

KiTa Bremen

„Mehr Sicherheit für die Arbeit mit zutiefst Verunsicherten“
Einführung in Trauma bei Kindern und traumapädagogische Ansätze

Ein Vortrag von Lucia Jungbluth
24.05.2019

Bremer Institut für Traumapädagogik

Fort- und Weiterbildungen • Fachberatung

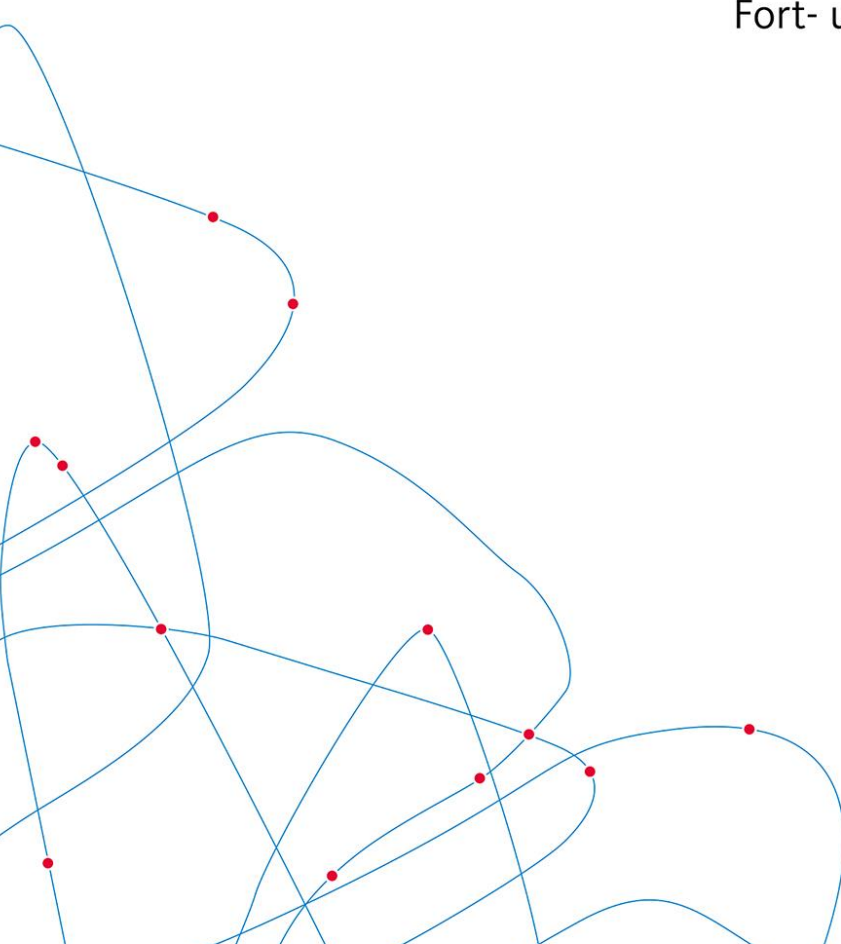
Regina Sänger • Diplom-Psychologin

Telefon 0421 / 20 67 862

Langenstrae 53 28195 Bremen

kontakt@traumapaedagogik-bremen.de

www.traumapaedagogik-bremen.de



Wie entsteht ein Trauma?

Der Begriff Trauma kommt aus dem Griechischen und bedeutet Wunde oder Verletzung. Er wird auch in der Medizin verwendet, hauptsächlich im hirnrnorganischen Bereich: Hirntrauma, Schleudertrauma.

Ein Psychotrauma ist eine seelische Wunde, die durch ein oder mehrere lebensbedrohliche Ereignisse entstanden ist. Dabei wurden extreme Gefühle von Angst, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein ausgelöst und die Bewältigungsmechanismen eines Menschen schlicht überfordert. Ein solches Erlebnis oder auch schon die Beobachtung erschüttert das Selbst- und Weltverständnis und kann lang anhaltende Belastungsreaktionen hervorrufen.

Konkret wird ein Erlebnis zu einem traumatischen Ereignis, wenn es folgende Eigenschaften aufweist:

- Lebensgefahr – direktes persönliches Erleben einer Situation, die mit dem Tod, seiner Androhung, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder einem Nahestehenden zu tun hat
- Plötzlicher unerwarteter Tod einer nahestehenden Person durch ein Unglück, Gewalt oder eine akut aufgetretene Krankheit
- Zeuge sein – auch das Beobachten derartiger Ereignisse kann ein Trauma erzeugen
- Flucht oder Verteidigung sind nicht möglich oder führen nicht zu einem Nachlassen der Bedrohung, die Verarbeitungsmechanismen sind überfordert
- Die traumatische Situation geht mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen einher. Das Urvertrauen in das Gute der Welt wird erschüttert, die Welt wird als bedrohlich, gewaltvoll und unsicher betrachtet
- Das persönliche Selbstverständnis wird erschüttert, die Vorstellung der eigenen Unversehrtheit oder Unsterblichkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden

Die moderne Psychotraumatologie unterscheidet mittlerweile zwischen verschiedenen Typen von Trauma:

TRAUMA-EREIGNIS		EINMALIG	ANHALTEND
SCHICKSALSSCHLÄGE z.B. Naturkatastrophe, Krankheit, Unfall		Ereignis	Serie
MAN MADE DISASTER	<i>fremde Personen</i>	z.B. Überfall, Entfuh- rung, Vergewaltigung	z.B. sexuelle Übergriffe durch Fremde
	<i>Bindungspersonen</i>	z.B. ein Übergriff im familiären Kontext	emotionale, körperliche, sexuelle Misshandlung Vernachlässigung

Traumareaktion

Ausgangspunkt sind tatsächliche, extrem stressreiche äußere Ereignisse. Damit ein Ereignis aber zum Trauma für einen Menschen werden kann, muss eine Dynamik in Gang kommen, die sein Gehirn „in die Klemme bringt“ und es nötigt, auf ganz besondere Weise mit diesem Ereignis umzugehen:

= äußeres stressreiches Ereignis

 Überflutung mit aversiven Reizen (= feindliche, unbewaltigbar scheinende Reize)

 Nicht dagegen ankämpfen können – no fight

 Nicht davor fliehen können – no flight

 Konsequenz: Freeze and Fragment

Ein Ereignis, das vom Gehirn als eine äußerste Bedrohung erkannt wird: Das Informationsverarbeitungssystem Gehirn – in der Wahrnehmung der Person das eigene Selbst – wird so überflutet, dass die Person den Eindruck bekommt, als „ginge jetzt nichts mehr“, als sei „jetzt alles aus“.

Reaktionsmuster: No Fight – No Flight (nach Michaela Huber 2005):

Die Fight-oder-Flight-Reaktion (Kämpfen oder Flüchten) bei als gefährlich erkannten Situationen ist ein instinktiver, automatischer Reflex aus der Frühgeschichte des Menschen und hat keine Verbindung zu den Grohirnregionen, mit denen der Mensch vernunftig denken kann. So kann z.B. bei einer Massenpanik die Flight-Reaktion nicht die Rettung sein, sondern eine „unvernunftige“ zusätzliche extreme Gefährdung. In einer solchen Situation besteht Rettung eher darin, zu warten, bis auch der Teil des vorderen Großhirns sich einschaltet, der z.B. die Planung eines „geordneten Rückzugs“ möglich macht. Wenn es einer Person allerdings gelingt, in einer gefährlichen Situation zu kämpfen, sich erfolgreich zu wehren oder zu flüchten wird dieses Ereignis möglicherweise als stark belastend empfinden, aber wahrscheinlich nicht als Trauma speichern. Kann jedoch weder der Flucht- noch der Kampfreflex erfolgreich in die Tat umgesetzt werden, setzt eine innere Erstarrung ein.

Reaktionsmuster: Freeze und Fragment:

Mit dem Beginn der Freeze-Reaktion ist klar: Jetzt findet für den Menschen das Ereignis als Trauma statt. Freeze – wörtlich übersetzt mit Einfrieren – meint auch eine Lahmungsreaktion und eine Entfremdung vom aktuellen Geschehen. So werden die äußeren Fight- und Flightimpulse innerlich angewandt: der aggressive Reiz wird bekämpft und dem Organismus erlaubt, sich innerlich davon zu distanzieren. Endorphine (schmerzbetaubende körpereigene Opiate) betäuben Schmerz und Panik und neutralisieren auch akute Todesangst.

Noradrenalin blockiert die Integration der Wahrnehmung und erzeugt den sog. Tunnelblick. „Normale“ Reaktionen wie Schreien, um Hilfe rufen oder weinend Zusammenbrechen, finden oft erst dann statt, wenn der Mensch wieder in Sicherheit ist und das gesamte Gehirn wieder aus dem Alarmzustand heruntergeschaltet ist. Aber dies geht solange nicht, wie die Person innerlich erstarrt ist.

Fragment – dann setzt ein Fragmentieren / Zersplittern der Erfahrung ein: Die einzelnen Splitter werden so „weggedrückt“, dass das Ereignis nicht mehr zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden kann.

All dies dient dazu, überwältigende Erfahrungen überstehen zu können. Diese Schutzreaktionen werden auch als Abwehrmechanismen bezeichnet (Dissoziation, Verdrängung etc.). Diese abgespaltenen Funktionen sind wertvolle Fähigkeiten, die der Lebensbewältigung dienen. Problematisch werden diese Mechanismen erst, wenn sie weiter in Kraft bleiben, lange nachdem die eigentliche Gefahr vorüber ist.

Sie führen zu automatischen Reaktionen, die den aktuellen Situationen nicht angemessen sind, die man aber nicht kontrollieren kann. Dies tritt dann auf, wenn es keine Möglichkeit gibt, die traumatische Erfahrung im Nachhinein zu verarbeiten.

Wirkungen eines traumatischen Erlebnisses auf Kinder

Ein traumatisches Erlebnis erschüttert

- das Vertrauen in die Welt und in das Leben: Das Gefühl, geborgen zu sein, und der Glaube an eine „gerechte“ Welt gehen verloren,
- die Werte, an die man bisher geglaubt hat, z.B. die Vorstellungen von „gut“ und „böse“,
- die Regeln, nach denen das Leben funktioniert hat – nichts hat noch Sinn (warum soll man noch Zähne putzen oder in die Schule gehen?)
- das Vertrauen in andere Menschen, z.B. bei körperlicher Gewalt, sexuellen Übergriffen, Vernachlässigung oder Krieg. Bei Gewalt in der Familie oder nahen Beziehungen kann insgesamt die Bindungs- und Beziehungsfähigkeit des Kindes stark beeinträchtigt werden.

Ein traumatisches Erlebnis unterbricht

- das bisherige Leben, weil es eine plötzliche Begegnung mit Lebensgefahr oder Tod ist, die alle Gefühle und Gedanken durcheinanderbringt und bislang entwickelte Bewältigungsmechanismen überfordert,
- Vergangenheit und Zukunft: die Verbindung zwischen gestern und heute ist unterbrochen, die Zukunft verliert ihre Vorhersagbarkeit (es ist nicht mehr klar, dass man den nächsten Geburtstag wieder feiern wird, dass der Sommer kommt und Weihnachten),
- Es stellt sich ein gedankliches und gefuhlmasiges Festhalten an das Ereignis ein, dass auch Spuren im Körper hinterlässt, z.B. in der Hormonproduktion, bei der Informationsverarbeitung des Gehirns, dem körperlichen Erregungsniveau,
- Die Schwierigkeit oder gar Unmöglichkeit, über das Geschehene zu sprechen, kann bei Kindern ein tiefes Gefühl der Isolation und des Nicht-verstanden-Werdens auslösen. Dadurch kann sich ihr Verhältnis zu Eltern, Geschwistern, Freunden oder allgemein anderen Menschen ändern.

Erst wenn sich die traumatischen Reaktionen zurückgebildet haben, erscheint die Zukunft weniger beängstigend.

Traumafolgen

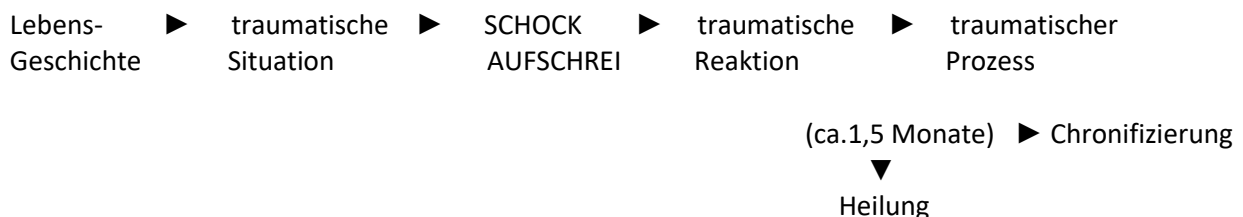
Trauma ist eine unterbrochene Handlung (Fight/Flight), die leer läuft und uns hilflos zurücklässt. Dem Gehirn bleibt nichts übrig als der Auflösung des Selbst zu entkommen durch Freeze, also eine Lahmungsreaktion, Distanzierung vom Geschehen, dissoziative Trance sowie Fragment: die Erfahrung wird zersplittert, nicht zusammenhängend wahrgenommen und erinnert. Ein lange andauerndes und /oder sich wiederholendes Trauma erschüttert bzw. vernichtet die gesunden psychischen Annahmen über das Selbst und die Welt, es zerstört die vitalsten Lebensbedurfnisse des Menschen.

Nach der ersten Schockphase folgt eine Phase, in der die Betroffenen nicht wahrhaben wollen und können, was passiert ist. Sie erleben das Geschehen, als wären sie in einem Film, als schauten sie sich selbst dabei zu oder als wäre es nicht ihnen passiert. Manche fühlen sich oder vor allem ihren Körper, wie eine Maschine. Manche werden teilnahmslos, ziehen sich zurück, sind nicht ansprechbar.

Andere sind aufgewühlt, stehen unter starker Anspannung, müssen sich bewegen, können nicht ruhig bleiben. Wieder andere fangen an zu schreien oder weinen laut. Je nach Temperament verscharfен sich die Verhaltensweisen: ein ängstliches Kind wird noch ängstlicher, ein weinerliches Kind noch weinerlicher etc.

Traumatisierte Menschen leben in einem konstanten Spannungsfeld, in dem sie versuchen einen Kompromiss zwischen der unterbrochenen Handlung und dem so genannten traumakompensatorischen Schema (was wirkt noch vom Trauma, Ursachenzuschreibung, präventive Gedanken, Selbstheilungsgedanken) zu schließen. In der Folge entwickeln sich bei fast allen Menschen einige Symptome, die in der Regel in sechs Wochen bis maximal drei Monaten nach dem traumatischen Ereignis (wenn es sich um ein einmaliges Typ I-Trauma handelt!) wieder abklingen. Diese Symptome sind normale Reaktionen auf ein außergewöhnliches Ereignis. Sie sind anstrengend zu durchleben, verursachen psychisches Leid und immer wieder Angst, „verrückt“ zu werden.

Chronifizierung der Traumafolgen



Symptome und Verhaltensweisen, die auf eine Traumatisierung hinweisen

Posttraumatische Belastungsstörung PTBS -Diagnosekriterien

1. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
 - Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten
 - Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen
2. Das Störungsbild dauert länger als ein Monat an und verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
3. Die Person zeigt Symptome aus **allen** nachfolgenden Symptomgruppen:

Intrusionen (Wiedererleben)

Intrusionen bedeuten das erneute Durchleben/Wiedererleben von Trauma, sich ins Gedächtnis drängende Erinnerungen und Gedanken an ein traumatisches Erlebnis in Form von in Form von Körperempfindungen, fragmentarischen bildhaften Fetzen, das Erlebte drängt an die Oberfläche des Bewusstseins (Flashbacks, Albtrume, Nachhallerinnerungen, Gedanken, Grübeln, Pseudohalluzinationen).

Bei Kindern: Post-traumatisches Spiel

Kinder drücken traumatische Erlebnisse auf kreative Weise und im Spiel aus: Sie malen oder spielen mit Puppen, Figuren oder Bauklötzen. Selbst wenn Kinder nicht - oder noch nicht - über das Erlebte sprechen können, drücken sie es in ihrem Spiel aus und teilen sich dadurch mit. Dabei stellen sie realitätsgetreu oder symbolhaft nach, was sie erlebt haben. Wird dieses Spiel häufig oder zwanghaft wiederholt, spricht man von Post-traumatischem Spiel. Dennoch unterscheidet sich die Wiederholung des traumatischen Geschehens im Spiel wesentlich von einer Bearbeitung einer traumatischen Erfahrung. Im unbegleiteten Spiel werden oft Gefühle aktiviert, die mit dem Erlebten in Verbindung stehen und das Kind erfährt nur selten Entlastung oder Erleichterung. Vielmehr kann dieses Spiel auch retraumatisierende Situationen auslösen und die traumaspezifischen Symptomeverstarken. Wenn das Kind während des Spiels wie in Trance, abwesend oder erstarrt wirkt, soll das Spiel unterbrochen werden. Unter professioneller (traumatherapeutischer) Begleitung kann dieses Spiel zur Bearbeitung sinnvoll aufgegriffen werden.

2. Konstriktion (Vermeidung)

bedeutet Vermeidung aller Reize, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten sowie Einengung der Vitalität und des Verhaltens. Sie kann sich als emotionale Betäubung, Stumpfheit (Numbing), Lust- und Freudlosigkeit, innere Lähmung, anhaltende Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, soziale Isolation äußern.

Bei Kindern: Regression

Viele Klein- und Schulkinder zeigen als Traumafolge auch regressives Verhalten. Sie verlieren Fähigkeiten, die sie schon erworben hatten z.B. in den Bereichen Sprache, Motorik und Kontrolle der Körperfunktionen. Regression wird dem Traumafolgesymptom „Vermeidung“ zugeordnet, da Kinder durch die Regression auf frühere Verhaltensweisen zurückgreifen, die mehr Sicherheit versprechen. Entwicklungs-Herausforderungen werden als Überforderung erlebt und lösen Ängste aus.

Dissoziation

Dissoziation gehört in die Symptomgruppe der Vermeidung. Sie stellt das Gegenteil von Assoziation (Zusammenfügen) dar – bedeutet Trennen und Abspalten. Es wird zwischen alltäglicher und pathologischer Dissoziation unterschieden. In der Psychotraumatologie bedeutet Dissoziation einen Zustand, in dem Gedanken und Gefühle getrennt werden bzw. die Integrität des Erlebens und des Handelns verloren geht. In traumatischen Situationen schützt Dissoziation davor, von Angst, Schmerz und eskalierender Erregung überwältigt zu werden und hilft somit Erfahrungen auszuhalten, die jenseits des Erträglichen sind.

Formen von Dissoziation:

- Alltagsdissoziation: Tagträumen, „Autobahnhypnose“,
- Amnesie (Fehlen wichtiger Erinnerungen zur eigenen Geschichte weit über das Maß der normalen Vergesslichkeit hinaus)
- Veränderung der sinnlichen Wahrnehmungen
- Depersonalisation (Veränderung der Selbstwahrnehmung, die Person fühlt sich fremd im eigenen Körper – sie beobachtet sich von außen, reagiert aber völlig angemessen auf ihre Umwelt)
- Derealisation (Gefühl der Unwirklichkeit, die Umwelt wird als fremd oder verändert wahrgenommen)
- Konversionsstorungen und Somatisierung (Verschiebungen von traumatischen Erfahrungen in körperliche Symptome, oft als "psychosomatische Störungen" bezeichnet)

- Dissoziative (multiple) Persönlichkeitsstörung: bei einer Person sind mehr als eine getrennte, völlig unterschiedliche Identität oder Personlichkeitszustande vorhanden, die im Wechsel ihr Verhalten bestimmen)

3. Hyperarousal (Übererregung)

Bedeutet unuermaige Aufmerksamkeit, Schreckhaftigkeit und s.g. „hysterische Reaktionen“. Auf eine existentielle Bedrohung reagiert der Organismus mit einer Übererregung, die nicht abgebaut werden kann, sondern im Nervensystem „hängen bleibt“. Dies führt dazu, dass traumatisierte Kinder schon auf kleine Reize, die an das Trauma erinnern, wie auf eine Vernichtungsdrohung reagieren.

Folgen: Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen, Schreckreaktionen, aggressives Verhalten, Wutausbrüche, Schwierigkeiten mit der Impulskontrolle

Eine PTBS - Diagnose (Posttraumatisches Belastungssyndrom) wird gestellt, wenn eine Person alle vier beschriebenen Symptome zeigt. Kinder und Jugendliche zeigen zwar ähnliche Symptome wie Erwachsene, die Symptombildung ist aber altersabhängig. Jüngere Kinder reagieren eher mit Angst und regressivem Verhalten während ältere Kinder eher aggressives Verhalten und somatoforme Symptome zeigen. Erst Jugendliche reagieren mit dem Vollbild von PTBS.

Traumafolgesymptome bei Kindern im Vorschulalter

Neben den allgemeinen Symptomen posttraumatischer Belastung wie Wiedererleben, Vermeidung, Übererregung und dissoziative Zustände lassen sich die Verhaltensauffälligkeiten bei Mädchen und Jungen noch als altersspezifische Reaktionen darstellen.

Das Kind verliert viele bereits erworbene Fähigkeiten und Fertigkeiten, es fällt in eine frühere Entwicklungsstufe zurück (Regression). Eine solche regressive Entwicklung hat immer den Sinn, maximalen Schutz zu aktivieren – und der ist deutlich in den ersten Lebensjahren angesiedelt, daher übernehmen Kinder die typischen Verhaltensmuster ihrer ersten Lebensjahre. Bei wiederholter Traumatisierung innerhalb der ersten drei Lebensjahre findet entsprechend zunächst keine Weiterentwicklung statt, mit der Gefahr, dass die psychischen und physischen Fähigkeiten gar nicht oder nur in verminderter / gestörter Weise erworben werden.

Typische Verhaltensauffälligkeiten in der Altersgruppe sind:

- Anklammern, Erstarren, Zittern
- Angst vor Dunkelheit, Alleinsein, unbekanntem Menschen oder Tieren
- starke Unruhe in der Nacht, gestörter Schlaf
- Kontrollverlust über Blase und Darm (auch tagsüber) bzw. Bettnässen
- Rückfall in der Sprachkompetenz
- vermehrtes Hilfefehlen durch Weinen oder Schreien
- Post-traumatisches Spiel

Trauma und Mentalisierung

Mentalisierung bedeutet nach Fonagy die „Fähigkeit, das eigene Verhalten oder das Verhalten anderer Menschen durch Zuschreiben mentaler Zustände zu interpretieren“. Die Fähigkeit zu mentalisieren entwickelt sich in einer sicheren Bindungsbeziehung zu Bezugspersonen bereits in den ersten Lebensmonaten.

Sozialer Austausch ermöglicht dem Kind, Emotionen zu unterscheiden, zu verstehen und zu kontrollieren sowie die eigene Aufmerksamkeit zu steuern.

Mentalisierung heißt, eine Vorstellung davon zu haben, welche gedanklichen Gründe für das Verhalten eines Menschen vorliegen könnten. Es umfasst die Fähigkeit:

- sowohl bei sich selbst als auch in anderen Menschen, psychische Vorgänge zu vermuten wie Wünsche, Gedanken und Überzeugungen, die dem Handeln zugrunde liegen
- sich selbst zu mentalisieren, also reflexiv zu erfassen, welche Erfahrungen in der Vergangenheit und Gegenwart zu den jetzigen Wünschen, Gedanken und Überzeugungen geführt haben

In traumatischen Situationen werden die mit Erinnerung und Mentalisierung assoziierten Hirnareale vorübergehend gehemmt - Mentalisierung wird stillgelegt. Das nicht-mentalisierte Trauma dauert fort, gefährdet geistige Funktionen und beeinträchtigt auch neue Beziehungen.

Durch Trauma eingeschränkte Mentalisierungsfunktion bedeutet vor allem unter Stress verminderte Fähigkeit:

- über eigene und fremde mentale Zustände nachzudenken
- sich selbst und wichtige Bezugspersonen als durch Bedürfnisse und Wünsche motiviert wahrzunehmen
- Hypothesen über mentale Zustände oder Motive anderer Personen zu bilden
- unterschiedliche Perspektiven einzunehmen ohne sofort zu handeln.
- ohne Anwesenheit anderer Menschen in der „Container“ - Funktion auszukommen
- das Selbstgefühl ohne heftige Affekte zu erhalten

Niedrige Frustrationstoleranz traumatisierter Kinder

Die Frustrationstoleranz ist eine Persönlichkeitseigenschaft, die die individuelle Fähigkeit beschreibt, eine frustrierende Situation über längere Zeit auszuhalten, ohne die objektiven Faktoren der Situation zu verzerren. Sie wird durch traumatische Erfahrungen in der Kindheit stark beeinträchtigt. Traumatisierte Kinder sind oft schon durch kleinste Probleme aus der Fassung zu bringen und werden bei einer geringen Frustration wütend oder weinen verzweifelt. Frustrationstoleranz gehört nicht zu den angeborenen Fähigkeiten sondern wird im Laufe der Kindheit schon ab dem Säuglingsalter erlernt. Zum einen können Kinder an Eltern und anderen Bezugspersonen beobachten, wie diese mit Enttäuschungen und Hindernissen umgehen. Zum anderen vermitteln Eltern auch direkt Einstellungen und Verhaltensweisen für solche Situationen.

Traumatisierte Kinder bekommen kaum Gelegenheit, Frustrationstoleranz zu entwickeln und reagieren auf kleinste Reize wie auf eine lebensgefahrdende Bedrohung: der neuronale »Fahrstuhlschacht« der Gefahrenabwehr bei Bedrohung der eigenen Existenz ist strukturell gebahnt und kann schnell genutzt werden. Das Kind wird direkt oder indirekt durch nicht zu erkennende Trigger unbewusst an die Gefühle aus den traumatischen Situationen erinnert und reagiert mit einer von außen betrachtet unangemessenen Heftigkeit. Vor allem vernachlässigte Kinder, deren existentielle Bedürfnisse nicht befriedigt wurden, sind besonders anfällig für Frustration.

Trauma und Bindung

Kinder, die wiederholt Gewalt, Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung ausgesetzt sind, nehmen Schaden in allen Bereichen kindlicher Entwicklung:

- Entwicklung des Gehirns
- Gestaltung von Beziehungen (Bindungsfähigkeit)
- Entwicklung der Identität
- Leistungsfähigkeit

Die menschliche Fähigkeit, sich zu binden, ist genetisch verankert. Bindungsforscher haben herausgefunden, dass die Grundlagen für die Entwicklung eines gesunden Bindungs- und Beziehungsverhalten in den ersten 12 Lebensmonaten bzw. bis zum Alter von drei Jahren gelegt werden. Wird ein Kind im ersten Lebensjahr vernachlässigt, nimmt es schweren Schaden, und die Chance auf einen annähernd normalen Sozialisationsverlauf ist sehr gering.

„Das Dilemma des traumatisierten Kindes besteht darin, dass Bindung lebensnotwendig und gleichzeitig lebensgefahlich ist.“ (Elizabeth Waites „Trauma and Survival“)

Das gequaltete Kind hat keine andere Chance, als sich dem misshandelnden Elternteil auch auf der Suche nach Schutz, Trost und Hilfe zuzuwenden. Der Verrat des Täters / der Täterin darf also nicht bemerkt werden. Der Anpassungsmechanismus Dissoziation ist hier nicht nur eine Abwehr der iberwaltigenden Qual, der iberstimulation und der entsetzlichen Gefühle, sondern auch eine wichtige Technik, um in äußerst brutalen und chaotischen Situationen Bindung aufrechterhalten zu können. Das Kind muss also Aspekte seines Selbst, die das Bösartige des Täters / der Täterin entdecken könnten, unterdrücken. Man nennt dies auch „Blindheit für den Verrat“.

Traumapädagogische Prinzipien

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit den speziellen Bedürfnissen von traumatisierten Mädchen und Jungen ist vor einigen Jahren Traumapädagogik entstanden. Traumapädagogik ibertragt die Erkenntnisse der Psychotraumatologie und Traumatherapie auf die Pädagogik. In diesem Sinne wird sie auch „Pädagogik des sicheren Ortes“ genannt:

Sicherer Ort

Traumatisierte Kinder und Jugendliche brauchen einen sicheren “äußeren” Ort für einen sicheren “inneren” Ort. Das Erleben von Schutz vor erneuter Traumatisierung, Sicherheit und Kontrollierbarkeit stellt eine wesentliche Grundlage dar, innere Stabilität wieder zu gewinnen. Sicherheit bedeutet: keine weiteren Verunsicherungen, belastende Ereignisse, Wechsel oder Veränderungen. Das Erleben von Sicherheit wird wesentlich durch Verlässlichkeit bestimmt, d.h. Einhalten von Vereinbarungen, Versprechungen und angekündigten Konsequenzen.

Kontrollierbarkeit bedeutet: Traumatische Erlebnisse sind meistens unkontrollierbare, plötzlich eintretende Ereignisse, bei denen Kinder erleben, dass sie kaum oder gar keinen Einfluss haben, die Kontrolle verlieren und sich hilflos ausgeliefert fühlen. Umso wichtiger ist es danach, dass sie wieder eine gewisse Vorhersehbarkeit und das Gefühl der Kontrolle erfahren können (Routine im Tagedablauf z.B. wirkt beruhigend und stabilisierend). Bitte beachten: Traumatisierte mögen keine iberberraschungen, weder negative noch positive!

Ausflüge und Unternehmungen frühzeitig vorher ankündigen, damit die Betroffenen sich auf die Situation einstellen können. So können traumatisierte Kinder und Jugendliche von neuem die Erfahrung machen, dass das Leben und die Welt wieder berechenbarer und kontrollierbarer werden.

Deeskalation bei traumabezogenen Wutausbrüchen

Aggressive Wutausbrüche gehören zu den typischen Verhaltensauffälligkeiten traumatisierter Mädchen und Jungen. Um sie entstehen zu lassen bedarf es einer „verhängnisvollen Allianz“ von zwei posttraumatischen Symptomen: Übererregung und Dissoziation:

- Übererregung bedeutet unermaige Aufmerksamkeit, Schreckhaftigkeit und s.g. „hysterische Reaktionen“. Auf eine existentielle Bedrohung reagiert der Organismus mit einer Übererregung, die nicht abgebaut werden kann, sondern im Nervensystem „hängen bleibt“. Dies führt dazu, dass traumatisierte Kinder schon auf kleine Reize, die an das Trauma erinnern, wie auf eine Vernichtungsdrohung reagieren. Reizbarkeit gehört neben Schlaf- und Konzentrationsstörungen und unermaigen Schreckreaktionen zu den sichtbaren Merkmalen der Übererregung.
- Dissoziation bei Traumatisierten tritt mit unterschiedlicher Intensität im Alltag als Reaktion auf starke Gefühle, insbesondere Frustration und können dazu führen, dass sich die Betroffenen während Konfliktsituationen nicht unter Kontrolle haben und handeln wie in Trance. Im Nachhinein erinnern sie sich oft nicht mehr daran, was vorgefallen ist.

Erschwerend kommt hinzu, dass traumatisierte Kinder in den Herkunftsfamilien gelernt haben, dass Gewalt ein probates Konfliktlosungsmittel darstellt. Dies führt dazu, dass es ihnen an anderem kognitiven Konfliktlosungsmuster fehlt. Auf dem Hintergrund langjähriger Erfahrungen im Umgang mit gewalttätigen Psychiatriepatienten haben MitarbeiterInnen der psychiatrischen Universitätsklinik Bern folgende Regeln zum Umgang mit Gewalttätigkeiten formuliert:

Gewalttätigkeit ist eine verzweifelte Form von Kommunikation, wenn andere Mittel nicht zur Verfügung stehen. Ziel der Bemühungen ist es daher, mit den Traumatisierten in eine nicht-schlagende Kommunikation zu treten.

Es gilt dabei, soziale Verhaltensweisen, Gesichtszüge, Gesten detailliert wahrzunehmen, um den Kontext einer Situation richtig zu erfassen und zu deuten. Der Raum soll genügend beleuchtet werden, damit die Kinder die Gesichtszüge erkennen können und merken, dass die BetreuerInnen ihnen gut gesinnt sind. Störende und ablenkende Lärmquellen wie Radio oder Straßenlärm durchs offene Fenster werden ausgeschaltet, damit die Kinder hören, was gesagt wird.

Gewisse Kinder fühlen sich bedroht, wenn man ihnen zu nahe tritt. Es soll also auf genügend Abstand geachtet werden und der Fluchtweg bleibt offen. Bisweilen - wenn sich die BetreuerInnen selbst bedroht fühlen - ist es besser, für sich selbst den Fluchtweg offen zu lassen!

Einer Gewalttätigkeit geht meistens eine symmetrisch eskalierende Beziehung voraus, in der zwei Beteiligte je auf ihrem Standpunkt beharren und immer lauter und immer beharrlicher darauf pochen, Recht zu haben. Bisweilen gelingt es, mindestens ein Thema oder einen Aspekt der Sache zu finden, in dem die traumatisierten Kinder Recht haben. Damit wird ihnen erlaubt, das Gesicht zu wahren.

Umgang mit Gewaltausbrüchen verlangt von allen Fachkräften Solidarität: Beim respektvollen Umgang mit den Gefühlen der KollegInnen, aber auch beim gemeinsamen Setzen von Grenzen, beim gemeinsamen Tragen von Entscheidungen.

Verstehen der eigenen Gefühle und Reaktionen fördern

Alternativen zum aggressiven Verhalten können meistens nur in sehr kleinen Schritten erarbeitet werden: Selbstreflexion, Kontrolltechniken bei dissoziativen Zuständen und regelmäßiger Abbau von psychischer und körperlicher Spannung.

Als hilfreich haben sich folgende traumapädagogische Methoden erwiesen:

- Unterstützung von Mentalisierung
- Triggersuche mit dem Kind und im Team
- Einüben von Selbstberuhigungsstrategien
- Trainieren der Achtsamkeit (Achtsamkeitsübungen)
- Dissoziationstopps
- Resilienz stärken durch Ressourcenarbeit.

Ressourcenarbeit

Eine Ressource ist jede positive Erinnerung, jede Person, jeder Ort, jede Handlung und jede persönliche Fähigkeit, die auf die betroffenen Kinder beruhigend, ausgleichend oder stärkend wirkt oder allgemein gut tut. Ressourcen zu entdecken, wieder zu entdecken oder neu zu entdecken kann viel zur weiteren Stabilisierung von Kindern und Jugendlichen beitragen. Hilfreiche Anregungen sind Listen oder Bilder malen zu Themen wie „Was mich stärkt“, „Was mich beruhigt“, „Was mir gut tut“, „Was hat früher gut getan/geholfen“, oder Unterstützung dabei Neues auszuprobieren. Stabilisierend wirkt vor allem, hilfreiche Ressourcen ganz bewusst verstärkt in den Alltag einzubauen oder sogar zu ritualisieren.

In diesem Sinne sind Ressourcen:

- Eigenschaften, Fähigkeiten und Begabungen, Überzeugungen, Vorstellungskraft und Gedanken
- Bewegungen und Tätigkeiten, die Spaß machen, Beruhungen, Gerüche und Geräusche
- Positive Erinnerungen, z.B. an einen wichtigen Menschen, ein tolles Urlaubserlebnis o..
- Wichtige Menschen, denen man sich positiv verbunden fühlt
- Haustiere oder allgemein Tiere, Lieblingsdinge, z.B. ein Kuscheltier oder eine Puppe
- Natur, bzw. Orte in der Natur
- Geschichten, Märchen, Musik und Unternehmungen, die Kindern Freude bereiten

Ressourcen zu entdecken, wieder zu entdecken oder neu zu entdecken kann viel zur weiteren Stabilisierung von Kindern beitragen. Es entsteht ein Gefühl von Selbstwirksamkeit und das Selbstwertgefühl verbessert sich. Die Möglichkeiten Alltagsstress zu kontrollieren und sich selbst zu beruhigen wachsen. Bei der Auseinandersetzung mit den Ressourcen der Lebensgeschichte kann zudem bereits eine erste Bewältigung der Traumafolgen stattfinden: Überwindung der Angst vor der Vergangenheit und Erweiterung des eingeschränkten Bildes von sich selbst und der eigenen Lebensgeschichte.

Die Kraft der Vorstellung und Gedanken wird vor allem bei Imaginationen genutzt, um Schutz und innere Sicherheit herzustellen: ein innerer Freund oder Helfer, ein unterstützendes Tier, Affirmationen (Glaubenssätze), z.B. „Ich bin sicher“, „Ich bin ganz ruhig“

Literaturempfehlung

Bausum, J., Besser, L., Kühn, M., Weiß, W. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis, 2009

Brisch, K.-H., Hellbrügge, T. (Hrsg.): „Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern“, 2003

Gahleitner, S.B., Hensel, T., Kühn, M. (Hg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik, 2014

Lackner, R.: „Wie Pippa wieder lachen lernte. Fachliche Hilfe für traumatisierte Kinder“, 2004

Scherwath, C., Friedrich, S.: Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung, 2012

Seidler, G.H., Freyberger, H.J., Maerker, A. (Hrsg.): Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder: Themenhefte Traumapädagogik I,II, III

Weiß, W.: „Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen“, 2006

Weiß, W., Kessler, T., Gahleitner, S.B. (Hg.): Handbuch Traumapädagogik, 2016

Internetseite:
traumapaedagogik.de