

Alexander Korittko

Posttraumatische
Belastungsstörungen bei
Kindern und Jugendlichen

Störungen

systemisch

behandeln

ZUSATZMATERIAL

CARL-AUER



Ergänzendes Online-Material zum Buch

Alexander Korittko

Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

ISBN 978-3-8497-0114-7

© 2016 Carl-Auer Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung,
Heidelberg.

Reihe: Störungen systemisch behandeln, Band 5

Inhalt

Eine kurze Geschichte der Psychotraumatologie.....	2
Diagnose Entwicklungstraumata (zu S. 43).....	7
Testverfahren (zu S. 55).....	9
Traumaspezifische Muster von gewaltbereiten Eltern (zu S. 118):.....	12
Muster von eskalierender Gewalt zwischen Männern und Frauen (zu S. 141)	13
Elterncoaching in Familien, in denen die Eltern misshandelt werden.....	14
Weitergegebene Trauer (zu S. 211)	18
Sekundäre Traumatisierung in Familien: Papa soll wieder so werden wie früher (mit Fallbeispiel).....	20
Flüchtlingsfamilien (zu S. 212).....	30
Pferdegestützte Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen	31
Berufsbedingte Belastungen in der Trauma-Arbeit	38
Ergänzende Literatur- und Internet-Hinweise	43
Anhänge	45

Eine kurze Geschichte der Psychotraumatologie¹

Verfolgt man die Anfänge dessen, was heute als komplexes Wissen über die Dynamik von Traumata, Traumafolgestörungen und Traumaheilung bekannt ist, gerät man in eine wechselvolle Geschichte, in der überraschend früh erforschtes Wissen immer wieder in Vergessenheit geraten ist und neu entwickelt wurde, um dann wieder in Vergessenheit zu geraten und erneut aus der Vergangenheit aufzutauchen. Zum Zweiten schwankte die Lehrmeinung extrem zwischen der Annahme von organischen Erkrankungen nach Extrembelastungen und psychischen beziehungsweise neurotischen Folgen, zwischen der Annahme einer Krankheit und der Vermutung von Simulation zur Erreichung bestimmter Ziele, z. B. finanzieller Entschädigung.

Folgen von Unglücken

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem, was wir heute posttraumatische Belastungsstörung nennen, begann 1766, als ein französischer Arzt bei einem seiner Patienten, dem Count de Lordat, nach einem Postkutschenunfall Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Alpträume und Ängste diagnostizierte, obwohl der Patient keine körperlichen Verletzungen davongetragen hatte. 1866 stellte der Londoner Chirurg John Eric Erichsen bei Menschen, die Eisenbahnunglücke ohne körperliche Verletzungen überlebt hatten, ähnliche Symptome fest. Erichsen ging davon aus, dass diese Beeinträchtigungen durch eine Erschütterung der Wirbelsäule hervorgerufen worden waren, und nannte die nach Unfällen immer wieder ähnlich diagnostizierten Störungen »Railway Spine«. Sein Kollege Knapp veröffentlichte 1888 im *Boston Medical And Surgical Journal* einen Artikel mit der Überschrift *Nervous Affections Following Injury – Concussion of the Spine, Railway Brain* und wählte dabei einen Begriff, den ein anderer Londoner Chirurg, John Putnam, schon 1883 geprägt hatte, nachdem er in insgesamt 234 Fällen als Gutachter für britische Eisenbahngesellschaften tätig war: »Eisenbahn-Gehirn«. 1871 wurde in Preußen ein Gesetz über die Entschädigung bei Eisenbahnunfällen erlassen. Der deutsche Neurologe Hermann Oppenheimer berief sich auf französische Studien, die Zweifel an den organischen Ursachen für die Symptome bei den Überlebenden von Unfällen beinhalteten, und nannte die Störungen, denen er in seiner Aufgabe als Unfallfolgen-Begutachter begegnete, »psychische Erschütterung« und schließlich »traumatische Neurose«. Schultze und Seeligmüller verdächtigten einen Großteil der Unfallopfer, die die Symptome einer traumatischen Neurose zeigten, der Simulation und des Versicherungsbetruges. 1885 hatte Herbert Page, ein Chirurg der London and North Western Railway Company, der 150 Unfall-Opfer untersucht hatte, nervöse Symptome ohne Organveränderung festgestellt. Es handele sich somit um eine »traumatische Hysterie«, so Page. Eine an-

¹ Alle Eckdaten und Zitate stammen aus einer umfangreichen Darstellung zum selben Thema von Venzlaff, Dulz u. Sachsse (2004).

dere Meinung vertrat Theodor Ziehen. Er schrieb 1911: » ... dass neben jedem Trauma der psychische Faktor des Schreckens neben dem mechanischen Faktor eine Rolle spielt ... Dazu kommen die chronischen Affektstrapazen, welche mit der Sorge um die Folgen des Unfalls und dem Rentenkampf verbunden sind.«

Krieg und Holocaust

Der deutsche Psychiater Emil Kraepelin gilt als Begründer der modernen empirisch orientierten Psychopathologie. Er galt schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts als einer der europaweit einflussreichsten Psychiater. Er schrieb 1915: »Ganz besonders reich an psychischen Ursachen des Irreseins ist der Krieg. Der Grund liegt hauptsächlich in den dauernden Schädigungen durch tiefgreifende, anhaltende gemütlche Erregung« (gemeint ist hier eine Erregung des Gemüts, Anm. d. Verf.). Gleichzeitig sieht er jedoch bei einem Drittel der sogenannten »Kriegszitterer« eine Belastung vonseiten der Eltern. 1916 setzten sich Robert Gaupp und Karl Bonhoeffer bei einer Tagung der Militärpsychiater mit der Meinung durch, dass die Kriegszitterer nicht unter den seelischen Belastungen des Krieges leiden (»shell shock«), sondern dass es sich bei ihnen um willensschwache Simulanten und Feiglinge handele, die konstitutionell minderwertig seien. Sie wurden in Militärkrankenhäusern so lange gequält, bis sie aufhörten zu zittern und wieder frontfähig waren. Solche »heroischen« Therapien waren in ganz Europa und auch in den USA üblich. Der britische Psychiater Lewis Yealland behandelte die »Hysteric Disorders of Warfare« mit Elektroschocks. Nach dem Ende des 1. Weltkrieges betrachteten Bonhoeffer und seine Kollegen sowohl Kriegs- als auch Unfall-Neurosen als Wunschreaktionen bei asozialen, ethisch minderwertigen und psychopathischen Persönlichkeiten. Die 1926 in Kraft getretene Reichsversicherungsordnung sei die Ursache der Unfallneurosen, es handele sich demzufolge um eine »Rentenneurose«. Aussagen anderer Ärzte stützten die von Bonhoeffer geäußerten Thesen und bestimmten bis in die 1970er-Jahre die Gutachterpraxis vor allem dann, wenn es darum ging, für erlittenes Leid finanziellen Ausgleich zu erhalten: Es gibt keine kausale Beziehung zwischen äußeren Ereignissen und psychischen Folgen (Dansauer u. Shellworth 1939), USA; Erlebnisreaktionen klingen nach Fortfall der Belastung ab (Schneider 1946); die Belastungsfähigkeit der Seele liegt im Unendlichen (Hoff 1956), Österreich. Mit diesen Kernaussagen einflussreicher Psychiater entstand die Haltung, dass ein konstitutionell gesunder und normaler Mensch jede Belastung verkraftet, ohne dadurch dauerhaft geschädigt zu werden. Erst 1961 setzte sich bei einer Psychiatrie-Tagung in Baden-Baden ansatzweise eine neue Lehrmeinung durch: Erlebnisbedingte Persönlichkeitsänderungen seien das Resultat chronischer Belastung.

Sexualverbrechen und die Erforschung der Hysterie

Ein anderer Strang der geschichtlichen Entwicklung der Psychotraumatologie führt in die französische Psychiatrie. 1880 veröffentlichte der Pariser Gerichtsmediziner Auguste Tardieu eine Studie, nach der zwischen 1858 und 1869 in

Frankreich 9125 Menschen wegen Vergewaltigung oder versuchter Vergewaltigung an Kindern angeklagt worden waren, fast immer an Mädchen. 1886 stellte sein Kollege Paul Bernhard fest, dass sexueller Missbrauch an Kindern ein Massenphänomen sei, die Berichte von Kindern würden der Wahrheit entsprechen. Bernhard hatte zwischen 1827 und 1870 über 36000 Fälle von aktenkundigen Sittlichkeitsverbrechen an Kindern unter 15 Jahren untersucht. Im Pariser psychiatrischen Krankenhaus, der Salpêtrière, erforschten zu dieser Zeit unter der Leitung von Jean-Martin Charcot die jungen Ärzte Pierre Janet und Sigmund Freud das Krankheitsbild der Hysterie, jenes rätselhaften Verhaltens von jungen Frauen, welches z. B. durch ekstatische Körperverrenkungen, Lähmungerscheinungen, Erstickungsanfälle, Verlust der Sprechfähigkeit und Empfindungslosigkeit der Haut schlagartig in Erscheinung trat und auch ebenso schnell wieder verschwand. 1887 wies Janet zum ersten Mal auf die Bedeutung realtraumatisierender Erfahrungen für die Entstehung hysterischer und dissoziativer Symptome hin. 1896 schrieb Freud in *Ätiologie der Hysterie*: »Jedem Fall von Hysterie liegt eine sexuelle Erfahrung zugrunde, wobei Kinder weit häufiger sexuellen Angriffen – auch durch nahe Verwandte – ausgesetzt sind, als man erwarten sollte.«

Doch weder die Pariser Gesellschaft noch Freuds Wiener Publikum waren bereit, diese bahnbrechenden und zugleich kompromittierenden Erkenntnisse zu akzeptieren. Freud wehte ein »eisiger Wind der Ablehnung« entgegen, wie er später berichtete. Mit seiner Entwicklung der Theorie der intrapsychischen Konflikte und der Theorie des Ödipuskomplexes wurden die Berichte von Kindern über sexuelle Übergriffe dem Bereich der unbewussten Wünsche zugeschrieben, realtraumatische Erfahrungen wurden unterbewertet. Freuds Theorien und die von ihm entwickelte Psychoanalyse traten einen Siegeszug an. Seine ursprünglichen Überlegungen zur Ursache der Hysterie ließen ihn jedoch nicht los. Im *Abriß der Psychoanalyse* schrieb er 1938: »Unsere Aufmerksamkeit wird zunächst von der Wirkung gewisser Einflüsse angezogen, die nicht alle Kinder betreffen, obwohl sie häufig genug vorkommen, wie der sexuelle Missbrauch durch Erwachsene.«

Auf dem Weg zu modernen Sichtweisen

1964 veröffentlichten die Psychiater Walter Ritter von Baeyer, Heinz Häfner und Karl Peter Kisker das Buch *Psychiatrie der Verfolgten*, in welchem sie eindrucksvoll darlegten, dass die bisher angewandten gutachterlichen Richtlinien nicht ausreichten, um die gesundheitlichen Schäden der Holocaust-Überlebenden zu erfassen. Der US-amerikanische Psychiater Robert Lifton legte 1965 eine Untersuchung von Hiroshima-Überlebenden und Korea-Soldaten vor, die gefoltert wurden. Sie berichteten von Überlebensschuld, von einer Aufspaltung der Persönlichkeit und von einem Gefühl des »Todes mitten im Leben«. Lifton stellte große Ähnlichkeit mit Überlebenden des Holocaust fest. 1967 fand in Kopenhagen ein psychoanalytischer Kongress statt, während dessen mutige

Analytiker wie Kurt Eissler, William Niederland und Henry Krystal die These Freuds von der ausschließlichen Wirkung von Kindheitstraumata ablösten und vom »SurvivorSyndrome«, einer Folge von extremen Belastungen in jedem Lebensalter, sprachen. Henry Krystal 1968: »Ich hoffe, dass wir viele unterschiedliche Gruppen berücksichtigen können, sodass es möglich wird, eines Tages wertvolle Generalisierungen zu erzielen, die wir anwenden können, um traumatisierte Individuen zu verstehen« (Übersetzung AK).

Krystals Hoffnung erfüllte sich tatsächlich. Die Auswirkungen des Vietnam-Krieges trugen zu einer weiteren Entwicklung bei. Eine Million junger Amerikaner hatten unter der Belastung des Krieges massive Symptome entwickelt, gleichzeitig wuchs durch die Frauenbewegung der 1970er-Jahre eine Sensibilisierung für das enorme Ausmaß innerfamiliärer sexueller Gewalt. Judith Hermann schrieb zu dieser Parallelität der Ereignisse später in *Trauma and Recovery*: »Die Hysterie ist die Kriegsneurose des Geschlechterkampfes.« 1978 erschien *Stress Disorders Among Vietnam Veterans* von Charles Figley, einem Vietnam-Veteranen, der später Psychologie studierte und als ein Pionier der modernen Psychotraumatologie gilt. 1980 wurde das Störungsbild der posttraumatischen Belastungsstörung in das DSM III aufgenommen.

Politischer Druck von Vereinigungen der Vietnam-Veteranen, Kirchen, Kriegsgegnern und Gesundheitsorganisationen sowie einer Gruppe von Forschern, die sich mit Stressphänomenen in den NS-Konzentrationslagern, in Hiroshima, im Koreakrieg und im Vietnamkrieg beschäftigt hatten (u.a. auch Lifton, Niederland und Krystal), führte zu diesem Schritt. Die Diagnose PTBS im DSM III bedeutete sowohl einen politischen Sieg als auch eine Veränderung in der Sichtweise psychischer Störungen. Zum ersten Mal haben politische Kräfte und das soziale Gewissen zur Entwicklung einer Diagnose beigetragen, die die Schrecken einschließt, die Menschen anderen Menschen bereiten können. Bei der gleichen Ausgabe der DSM wurde durch den Einfluss anderer politischer Kräfte Homosexualität von der Liste der psychischen Krankheiten gestrichen. Es überrascht daher nicht, dass die Kritik an den Verantwortlichen der DSM aufrechterhalten wird: Die Einbeziehung von PTBS und die Streichung von Homosexualität seien mehr ein Verdienst der Politik als der Wissenschaft.

Es dauerte noch lange, bis außer Holocaust oder Krieg auch innerfamiliäre Gewalt als Entstehungskontext für eine PTBS akzeptiert wurde. Bessel van der Kolk war einer der Vorkämpfer für die Diagnose einer komplexen PTBS, die als DESNOS (Disorder of extreme Stress not otherwise specified) 1994 Einzug in das DSM hielt. Im ICD findet sich dazu die »Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (F 62.0)«. 1993 erschien das *International Handbook of Traumatic Stress Syndrome* mit 84 Artikeln aus aller Welt. Trauma wurde von nun an als »inescapable shock« definiert, als unausweichlicher Schock. Seit Beginn der 1990er-Jahre ist in dem Feld der Traumafolgestörungen und ihrer Therapie seriöse Forschung und Praxis zu verzeichnen.

Diese neuere Entwicklung war und ist nicht frei von Kontroversen. Während einerseits parteiliche Opfertherapien entwickelt wurden, fand sich andererseits eine Gegenbewegung, die nachweisen wollte, in wie vielen Fällen Therapeuten durch suggestive Beeinflussung bei ihren Klienten Erinnerungen von Ereignissen sexueller Gewalt oder körperlicher Misshandlung ausgelöst hätten, die tatsächlich nie stattgefunden hätten. Vom »False Memory Syndrome« war die Rede, von falschen Erinnerungen. Oder: während einige Fachleute davon ausgingen, dass natürlich auch Kinder und Jugendliche nach extremen Belastungen eine posttraumatische Belastungsstörung entwickeln können, hielten sich andere an das DSM III, das die Störung nur bei Erwachsenen diagnostizierte. Eine dritte, derzeit aktuelle Kontroverse betrifft die methodische Frage, wie viel Stabilisierung erforderlich ist, bevor eine Auseinandersetzung mit traumatischem Material in der Therapie geschehen sollte, ganz wenig oder sehr intensive? Hilft die Theorie der Stabilisierung eher ängstlichen Therapeuten oder ist sie existenzieller Bestandteil der Unterstützung von Selbstwirksamkeit bei Klienten?

Seitdem die posttraumatische Belastungsstörung in das DSM III aufgenommen wurde, gab es wohl bis heute keinen anderen Bereich in der klinischen Praxis, der Therapeuten mehr herausgefordert hat, die Öffentlichkeit mehr fasziniert und mehr kontroverse Debatten heraufbeschworen hat als die Behandlung von Traumata. Aus meiner Sicht werden sich auch weiterhin in lebendigen Dialogen unterschiedliche Standpunkte zeigen. Es bleibt zu hoffen, dass altes Wissen durch neues Wissen ergänzt wird und weiter anwächst. Und dass dadurch die Menschen bessere, fachlich fundierte Unterstützung bekommen, die unter chronischen Stressfolgen leiden. Ulrich Sachsse, einer der prominentesten Vertreter der Psychotraumatologie im deutschsprachigen Raum, stellt fest:

»Ein Blick in die Geschichte lehrt, nicht ungeduldig auf schnelle Lösungen zu hoffen, sondern sich darauf einzustellen, auf welchen Konfliktfeldern man sich wird bewegen müssen, wenn man sich diesem Themenkomplex widmet. Die Auseinandersetzung mit Traumatisierung ist längst eine teils wissenschaftlich, teils engagiert-politisch, teils polemisch, teils interessenbestimmt-tendenziös geführte Diskussion geworden – eine Diskussion allerdings, die inzwischen niemand mehr nicht führen kann« (Venzlaff, Dulz u. Sachsse 2004, S. 24).

Literatur

Venzlaff, U., B. Dulz u. U. Sachsse (2004): Zur Geschichte der Psychotraumatologie. In: U. Sachsse (Hrsg.): Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart (Schattauer), S. 5–29.

Diagnose Entwicklungstraumata (zu S. 43)

A: Ereigniskriterium: Traumatische Erfahrung (mindestens ein Kriterium)

A1: Multiple oder chronische interpersonelle Traumatisierung (direkt oder indirekt): Misshandlung, sexueller Missbrauch, sexualisierte Gewalt, Vernachlässigung, Bedrohung körperlicher Integrität, Züchtigung, Gewalt- und Todeserfahrungen als Beobachter mit subjektivem Erleben von Gefühlen wie intensive Furcht, Wut, Scham, Hoffnungslosigkeit

A2: Verlust protektiver Bezugspersonen als Folge von Veränderungen, wiederholte Trennungen von den Bezugspersonen oder schwerer und überdauernder emotionaler Missbrauch

B: Affektive und physiologische Dysregulation (mindestens zwei Kriterien)

B1: Unfähigkeit, extreme Gefühlszustände zu verändern, auszuhalten und sich selbstständig wieder zu beruhigen (Furcht, Wut, Scham)

B2: Schwierigkeiten bei der Regulation von Körperfunktionen und Sinneswahrnehmungen (Schlafen, Essen, Überempfindlichkeit für Berührungen, Lärm usw.)

B3: Verringerte Bewusstheit, Dissoziation von Wahrnehmungen, Emotionen und körperlichen Zuständen

B4: Eingeschränkte Fähigkeit, eigene Emotionen und körperliche Zustände zu beschreiben

C: Dysregulation von Aufmerksamkeit und Verhalten (mindestens drei Kriterien)

C1: Übermäßige Beschäftigung mit Bedrohungen oder eine mangelnde Wahrnehmung einer solchen (fehlerhafte Einschätzung von Sicherheit und Gefahr)

C2: Eingeschränkte Fähigkeiten zum Selbstschutz (Risiko suchendes Verhalten)

C3: Unangemessene Methoden der Selbstberuhigung

C4: Habituelles oder reaktives selbstverletzendes Verhalten

C5: Unfähigkeit, zielbezogenes Verhalten zu entwickeln oder aufrechtzuerhalten

D: Schwierigkeiten der Selbstregulation und Beziehungsgestaltung (mindestens drei Kriterien)

D1: Intensive Beschäftigung hinsichtlich der Sicherheit von Bezugspersonen oder geliebten Personen bzw. Schwierigkeiten, Trennungen auszuhalten

D2: Negatives Selbstbild, insbesondere Hilflosigkeit, Wertlosigkeit, ein Gefühl von Beschädigung, mangelnde Selbstwirksamkeitserwartungen

D3: Misstrauen, kein angemessenes reziprokes Verhalten gegenüber anderen

D4: Reaktive physische oder verbale Aggression

D5: Unangemessene Versuche, intime Beziehungen herzustellen; übermäßiges Zutrauen zu weitestgehend unbekanntem Erwachsenen oder Gleichaltrigen

D6: Unfähigkeit zu angemessener Empathie

E: Symptome aus dem Spektrum der Posttraumatischen Belastungsstörung (mindestens je eins aus zwei der Gruppen: ungewolltes Wiedererleben,

Vermeidung, körperliche Übererregung)

F: Dauer: mindestens 6 Monate

G: Funktionelle Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen

Testverfahren (zu S. 55)

Akute Belastungsstörungen

Der Teil der **Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-A-KJ)** von Steil u. Füchsel (2006) kann ab dem Alter von sieben Jahren eingesetzt werden. Er ist als strukturiertes klinisches Interview konzipiert. Neben der Diagnose »Akute Belastungsstörung« wird ebenfalls die Schwere der Symptomatik ermittelt. Das Interview ist erhältlich über die Testzentrale des Hogrefe Verlags (www.testzentrale.de).

Die **Checkliste zur Akuten Belastungssymptomatik (CAB)** ist die deutsche Neubearbeitung der *Acute Stress Checklist for Children* (Kassam-Adams 2006) für Kinder ab 8 Jahren. Sie misst das Ausmaß akuter Stressreaktionen von Kindern und Jugendlichen nach einem singulären Trauma innerhalb der ersten vier Wochen (nach DSM-IV-Kriterien). Hohe Werte weisen auf die Gefahr der Entwicklung einer PTBS hin. Die deutsche Bearbeitung wurde von Frühe Kultalahti und Rosner (2007) fertiggestellt und ist über rosner@ku-eichstaett.de zu erhalten.

Das **Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ)** (Tagay, Düllmann, Hermans u. Senf 2007; Tagay, Düllmann, Hermans, Repic, Hiller u. Senf 2011) stellt ein Screening-Instrument dar, das die Akute Belastungsstörung nach den Kriterien des DSM-IV misst. Die Summe aus den Items zu Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal und Dissoziation muss mindestens 35 Punkte ergeben, damit eine Diagnose ABS gestellt werden kann. Die Fragebögen und die Beschreibung können heruntergeladen werden unter der Webadresse <http://www.uni-due.de/rke-pp/EssenerTraumaInventarETI.shtml>. Das ETI-KJ ist erhältlich in Deutsch, Englisch, Chinesisch, Französisch, Niederländisch, Persisch, Polnisch, Weißrussisch und Türkisch.

Traumasympptome

Beim **PEDS-Early Screener (PEDS-ES)** handelt es sich um eine adaptierte Fassung der *Pediatric Emotional Distress Scale* (Saylor et al. 1999), mit der zwei- bis sechsjährige Kinder auf PTBS nach Unfallverletzungen gescreent werden können und welche der Vorhersage von Traumafolgestörungen nach Akuttrauma dient (Kramer, Hertli u. Landolt 2013). Der Test und die Auswertung können bei markus.landolt@kispi.uzh.ch angefordert werden.

Dehon und Scheeringa (2006) konnten zeigen, dass der Summenwert einer spezifischen Auswahl von 15 Fragen aus dem **CBCL** (Arbeitsgruppe Deutsche **Child Behavior Checklist**, 2002) mit hoher Wahrscheinlichkeit die Diagnose einer PTBS für die Altersgruppe von 1 1/2 bis 5 Jahren abbildet. Der CBCL / 1 1/2–5 Jahre kann über die Arbeitsgruppe-KJFD@uk-koeln.de bezogen werden. Es liegt keine Validierung für den deutschsprachigen Raum vor.

Mit dem **Children's Impact of Event Scale (8)** (Perrin et al. 2005) liegt ein diagnostisches Trauma-Screening-Instrument vor, das zur Therapieverlaufskontrolle bei Kindern ab 8 Jahren sehr gut geeignet ist. Das Auswertungsmanual

(auf Englisch) und die deutschsprachige Version können heruntergeladen werden unter der Webadresse <http://www.childrenandwar.org/measures/>. Der **CRIES-8** ist in 18 Sprachen übersetzt. Es gibt auch eine ausführlichere Version, den **CRIES-13**.

Posttraumatische Belastungsstörung

Das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (DIPS) von Unnewehr et al. (2009) ist ein Fragebogen für Kind und Elternteil, der sich an beiden Diagnosesystemen (ICD-10 und DSM-IV) orientiert. Er ist ab sechs Jahren einsetzbar und zielt auf eine valide Diagnose PTBS. Das Interview zur Posttraumatischen Belastungsstörung ist Teil der **Interviews zu Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen (IBS-A-KJ)** von Steil und Füchsel (2006). Es stellt die modifizierte deutsche Version des *Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA)* (Nader et al. 1996) dar und kann ab dem Alter von sieben Jahren eingesetzt werden. Es ist als strukturiertes klinisches Interview konzipiert. Neben der Diagnose PTBS wird ebenfalls die Schwere der posttraumatischen Symptomatik ermittelt. Erhältlich über die Testzentrale des Hogrefe Verlags (www.Testzentrale.de).

Dissoziative Symptome

The Child Dissociative Checklist (CDC) von Putnam et al. (1993) ist ein erprobtes Screening-Instrument für dissoziative Phänomene bei Kindern in der Wahrnehmung der Bezugspersonen. Es existieren mehrere deutsche Übersetzungen. 20 Merkmale werden auf einer dreistufigen Skala (0 = nie, 1 = manchmal, 2 = trifft ganz sicher zu) eingeschätzt. Ist der Gesamtwert > 12, gilt dies als bedeutsamer Indikator für ein pathologisches dissoziatives Geschehen.

Download: www.kindertraumainstitut.de (Link: Materialien).

Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (2002): Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder (CBCL/1 ½-5). Köln (Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik).
- Dehon, C. a. M. S. Scheeringa (2006): Screening for preschool posttraumatic stress disorder with the Child Behavior Checklist. *Journal of Pediatric Psychology* 31 (4): 431–435.
- Kassam-Adams, N. (2006): The acute stress checklist for children (ASC-Kids). Development of a child self-report measure. *Journal of Traumatic Stress* 19 (1): 129–139.
- Kramer, D., M. B. Hertli a. M. A. Landolt (2013): Evaluation of an Early Risk Screener for PTSD in Preschool Children after Accidental Injury. *Pediatrics* 132 (4): 945–951.
- Nader, K. O., J. A. Kriegler a. D. D. Blake (1996): Clinician Administered PTSD Scale, Child and Adolescent Version (CAPS-CA). White River Junction, VT (National Center for PTSD).
- Perrin, S., R. Meiser-Stedman a. P. Smith (2005): The Children's Revised Impact of Event Scale (CRIES): Validity as a screening instrument for PTSD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 33 (4): 487–498.
- Saylor, C.F., C. C. Swenson, S.S. Reynolds a. M. Taylor (1999): The Pediatric Emotional Distress Scale: A brief screening measure for young children exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child Psychology* 28 (1): 70–81.

- Steil, R. u. G. Füchsel (2006): Interviews zu Belastungsstörungen bei Kinder und Jugendlichen - Diagnostik der Akuten und der Posttraumatischen Belastungsstörung. Göttingen (Hogrefe).
- Tagay, S., B. E. Hermans, S. Düllmann u. W. Senf (2007): Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche. LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg-Essen.
- Tagay, S., S. Düllmann, B. E. Hermans, N. Repic, R. Hiller u. W. Senf (2011): Das Essener Trauma-Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ). *Zeitschrift für Kinder- und Psychiatrie und Psychotherapie* 39 (5): 323–340.
- Unnewehr, S., S. Schneider u. J. Margraf (Hrsg.) (2009): Kinder DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Berlin (Springer), 2. Auflage.

Traumaspesifische Muster von gewaltbereiten Eltern (zu S. 118):

- Verleugnung von traumatisierenden Gewalterlebnissen in der eigenen Kindheit oder deren Bagatellisierung (»Hat mir auch nicht geschadet«) dient dem Schutz vor schmerzhafter emotionaler Überflutung, dissoziiert dabei auch die Schmerzen des Kindes.
- Dissoziative Zustände mindern die elterliche Präsenz und die Fähigkeit, das Ausmaß an Gewalt und die für das Kind damit verbundenen Gefahren wahrzunehmen.
- Körperliche Übererregung führt zu beängstigenden Wutausbrüchen und zu anderen Impulsdurchbrüchen.
- Normale Situationen im Leben der Familie können Trigger für trauma-bezogene Zustände sein; das Schreien eines Kindes z. B. kann Trauma-Erinnerungen auslösen, die »mit aller Gewalt« verhindert werden müssen.
- Täterloyale Persönlichkeitsanteile, innere Repräsentanzen des Täterverhaltens aus der Kindheit, begünstigen gewalttätiges Verhalten als Eltern-teil.
- Vermeiden von Kontakten zu anderen Familien und Vermeidung des Verlassens der Wohnung mit dem Ziel, emotionale Sicherheit aufrechtzuerhalten, wobei konstante Nähe in der Familie die Wahrscheinlichkeit von Gewaltausbrüchen erhöht.

Muster von eskalierender Gewalt zwischen Männern und Frauen (zu S. 141)

Walters et al. (1991) beschreiben eine Gewaltspirale zwischen Männern und Frauen. In der ersten Phase baut sich zwischen Mann und Frau Spannung auf, es kommt bereits zu kleineren Gewaltausbrüchen. In der Misshandlungsphase kommt es zu ernsthaften Verletzungen durch den Täter (meist den Mann), das Opfer (meist die Frau) flüchtet oder erträgt die Gewalt in Dissoziation. In der dann folgenden Scham- und Schuldphase zeigt der Mann »liebvolle Zerknirschung« und die Frau glaubt ihm. Sie tappt in eine Falle, wenn sie sich dann so sehr umworben und narzistisch geschmeichelt fühlt, dass sie die Misshandlung verdrängt oder bagatellisiert bzw. seinen Änderungsversprechungen glaubt. Niemand liebt sie so wie er. Nach dieser »Honeymoon-Phase« folgt eine Alltagsphase, in der sich schon bald wieder Spannung aufbaut. Es ist das »Um-sich-Schlagen« des Ertrinkenden bei ihm und das »Sich-Ergeben-in-das-Schicksal« bei ihr (Peichl 2008). Oft wird eine Trennung erst nach vielen Wiederholungen des beschriebenen Kreislaufes möglich.

Nach einer Trennung besteht erneut die Gefahr, dass der gewaltbereite Mann als Gegenregulation gegen Verlust von Macht und Ansehen Gewalt einsetzt. Denn nun ist die Frau nicht mehr hilflos und kann ihrerseits durch den eingeschränkten Zugang zum Kind und finanzielle Forderungen oder Manipulationen, die Vermögen, Haus oder Auto betreffen, eine Machtposition erlangen. Diese in vielerlei Hinsicht dann mögliche symmetrische Eskalation zeigt komplementäre Formen, wenn einer der beiden Partner, meist der Mann, körperliche Gewalt einsetzt. Hier wird eine Grenze überschritten, es werden Mittel eingesetzt, vor denen die Opfer geschützt werden müssen.

Literatur

Peichl, J. (2008): Destruktive Paarbeziehungen: Das Trauma intimer Gewalt. Stuttgart (Klett-Cotta).

Walters, M., B. Carter, P. Papp u. O. Silverstein (1991): Unsichtbare Schlingen. Stuttgart (Klett-Cotta).

Elterncoaching in Familien, in denen die Eltern misshandelt werden

Misshandlung von Eltern durch ihre Kinder, meist sind es Teenager, ist ein noch wenig beachtetes Forschungsgebiet. Sie kommt vermutlich genauso oft vor wie andere Formen von innerfamiliärer Gewalt, ist aber ein gut gehütetes Geheimnis. Wenn es in diesem Band um traumatisierte Kinder und Jugendliche geht, gehört dieses Thema scheinbar nicht dazu. Ich habe mich entschlossen, es dennoch mit einzubeziehen. Zum einen ist davon auszugehen, dass mindestens einige der betroffenen Jugendlichen in einer Form von »Vergeltung« ihren Eltern etwas antun, da sie selbst früher Vernachlässigungen oder Misshandlungen erlitten haben. Zweitens kennen wir in der Psychotraumatologie auch den psychischen Prozess der Traumatisierung durch Taten: Menschen werden die Bilder dessen, was sie angerichtet haben, nicht mehr los. Ich nehme daher das Thema »Elternmisshandlung« als Exkurs auf.

Elternmisshandlung kann als ein Prozess beschrieben werden, innerhalb dessen Jugendliche mehr und mehr absichtsvoll versuchen, durch physische Gewalt (Schlagen) und psychische Gewalt (Drohen, Erpressen, Entwerten) den Eltern Schaden zuzufügen und Macht und Kontrolle über sie zu gewinnen. Es ist eine extreme Form von Beziehungsstörung.

»Die Dunkelziffer im Hinblick auf körperliche Übergriffe ist sehr hoch. Vertrauter sind den meisten Therapeutinnen und Therapeuten Berichte von Eltern, dass ihre Kinder ihnen drohen, sie zu verletzen oder sie umzubringen, und dass sie diese Drohungen so ernst nehmen, dass sie nicht mehr schlafen können. Andere Kinder fordern von ihren Eltern finanzielle Dinge oder Handlungen, von denen sie wissen, dass die Eltern sie nicht erfüllen können. Wieder andere beschimpfen ihre Eltern mit den größten Schimpfworten, äußern, dass sie sie hassen, oder kritisieren ihre Eltern mit einem Ton sarkastischer Überlegenheit. Schließlich gibt es Kinder, die ihren Eltern Wertgegenstände entwenden und sie verkaufen oder damit drohen, wertvolle Gegenstände zu zerstören« (Rotthaus 2006, S. 233).

Einige gewalttätige Jugendliche sind als kleine Kinder selbst Opfer von körperlicher Gewalt, sexueller Gewalt, Vernachlässigung oder emotionalem Missbrauch gewesen und lassen ihre Wut darüber an den Eltern aus. Selbst zu Misshandlern zu werden, führt dazu, etwas von der verlorenen Kontrolle zurückzugewinnen. Mütter und Stiefmütter werden nach Barbara Cottrell (2002) am meisten misshandelt, auch weil sie häufig als Einzige erreichbar sind. Armut ist ein zusätzlicher Risikofaktor, der Stress, mit geringen materiellen Mitteln auskommen zu müssen. Auch Überbeschäftigung der Eltern kann zu Problemen führen, wenn nicht genug Zeit für die Familie vorhanden ist. In Gewaltfamilien zeigen die Jugendlichen ihre Verachtung gegenüber den unterwürfigen Müttern und imitieren das gewalttätige Verhalten der Männer.

Was führt zu Misshandlung an den Eltern?

Wilhelm Rotthaus sieht einen familiären Beziehungskontext, in dem eine Neigung der Eltern besteht, die Gewalt seitens der Kinder zu verleugnen, zu verschleiern oder zu entschuldigen. Die Illusion der harmonischen Familie soll aufrechterhalten bleiben. In der Familie herrsche eine Verkehrung der familiären Hierarchie. Weder Mutter noch Vater nähmen lange Zeit die elterliche Verantwortlichkeit wahr, sie wollten beste Freundin oder bester Freund des Kindes sein, während sich das Kind in einer Überforderungsposition sieht, Entscheidungen treffen zu müssen, die es altersbedingt noch nicht treffen kann. So gesehen könnte die Gewalthandlung als Ausdruck von kontinuierlicher Stressbelastung verstanden werden. Rotthaus sieht auch einen gesellschaftlichen Wandel, in dem sich bei den Eltern Erziehungsunsicherheit und Erziehungsrückzug entwickelt haben, bei dem gleichzeitigen Wunsch, die Kinder durch vielerlei Dienstleistungen glücklich zu machen. Wenn dann zu Beginn des zweiten Lebensjahrzehnts Erziehung einsetzt, akzeptieren die Kinder die manchmal damit einhergehenden Einschränkungen nicht mehr. Als zusätzliche Komponenten tragen auch die Rollenumkehr im Sinne eines schon früher postulierten »Verschwindens der Kindheit« und eine derzeit vielfach wahrzunehmende »Infantilisierung der Erwachsenen« zur Auflösung von innerfamiliären Hierarchien bei (siehe Rotthaus a. a. O.).

Die Vermutung, dass Eltern, die misshandelt werden, einen autoritären Erziehungsstil praktiziert haben, stimmt nur selten. In Untersuchungen haben sich einige wenige als sehr autoritär gezeigt. Die Jugendlichen beginnen dann, sich vor den Schlägen der Eltern zu schützen und sich gegen sie aufzulehnen. Wenn ein eher antiautoritärer Erziehungsstil verfolgt wurde, führte es zu Teenager-Gewalt, wenn die Eltern ihre Position als Verantwortliche und Schützende nicht eingenommen haben. Eine dritte Gruppe von misshandelten Eltern ist geistig behindert oder psychisch beeinträchtigt, die Kinder übernehmen die Versorgung der Eltern, entwickeln gleichzeitig große Abneigung gegen sie.

Trennung als Lösung?

Eine »einfache« Lösung des Konfliktes mit gewalttätigen Jugendlichen wäre die außerfamiliäre Unterbringung der/des Jugendlichen. Dies würde allerdings die Situation der Eltern, die zwischen Angst, Wut, Depression und Selbstanklagen hin- und herschwanken, nicht verändern. Sie fühlen sich hoffnungslos und hilflos, sie geraten in Streit darüber, wie ihr Kind am besten zu disziplinieren sei. Gleichwohl halten die meisten Eltern eine längerfristige Fremdunterbringung nicht aus und holen ihr Kind schnell wieder zurück. Auch die Kinder wollen zurück und tun alles dafür. Bei jugendlicher Gewalt scheint eine monokausale Ursachenzuschreibung in dem Sinne, den Jugendlichen die alleinige Verantwortung zuzuschreiben, ja auch unangemessen. Individuelle, familiäre und gesellschaftliche Faktoren sind miteinander verwoben. Der Einfluss von schroffen

Kommunikationsstilen, die in den Medien verbreitet werden, trägt zusätzlich dazu bei, aggressive Handlungen akzeptabel erscheinen zu lassen.

»Aggression und Gewalt dringen in den letzten Winkel unseres Lebens ein. So sind körperliche, emotionale oder verbale Misshandlungen in manchen Familien und Gemeinschaften inzwischen eine gebilligte und gebräuchliche Form der Kommunikation geworden« (Cottrell a. a. O., S. 220).

Es sind einige Ansätze entwickelt worden, in denen davon ausgegangen wird, dass es erforderlich ist, diese Form von Beziehungsstörung beim Namen zu nennen und die Eltern zu ermächtigen, die Misshandlung zu stoppen. Der Rat, im Gefahrenfall die Polizei zu verständigen, verstärkt die elterliche Ohnmacht oder untergräbt die Autorität der Eltern. Zusätzlich reagieren die Jugendlichen nur noch gereizter. Als Möglichkeit des Selbstschutzes muss ein solcher Hilferuf in extremer Bedrohung genutzt werden. Wenn Eltern ihre Führungsrolle mit schärferen Grenzen und härteren Regeln durchsetzen wollen, droht allerdings eine Eskalation.

Eltern zeigen Präsenz

Ein andere Strategie verfolgen die Modelle der »Elterlichen Präsenz« (Omer u. von Schlippe 2002, 2004) und der »Wachsamen Sorge« (Omer 2015). Die Eltern bekommen ein intensives Coaching, damit sie ihr Schweigen beenden und innerhalb eines Unterstützersystems Öffentlichkeit herstellen. Sie lernen, dem Jugendlichen zu vermitteln, dass sie die bisherigen Verhaltensweisen nicht mehr so hinnehmen wie bisher, dabei jedoch nicht vorhaben, ihr Kind zu dominieren oder zu besiegen, sondern eine bessere Kooperation anstreben. Eine Intervention ist als friedliches »Sit-in« der Eltern vor der Zimmertür ihres Kindes bekannt geworden. Solche Sit-ins können auch mit Verwandten oder Freunden der Eltern gemeinsam durchgeführt werden. Der Erfolg dieser Interventionen liegt nicht nur im Schutz der Eltern vor weiteren Übergriffen, sondern auch im Schutz der Jugendlichen vor ihren eigenen ungesteuerten Impulsen und gefährlichem Verhalten außerhalb des Elternhauses.

»Forschungsergebnisse haben wiederholt bewiesen, dass mit Hilfe der elterlichen Begleitung Kinder weniger Bedrohungen ausgesetzt sind, Versuchungen besser widerstehen können und der Schaden möglicher Fehlritte minimiert wird. Eltern müssen nur daran festhalten, dass das Leben ihres Kindes ihr Belang ist, und es als ihre Pflicht ansehen, zu wissen, was sich im Leben des Kindes abspielt« (Omer 2015, S.12).

Auf Provokationen wird mit ungewohntem Verhalten reagiert, z. B. mit Schweigen (statt Schimpfen) oder mit anderen Formen des gewaltlosen Widerstands. Nicht die Macht ist das Entscheidende, sondern die elterliche Präsenz. Es werden Lösungen gesucht, bei denen sich das Kind weder gedemütigt noch besiegt fühlt. Unverzichtbare Rahmenbedingungen sind Gesten der Wertschätzung und Liebe der Eltern gegenüber den Kindern. Kleine Angebote der Annäherung als »Gesten der Versöhnung« schaffen eine Atmosphäre von positiver Interaktion

und sollten nicht an das Wohlverhalten des Kindes gekoppelt werden (ausführlicher bei Omer u. von Schlippe 2002, 2004).

Wie auch immer die momentane Situation von jugendlicher Gewalt entstanden ist, alle misshandelten Eltern benötigen Unterstützung darin, die fürsorgliche und strukturierende Rolle in ihrer Familie wieder zu übernehmen. Und manche brauchen Hilfe, sich von dem Kind, das sie misshandelt, vorübergehend zu trennen. Grundvoraussetzung jeglicher Hilfestellung ist eine nicht beschuldigende Haltung gegenüber den Eltern und Kindern. Dann können Eltern auch in Zeiten einer therapeutisch-pädagogisch begleiteten Trennung lernen, das Verhalten des Kindes abzulehnen, dem Kind jedoch gleichzeitig mit Respekt und Anerkennung zu begegnen.

Literatur

- Cottrell, B. (2002): Dringend Hilfe gesucht: Teenager misshandeln ihre Eltern. *Systema* 16 (3): 212–225.
- Omer, H. (2015): Wachsame Sorge. Wie Eltern ihren Kindern ein guter Anker sind. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Omer, H. u. A. von Schlippe (2002): Autorität ohne Gewalt. Coaching für Eltern von Kindern mit Verhaltensproblemen. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Omer, H. u. A. von Schlippe (2004): Autorität durch Beziehung. Gewaltloser Widerstand in Beratung und Therapie. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht).
- Rotthaus, W. (2006): Familiäre Gewalt, die von den Kindern ausgeht. *Kontext* 37 (3): 231–246.

Weitergegebene Trauer (zu S. 211)

Nicht in das eigene Seelenleben integrierte elterliche Traumatisierungen führen häufig zu problematischen Mustern in der Eltern-Kind-Beziehung und können die kindliche Entwicklung früh beeinträchtigen. Unterschiedliche Autoren haben eindrücklich dargestellt, wie Trauma- und Trauerprozesse von einer Generation an die andere weitergegeben werden können.

Astrid von Friesen hat die psychischen Spätfolgen für die zweite Generation deutscher Vertriebener untersucht. Sie gelangt zu der Erkenntnis, dass viele dieser Kinder emotional für das Überleben der Elterngeneration sorgen mussten, einen Verlust von stabiler Identität durch Übernahme von unterdrückter Trauer und anderen unterdrückten Gefühlen kompensiert haben. Nur schwer gelingt es Kindern, sich von diesem »Generationentransfer« zu befreien, nicht als Kind, sondern eher sehr viel später als Erwachsener (von Friesen 2000).

Die Trauma-Expertin und Trauerbegleiterin Ursula Gast schreibt: »Mich haben Trauma- und Verlusterlebnisse der Eltern und deren ungelebte Trauer geprägt, wie es in der Nachkriegszeit wohl eher die Norm in Deutschland war. Die Schwierigkeiten, Gefühle als bedeutsam anzuerkennen und mitzuteilen, umgaben die Eltern mit einer Aura der Unerreichbarkeit« (Onnasch u. Gast 2011, S. 12).

Andererseits trug sicher in vielen Familien das Ausklammern von Nazi-Verbrechen und eigenen Schuldanteilen ebenfalls zu einer Atmosphäre von Unnahbarkeit und emotionaler Erstarrung bei. *Die Unfähigkeit zu trauern* nannten die Psychoanalytiker Margarete und Alexander Mitscherlich in den 1960er-Jahren ihr Buch über die unbewältigte NS-Vergangenheit der Deutschen. Sie beschrieben eine »auffallende Gefühlsstarre, die sich in unserem gesamten politischen und sozialen Organismus bemerkbar macht« (Mitscherlich u. Mitscherlich 1967, S. 38).

Vielleicht war es damals für eine Zeit lang existenziell wichtig, viele unterschiedlich belastende Gefühle zu verdrängen, um das Land wieder aufbauen zu können, die persönliche und familiäre Existenz zu sichern und in die Zukunft schauen zu können. Für eine ganze Generation ging es ums Überleben. Doch die nicht verarbeiteten Emotionen finden einen Weg an die Oberfläche, unter Umständen bei den folgenden Generationen.

Die Journalistin Sabine Bode lässt in ihren Büchern *Die vergessene Generation* (2005), *Die deutsche Krankheit* (2006), *Nachkriegskinder* (2015) und *Kriegsenkel* (2008) die Schatten der Vergangenheit in überzeugender Weise deutlich werden. Bettina Alberti beschreibt die seelischen Trümmer, unter denen selbst 65 Jahre nach Ende des Zweiten Weltkrieges die Kinder der Kriegskinder leiden: Gefühle von Einsamkeit, Unsicherheit, Angst, Traurigkeit und Entwurzelung (Alberti 2010). Ein Team der Universität Leipzig um den Psychologen Gregor Weißflog fand heraus, dass über der Hälfte der Kinder von in der DDR aus politischen Gründen Inhaftierten, die sie untersucht hatten, erhöhte psychi-

sche Belastungen in Form von Depressivität, Ängstlichkeit und psychosomatischen Beschwerden aufwies. Die Kinder hatten das Gefühl, ihre Eltern schützen zu müssen, und konnten kaum auf sich selbst achten. Es zeigten diejenigen signifikant stärkere Symptome, die erst nach der Inhaftierung ihrer Eltern geboren wurden (Weißflog, Klinitzke u. Böhm 2014).

Was wäre hilfreich für die Kinder gewesen? Wenn es möglich ist, wären Gespräche gut, in denen die Erwachsenen über ihre eigenen Wege reden, mit den Belastungen und den daraus entstehenden Gefühlen umzugehen. Dann können die Kinder darüber sprechen, worüber sie sich Sorgen machen, und erkennen möglicherweise, dass sie sich nicht um ihre Eltern oder Großeltern kümmern müssen, sondern ihren kindlichen Bedürfnissen nachgehen dürfen. Und vielleicht kann in diesen Gesprächen auch wieder Hoffnung auf eine Zeit mit weniger Unsicherheit, Angst und Traurigkeit entstehen. Kinder benötigen dabei feinfühligere Eltern, die offen für solche Dialoge sind. Falls sie das nicht sind oder noch nicht sein können, brauchen Kinder andere Erwachsene, denen sie vertrauen können und die ihnen helfen, ihre Gefühle in Worten auszudrücken, oder ihnen helfen, durch Zusammensein mit anderen und Spielen aus einer emotionalen Erstarrung herauszufinden.

Literatur

- Alberti, B. (2010): *Seelische Trümmer: Geboren in den 50er und 60er Jahren. Die Nachkriegsgeneration im Schatten des Kriegstraumas*. Stuttgart (Kösel).
- Bode, S. (2005): *Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen*. München/Zürich (Piper).
- Bode, S. (2006): *Die deutsche Krankheit – German Angst*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Bode, S. (2008): *Kriegsenkel. Die Erben der vergessenen Generation*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Bode, S. (2015): *Nachkriegskinder. Die 1950er Jahrgänge und ihre Soldatenväter*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Friesen, A. von (2000): *Der lange Abschied. Psychische Folgen für die 2. Generation deutscher Vertriebener*. Gießen (Edition psychosozial).
- Mitscherlich, A. u. M. Mitscherlich (1967): *Die Unfähigkeit zu trauern. Grundlagen kollektiven Verhaltens*. München (Piper).
- Onnasch, K. u. U. Gast (2011): *Trauern mit Leib und Seele. Orientierung bei schmerzlichen Verlusten*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Weißflog, G., G. Klinitzke u. M. Böhm (2014): *Politische Haft in der ehemaligen DDR und ihre gesundheitlichen Folgen*. *Psychoanalyse im Widerspruch* 52 (2): 45–62.

Sekundäre Traumatisierung in Familien: Papa soll wieder so werden wie früher (mit Fallbeispiel)

Herr Schmidt ist Polizist. Sein Beruf macht ihm grundsätzlich Freude. Er sieht sich als Helfer und Schützer, dessen Aufgabe es ist, das Leben von Menschen sicherer zu gestalten. Seit einiger Zeit zieht er sich jedoch immer mehr zurück, nimmt kaum noch an Familienunternehmungen teil und spielt auch zu Hause nicht mit den beiden Kindern. Nach einem besonders schweren Einsatz mit Schusswechsel, während dessen Herr Schmidt sein Leben nur durch einen tödlichen Schuss retten konnte, ist seine Veränderung auch im Kollegenkreis aufgefallen. Eine angebotene Stressberatung hat er jedoch nicht in Anspruch genommen. Er sei doch kein »Weichei«. Frau Schmidt sieht die Entwicklung in der Familie mit Sorge. Sie merkt, dass der 12-jährige Sohn Finn in seinen Schulleistungen nachlässt und häufiger in Schlägereien mit Klassenkameraden gerät. Die 10-jährige Tochter Silke wird in letzter Zeit sehr still, ist kaum erreichbar oder weint manchmal plötzlich. Alle drei nehmen Rücksicht auf den Vater, der sich zu Hause immer mehr abkapselt. Er verbringt mehr Zeit als früher in seinem Bastelkeller. Herr Schmidt hat seiner Frau von dem gefährlichen Einsatz berichtet, sie hat Verständnis für das Verhalten ihres Mannes, ist aber zutiefst unzufrieden mit der Atmosphäre, die in der Familie entstanden ist. Sie macht sich Sorgen um die Kinder und sucht eines Tages eine Familienberatungsstelle auf. Ohne Zweifel gelten einige Berufsgruppen im Rahmen ihrer üblichen Tätigkeiten zu den besonders traumagefährdeten Personen: Soldaten, Journalisten, Intensivpflegepersonal, Mitarbeiter bei Polizei, Feuerwehr und Rettungsdiensten. Die Einsatzkräfte der zuletzt genannten gehören nach Teegen (2003) zu den Hochrisikogruppen. Für direkt Betroffene dieser Gruppen, die dann als primär traumatisiert zu bezeichnen wären, sind vielerorts Unterstützungsmöglichkeiten entwickelt worden, von der direkten Nachsorge bis zu stationären Maßnahmen bei anhaltender Symptomatik einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Diese Angebote werden leider weniger in Anspruch genommen, als zu wünschen wäre.

Gespräche mit Kollegen und/oder Familienangehörigen helfen, das traumatische Erlebnis zu verarbeiten und emotionale Stabilität zu erlangen. Kollegen und Familienangehörige bemerken auch später als Erste verändertes Verhalten, können es mit dem Trauma in Verbindung bringen und versuchen, durch persönliche Unterstützung die Auswirkungen zu lindern. Diese Hilfe hat aber einen Preis. Dieser Preis der Hilfsbereitschaft aus kollegialer Verbundenheit oder familiärer Liebe wird von einigen Autoren als »sekundäre Traumatisierung« oder »übertragene Traumatisierung« bezeichnet. Diese Traumatisierungen werden definiert als Übertragung posttraumatischer Stress-Reaktionen ohne direkte sensorische Eindrücke des Ausgangstraumas sowie mit zeitlicher Distanz dazu (Daniels 2006, 2007). Die Familienmitglieder leiden unter einem hohen Ausmaß

an Aggressivität und Reizbarkeit, an emotionaler und körperlicher Distanzierung und an reduzierter kommunikativer Kompetenz der Traumatisierten (Wesemann et al. 2015). In diesem Zusammenhang wird auch die Erschöpfung aus Mitgefühl gesehen, die im helfenden, professionellen oder privaten Kontakt mit extrem leidenden Traumatisierten entsteht, verbunden mit tiefer Sympathie und dem Wunsch, den Schmerz des Betroffenen zu lindern oder seine Ursache zu beseitigen (Figley 2002).

Symmetrische Muster als Traumafolge

Beim ersten Familiengespräch mit Herrn und Frau Schmidt und den beiden Kindern erfährt der Vater das erste Mal direkt, wie sehr die Ehefrau und die Kinder sich Sorgen um ihn machen. Der Sohn Finn meint, dass sein Vater einen ganz blöden Beruf habe, bei dem man immer wieder Angst haben müsse, ob er am Abend gesund nach Hause käme. Da mache das Fußballspielen mit ihm keinen Spaß mehr und das sei ganz okay so, dass das sowieso kaum noch stattfindet. Aber wütend macht ihn das auch. Die Tochter Silke fängt an zu weinen, während ihr Bruder spricht. Sie erzählt dann, wie oft sie schon Angst gehabt hätte, Papa sei etwas passiert, wenn er nicht pünktlich nach Hause gekommen wäre. Frau Schmidt meint, es müsse dringend etwas passieren, so ginge es nicht weiter.

Nicht nur direkt vom Trauma Betroffene, sondern auch Familienmitglieder, die von den lebensbedrohlichen Situationen erfahren, können in ihren Annahmen über die Welt zutiefst erschüttert werden (McAllister 2003). Es kann sich auch bei Kindern das Gefühl vertiefen, dass die Welt kein sicherer Ort ist, und damit die Neigung, für sich selbst und andere permanent Sicherheits- und Notfallpläne zu entwerfen, ohne dass die Hilflosigkeit und die Sorge um andere wirklich nachlässt. Im Gespräch mit anderen Kindern kann zusätzlich eine Entfremdung entstehen. Andere können diesen extremen Sicherheitsverlust nicht verstehen. Wenn im Denken bei Kindern Angst vor Gefahren vorherrscht, beherrscht das Trauma den Kontakt mit ihrer Umwelt. Die bisher geschilderten Reaktionen kann man unter systemischen Gesichtspunkten symmetrische Reaktionen nennen. Der Reaktion der primär Betroffenen stehen die Reaktionen der Nichtbetroffenen gleichförmig und gleichgewichtig gegenüber. Eine zweite Reaktionsform kann man unter dem Begriff der komplementären Reaktionen beschreiben.

Komplementäre Muster als Traumafolge

Je mehr sich Herr Schmidt in seinen Bastelkeller zurückzieht, je weniger erwarten die Kinder etwas von ihm. Silke fragt nicht mehr, ob er bei den Schulaufgaben helfen kann, Finn fragt nicht mehr nach einem gemeinsamen Fußballspiel. Die Ehefrau übernimmt mehr und mehr alle Aufgaben, die mit der Außenvertretung der Familie zu tun haben, wie z. B. Gespräche mit der Bank oder die Teilnahme an Schulveranstaltungen der Kinder. Herr Schmidt fühlt sich einerseits entlastet, vermutet aber auch, dass seine Frau ihn nicht dabei haben möchte. Er vermisst den Kontakt mit den Kindern, nimmt aber nicht wahr, wie er selbst da-

zu beiträgt, dass die Kinder seine Nähe nicht mehr suchen. Beide Kinder wollen am liebsten, dass ihr Papa wieder so wird wie früher.

Plötzlich auftretende Prozesse von emotionaler oder körperlicher Anspannung bei Herrn Schmidt erschweren das Familienleben zusätzlich. Wenn er sich z. B. beim Essen plötzlich äußerst aggressiv über die Tischmanieren der Kinder beschwert, fühlen die Kinder sich schuldig. Ohne dies zum Ausdruck zu bringen, sind Herrn Schmidt diese Schimpfkanonaden kurz danach sehr peinlich, gibt es doch am Benehmen der Kinder eigentlich nichts auszusetzen. Dann zieht er sich wieder zurück, schämt sich und fühlt sich als Vater wertlos – die Kinder denken, sie hätten den Vater wieder einmal verärgert. Sie meiden noch häufiger den Kontakt. Frau Schmidt vermutet, dass eine Konfrontation des Ehemannes die Situation nur noch schwieriger machen würde.

Komplementäre Reaktionen können ebenfalls durch die Reaktionen von Betroffenen und Nicht-Betroffenen auf ein Trauma ausgelöst werden, stellen jedoch eine Form von gegensätzlichen Reaktionen dar. Sie sind dann vorzufinden, wenn Familienmitglieder in der Folge in einen deutlicheren Distanzierungsprozess zum Traumatisierten gehen. Dies führt unter Umständen zu einer sich selbst verstärkenden zwischenmenschlichen Distanz trotz vorhandener Zuneigung und Empathie (Harkness u. Zador 2004). Wenn ein Kind zum Beispiel den Vater freundlich umarmen möchte, dieser aber kein Interesse an körperlicher Nähe signalisiert, kann sich das Kind abgelehnt und verletzt fühlen und sich total von ihm zurückziehen. Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit erschweren Traumatisierten den Umgang mit den eigenen Emotionen und mit denen anderer.

Die bei primär Traumatisierten immer wieder plötzlich auftauchenden Nachhall-Erinnerungen, die Betroffenen bedrohliche Momente aus der Vergangenheit als in der Gegenwart präsent erscheinen lassen, sowie die Versuche, diese emotionalen Überflutungen zu vermeiden, können anderen gegenüber zu einem Leben in zwei Zeitzonen führen. So könnte ein Sanitärer immer wieder an die schrecklichen Bilder des Massenunfalls auf der Autobahn im letzten Monat denken, während seine Frau und seine Kinder schon die Urlaubsreise nach Dänemark im Sinn haben. Wenn die Kinder dann versuchen, mit dem Vater über ihre Vorfreude zu sprechen, merken sie eine eigenartige emotionslose Haltung bei ihm. Die aus seinem traumatischen Erleben resultierende Schwierigkeit, sich auf das Hier und Jetzt und die Zukunft einzulassen, macht den anderen die Verständigung schwer und führt bei den Kindern unter Umständen dazu, zukünftig das Gespräch mit dem Vater zu vermeiden.

Plötzliche Wutausbrüche, die als Teil von chronischer körperlicher Anspannung bei Traumatisierten vorkommen, machen entspannte Situationen in der Familie nahezu unmöglich. Im Gegenteil: bei anderen kann ein Druck entstehen, in keiner Weise Anlass zu einem solchen Ausbruch geben zu wollen. Die Kinder fühlen sich vielleicht angespannt und kontrolliert. Eine Ehefrau sagte: »Es ist, als lebe man mit jemandem zusammen, dessen Stimmung dauernd wechselt. Wie

bei einem Wasserstrahl, der eben noch angenehm kühl war und dann plötzlich kochend heiß ist.« Der Traumatisierte verliert in diesen angespannten Situationen mehr und mehr Vertrauen in sich selbst und in andere, zieht sich zurück und hat mit Gefühlen von Scham, Einsamkeit und Wertlosigkeit zu kämpfen.

Zu einem weiteren rekursiven systemischen Prozess kann es kommen, wenn der Traumatisierte weniger Verantwortung in der Familie übernimmt, weil er eingeschränktes Leistungsvermögen signalisiert oder weil er für eine gewisse Zeit geschont werden soll. Falls andere dann dieses Leistungs- oder Entscheidungstief über einen langen Zeitraum kompensieren, kann dies dazu führen, dass der primär Traumatisierte immer weniger Anlass oder Verpflichtung spürt, seine früher vorhandenen Kompetenzen wieder zu entwickeln, und andere gewöhnen sich daran, mehr zu leisten und sich unter Umständen zu überfordern. Die Menschen mit den Symptomen einer PTBS geraten voller Scham und Schuldgefühle immer mehr ins Abseits, die hilfreichen Familienmitglieder brechen unter Umständen in der Überlastung zusammen. In Familien entwickelt sich möglicherweise ein Verhaltensmuster, innerhalb dessen sich die Kinder nur noch an die Mutter wenden, die die alleinige Exekutive übernimmt, während der Vater wie »von draußen hereinschaut«. Wenn eine Mutter immer mehr von den Aufgaben in der Familie übernimmt, die früher ihr Mann ausgefüllt hat, dabei aber nicht von anderen Aufgaben entlastet wird, fühlt sie sich mehr und mehr wie eine alleinerziehende Mutter ohne Partner. Der Familienvater wird möglicherweise in den totalen Rückzug gehen und innerhalb der Wohnung sein »Eigenleben« führen. Unterfunktion stützt Überfunktion und Überfunktion stützt Unterfunktion (Harkness u. Zador a. a. O.).

Lösungswege in größeren Systemen

Drei Monate nach dem Zusammenbruch der Türme des World Trade Centers in New York verzeichnete die Führungsspitze der New Yorker Polizei (NYPD) eine Zunahme von Alkohol- und Drogenkonsum und innerfamiliärer Gewalt bei den Polizeibeamten. Der Polizeipräsident sah einen direkten Zusammenhang dieser alarmierenden Fakten mit den traumatischen Erlebnissen der Polizisten während der Katastrophe vom 11. September 2001. Er startete eine Aktion der angeordneten Beratung, weil sich herausstellte, dass vorher auf freiwilliger Basis angebotene Stressberatung nur äußerst spärlich in Anspruch genommen wurde.² Als Teil dieser Aktion wurde an einem Tag in einem Hotel in Manhattan ein »Familien-Gesundheitstag« veranstaltet, zu dem Hunderte von Polizisten mit ihren Partnern und Kindern eingeladen wurden. Es war der Leitung der Polizei klar, dass eine isolierte Unterstützungsaktion für die Beamten nicht ausreichend sein würde. Es wurde deswegen an diesem Tag den Lebenspartnern und Kindern in vielen unterschiedlichen Formen ermöglicht, etwas über gesunde Stressverarbeitung zu erfahren und etwas darüber mitzuteilen, wie sie es als Familie versucht haben, den Folgen des Traumas der Einsatzkräfte nicht völlig ausgeliefert

² »All in Police Dept Face Counseling«, *New York Times*, 30. 11. 2001.

zu sein und zur Genesung der primär Betroffenen beizutragen. Drei Monate später waren die oben aufgeführten Symptome auf die Prozentzahl zurückgegangen, mit der in einer so großen Organisation leider immer gerechnet werden muss.

In der akuten Trauma-Nachsorge von Einsatzkräften galt lange Zeit die Intervention des **Critical Incident Stress Debriefing (CISD)**, ein strukturiertes Gruppengespräch, als Methode der Wahl. Inzwischen ist deutlich geworden, dass sie ein hervorragendes Instrument ist, um Informationen über günstige Stressverarbeitung zu vermitteln und die solidarischen Unterstützungseffekte in Teams zu fördern. Es besteht jedoch nach wissenschaftlichen Forschungen Uneinigkeit darüber, ob CISD die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung verhindern kann (siehe Vogt u. Leonhardt 2009). Für primär Traumatisierte gilt daher zurzeit in den ersten Wochen: Wer darüber sprechen möchte, sollte dies tun, vor allem mit Beratern, Kollegen, Partnern, Freunden. Wer nicht sprechen will, muss dies nicht tun, sondern kann durch körperliche Aktivitäten und andere Stabilisierungsmaßnahmen einer möglichen emotionalen Erstarrung vorbeugen.

Bei einer chronischen PTBS scheinen Menschen in traumagefährdeten Berufen größere Hemmungen zu zeigen, therapeutische Hilfen in Anspruch zu nehmen, als die Restbevölkerung. Gründe hierfür könnten Ängste sein, innerhalb einer Machostruktur als wenig belastungsfähig zu gelten und damit die Karriere-Chancen zu verringern. So vermutet man z. B. bei der Bundeswehr eine hohe Dunkelziffer von Soldaten mit einer unbehandelten PTBS. Gerade bei Angehörigen der Hochrisiko-Berufsgruppen wächst dadurch die Wahrscheinlichkeit, dass Teams und Familien durch Übertragungsprozesse sehr viel intensiver die sekundären Auswirkungen der primären Traumatisierungen zu spüren bekommen. Neben verstärkten Bemühungen, Polizisten, Feuerwehrleuten und medizinischen Rettungsteams mit Symptomen einer PTBS therapeutische Hilfe zugänglich zu machen, die z. B. unter den Stichworten »Stressberatung« oder »Stress-Coaching« eher angenommen werden, sollten Möglichkeiten entwickelt werden, auch Familien zu unterstützen. Ich stelle einige Ideen dazu vor.

Psychoedukation und Auszeiten

Mit dem Begriff Psychoedukation werden Interventionen bezeichnet, die Betroffenen Wissen über die Psyche, die Seele oder die neurobiologischen Funktionen bezüglich einer vorliegenden Beeinträchtigung vermitteln, hier also bezüglich eines seelischen Traumas. Wer etwas über die individuelle und teambezogene/familienbezogene Trauma-Dynamik versteht, kann besser einordnen, warum sich Menschen in bestimmten Situationen so merkwürdig verhalten. Wenn eine Ehefrau eines Polizisten z. B. weiß, dass es die heftigen Flashbacks sind, die ihren Mann dazu bringen, die Wohnung zu verlassen und kurz vor dem Zubettgehen vielleicht eine kurze Jogging-Einheit zu absolvieren, weiß sie, dass

die Ursache für sein plötzliches Verschwinden nicht eine Irritation in der Beziehung ist.

Ein Auszug aus dem Gespräch mit Familie Schmidt:

Therapeut: »Wenn das für Sie alle in Ordnung ist, möchte ich gern etwas erklären. Herr Schmidt, ich habe verstanden, dass Sie in Ihrem Beruf oft mit besonders schwierigen Situationen zu tun haben. Da kommt es offensichtlich hin und wieder darauf an, ganz schnell zu reagieren, um das eigene Überleben und das Überleben der Kollegen zu sichern. Und das schaffen Sie ja ganz gut, Herr Schmidt. Trotzdem werden Sie wohl manchmal ganz plötzlich so heftig daran erinnert, dass Sie in diesem Moment für andere gar nicht ansprechbar sind. Und dann ziehen Sie sich zurück, um innerlich wieder zur Ruhe zu kommen. Passt das so, wie ich das eben erklärt habe?«

Herr Schmidt: »Ja, so ähnlich ist das.«

Th: »Aber Ihre Frau und Ihre Kinder wissen ja nicht, was in Ihnen vorgeht. Und die denken dann vielleicht manchmal, sie selbst hätten irgendwas Falsches gesagt oder etwas falsch gemacht, die denken dann, sie seien schuld. Kommt euch das bekannt vor, Silke und Finn?«

Finn: »Ja, genau. Vor allem, wenn du dann so rumfluchst!«

Frau Schmidt: »Das ist aber auch wirklich nicht schön, wenn du so einen Anfall bekommst. Dann will keiner mehr mit dir zu tun haben. Aber woran soll ich denn erkennen, ob du wirklich über etwas verärgert bist oder du dich nur wieder an was Schlimmes erinnerst?«

Th: »Vielleicht können wir später noch darüber sprechen. Möchten Sie Ihrer Frau und Ihren Kindern etwas sagen?«

Herr Schmidt: »Ja, erst mal tut es mir unheimlich leid, dass ihr oft gedacht habt, dass ihr schuld seid, wenn ich so außer mir war. Es war nicht Eure Schuld. Ich will mir auch Mühe geben, dass das nicht mehr vorkommt. Vielleicht gehe ich doch mal zur Stressberatung und lass mich beraten, was man da machen kann. Das hab ich nicht gewusst, dass man bei der Stressberatung nicht über das sprechen muss, was da passiert ist.«

Th: »Das ist natürlich Ihre Entscheidung, Herr Schmidt. Was denken Sie, Frau Schmidt?«

Frau Schmidt: »Ich fände das richtig gut, wenn du da mal hingehen würdest. Und wenn du dann nicht mehr so oft wegrennen würdest.«

Th: »Vielleicht geht das nicht so schnell, dass Sie nicht mehr mit diesen belastenden Erinnerungen zu tun haben, Herr Schmidt. Aber vielleicht können Sie einen Weg finden, anders damit umzugehen. Falls Sie trotzdem noch eine Zeit lang eine Umschalt-pause benötigen, wäre es sicher gut, wenn Sie als Familie ein Code-Wort finden könnten, das signalisiert: ‚Vater braucht eine Auszeit und kommt später wieder.‘ Was meinen Sie, wie lange brauchen Sie für eine solche Auszeit, Herr Schmidt?«

Herr Schmidt: »Vielleicht eine halbe Stunde.«

Frau Schmidt: »Aber nicht, dass du dann alle halbe Stunde deine Auszeit haben willst.«

Herr Schmidt: »Nein, das wird schon nicht passieren.«

Th: »Wie soll denn das Code-Wort heißen, das Sie benutzen wollen?«

Herr Schmidt: »Ich schlage das Wort Auszeit vor.«

Th: »Hört sich gut an, das wäre ja auch ein Wort, das in der Alltagssprache nicht in einem anderen Zusammenhang vorkommen würde. Habt ihr Kinder denn verstanden, was es bedeutet, wenn Papa ‚Auszeit‘ sagt?«

Sohn: »Ja, dann braucht Papa eine Pause, weil er schlechte Gedanken hat und weil er wieder ärgerlich ist, aber nicht auf uns. Und dann kommt er in einer halben Stunde wieder.«

Silke: »Und was macht er mit uns nach seiner Pause?«

Sprachlosigkeit führt zu Erstarrung. Wenn die Auswirkungen des Traumas in Worte gefasst werden können, entsteht ein besseres gegenseitiges Verständnis für die tiefe Verzweiflung, Wut oder Ohnmacht, von der vielleicht nicht nur die primär Traumatisierten erfasst worden sind. In Familien ist es dabei eine wichtige Entscheidung, wie viele Details die Partner oder die Kinder vom primären traumatischen Erlebnis wissen müssen. Doch ein Trauma braucht eine Bezeichnung, sodass es ansprechbar ist. Dann kann z. B. die Frau eines Feuerwehrmannes zu ihren Kindern sagen: »Papa ist nicht böse auf euch. Er geht jetzt eben in den Garten, weil er jetzt wieder traurig ist, wenn er an den schlimmen Brand denkt.« Die Bezeichnung »schlimmer Brand« reicht aus, ohne dass in allen Details allen Familienmitgliedern gegenüber berichtet werden muss, wie intensiv es gebrannt hat, wie viele Haustiere ums Leben gekommen sind und wie viele Menschen extrem gefährliche Brandwunden davongetragen haben. »Weil Mama den toten Mann gefunden hat und noch traurig darüber ist« reicht vielleicht aus, wenn in einer Familie erklärt werden soll, warum die Polizistin und Mutter abends immer ganz ruhig wird und den Kindern eine Zeit lang nicht die Gutenachtgeschichte vorlesen mag. Die Details vom Aussehen der Leiche müssen nicht in der Familie geschildert werden. Doch das Verhalten des Traumatisierten muss erklärbar werden. Und die indirekt Betroffenen benötigen Klarheit, wie sie den Kontakt zu ihm halten können, ohne sich selbst oder andere zu überfordern. Stressberatung kann bei Traumatisierten dazu verhelfen, dass sie besser mit wiederholt aufkommendem Stress umgehen können. Zu Maßnahmen der Stabilisierung primär Traumatisierter zählen einerseits die sogenannten Imaginationsübungen, bei denen durch über die innere Vorstellungskraft entstehende positive Bilder (z. B. sicherer Ort, Tresor, inneres Team, wärmender Lichtstrom) ein Gegengewicht zu belastenden Bildern bewirkt werden kann. Zur Stabilisierung zählen aber auch körperliche Übungen, bei denen auf ganz direkte Weise einer körperlichen posttraumatischen Erstarrung vorgebeugt wird. Als Drittes werden Maßnahmen besprochen, die bisher geholfen haben, in Stress-Situationen wieder zu einem seelischen Gleichgewicht zu gelangen (sogenannte Notfall-Listen).

Neue Verabredungen

Eine systemische Stabilisierung soll vorbeugen, dass Teams oder Familienmitglieder in eine enge Trauma-Symbiose geraten oder in einer großen Distanz zwischen primär und sekundär Betroffenen erstarren. So wird man dazu raten, dass Teams und Familien miteinander Aktionen planen, die auf die positiven Dinge des Familienlebens oder der Organisationsstruktur ausgerichtet sind. Das könnten ein gemeinsamer Ausflug sein, ein Konzertbesuch oder eine andere gemeinsame Unternehmung. Bezüglich der zu erfüllenden Alltagsaufgaben hilft

weder eine übertriebene Schonhaltung gegenüber primär Traumatisierten (und damit einhergehend eine Überlastung der Nichtbetroffenen) noch eine massive Überlastung als Ablenkung von belastenden Erinnerungen aus dem Trauma. Vielmehr sollte zusammen mit allen Familienmitgliedern ein Plan entwickelt werden, der eine angemessene schrittweise Aufgabenübernahme beinhaltet. Im Gespräch könnte auch festgehalten werden, wie die Familie bisher schon zur Stabilisierung der primär Betroffenen beigetragen hat, und diese Aktionen sollten als systemische Gesundheitsleistung besonders wertgeschätzt werden.

Gesprächsauszug:

Th: »Ich glaube, ihr habt alle versucht, eurem Papa zu helfen, über schlechte Gedanken und schlechte Gefühle, die mit seiner Arbeit zusammenhängen, hinwegzukommen. Vielleicht haben Sie, Frau Schmidt, Ihren Mann besonders geschont. Vielleicht hast du, Finn, deinen Vater ablenken wollen und du, Silke, wolltest vielleicht deinem Papa immer wieder zeigen, wie lieb du ihn hast. Ich glaube, euer Papa hat jetzt verstanden, dass er in der Familie gebraucht wird und wie sehr ihr ihn vermisst habt. Deswegen haben wir über die Pause und das Code-Wort gesprochen, damit er selbst sagen kann, wann er eine Pause braucht. Jetzt könnten wir darüber sprechen, was sich jeder von Papa wünscht, wenn die Pause vorbei ist.«

Finn: »Ich möchte mal wieder mit Papa einen ganzen Nachmittag Fußball spielen. Wie früher.«

Th: »Was meinen Sie, kriegen Sie das hin, Herr Schmidt?«

Herr Schmidt: »Ich will's versuchen.«

Th: »Ist vielleicht ein ganzer Nachmittag noch zu viel für den Anfang?«

Herr Schmidt: »Was meinst du, Finn, wollen wir erst mal mit zwei Stunden anfangen?«

Finn: »Na gut.«

Th: »Okay, können Sie Ihrem Sohn darauf die Hand geben?«

(Vater und Sohn geben sich die Hand.)

Th: »Und du, Silke, was möchtest du wieder gern mit Papa machen?«

Silke: »Ich möchte gern, dass Papa mir jeden zweiten Abend was vorliest, einen Abend Mama, einen Abend Papa. Das wäre toll.«

Th: »Können Sie das Ihrer Tochter versprechen?«

Herr Schmidt: »Na klar. Nur nicht an Abenden, an denen ich Nachtdienst habe.«

Silke: »Ach ja, das hab ich ja ganz vergessen. Aber das war ja auch schon immer so.«

Th.: »Gut, also abgemacht? Können Sie Ihrer Tochter darauf die Hand geben?«

(Vater und Tochter geben sich die Hand.)

Herr Schmidt (an seine Frau gewandt): »Und was wünschst du dir von mir?«

Frau Schmidt: »Das mit dem Vorlesen entlastet mich schon sehr. Aber es wäre toll, wenn du wieder dabei sein könntest, wenn wir uns mit den Nachbarn treffen oder wenn ich was in der Bank zu besprechen habe wegen der Hypotheken. Das ist mir so unangenehm, wenn ich diese Dinge allein machen muss. Und das Wichtigste wäre für mich, dass du wirklich mal zu der Beratung hingehst, die dir angeboten wurde. Ich kann dir wirklich nicht helfen, das musst du alleine hinkriegen.«

Herr Schmidt: »Ja, ja, ich weiß. Versprochen.«

Th: »Können Sie Ihrer Frau auch darauf die Hand geben?«

(Herr und Frau Schmidt nehmen sich in den Arm.)

Th: »Mein Vorschlag wäre, dass wir uns jetzt verabschieden und dass wir uns nächste Woche wieder sehen. Und dann bin ich schon ganz gespannt, was von den Plänen gut geklappt hat und worüber wir noch mal sprechen müssen, um die Verabredungen zu verbessern.«

Bei sekundären Auswirkungen von Traumatisierungen einzelner erwachsener Familienmitglieder wird im Familiengespräch nicht über die Details der Traumata gesprochen, sondern über die Auswirkungen, um neue Möglichkeiten der posttraumatischen Musterunterbrechung zu entwickeln. Die Familiengespräche können eventuell angemessene Einzeltherapien nicht ersetzen, sondern ergänzen.

Zur Akzeptanz psychologischer Unterstützung nach erlittenen Traumata in den sogenannten »Macho-Berufen« haben zahlreiche Zeitungs- und Fernsehberichte beigetragen. Auch in Unterhaltungsfilmen, wie z. B. beim *Tatort*, sind in den letzten Jahren häufiger Polizeibeamte zu sehen, die psychologische Hilfe nach extremen Einsätzen bekommen. Und es gibt inzwischen Internet-Portale, in denen Betroffene berichten und in denen von offizieller Seite Hilfe angeboten wird (www.schußwaffengebrauch.de, www.trauma-informations-zentrum.de). Die Stiftung der Deutschen Polizeigewerkschaft hat in Lenggries, Lenggries-Fall und Niedernach am Walchensee Zentren für traumatisierte Polizeibeamte und ihre Familien eingerichtet. Diese Behandlungszentren sind auch für Feuerwehrleute und Rettungssanitäter offen.

Wir sollten nicht vergessen, dass Polizisten, Feuerwehrleute und Rettungssanitäter sich der Aufgabe widmen, unser aller Leben ein wenig sicherer zu gestalten. Wenn diejenigen von ihnen, die durch ein Trauma einer außergewöhnlichen Belastung ausgesetzt sind, Unterstützung durch ihre Lebenspartner, ihre Familien und ihre Teamkollegen bekommen, kämpfen sie gemeinsam dagegen an, dass das Trauma seine infektiöse Kraft entfaltet. Und jedes Mal, wenn dadurch der Schmerz des Traumas in mehr Wissen, in mehr Energie, Leidenschaft und Weisheit für menschlich bedeutsame Beziehungen umgewandelt werden kann, sind wir der Welt, wie wir sie wünschen, einen Schritt nähergekommen.

Literatur

Daniels, J. (2006): Sekundäre Traumatisierung – Kritische Prüfung eines Konstruktes. Universität Bielefeld (Dissertation).

Daniels, J. (2007): Eine neuropsychologische Theorie der Sekundären Traumatisierung. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin (ZPPM)* 5 (3). Verfügbar unter: <http://www.sekundaertraumatisierung.de/uploads/assets/ZPPM.pdf> [25.8.2015].

Figley, C. (2002): Mitgefühlerschöpfung – der Preis des Helfens. In: H. Stamm (Hrsg.): Sekundäre Traumastörungen. Paderborn (Junfermann), S. 41–59.

- Harkness, L. u. N. Zador (2004): Treatment of PTSD in Families and Couples. In: J. Wilson, M. Friedman a. J. Lindy (Eds.): *Treating Psychological Trauma and PTSD*. London/New York (Guilford), pp. 335–353.
- McAllister, J. G. (2003): The Art of Transformation: Overcoming Vicarious Trauma. *The CCASA Connection* Winter edition: 1–7.
- Teegen, F. (2003): Posttraumatische Belastungen in gefährdeten Berufsgruppen: Prävalenz, Prävention, Behandlung. Bern (Huber).
- Vogt, J. u. J. Leonhardt (2009): Critical Incident Stress Management CISM – Ohne Risiken und Nebenwirkungen bei richtiger Anwendung. (Mit einer umfangreichen Literaturliste zu Pro und Contra, Anm. d. Autors) *Trauma & Gewalt* 3 (3): 261–266.
- Wesemann, U., S. Jensen, J. Kowalski, A. Gewandt, C. Kröger, C. Fischer, C. Rose u. P. Zimmermann (2015): Einsatzbedingte posttraumatische Belastungsstörung im sozialen Umfeld von SoldatInnen. *Trauma & Gewalt* 9 (3): 216–225.

Flüchtlingsfamilien (zu S. 212)

Zwischen zwei Kulturen

Unter Kultur kann man ein System von gemeinschaftlich akzeptierten Grundannahmen, Werten, Gebräuchen, Verhaltensweisen und Gegenständen verstehen, mit denen die Mitglieder einer Gesellschaft miteinander und mit der Welt sinnhaft umgehen und die von einer Generation zur nächsten weitergegeben werden. Die jeweilige Kultur beinhaltet Regeln über den Ausdruck von Gefühlen, setzt Grenzen und zeigt auf, mit welchen Strategien mit Emotionen umgegangen werden soll. Nach einer Migration sind diese Regeln für das Verständnis der Welt und für die Gestaltung von Beziehungen nicht mehr dieselben, es geschehen ein Identitätswechsel und eine Veränderung der Weitergabe von kulturellen Werten der Eltern gegenüber den Kindern.

Durch ihre Kinder haben Migranteltern verstärkt Kontakt zur neuen Kultur und neuen Erfordernissen. Sie sehen sich einer bedeutenden Herausforderung gegenüber: als Eltern neue Werte und Erziehungsmethoden zu übernehmen und gleichzeitig in der eigenen Kultur verwurzelt zu sein. So kann z. B. das Leben in einer überwiegend individuumsorientierten Gesellschaft Konflikte mit sich bringen, wenn man aus einer Gesellschaft mit überwiegend kollektiven Werten stammt. Mit Eltern zusammenzuleben, die sich in einem Spannungsfeld zwischen unterschiedlichen Kulturen befinden, kann für die Kinder und Jugendlichen neben schon vorhandenem traumatischen Stress zu zusätzlichem Stress führen. Die Kinder müssen eine kulturelle Struktur aufbauen, die eine Spaltung beinhaltet: einerseits bezogen auf die Kultur der Eltern (oft die Kultur der Gefühle) und andererseits bezogen auf die Kultur der Außenwelt (oft die Kultur der Rationalität und der Alltagserfahrung). Als Konsequenz davon können sich die Kinder sowohl in der eigenen Familie als auch in der neuen Kultur fremd fühlen. Sie leben mit zwei unterschiedlichen Codes, als deren Sprecher und Übersetzer sie sich zugleich üben müssen.

Pferdegestützte Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen

Traumatisierte Menschen reagieren auf angebotene Hilfe häufig mit noch mehr Stress. Der Rostocker Psychologe Henri Julius wollte im Rahmen eines internationalen Forschungsdesigns herausfinden, welche Form von Unterstützung traumatisierte Kinder benötigen, um einfache Belastungen besser bewältigen zu können. Im Test mussten die Kinder zu einer Prüfung antreten, aber sie bekamen Unterstützung. Die Kinder der ersten Gruppe erhielten einen Stoffhund. Für die zweite Gruppe übernahm eine freundliche Studentin diesen Part und die dritte Gruppe bekam einen echten Hund zur Unterstützung. Alle Kinder wurden von ihren engsten Bezugspersonen schwer misshandelt oder extrem vernachlässigt.

»Im weiteren Verlauf der Entwicklung sehen wir das Problem, dass die Kinder diese Beziehungserfahrungen auf neue Beziehungspersonen übertragen, z. B. auf ihre Lehrer oder ihre Therapeuten. Sie erwarten wieder vernachlässigt, missbraucht oder misshandelt zu werden. So lernen sie nie, ihren Stress zu regulieren« (Julius 2013).

Was kann diesen Kindern helfen, ihren Stress abzubauen, und was kann ihnen von außen dabei helfen? In dem erwähnten Experiment sollten sich die Kinder das Ende einer Geschichte ausdenken und vortragen. Nach der Deutsch-Aufgabe war Kopfrechnen dran. Die Kinder sollten eine Zahlenreihe in Dreier-Schritten rückwärts zählen. Wie gingen die Kinder mit diesem Stress um und konnten ihre Unterstützer ihnen etwas Stress nehmen? Die Kinder, die ein Stofftier oder eine freundliche Person als Unterstützer hatten, zeigten nach dem Test höhere Werte des Stresshormons Cortisol als vor dem Test. Nur die Gruppe mit einem echten Hund als Unterstützer zeigte nach dem Test signifikant niedrigere Werte als vor dem Test. Je häufiger ein Kind körperlich Kontakt mit dem Hund aufnahm, zum Beispiel den Hund streichelte, umso niedriger waren anschließend seine Cortisol-Werte.

»Besonders die körperliche Ebene ist ausschlaggebend. Auf der Verhaltensebene wird der Stress abgebaut insbesondere durch Körperkontakt zu einer vertrauten Bezugsfigur. Auf der physiologischen Ebene spielt das Hormon Oxytozin offensichtlich eine Rolle« (Julius a. a. O.).

Das sogenannte Kuschelhormon Oxytozin wird bei Berührung aktiviert und stoppt die Produktion von Cortisol. Ein Kind mit einem erhöhten Oxytozin-Spiegel ist beziehungsbereit. Es kann seine positiven Erfahrungen mit dem Tier auf Menschen übertragen. Das Tier öffnet offensichtlich eine Tür, durch die Menschen gehen können, die helfen wollen.

Pferde als Unterstützer

In Wien wird erforscht, welche therapeutischen Erfolge mit Pferden zu erzielen sind. Die Equotherapeutin und Psychologin Roswitha Zink hat in Forschungs-

reihen herausgefunden, dass Pferde im Kontakt mit Menschen bei ihnen unbewusste Vorgänge wahrnehmen und rückmelden. Pferde können offensichtlich auf nonverbaler Ebene mit Menschen in Kontakt treten. Es gibt Nachweise, dass Menschen nach Unfällen und schweren Beeinträchtigungen als Folge davon durch tiergestützte Therapien zu Heilungsschritten geführt werden konnten, wie z. B. Menschen im Wachkoma.

In ihrer Forschung versucht Roswitha Zink im Otto-Wagner-Spital in Wien herauszufinden, wie die Kommunikation zwischen Pferd und Mensch funktioniert. Sie konnte nachweisen, dass die Kommunikation auf der Mensch-Tier-Ebene der Kommunikation auf der Mutter-Säuglings-Ebene gleicht (Zink 2012). Auch für Autisten kann das Pferd zur Brücke zwischen ihrer Welt und der beängstigenden Außenwelt werden. Das Tier drückt sich nicht so kompliziert und doppeldeutig aus wie Menschen. Es verfügt nicht über eine verwirrende Sprache. Was das Pferd will und was nicht, ist sehr viel einfacher zu erkennen. Haben es Autisten gelernt, die Signale des Tieres zu verstehen, kann es ihnen auch Menschen gegenüber immer häufiger gelingen, diese abzulesen. In einer Untersuchung in Deutschland wurden Autisten mit herkömmlichen Therapieerfahrungen und Autisten mit Erfahrungen in pferdegestützter Therapie verglichen. In der Pferdegruppe war eine deutliche Verbesserung der Wahrnehmung und Motorik festzustellen, aber auch in der für Autisten besonders schwierigen Kontakt-Aufnahme und Kommunikation.

Auch in der Therapie mit schwer traumatisierten Soldaten, die aus Einsätzen in Kuwait oder in Afghanistan zurückkehrten, werden Erfolge durch die Arbeit mit Pferden erzielt.³ Die Therapie wird vom Bund Deutscher Veteranen finanziert. 1999 wurde ein **Dachverband für Pferdegestütztes Wachstum und Lernen** gegründet (Equine Assisted Growth and Learning Association, EAGALA). Diese internationale Non-Profit-Organisation hat inzwischen über 3500 Mitglieder in 35 Ländern. Die heilende Wirkung von Pferden in der Therapie mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist ebenfalls mehrfach beschrieben (z. B. bei Thoms 2014; Urmoneit 2013).

Was macht Pferde zu so geeigneten Therapiebegleitern? Pferde sind uns auf vielen Ebenen sehr ähnlich. Sie sind soziale Wesen und leben in einer sozialen Gesellschaftsform, der Herde, mit anderen zusammen. Das einzelne Tier wäre in freier Wildbahn nicht überlebensfähig. Nur das Setting der Herde sichert das Wohlergehen des einzelnen Tieres und das der gesamten Gruppe. Pferde sind soziale Wesen und ermöglichen auch Schwächeren das Überleben. Das wird besonders deutlich, wenn es um ihren Nachwuchs geht. Sie bekommen in der Regel nur ein Fohlen pro Jahr und setzen alles daran, es durchzubringen. In Filmdokumentationen über wild lebende Pferde in der Wüste Namib ist zu beobachten, wie sogar Hengste sich intensiv um verwaiste Fohlen kümmern, diese quasi adoptieren und versuchen, ihr Überleben zu sichern. Das vorherrschende

³ »Mit Ponys gegen Raketen«, *DIE ZEIT* vom 22.3.2012.

Grundprinzip der Pferde ist eindeutig Kooperation, und so erklärt sich auch, warum dieses körperlich so viel stärkere Tier bereit ist, dem so viel schwächeren Menschen ein Beziehungsangebot zu machen.

Bei Mensch wie Pferd entsteht Vertrauen aufgrund von Zuwendung und positiven Erfahrungen (emotionales Erfahrungsgedächtnis). Auf dieser Ebene des limbischen Systems begegnen sich quasi beide auf »Augenhöhe«, d. h., hier findet die Kommunikation über sehr ähnliche somatische Marker statt (Z. B. verspannt sich bei Stress sofort das Kiefergelenk). Durch die sensible Beobachtung der Pferde können Menschen dazu angeregt und eingeladen werden, auch achtsamer und feinfühlicher für die eigenen somatischen Marker zu werden, und so z. B. lernen, frühzeitiger ihre Bedürfnisse wahrzunehmen und zu kommunizieren.

Jedes Pferd hat, wie wir Menschen, neben der sozialen Prägung auch eine ganz individuelle Persönlichkeit, mit unterschiedlichen Charaktereigenschaften, Neigungen und Gemütsverfassungen. So können Pferde uns auch hier ein lebendiges Modell sein für das Gelingen von funktionierender Gemeinschaft, bei gleichzeitiger Wahrung der eigenen Individualität.

Körperlich sind Pferde uns weit überlegen und geben uns damit die Möglichkeit, Ängste und Misstrauen zu überwinden und (Selbst-)Vertrauen aufzubauen. Pferde reagieren spontan auf unsere inneren Bilder und Haltungen und die daraus resultierenden Körpersignale. Sie geben uns so ein unmittelbares, nonverbales Feedback über unser eigenes Verhalten und die Möglichkeit zur direkten Veränderung. Statussymbole und unser äußeres Erscheinungsbild, Kriterien, die oft Grundlage unserer zwischenmenschlichen Bewertungen sind, spielen für Pferde keine Rolle. Im Umgang mit ihnen können wir nonverbale Kommunikation, kreatives Denken und Problemlösen, Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit, Wahrnehmung und Achtsamkeit, Team- und Beziehungsfähigkeit sowie Vertrauen und Selbstvertrauen erleben.

Verbundenheit und Weiterentwicklung

Jedes Kind trägt in sich zwei grundlegende Bedürfnisse. Es möchte zum einen mit anderen Menschen verbunden, Teil einer Gemeinschaft sein, dazugehören und in sozialen Kontexten akzeptiert und gemocht werden. Das zweite Grundbedürfnis besteht darin, sich weiterzuentwickeln, Kompetenzen zu erwerben und jeden Tag ein wenig über sich hinauszuwachsen. Diese beiden Grundbedürfnisse entspringen Erfahrungen, die jedes Kind schon im Mutterleib gemacht hat: Es war verbunden und hat sich entwickelt. Die ursprünglich erfahrenen Muster von Verbundenheit und Weiterentwicklung bleiben als diese beiden neuronal gebahnten Erwartungshaltungen das Leben lang Bestandteile einer gesunden Entwicklung. Wir streben permanent nach einer Balance zwischen sozialen Beziehungen und autonomem Handeln (Hüther 2013). Gelingt diese Balance, kann sich das Gehirn vom Zeitpunkt der Geburt an weiterentwickeln und im Bereich des Neokortex vielfache neue Muster herausbilden, die zur Lösung von Problemen genutzt werden können.

In der Bindungsforschung wird vom »sicheren Hafen« gesprochen, den wir in Gestalt von zuverlässigen und feinfühligem Bindungspersonen benötigen, und von »großer Fahrt«, auf die wir gehen, um die Welt zu entdecken und Aufgaben zu erledigen, in denen wir erfolgreich sind, wofür wir von anderen Anerkennung bekommen (Brisch 2014). Wer das erreicht, fühlt sich »wohl in seiner Haut«, ist »in seinem Element« (Hüther a. a. O.). Ein solches Gefühl nennt Antonovsky »Kohärenz«, nämlich zu verstehen, was passiert, dies gestalten zu können und Bedeutsamkeit und Sinn in dem zu erkennen, was geschieht (Antonovsky 1979). Kinder, die in ihrem Bedürfnis nach Verbundenheit und Weiterentwicklung enttäuscht werden, die zum Objekt der Bedürfnisse anderer gemacht werden, verankern im Gehirn die Lösungen, die sie gefunden haben. Sie können wiederum andere Menschen zum Objekt machen (»Leck mich ...«), sich als Subjekt besonders auffällig geltend machen (der kleine Aufsässige) oder sich abfinden, anpassen und immer alles richtig machen wollen (der Duckmäuser). All diese Mechanismen dienen letztendlich dazu, wieder Kohärenz herzustellen.

Kinder, die von ihren Bezugspersonen misshandelt, missbraucht, vernachlässigt wurden, sind überfordert, auf der kognitiven Ebene des Gehirns nach Lösungen zu suchen. In der traumatischen Bedrohung versagen die üblichen Formen der Informationsverarbeitung. Das Kind ist einer Überflutung mit diffusen Panikreaktionen, einer Mischung aus Angst, Ekel, Wut, Demütigung, Hass und Ohnmacht ausgesetzt. Das Gehirn schaltet auf Notfall. In der Notschaltung stehen die exekutiven äußeren Schichten des Frontalhirns nicht zur Verfügung, die Irritationen auf dieser Ebene stecken die darunter liegenden Schichten an, das limbische System und das Stammhirn. Traumatisierte Kinder funktionieren in der unerträglichen Bedrohung mit den archaischen Überlebensmustern, die in den tieferen Hirnschichten gesteuert werden, sie geraten in Kampf- und Flucht-Zustände, in Erstarrung oder Unterwerfung. Je häufiger diese Notfallprogramme genutzt werden müssen, umso deutlicher werden diese Verhaltensweisen der körperlichen Übererregung (Kampf und Flucht) und der körperlichen Untererregung (Erstarrung und Unterwerfung) Teil der Persönlichkeit des Kindes. Das Gehirn strukturiert sich nutzungsbedingt, der Notfall wird zum Normalfall, auch geringerer Stress führt zu Notfallreaktionen. Verzerrte Wahrnehmungen haben desaströse Reaktionsformen zur Folge. Ein erhöhtes Reizbarkeits- und Gewaltpotenzial tritt parallel zu geringer Ansprechbarkeit in Bezug auf die Konsequenzen des eigenen Verhaltens auf.

Jede Traumatisierung beinhaltet auch eine Beziehungsstörung, eine massive Enttäuschung des Grundvertrauens in Bezugspersonen. Michaela Huber spricht von einem »Beziehungsverrat«, Ulrich Sachsse und Martin Sack sprechen von der »passageren Zerstörung des Ichs und dem Untergang des guten Objektes« als zusammengehörige Elemente des Beziehungstraumas (Huber 2003; Sachsse u. Sack 2011).

Nicht nur körperliche und sexuelle Gewalt stellen neben extremer Vernachlässigung schwere Entwicklungstraumata dar. Ausgeschlossen sein, nicht dazugehö-

ren, sozial geächtet sein aktiviert dieselben neuronalen Muster, die bei körperlichem Schmerz aktiv werden. Keiner ist da, um auf den Schrei nach Bindung zu reagieren. So entwickeln sich traumatisierte Kinder zu Menschen, die den Glauben daran verloren haben, dass es jemand gut mit ihnen meint. Alleinsein und Schmerz sind normal, andere Menschen machen Angst. Die Selbstregulation und der Umgang mit Stress sind lebenslang erschwert. »Besonders schwere und wiederkehrende emotionale Belastungen entstehen häufig durch Probleme in nahen zwischenmenschlichen Beziehungen« (Sachsse u. Sack a. a. O., S. 183).

Die Erosion des körperlichen Stress-Systems muss gestoppt werden, der Körper benötigt die Entfaltung seiner latent vorhandenen Körperressourcen (Downing 2007). Daher sind zunächst alle Aktivitäten, die den Körper einbeziehen, hilfreich. Besonders geeignet, Spannkraft des Körpers mit einer Beziehungsaufnahme zu einem lebendigen Wesen zu erleben, ist eine pferdegestützte Therapie. Der Zauber dieser Therapieform liegt vielleicht darin, dass Tier und Mensch gleichzeitig lernen, sich gegenseitig zu vertrauen, dabei ihre gegenseitigen Fluchtimpulse überwinden und das Pferd durch die besondere Gabe, nonverbale Kommunikation und Körpersprache zu lesen, in seinen Reaktionen die innere Haltung und die momentane Befindlichkeit des Menschen spiegelt.

Gewalt hat im Kontakt mit Pferden keinen Platz, wohl aber die sanfte Ausübung von Autorität. In der Beziehung zwischen Mensch und Pferd muss das Führen durch Menschen nicht als Ende von Harmonie betrachtet werden. Gerade weil traumatisierte Menschen Macht als Missbrauch erlebt haben, können sie gegenüber dem Pferd lernen, die verantwortungsvolle Variante der Machtausübung zu entwickeln, die eine harmonische Leichtigkeit zum Ziel hat. Diese Leichtigkeit kommt durch die sensible Wahrnehmung von Feedback-Signalen vonseiten des Tieres zustande, auf die mit so wenig Führung wie möglich und so viel Führung wie nötig geantwortet wird. Dem Pferd gegenüber führt das kongruente Einfordern von Grenzen und individuellem Freiraum nicht zur sozialen Ablehnung, sondern bewirkt beim Tier Respekt und Beachtung des Gegenübers.

Gegenüber dem Pferd gelingt es Traumatisierten häufig leichter, ohne dissoziative Zustände im Kontakt zu bleiben. Die Begegnung mit einem freundlichen Tier, vielleicht das ausgiebige Streicheln, öffnet ein Lernfenster. Je dauerhafter sich ein Kind oder ein Jugendlicher auf das Experiment der Beziehung zu einem Pferd einlassen kann, umso deutlicher ist dann zu erleben, dass das Tier sein Beziehungsangebot ohne Worte, ohne Bewertung und ohne einseitige Parteilichkeit zur Verfügung stellt. So bleiben Kinder mit dem Tier im Kontakt präsent, wie es ihnen gegenüber Menschen oft nicht gelingt.

Pferde können auch als gefährlich erlebt werden, wenn sie in Stress geraten. Traumatisierte kann dies unangenehm antriggern, wenn sie wieder ungewünschten und unkontrollierbaren Verhaltensweisen gegenüberstehen. Sie benötigen von Trainern Übersetzungshilfen, sodass sie die Verhaltensweisen des Tieres verstehen. Eine Veränderung kann also in der Triade Klient–Pferd–Trainerin

entstehen.⁴

Pferde als Objekt oder als Partner?

Menschen können sich so benehmen, dass sie die Welt und jede Kreatur beherrschen. Alles auf der Welt wird dann zur Ressource, die es auszubeuten gilt: »Macht Euch die Erde untertan«, heißt es in der Bibel (Genesis 1, 28). Der amerikanische Historiker Lynn White stellte 1967 fest: »Unsere derzeitige Naturwissenschaft und unsere derzeitige Technik sind so sehr von einer orthodoxen christlichen Arroganz gegenüber der Natur durchsetzt, dass von ihnen keine Lösung unserer ökologischen Krise erwartet werden kann« (White 1967). Der Neurobiologe Gerald Hüther prophezeit das Ende der Ressourcenausnutzung und stellt demgegenüber das Zeitalter der Potenzialentfaltung in Aussicht. Wenn wir es beenden, alles und jeden als Ressource zu betrachten und zum eigenen Vorteil zu nutzen, sogar Menschen und Tiere zum Objekt zu erklären und als Verlängerung des eigenen Ego zu verwenden, wenn wir also zu einer anderen Haltung kämen, hätten wir angesichts knapper werdender Ressourcen Chancen für die Zukunft (Hüther 2013). In einer Gesellschaft der Potenzialentfaltung geht es nicht um Nutzen und Ausbeutung, sondern um Fürsorge und Nachhaltigkeit. So, meinen einige Interpreten des Alten Testaments, sei auch das oben erwähnte Bibelwort gemeint. Die Erde, die Mitgeschöpfe und die unbelebte Natur seien den Menschen nicht beliebig verfügbar (Bedford-Strohm 2014).

Nicht überall werden Tiere als Partner behandelt, denen gegenüber wir Verantwortung haben, sondern sie werden auch als Objekte von Macht- und Geltungsinteressen benutzt. Aber vielleicht haben traumatisierte Kinder und Jugendliche, weil sie in besonders heftiger Weise missbraucht oder ausgebeutet wurden, ein spezielles Gespür für die hohe Wertigkeit von Intersubjektivität in der Beziehung zu Tieren und vielleicht ziehen sie auch aus diesem Grund einen besonderen Gewinn aus der pferdegestützten Therapie.

Auf einem therapeutischen Reiterhof wurden 17 traumatisierte Kinder und Jugendliche befragt⁵. Alle hatten in ihrer Herkunftsfamilie schwere Gewalt und Verwahrlosung erlebt. Sie hatten unterschiedliche Zeiträume lang mit drogenabhängigen Müttern, psychisch kranken Eltern oder gewalttätigen Eltern zusammengelebt und befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung in äußerer Sicherheit. Durchschnittlich stimmten sie weniger häufig bei Aussagen zu, in denen das Pferd als Objekt persönlicher Bedürfnisse gesehen wird (z. B.: »Ich möchte gern bei einem Reitwettbewerb gewinnen«, »Es ist wichtig, dass das Pferd alles tut, was ich will«). Wesentlich häufiger wurden Aussagen positiv bewertet, die eine Subjekt-Subjekt-Beziehung zum Tier beinhalten: »Mit dem Pferd kann ich zur Ruhe kommen«, »Das Pferd guckt mich wie ein guter Freund an«, »Das Pferd ist genauso empfindlich wie ich«. Alle erlebten die Reittherapeutin als

⁴ An dieser Stelle bedanke ich mich ausdrücklich bei Christiane Völlinger, Imke Urmoneit und Kristina Enghusen, von denen ich enorm viel über die therapeutische Arbeit mit Pferden gelernt und erfahren habe, sowie bei Ulrike Kirchrath, die mich bei ersten Erhebungen unterstützt hat.

⁵ Bisher unveröffentlichte und noch nicht abgeschlossene eigene Untersuchung.

wichtige Vermittlerin für neue Erfahrungen. Diese Kinder konnten sich anstelle von Ohnmacht und Ausgeliefertsein auf ein vitales Erlebnis mit Interaktionen auf Augenhöhe einlassen und anstelle von Angst und Dissoziation für sich Präsenz, Eigenkontrolle und Handlungsfähigkeit wiedergewinnen. Bei der Begegnung mit den Tieren kommen häufig lang verdrängte Gefühle hoch. Manche traumatisierte Kinder und Jugendliche sind davon überwältigt, nach langer Zeit überhaupt wieder zu empfinden. Manchen kommen Tränen der Wehmut: altes Weh mit neuem Mut.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): *Health, Stress and Coping*. San Francisco (Jossey-Bass).
- Bedford-Strohm, H. (2014): *Macht Euch die Erde untertan! Ein Widerspruch zur Nachhaltigkeit*. Verfügbar unter: www.stmelf.bayern.de/wald/publikationen/028865/index.php [4.3.2014].
- Brisch, K. H. (2014): *Bindung und Jugend*. Stuttgart (Klett-Cotta).
- Downing, G. (2007): *Körper und Wort in der Psychotherapie. Leitlinien für die Praxis*. München (Kösel).
- Huber, M. (2003): *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung I*. Paderborn (Junfermann).
- Hüther, G. (2013): Vorlesungsreihe vom 11.10.2013 im ZPTN, Turunc, Türkei.
- Julius, H. (2013): *Stress*. In: Quarks & Caspers vom 2.4.2013, WDR, Köln.
- Sachsse, U. u. M. Sack (2011): *Die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung*. In: G. Seidler, H. Freyberger und A. Maercker (Hrsg.): *Handbuch der Psycho-traumatologie*. Stuttgart (Klett-Cotta), S. 178–188.
- Thoms, S. (2014): *Reitpädagogik mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen*. In: M. Baierl u. K. Frey (Hrsg.): *Praxishandbuch Traumapädagogik*. Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht), S. 238–251.
- Urmoneit, I. (2013): *Pferdegestützte Systemische Pädagogik*. München (Ernst Reinhard).
- White, L. (1967): *Die historische Wurzel unserer ökologischen Krise*. In: M. Lohmann (Hrsg.) (1970): *Gefährdete Zukunft*. München (Hanser), S. 28 f.
- Zink, R. (2012): *Die heilende Sprache der Pferde*. Dokumentation vom 31.5.2012, ARTE, Baden-Baden.

Berufsbedingte Belastungen in der Trauma-Arbeit⁶

(von Judith Daniels)

Die Belastung der Klientinnen, in der Kombination mit begrenzten Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten, kann eine große Herausforderung darstellen und in der Folge zu berufsbedingten Belastungen führen. Ausschlaggebend dafür ist der direkte Kontakt mit traumatisierten Menschen oder dem von ihnen berichteten Traumamaterial, welcher einen empathischen Bezug zu dem emotionalen Zustand und Leid anderer Personen bedingt. Der tagtägliche Umgang mit Traumamaterial kann seitens der Helferinnen zu einer Erschütterung des Weltbilds führen. Üblicherweise werden bei den berufsbedingten Belastungen das Burn-out-Syndrom und die Sekundärtraumatisierung unterschieden.

Das Burn-out-Syndrom

Das Konzept des Burn-out befasst sich generell mit dem Problem, dass bei Berufstätigen die individuellen Fähigkeiten, die Anforderungen und Belastungen der Arbeit psychisch zu bewältigen, an ihre Grenzen geraten können. Es beschreibt einen Prozess, in dessen Verlauf die psychische Belastbarkeit von Mitarbeiterinnen infolge von Überforderung zunehmend geringer wird, ihre Motivation zu den Arbeitsaufgaben sinkt und an dessen Ende ein oft lang anhaltender Erschöpfungszustand steht. Zynismus und Gleichgültigkeit treten an die Stelle des empathischen Verstehens von Klientinnen.

Während der Entwicklung des Burn-out wird die Helferin zunehmend deprimiert, unmotiviert, entmutigt und emotional belastet. Oft ist dies begleitet von unterschiedlichen Stress-Symptomen, einer generellen Immunschwäche und einer Zunahme kleiner Unfälle. Die ursprüngliche starke Arbeitsmotivation kippt zunehmend in Zynismus und Gleichgültigkeit um. Professionelle Helferinnen sind sich häufig der Auswirkungen ihrer Arbeit auf ihre eigene Befindlichkeit nicht ausreichend bewusst und lehnen es ab, Unterstützung zu suchen. Oft werden persönliche Belastungsgrenzen überschritten, um das Selbstbild aufrecht erhalten zu können.

Die Entwicklung des Burn-outs wird zum einen durch Charakteristika der Helferin, zum anderen durch Charakteristika der Arbeitsumgebung befördert: Seitens der Helferin sind Perfektionismus, Idealisierung des helfenden Berufes, ein großes Bedürfnis nach Selbstbestätigung und wenig ausgeprägte Abgrenzungsfähigkeiten Risikofaktoren. Seitens der Arbeitsumgebung tragen schlechte Organisation, geringe Arbeitsautonomie, hohe Fallzahlen und das Fehlen von Unterstützungssystemen zur Belastung bei.

Das Burn-out-Syndrom entwickelt sich jedoch nicht plötzlich, sondern ist Resultat eines schleichenden Prozesses. Es beginnt mit kleinen Warnzeichen, die,

⁶ Dieser Text wurde mit freundlicher Erlaubnis der Autorin entnommen von der Website:

www.sekundaertraumatisierung.de, © FST – Fortbildungsinstitut für Sekundärtraumatisierung Dr. J. Daniels.

© 2016: Alexander Korittko. Ergänzendes Online-Material zum Buch von Alexander Korittko (2016): Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen Heidelberg (Carl-Auer).

wenn sie nicht erkannt und ernst genommen werden, in einen Zustand chronischer Erschöpfung und Unzufriedenheit münden können.

Besonders gefährdet sind jene Personen, die ihre Arbeit mit sehr viel Idealismus und hohen Ansprüchen angehen, also übergroßen Arbeitsenthusiasmus und Engagement, hohen Energieverbrauch bei der Arbeit, eine positive und konstruktive Einstellung und folglich zunächst große Arbeitserfolge zeigen.

Die Stagnationsphase beginnt, wenn man merkt, dass die Arbeit nicht so viele Früchte trägt wie zunächst angenommen. In dieser Phase breiten sich Pessimismus und Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation aus. Nun treten körperliche und geistige Erschöpfung, Frustration und der Verlust an Idealen, schlechtere Arbeitsmoral, Langeweile und erste Anzeichen psychosomatischer Stress-Symptome auf. In der schlimmsten Phase überwiegen das Bedürfnis nach Rückzug sowie Gereiztheit. Dies zeigt sich an der Vermeidung von Kontakt mit Kolleginnen, Wut und Feindseligkeit, aber auch Depression und anderen emotionalen Schwierigkeiten. Diese können begleitet sein von Konzentrationsschwierigkeiten und einer Vielzahl von körperlichen Stress-Symptomen.

Aufgrund des schleichenden Beginns ist es wichtig, schon erste Anzeichen zu erkennen. Diese sind z. B.:

- Erschöpfungsgefühl (körperlich und emotional)
- niedriger Selbstwert
- negative Gefühle bezüglich der eigenen Arbeitsleistung, der Zielsetzungen der Arbeit sowie der Arbeitsorganisation
- Interessensverlust bezüglich der Klientinnen, Zynismus, geringe Empathiefähigkeit
- Gefühle der Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, Pessimismus
- Reizbarkeit und geringe Frustrationstoleranz
- plötzliche und unangemessene Wutausbrüche, Intoleranz und unangemessene Verdächtigungen anderen gegenüber
- Rigidität und geringe Flexibilität
- sozialer Rückzug

Burn-out ist ein verbreitetes Syndrom, welches die konstruktive Zusammenarbeit mit traumatisierten Klientinnen empfindlich beeinträchtigen kann. Deswegen kommt der Prävention eine besonders wichtige Bedeutung zu.

Zur Prävention gehören vor allem folgende Bereiche:

- regelmäßige Bestandsaufnahme bezüglich der individuellen Work-Life-Balance
- Etablierung transparenter Verantwortungsverteilung und Arbeitsautonomie innerhalb der Organisation
- Angebot ausreichender Weiterbildungsmaßnahmen
- Unterstützung in Form von Beratung und Supervision
- Monitoring der Fallzahl und der Arbeitsorganisation

Falls Sie bemerken, dass sich bei Ihnen Anzeichen für Burn-out entwickeln, sollten Sie dies im Team besprechen und nach Möglichkeit vorübergehend für

Arbeitsentlastung sorgen. Machen Sie eine ehrliche Bestandsaufnahme Ihrer individuellen Work-Life-Balance und versuchen Sie, verstärkt Sport zu machen. Sollten sich bei Ihnen bereits manifeste Symptome entwickelt haben, sollten Sie sich sowohl aktiv um Unterstützung durch Freunde und Familie kümmern als auch professionelle Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Ein Hauptsymptom von Burn-out ist der Verlust der Genussfähigkeit. Kleine Dinge wertschätzen zu können wird schwierig. Der erste Schritt aus dem Burn-out besteht deswegen im bewussten Erleben kleiner Unterschiede.

Sekundärtraumatisierung

Unter Sekundärtraumatisierung fasst man jene Belastungen zusammen, die speziell in der Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen entstehen können. Dabei erleben die Helferinnen ähnliche Symptome, wie sie von traumatisierten Menschen berichtet werden: Alpträume, intrusive Gedanken und Bilder, Depression, Gereiztheit, Bedrohungsgefühle können einhergehen mit sozialem Rückzug, Konzentrationsschwierigkeiten und erhöhtem Konsum von Alkohol und Medikamenten.

Sekundärtraumatisierung wird durch die dissoziative Verarbeitung von Traumamaterial ausgelöst. Dissoziative Verarbeitung zeigt sich z. B. in emotionaler Taubheit oder einer veränderten Zeitwahrnehmung, während man mit Traumamaterial konfrontiert ist. Das eigene Handeln wird als automatisiert, wie auf Autopilot, erlebt, während die äußere Welt unreal oder traumähnlich erscheint. Dies kann die Entwicklung von Sekundärtraumatisierung zur Folge haben, da in diesem Zustand die Gedächtnisprozesse verändert ablaufen: Dabei wird das Traumamaterial ohne Informationen über Ort und Zeitpunkt des Geschehens und mit einer geringen Differenzierung zwischen der eigenen Person und anderen Personen abgespeichert. So wird die Bedrohung als aktuelle, gegen die Helferin gerichtete Bedrohung erinnert.

Sekundärtraumatisierung kann sich langsam aufbauen, zumeist beginnt sie jedoch direkt mit einer Reihe unterschiedlicher Symptome. Sekundärtraumatisierung ist sehr beeinträchtigend und birgt ein hohes Chronifizierungsrisiko. Deswegen empfiehlt es sich, der Prävention ausreichend Beachtung zu schenken, wenn man mit traumatisierten Klientinnen oder potenziell traumatisierenden Materialien wie Interviews und Berichten arbeitet.

Dabei sollte sich die Prävention auf drei Bereiche stützen:

- regelmäßige Achtsamkeit bezüglich möglicher Traumasymptome
- ein individuelles Stress-Bewältigungsprogramm, z. B. bestehend aus Sport, Imaginationsübungen oder Yoga
- Betrachten und Verarbeiten des Traumamaterials, z. B. in Form von Supervision, Berichten, Symbolisierungen

Da Sekundärtraumatisierung ein Stress-Syndrom ist, ist es wichtig, seine Entspannungsfähigkeiten regelmäßig zu trainieren, nicht erst nach dem Einsetzen erster Belastungsanzeichen. Entspannungsfähigkeit ist keine feststehende Per-

sönlichkeitseigenschaft, sondern lässt sich durch verschiedene Techniken, aber auch Meditationen, Sport und kreative Hobbys verbessern.

Da sie durch dissoziative Prozesse ausgelöst wird, ist es wichtig, sich seines eigenen Verarbeitungsstils bewusst zu werden. Dazu sollten Sie Ihre Reaktionen auf Traumamaterial mit Kolleginnen oder Supervisorinnen besprechen. Gestalten Sie das Setting, in dem Sie mit Traumamaterial konfrontiert werden, so, wie es Ihren Bedürfnissen entspricht (Sitzposition, zeitliche Gestaltung, Vor- und Nachbereitung).

Wenn Sie bemerken, dass Sie Symptome einer Sekundärtraumatisierung entwickeln, sollten Sie sich mit Ihrer Supervisorin in Kontakt setzen. Bemühen Sie sich, mehr Sport zu machen und das verstärkte Grübeln durch angenehme Tätigkeiten zu unterbrechen. Falls Sie Intrusionen entwickelt haben (sich aufdrängende Bilder, Gedanken oder Alpträume) sollten Sie in Erwägung ziehen, die betreffenden Traumainhalte mit Ihrer Supervisorin zu prozessieren und sie mittels Imaginationsübungen zu distanzieren (z. B. mittels der Tresor-Übung). Vermeiden Sie für eine Weile die Konfrontation mit ähnlichem Traumamaterial. Machen Sie regelmäßig stabilisierende Imaginationsübungen.

Die Erhaltung der psychische Gesundheit von Helferinnen ist also kein Luxus, sondern ganz im Gegenteil ein wesentlicher Teil der Arbeit, der sowohl von den Helferinnen als auch der Organisation, für die sie arbeiten, zu verantworten ist.

Fragebogen zur sekundären Traumatisierung

Fragebogen zur Sekundären Traumatisierung®

Denken Sie bitte an diese Belastungsphase. Geben Sie im folgenden an, wie Sie in der letzten Woche dazu gestanden haben, indem Sie für jede der folgenden Reaktionen ankreuzen, wie häufig diese bei Ihnen aufgetreten ist:

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
1. Ich habe über das, was der Klientin/dem Klienten passiert ist, nachgegrübelt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich habe unwillentlich an das, was der Klientin/dem Klienten passiert ist, gedacht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Mir haben sich visuelle oder körperliche Vorstellungen aufgedrängt, von dem was mir erzählt wurde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Es war, als ob ich die Erlebnisse der Klientin/des Klienten nacherleben würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Ich hatte Angst, mir selbst könnte etwas zustoßen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ich hatte belastende Träume, die mit dem Gehörten in Zusammenhang standen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich habe das, was der Klientin/dem Klienten passiert ist, im Traum beobachtet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich habe das, was der Klientin/dem Klienten passiert ist so geträumt, als ob es mir passieren würde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Wenn ich an das Gehörte erinnert wurde, habe ich mich psychisch belastet gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Wenn ich an das Gehörte erinnert wurde, habe ich mit körperlicher Erregung und Anspannung reagiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich habe versucht, nicht an das Gehörte zu denken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Ich habe Dinge, Orte oder Aktivitäten vermieden, die mich an das Gehörte erinnerten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich habe mich von anderen Menschen entfremdet gefühlt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich habe mich von anderen Menschen zurückgezogen oder war weniger aktiv als sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Meine Gefühle waren weniger intensiv als sonst.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Dinge, die mir gewöhnlich Freude bereiten, haben mich nicht mehr so interessiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich habe stärker auf meine eigene Sicherheit geachtet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich habe zusätzliche Vorsichtsmaßnahmen zu meiner eigenen Sicherheit ergriffen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FST® – Dr. J. Daniels, Fortbildungsinstitut für Sekundärtraumatisierung und Traumatherapie
Download unter www.sekundärtraumatisierung.de

Ergänzende Literatur- und Internet-Hinweise

Rainer Ulfers u. Clemens Fobian, **Ist mein Kind traumatisiert? Ein Ratgeber für Eltern, Angehörige und Fachkräfte** (2015), herausgegeben von basis-praevent in Hamburg, zu beziehen unter: www.basisundwoege.de.

Sabine Haupt-Scherer, **Traumakompetenz für die Kinder- und Jugendarbeit**. Einführung in die Psychotraumatologie und Traumapädagogik (2015), herausgegeben vom Amt für Jugendarbeit der Evangelischen Kirche von Westfalen. Zu beziehen über www.ev-jugend-westfalen.de.

Atelier artig u. Achim Hirsch, **Papas Unfall**. Köln (Balance Verlag) 2015.

Das Bilderbuch richtet sich an Kinder, deren Leben sich nach schweren Unfällen und plötzlichen Behinderungen eines Elternteils verändert hat. Die Geschichte setzt sich einfühlsam mit den Ängsten und Sorgen der Kinder auseinander, die sie in dieser schwierigen Lebensphase beschäftigen.

Monika Weitze u. Eric Battut, **Wie der kleine rosa Elefant einmal sehr traurig war und wie es ihm wieder gut ging**. Affoltern, Münster (Bohem Press) 2008.

Ein Bilderbuch über die Trauer und was hilft, sie zu überwinden. Alle Ratschläge wie »Lenk dich ab«, »Reiß dich zusammen«, »Das passiert jedem« funktionieren nicht bei dem kleinen Elefanten. Aber die weise Eule weiß, was hilft: weinen, vom Kummer erzählen, dem verlorenen Freund einen Platz im Herzen geben – und die Zeit. Das Buch nimmt Trauer ernst und ist eine echte Hilfe, bei welchem Verlust auch immer.

Sigrun Eder u. Evi Gasser, **Papa in den Wolken-Bergen**. Salzburg (Edition Riedenburg) 2013.

Das Bilder-Erzählbuch ist für Kinder, die einen geliebten Menschen verloren haben. Es begleitet sie in ihrer Trauer und hilft, über das Unfassbare zu sprechen. Mitmach-Seiten ermöglichen, die verstorbene Person in lebendiger Erinnerung zu behalten und ihr so einen neuen Platz zu geben.

Bessel van der Kolk, **Verkörperter Schrecken: Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann**. Lichtenau (Probst Verlag) 2015.

Das Buch beschreibt auf inspirierende Weise, wie sich eine Gruppe von Therapeuten und Wissenschaftlern zusammen mit ihren Patienten bemühten, neueste Erkenntnisse aus den Bereichen der Gehirn- und Bindungsforschung sowie über das Körpergewahrsein in Behandlungsmethoden zu integrieren, die geeignet sind, Traumatisierte von der Tyrannei ihrer Vergangenheit zu befreien. Empfehlenswert für alle Fachkräfte, die sich für die Entwicklung dieser Aspekte neuerer

Traumatherapien interessieren. Mit nahezu 500 Seiten allerdings sehr umfangreich!

Hanne Shah, **Flüchtlingskinder und jugendliche Flüchtlinge in Schulen, Kindergärten und Freizeiteinrichtungen** (2015)

Diese sehr informative Broschüre ist gegen einen Kostenbeitrag beim Zentrum für Trauma- und Konfliktmanagement (ZTK), Clemensstr. 5–7, 50676 Köln zu beziehen.

www.trauma-pages.com (englisch)

David Baldwins Trauma-Informationen-Seiten. Fachartikel und Informationsblätter zum Thema. Mehrfach ausgezeichnet.

www.ptsd.va.gov/ (englisch)

Die Webseite des National Centers for PTSD in den USA. Die Seiten beinhalten einen Teil für Professionelle mit den neuesten wissenschaftlichen Publikationen (z. B. *PTSD Monthly*, *PTSD Quarterly*) und einen Teil für Betroffene.

www.nctsn.org/ (englisch)

Die Webseite des National Child Traumatic Stress Network in den USA, das eine Reihe von hilfreichen Informationen für die Unterstützung von traumatisierten Kindern zur Verfügung stellt. Die Unterlagen und Hand-outs sind nach unterschiedlichen Formen von Traumatisierung geordnet. Besonders beachtenswert ist der Bereich *What's New?*.

www.susannestein.de (deutsch)

Hier kann ein Bilderbuch für die Arbeit mit Flüchtlingskindern heruntergeladen werden: *Das Kind und seine Befreiung vom Schatten der großen, großen Angst*. Es steht in Deutsch, Englisch, Arabisch und Farsi zur Verfügung.

Anhänge

Kinder nach traumatischen Erlebnissen – Information für Eltern

Wie kann ich helfen?

Erhalten Sie einen regelmäßigen, vorhersehbaren Tagesablauf:

- sich wiederholende Struktur für den Tag
- feste Zeiten: Aufsteh-Zeiten, Schule, Mahlzeiten, Zeit für die Schularbeiten, fürs Spielen, Bettgeh-Zeiten usw.
- falls Veränderungen notwendig sind, dem Kind vorher Bescheid geben

Ziel: Das Kind bekommt Vertrauen in die Vorhersagbarkeit des Alltages und entwickelt Vertrauen in die Zukunft.

Seien Sie freundlich und warmherzig, aber auf eine angemessene Weise:

- Zärtlichkeit und Umarmungen, wenn das Kind danach verlangt
- Nicht das Spiel des Kindes unterbrechen, um es in den Arm zu nehmen

Ziel: Traumatisierte Kinder benötigen Zeit für sich allein und Zeit und Unterstützung von anderen, aber in einem Rhythmus, den sie selbst bestimmen.

Besprechen Sie Erwartungen von Verhalten und Konsequenzen mit dem Kind:

- klare Regeln aufstellen
- Konsequenzen besprechen
- Belohnungen nutzen, wenn Regeln eingehalten werden

Ziel: Das Kind muss wieder erfahren, dass angekündigte Dinge eintreffen und nicht plötzliche, schreckliche Dinge.

Sprechen Sie mit Ihrem Kind, wenn Ihr Kind das möchte

- über das, was passiert ist
- wie es Ihnen selbst damit geht
- was Sie tun werden, damit es sich nicht wiederholt
- beantworten Sie Fragen des Kindes

Ziel: Ihr Kind ist stark verunsichert über die Gefährlichkeit der Welt. Es braucht Informationen, damit Unbekanntes nicht noch mehr zum Schrecken beiträgt. Meist ist die Phantasie des Kindes schlimmer als die Realität.

Schützen Sie Ihr Kind

- vor Aktivitäten, die ihm Angst machen (z. B. Filme)
- schränken Sie den Konsum von Fernsehen und Computerspielen ein
- unternehmen Sie schöne Dinge mit Ihrem Kind
- beruhigen Sie Ihr Kind

Ziel: Das Kind benötigt positive Erlebnisse, auf die es selbst einen Einfluss hat, anstelle von unkontrollierbaren und hektischen Aktivitäten.

Scheuen Sie nicht davor zurück, über das traumatische Ereignis zu sprechen

- Schweigen und Verdrängen ist nicht immer ein Gewinn
- sprechen Sie mit dem Kind, wenn es danach fragt oder daran erinnert wird
- zeigen Sie ihrem Kind, dass es Ihnen nicht unangenehm ist, darüber zu sprechen
- nicht in Über-Reaktionen geraten: keine besonders intensiven Gefühlsausdrücke und keine Vermeidung

Ziel: Das Kind muss sich mit dem, was geschehen ist, auseinandersetzen und braucht dabei die Unterstützung der Erwachsenen.

Geben Sie dem Kind eine Wahl und ein Gefühl von Kontrolle

- traumatisierte Kinder, die Situationen nicht kontrollieren können, werden schwieriger und chaotischer
- hat ein Kind eine Wahl, erlebt es eigene Möglichkeiten der Kontrolle

- Beispiel: Du kannst jetzt tun, worum ich dich gebeten habe, oder du kannst dich dafür entscheiden, dass es heute nicht dein Lieblingsessen gibt, wenn du es nicht tust.

Ziel: Eine einfache Struktur gibt dem Kind ein Gefühl von Kontrolle in diffusen Situationen, in denen das Kind einen Kontrollverlust empfindet und ängstlich wird.

Wie kann eine Familie ein Trauma verarbeiten

Wie kann eine Familie ein Trauma verarbeiten?

Hinweise an Eltern für eine psychologische Erste Hilfe.

- **Sprechen Sie über das Ereignis.** Ermutigen Sie Ihre Familienmitglieder zu beschreiben, was sie gesehen, gehört, gerochen, gedacht oder empfunden haben.
- Seien Sie unterstützend und beurteilen Sie nicht.
- **Geben Sie Informationen** oder besorgen Sie sich Informationen über die Ursache der Katastrophe, sofern dies möglich ist:
 - Sprechen Sie über derzeitige Veränderungen, die in Ihrem Leben als Folge davon zu erwarten sind
 - Dies hilft jedem zu verstehen, was passiert ist und was zukünftig zu erwarten ist.
- **Bleiben Sie bei wichtigen Regeln in Ihrem Familienleben**, aber seien Sie Ihren Kindern gegenüber flexibler bei weniger wichtigen Anforderungen.
- Seien Sie flexibel mit Ihren familiären Rollen, Aufgaben und Pflichten.
- Legen Sie Ihre Prioritäten und Problemlösungen mit Hilfe aller Familienmitglieder fest. Klären Sie miteinander, was in welcher Reihenfolge getan werden muss und wie Sie welche Probleme von wem wie gelöst werden sollen.
- **Lassen Sie sich Zeit.** Jeder benötigt zur Beruhigung seinen eigenen Rhythmus. Beruhigung und Heilung ist Angelegenheit der Familie, nicht eine Angelegenheit für einen allein.
- Bitten Sie bei Verwandten, Freunden und Bekannten um Hilfe und bieten Sie anderen Ihre Hilfe an.
- Überlegen Sie, welche Maßnahmen getroffen werden müssen, damit Sie alle bei einer zukünftigen Katastrophe besser vorbereitet sind.
- **Lachen Sie.** Finden Sie zu Ihrem Humor zurück. Bringen Sie wieder Leichtigkeit in Ihr Leben – wenn Sie können.
- **Wertschätzen Sie einander.** Nehmen Sie sich in den Arm, sagen Sie sich gegenseitig, wie sehr Sie sich mögen, loben Sie sich gegenseitig.
- **Selen Sie toleranter.** Lassen Sie sich gegenseitig Raum.
- **Entwickeln Sie Rituale.** Rituale sind symbolische Handlungen, die Wachstum und Heilung fördern können. Sie können der Familie dabei helfen, die familiäre Bindung zu stärken. Zum Beispiel hat eine Familie, die ihr Haus bei einem Brand verlor, Luftballons mit Zetteln benutzt, die jeweils etwas repräsentieren sollten, was jeder im Feuer verloren hat. Die Familie begab sich auf das Grundstück und ließ mit ein paar Worten die Luftballons fliegen.
- Sprechen Sie nach einiger Zeit (nach 4 – 6 Wochen) miteinander durch, wie sich jeder verändert hat. Konzentrieren Sie sich darauf, wie sich jede Person anders als vorher verhält.
- **Nehmen Sie sich Zeit für Dinge, die Spaß machen.**

Ein Merkblatt des Zentrums für Psychotraumatologie und Traumatherapie Niedersachsen (ZPTN)
Modifiziert nach einer Information des Los Angeles County Department of Mental Health