zeitplanung entsprechend gestalten

Achtsamkeit sich selbst gegenüber: Symptome und Veränderungen bei sich selbst wahrnehmen, in belastenden Gesprächen für sich selbst sorgen, bei sich bleiben, für Unterbrechungen sorgen, im gemeinsamen Tun reden

Regulation von Nähe und Distanz

Ausgleich zwischen Arbeit und Freizeit

Bewusstmachung eigener Verletzungen

Aufgabe 26:

Bereitstellung von räumlicher und personeller Ausstattung

Schaffung von Fortbildungsmöglichkeiten

Schaffung von Reflexionsmöglichkeiten (kollegiale Beratung, regelmäßige und Krisensupervision)