

Dagmar Eckers

Die Hilflosigkeit bei traumatisierten Babys und Kleinkindern – wie können Pädagogen früh und wiederholt traumatisierten kleinen Kindern helfen?

Bad Bentheim, 28. Mai 2008

Wenn wir uns mit der Traumatisierung von Babys und Kleinkindern befassen, müssen wir feststellen, dass diese Traumatisierung häufig durch die primären Bezugspersonen geschieht, also durch die Eltern. Das umfasst schwer wiegende Deprivation, Vernachlässigung, Misshandlung, emotionale und sexuelle Gewalt sowie das Erleben von Gewalt zwischen den Eltern. Diese Gewalt bewirkt (oft chronischen) Stress beim Kind. Für die Affekt- und damit auch die Stressregulation wären normalerweise wiederum die Eltern zuständig, da der Stress des Kindes in der nahen Bindung reguliert wird. Erst wenn das Kind wiederholt die Erfahrung psychophysischer Beruhigung gemacht und Vertrauen in Mitmenschen und die Welt entwickelt hat, kann es zunehmend seine Affekte selbst regulieren und eine integrierte Wahrnehmung entwickeln. In der anhaltenden Erfahrung der Bindung zu den primären Bezugspersonen entwickelt das Kleinkind ein inneres Arbeitsmodell zur Wahrnehmung über sich selbst und Voraussagen darüber, wie es von anderen behandelt werden wird.

Diese Wahrnehmung von sich und anderen wird stark von den Eltern (in der Regel der Mutter) in den ersten beiden Lebensjahren geprägt. Wenn die Mutter selbst die Erfahrung von sicherer Bindung in ihrem Leben gemacht hat, kann sie gute Bindungsangebote an das Baby weitergeben: sie kann im nahen Kontakt zum Baby feinfühlig und prompt auf die Bedürfnisse und Signale des Babys reagieren, sie in Worte fassen und befriedigen. In ängstigen Situationen bietet die Mutter die Basisstation des Kindes, zu dem es sich zurückziehen und Beruhigung finden kann; u.a. wird Oxytocin beim Kind ausgeschüttet, was die Stressreaktion wieder beruhigt.

Wenn die Mutter in ihrer Haltung zum Kind unsicher-vermeidend ist, also wenig Kontakt herstellt, das Kind vielleicht auch als störend empfindet und Erwartungen hat, dass das Kind möglichst früh wenig Ansprüche an die Mutter hat, entwickelt das Kind selbst ein unsicher-vermeidendes Bindungsverhalten und sucht wenig Kontakt von sich aus.

Eine unsicher-ambivalente Mutter, die das Kind gleichzeitig liebt und ablehnt, also mal überschüttenden nahen Kontakt zum Kind herstellt und auf seine Bedürfnisse und Signale eingeht, zu anderen Zeiten es aber zurückstößt und seine Signale überhört, wird in Folge ein unsicher-ambivalent gebundenes Kind haben, das um den Kontakt kämpft, sehr verzweifelt bei Trennung und unsicher im nahen Kontakt zur Mutter ist.

Wenn die Mutter innerlich sehr geängstigt (traumatisiert) und/oder in ihrem Verhalten sehr ängstigend für das Kind ist (traumatisierend), wird beim Kleinkind gleichzeitig das Bindungssystem und das Verteidigungssystem aktiviert. Oft treten in schneller Abfolge Annäherungs- und

Vermeidungsreaktionen beim Kind auf oder es erstarrt im Konflikt zwischen beiden Impulsen. In gewalttätigen und vernachlässigenden Familien gibt die Mutter dem Baby emotional (also **implizit**, ohne bewusste Steuerung!) gänzlich widersprüchliche Botschaften und kann es vor zusätzlicher Traumatisierung nicht schützen.

Zu den vier bekannten Bindungsstilen (sicher, ängstlich-vermeidend, ängstlich-unsicher und desorganisiert/desorientiert) hat man festgestellt, dass bei misshandelten einjährigen Kindern 82 % desorganisiert gebunden sind, bei nicht misshandelten Kindern nur 19 % (V. Carlson, Cicchetti, Barnett und Braunwald, 1989).

Wenn Babys die Erfahrung machen, dass die Mutter emotional nicht zur Verfügung steht und durch die Mutter selbst oder das sonstige nahe Umfeld (Familie) Gewalt erleben, ist ihr Stressbewältigungspotential immer wieder überfordert. Das Gehirn und der ganze Körper werden durch lebensbedrohlichen Stress überflutet, die explizite Integration der Erfahrung wird jedoch gleichzeitig blockiert.

Anders als bei einzelnen traumatisierenden Erfahrungen auf dem Hintergrund einer stabileren Stressregulation, in deren Folge eher eine posttraumatische Belastungsstörung auftritt, sind die Konsequenzen bei Kleinkindern in chronisch traumatisierenden sozialen Beziehungen umfassender und für die Entwicklung der Kinder sehr tief greifend. Bessel van der Kolk hat in Vorbereitung für das DSM-V mit seiner Arbeitsgruppe die Entwicklungstraumastörung (Developmental Trauma Disorder) konzipiert, die folgende Kriterien umfasst:

Entwicklungstraumastörung **(Developmental Trauma Disorder)**

A. Exposition

- Mehrfaches oder chronisches Erleben von einer oder mehreren Formen von zwischenmenschlichem Trauma, das die Entwicklung schädigt

(z.B. Vernachlässigung, Verrat, Körperverletzung, sexuelle Gewalt, Bedrohung der körperlichen Integrität, Zwangsmaßnahmen, emotionaler Missbrauch, Zeuge sein von Gewalt und Tod)

- **Subjektives Erleben**
(z.B. Wut, Enttäuschung, Angst, Resignation, Selbstaufgabe, Scham)

B. Ausgelöste Muster wiederholter Dysregulation als Reaktion auf Traumareize

Hohe oder niedrige Dysregulation angesichts von (Trauma)Reizen. Die Veränderungen sind anhaltend und gehen nicht auf den Normalzustand zurück; in Intensität nicht reduziert durch bewusste Wahrnehmung.

- Affektiv
- Körperlich (z.B. physiologisch, motorisch, medikamentös)
- Im Verhalten (z.B. Reinszenierung, Ritzen)
- Kognitiv (z.B. Gedanken von Wiedererleben, Verwirrung, Dissoziation, Depersonalisation)
- In Beziehungen (z.B. sich anklammernd, oppositionell, misstrauisch, überangepasst)
- In der Selbstwahrnehmung (z.B. Selbsthass, Selbstvorwürfe)

C. Anhaltend veränderte Wahrnehmung und Erwartungen

- Negative Selbstwahrnehmung
- Misstrauen gegenüber Bezugspersonen
- Verlust des Vertrauens darin, von anderen Menschen geschützt zu werden
- Verlust des Vertrauens in möglichen Schutz durch soziale Institutionen
- Juristische und soziale Institutionen werden nicht in Anspruch genommen
- Unvermeidlichkeit künftiger Viktimisierung

D. Behinderung aller Funktionsbereiche

- Schule
- Familie
- Peergruppe
- Recht
- Beruf

Wir begegnen daher Kindern, die innerlich Bindung zwar schmerzlich vermissen und bei drohendem erneutem Bindungsverlust extreme Angst entwickeln, die gleichzeitig jedoch nahe Bindungen, da sie gefährlich und unberechenbar erlebt wurden, phobisch meiden oder sie immer wieder zerstören. Im Erleben der traumatisierten Kinder werden Gefühle entweder nicht wahrgenommen (da sie lernen mussten Gefühle und Körperempfindungen zu dissoziieren) oder wahrgenommen und schnell vermieden. Oder aber sie werden wahrgenommen und der Umwelt nicht mitgeteilt; stattdessen findet eine Reaktion auf die Gefühle statt, die von anderen Menschen oft unverständlich ist (aggressives oder defensives Verhalten, Rollenumkehr in Beziehungen mit Erwachsenen, pseudoautonome Strategien, bizarres Verhalten wie das Sammeln und Verstecken von Lebensmittelresten, obwohl es genug Essen gibt u.a.).

Die Themen für den pädagogischen Umgang mit früh und chronisch traumatisierten Kindern und deren Beziehungs- und Verhaltensmustern leiten sich aus diesem Hintergrund ab. Wir können dann die Reaktionen der Kinder verstehen als Versuch, die subjektiv empfundene Bedrohung in Beziehungen zu minimieren und den emotionalen Stress zu reduzieren.

Zentrale Schwerpunkte sind dann

- Stärkung der realen und gefühlten Sicherheit bei den Kindern
- Stärkung der Impulskontrolle
- Stärkung der Selbstwirksamkeit
- Gute Körpererfahrung
- Ausgleich von vorhandenen Entwicklungsdefiziten
- Traumatherapie, wenn es möglich ist

Stärkung der Sicherheit

Reale Sicherheit bedeutet oft eine Überprüfung der Kontakte des Kindes (z.B. zur Herkunftsfamilie). Es beinhaltet im Alltag des Kindes für eine gefühlte Sicherheit die Herstellung von sicheren und planbaren Konditionen mit klaren Regeln.

Stärkung der Impulskontrolle

Die Zielrichtung geht vor allem dahin, weder sich noch andere zu verletzen. Hilfreich ist eine klare Orientierung in der Gegenwart (Überprüfung der Selbstwahrnehmung als „bedroht“) und ein Herausfinden der auslösenden Trigger für (auto-)destruktives Verhalten sowie deutlich abgesprochene und eingehaltene Konsequenzen bei diesen Verhaltensweisen.

Stärkung der Selbstwirksamkeit

Beschäftigungen und Hobbys, die wenig Interaktion mit Menschen erfordern, und viel Spaß und Erfolg bewirken, sind grundlegend wichtig:

- Sport
- Naturerfahrungen
- Musik hören und spielen (trommeln)
- Lesen, Geschichten auf CDs
- Computerspiele

Wenn Spiele mit anderen Kindern und Erwachsenen angeboten werden, sind einfache Gruppenaktivitäten hilfreich, Spiele mit klaren Regeln und Spiele, die Fantasie und Rollenspiel fördern; eher ungeeignet sind direkte Konkurrenz- bzw. Kampfspiele.

Gute Körpererfahrungen

Der chronischen Übererregung kann durch **Entspannungserfahrungen** etwas entgegen gewirkt werden, z.B. durch

- Schaukeln
- Entspannung im Wasser
- Massagen
- Yoga, Tai-Chi...

Wichtig ist auch die Erfahrung der eigenen **Körpergrenzen**. Das kann gestärkt werden durch

- Fühlspiele
- Körperumrandungen malen
- Abstandsübungen
- Höhlenbau

Bei **direktem** Körperkontakt sollte man vorsichtig sein, alters- und kontextadäquat kann es jedoch sehr hilfreich sein.

Die **Körperintegration** (Synchronisation, Koordination, Gefühl für Abfolge und Rhythmus, Musik und Körper) kann gefördert werden durch

- Geschicklichkeitsübungen
- Wahrnehmungsübungen
- Über – Kreuz – Übungen
- Ergotherapie
- (Therapeutisches) Reiten
- Tanzen

Diese Korrekturen alter Erfahrungen und die Eröffnung neuer Bewältigungsstrategien sind wirksam auf dem Boden **neuer, sicherer Bindungen!** In sicheren heutigen Bindungen können Erfahrungen, Gefühle, Körperempfindungen, Gedanken und Verhaltensweisen, die bisher oft voneinander getrennt gespeichert und wieder aktiviert wurden von den Kindern, neu zugeordnet und besser verstanden werden. Auf Seiten der beteiligten Pädagogen sind – wie im sicheren Bindungsangebot – Feinfühligkeit und eine gute Beachtung von Nähe und Distanz hilfreich (weder „retten“ und in Betroffenheitssymbiose gehen noch sich in aggressive Täter-Opfer-Konstellationen verwickeln/lassen). Empathische Abstinenz, Selbstfürsorge, Beachtung möglicher Spaltungstendenzen im Team und ggf. Supervision sind im pädagogischen Umgang notwendig.

Gute traumatherapeutische Angebote sind unterstützend, werden aber noch zu selten angeboten bzw. sind nicht verfügbar. Ziel einer traumatherapeutischen Behandlung wäre **nicht**, in erster Linie die Traumatisierungen zu fokussieren, sondern (mit sicherer therapeutischer Bindung) die heutige Symptomatik zu reduzieren, die Impulskontrolle zu stärken, die Lebensqualität des Kindes zu verbessern und erst auf dem Boden dieser positiven Erfahrung gestuft die traumatischen Erfahrungen (auch beispielhaft) zu thematisieren.