

Wenn die Wunde verheilt ist, schmerzt die Narbe.

Frühkindliche Traumatisierungen und die Folgen.

Alexander Korittko

Wir denken, wir machen Erfahrungen, aber die Erfahrungen machen uns.

Eugene Ionesco

Wer in der Kindheit immer wieder innerfamiliärer Gewalt ausgesetzt war, wiederholt in seinen Versorgungsbedürfnissen massiv vernachlässigt wurde oder häusliche Gewalt beobachten musste, trägt dauerhaft und vorhersagbar noch im Erwachsenenleben die „Narben“ dieser Qualen. In einer umfangreichen Studie konnte nachgewiesen werden, dass sich schädliche Kindheitserfahrungen hochsignifikant nicht nur auf die seelische Gesundheit im Erwachsenenalter auswirken, sondern auch auf die körperliche Gesundheit. Erlebnisse wie frühe Verluste von Bindungspersonen, Suchterkrankungen oder psychiatrische Erkrankungen bei den Eltern, fortlaufende Demütigungen und Entwertungen, körperliche und sexuelle Gewalt sowie chronische Vernachlässigung führen zu einer dauerhaften Schädigung des Immunsystems. „Belastungsfaktoren aus der Kindheit werden folglich den Organismus ein Leben lang quälen“ (Huber, 2009, S. 49).

Aber auch die Stress modulierenden und Affekt verarbeitenden Systeme des Gehirns zeichnen sich als Resultat von traumatischen Kindheitserfahrungen durch eine lebenslange besondere Empfindlichkeit aus – eine hochsensible Wahrnehmung, Bewertung und Bewältigung von Belastungssituationen führt zur Wiederholung von Handlungen, die früher für das Überleben sinnvoll und notwendig waren, die aber im Erwachsenenleben von anderen Menschen als Fehlreaktionen beurteilt werden.

Ich werde zunächst einige Bemerkungen über generelle Stressmechanismen beim Menschen voraus schicken, bevor ich auf die spezielle Verarbeitung von frühkindlichem Stress eingehe. Stress empfinden wir immer dann, wenn wir aus einem funktionalen Gleichgewicht durch Anforderungen, die uns in der Geschwindigkeit, der Intensität oder in der Menge überraschen, so herausgefordert werden, dass wir eine kurze Zeit nicht mehr gut funktionieren. D.h. auch Alltagsstress kann uns an die Grenze des Machbaren führen. Wir werden dann zunehmend unruhiger, unsere Gedanken und Handlungsabläufe werden irritiert. Im Allgemeinen ist Alltagsstress jedoch mit Anpassungsreaktionen zu bewältigen. Man könnte sogar behaupten, ein gewisses Maß an Stress ist Teil des Lebens. Wir erleben tagtäglich eine Abfolge von Spannungs- und Entspannungszuständen. Im Gegensatz zu Alltagsstress entsteht jedoch traumatischer Stress durch eine subjektiv empfundene Lebensgefahr oder Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit bzw. durch eine existenzielle Bedrohung der persönlichen Integrität. Traumatischer Stress führt zu einer Überflutung von Angst und der Wahrnehmung, der drohenden Gefahr völlig schutzlos ausgeliefert zu sein. Die normalen Anpassungsreaktionen reichen dann nicht mehr aus.

Die Neurobiologie der Stressverarbeitung

In Situationen von traumatischem Stress, wenn also die tagtäglichen Stressverarbeitungsmechanismen nicht mehr greifen, stehen jedem Menschen, groß oder klein, evolutionär entstandene Schutzfunktionen zur Verfügung. Als erstes springt unser so genanntes Bindungssystem an. Wenn wir in lebensbedrohliche Gefahr, emotionalen Schmerz oder unerträgliches Leid geraten, suchen wir nach anderen Menschen, die uns helfen. Wenn hingegen andere leiden,

wollen wir helfen, je nachdem, wie viel Kompetenz dazu wir für die jeweilige Situation besitzen oder schon erwerben konnten. Ist bei eigener Gefährdung kein anderer Mensch in der Nähe bzw. bleiben die Hilferufe unbeantwortet, ergreifen wir die Flucht oder versuchen gegen die Bedrohung anzukämpfen. Diese beiden Reaktionen werden durch die körpereigenen Hormone Noradrenalin und Adrenalin in Gang gesetzt. Der gesamte Körper befindet sich in einem hochaktiven Zustand und wird vom Nervensystem des Sympathikus gesteuert. Ein erhöhter Herzschlag versorgt die Muskeln in den Armen und Beinen verstärkt mit Sauerstoff, die letzten Blutzucker-Reserven werden mobilisiert, die Haut errötet, Augen und Ohren sind putzmunter. Kurz: Eine nach außen wahrnehmbare Anspannung in der Flucht- und Kampfbereitschaft führt zu hoher Aktivität und Aufmerksamkeit nach innen. Wir werden plötzlich zum Rambo. Sind jedoch alle Flucht- oder Kampfreaktionen wirkungslos oder sogar unmöglich, geraten wir in die so genannte traumatische Zange (Huber 2005) und erstarren. Dabei bleibt zunächst die hohe Anspannung im Körper erhalten. Je länger jedoch die Bedrohung unvermindert anhält, wird die Aktivität nach innen ebenfalls durch eine zunehmende Starre ersetzt und die Physiologie des Menschen kippt. Der Herzschlag sinkt unter die normale Frequenz, die Muskeln erschlaffen, die Haut färbt sich bleich und die Aufmerksamkeit nach außen und innen weicht dem parasympathischen Zustand der Empfindungslosigkeit. Wir unterwerfen uns dem unvermeidlichen, sehen fast wie leblos aus. Die bis dahin vorherrschende Übererregung kippt in die Untererregung.

Auch das Gehirn verändert dann seine Funktionsweise, ohne dass wir das in Situationen von Gefahr und größter Not bewusst steuern können. Während das Gehirn in der Phase von Flucht und Kampf noch fieberhaft nach Möglichkeiten sucht, aktiv das Überleben zu sichern, die Koordination der dazu erforderlichen Bewegungen zu optimieren und dabei die Wahrnehmung und Verarbeitung von vielen Details und nebensächlichen Randinformationen unterlässt, wird ein Teil des Gehirns, nämlich der Neokortex mit der präfrontalen Rinde, schrittweise abgeschaltet. Eine bewusste Steuerung, eine mit Sprache versehene Speicherung des gesamten Geschehens oder eine vernunftgesteuerte Handlungsplanung ist in diesem Zustand von auswegloser Hilflosigkeit, Ohnmacht und Verzweiflung angesichts existenzieller Bedrohung nicht mehr möglich. Die so genannten Mandelkerne (Amygdala), Teile des Mittelhirns, des limbischen Systems, übernehmen die Steuerung. Auf diese Weise werden in der Phase der Erstarrung und der Unterwerfung nicht vollständig erzählbare Narrative, sondern nur fragmentierte Erinnerungen abgespeichert. Das kann ein Geräusch sein, ein Bild, ein Geruch, eine Emotion, ein Körpergefühl oder ein Erlebens-Kontext. Diese Erinnerungen allerdings werden so intensiv gespeichert, dass sie auch noch Jahre später dazu führen können, dass der Mensch dieselben körperlichen Reaktionen, dieselben Emotionen und dieselben Gedanken wahrnimmt, wenn er z.B. durch ein Trauma-Fragment als optischen, akustischen, olfaktorischen oder taktilen Erinnerungsauslöser (genannt „Trigger“) mit seinem Trauma konfrontiert wird. Die dauerhafte, dabei jedoch unspezifische Speicherung signalisiert dem Gehirn, dass die Gefahr, die damals nicht gemeistert werden konnte, jetzt erneut bevor steht und die vielleicht jetzt befriedigend abgewehrt werden kann. Das Trauma ist noch nicht vergangenheitsfähig geworden, sondern passiert in der Wahrnehmung des Traumatisierten immer wieder erneut, wenn er daran erinnert wird oder nur daran denkt.

Ein Beispiel: Ein Kind wurde häufig mit einem (Bambus-)Rohrstock verprügelt. Es kann sein, dass dieses Kind - ohne es zu merken - an sein Trauma erinnert wird, wenn es im Wohnzimmer seiner Pflegefamilie einen Gummibaum sieht, der im Topf durch ein Bambusrohr gestützt wird. Dieses visuelle Trauma-Fragment kann das Kind in Bruchteilen von Sekunden in Angst und Schrecken versetzen, und es beginnt damit, in Panik laut zu schreien (Übererregung), obwohl in dieser Situation keine Prügel drohen. Es kann aber auch in völlige Apathie versinken (Untererregung), ohne dass dem Kind der Zusammenhang zwischen dem Anblick

eines Bambusrohres und den beiden Reaktionen bewusst sein wird. Es verhält sich so, als sei es erneut in großer Gefahr.

Gerät jemand im Trauma in das parasympathische Reaktionsmuster der Unterwerfung und der Untererregung (der peri-traumatischen Dissoziation, d.h. die Sinneseindrücke in dieser Situation können nicht mehr ganzheitlich wahrgenommen und verarbeitet werden), kann das als letzte Möglichkeit des Überlebens angesichts anhaltender existenzieller Bedrohung genutzt werden. Wird ein Kind z.B. immer wieder schwer misshandelt, ist es zum Überleben dieses Kindes enorm hilfreich, wenn sein Körper nichts mehr spürt, den Schmerz (und oft auch die Person des Peinigens) nicht wahrnimmt, diese Informationen also abspaltet, dissoziiert. Wiederholt sich die Misshandlung, die sexuelle Gewalt oder auch die Vernachlässigung immer wieder, werden die existenziell bedrohlichen Momente oder sogar Stunden zum Teil des tagtäglichen Ablaufs im Leben eines Kindes, jedoch in ihrer Gesamtheit nicht wahrgenommen. Wir nennen dieses wiederholte „nicht merken und später nicht wissen“ Amnesie.

Ein kurzer Blick auf den stressbedingten Hormonhaushalt. Bei kurzen belastenden Ereignissen schüttet der Körper die Hormone Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol und einige Endorphine aus. Adrenalin und Noradrenalin erhöhen die Flucht und Kampfbereitschaft, Cortisol dient der Beruhigung und die Endorphine lassen uns als körpereigene Wohlfühlhormone emotionale und körperliche Schmerzen nicht spüren. Ist die Situation gemeistert, wird die Ausschüttung dieser Hormone gestoppt. Kann aber eine existenzielle Bedrohung nicht durch Flucht oder Kampf abgewendet werden, werden also weiterhin all diese Hormone bei traumatischem Stress ausgeschüttet, ohne dass Angst, Schmerz oder Entsetzen reduziert werden können, entsteht parallel zur fragmentierten Speicherung der Wahrnehmungssplitter ein merkwürdig leichtes Gefühl von Entrücktsein und Todesnähe. Liegen hier die Ursachen für die Reinszenierung von erlebten traumatischen Bedrohungen? Wird später der Kick der Bedrohung oder des Schmerzes immer wieder gesucht, weil sich dieser Zustand am Ende dieser Hormonkaskade so wunderbar leicht anfühlt?

Kindliche Hirnentwicklung: erfahrungsbedingte Strukturierung

Nachdem bisher die Prinzipien der Über- bzw. Untererregung angesichts von existenzieller Bedrohung, die fragmentierten Speicherung von Erinnerungen während der Traumatisierung und dabei die Funktion rettenden Dissoziation verdeutlicht wurden, können wir uns nun mit der Entwicklung des Gehirns eines Kindes unter traumatischen Bedingungen befassen. Kindergehirne sind – vor allem in den höheren Bereichen und auf den komplexen Verarbeitungsebenen noch nicht stabil vernetzt. Diese Strukturen müssen erst noch erfahrungsabhängig stabilisiert werden. Der Neurobiologe Alan Schore sagt: „Cells that fire together, wire together“ (Schore 2007). Er drückt damit aus, dass das menschliche Gehirn bei der Geburt über ein gleichmäßiges Netz mit einer Vielzahl von möglichen Neuronen-Verbindungen verfügt, von denen jedoch schon in den ersten Lebensjahren nur die bestehen bleiben und sich zu Mustern miteinander verbinden, die am häufigsten benutzt werden, während andere, die nicht genutzt werden, verkümmern. Die Neuronenmuster, die am häufigsten genutzt werden, schon vor der Geburt und erst recht nach der Geburt, stabilisieren sich zu „Daten-Autobahnen“ und sind daher am schnellsten abrufbar. Das Gehirn ist also ein plastisches Organ, es strukturiert sich selbst, und zwar nutzungsbedingt. Es nimmt Informationen auf, die aus der Umwelt auf das Gehirn einwirken, und reagiert mit den Mustern, die das Überleben seines Besitzers auf effektivste Art sicherstellen. Das einflussreichste Erfahrungspotential der unmittelbaren Umwelt besteht aus anderen Menschen. Gerald Hüther bezeichnet deswegen das Gehirn als ein soziales Organ (Hüther et. al. 2010).

Bei der Geburt eines Kindes ist der Hirnstamm schon funktionsfähig. Auch Teile des limbischen Systems können schon ihren Zweck erfüllen. Die Vernetzung im Neokortex beginnt vor allem nach der Geburt. Damit die hochkomplexen kortikalen Verschaltungsmuster herausgeformt werden können, brauchen Kinder entsprechende Erfahrungsräume mit Sicherheit und Halt bietenden Bindungspersonen und positiven Beziehungserfahrungen, vielfältigen Anregungen und zu bewältigenden Herausforderungen sowie Orientierung bietenden Vorbildern. Nur wenn diese Voraussetzungen für eine „sichere Bindungsrepräsentation“ (Brisch 2003) erfüllt sind, können Kinder sichere Erfahrungen mit der sie umgebenden Umwelt machen. Kinder sind umso verletzlicher, je schlechter es ihnen gelungen ist, bzw. je weniger Gelegenheit sie hatten, die äußeren Strukturen (kortikale Bereiche), ihres Gehirns in enger Verbindung mit den inneren Schichten (limbisches System, Hirnstamm) herauszuformen.

Wenn ein Baby unter leichten Stress gerät, besitzt es anfänglich nur geringe Kompetenzen, den Stress selbst zu regeln. Sein „Fenster der Toleranz“ ist noch sehr klein. Das heißt, es benötigt schon bei den geringsten Stressoren (Hunger, Durst, volle Windel, Langeweile, Furcht, Kälte, Wärme) eine Hilfe von außen durch sichere Bezugspersonen, die feinfühlig, prompt und angemessen auf die Bedürfnisse des Kindes reagieren. Je schneller und angemessener ein Kind Hilfe bei der Selbstregulation erhält, umso mehr kann es Kompetenzen entwickeln, die sein „Fenster der Toleranz“ jenseits von Untererregung oder Übererregung erweitert (siehe Abbildung 1). Es lernt z.B. dass ein Mal rufen genügt, damit Mama oder Papa kommen, in der Wartezeit beruhigt es sich mehr und mehr selbst. Bei guter Fürsorge durch ausreichend gute Eltern wachsen die Kompetenzen von Tag zu Tag und es entstehen auf allen Ebenen des Gehirns vielseitige Vernetzungen, die eine differenzierte Persönlichkeit mit emotionalen und kognitiven Fähigkeiten kennzeichnen.

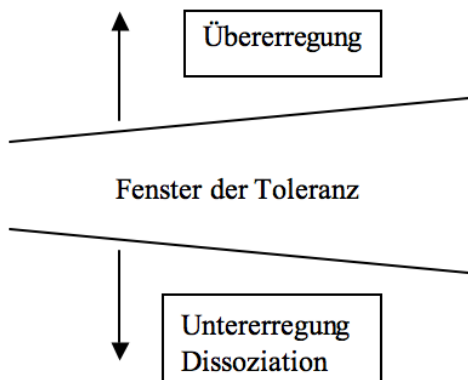


Abb. 1: Fenster der Toleranz

Chronifizierte Notfall-Reaktionen als Folge frühkindlicher Traumatisierung

Gerät aber ein Kind immer wieder durch Vernachlässigung oder sogar Misshandlung in Panik und Todesangst, wird es also von den verantwortlichen Erwachsenen nicht angemessen beruhigt oder getröstet, sondern genau von diesen Menschen traumatisiert (nach Michaela Huber ist das ein Beziehungsverrat), wird es lernen, die Notfallschaltung des Gehirns dauerhaft zu nutzen. Frühe Gewalterfahrungen, Vernachlässigung, sexuelle Ausbeutung und Misshandlungen oder der Verlust Sicherheit bietender Bezugspersonen sind die wichtigsten Auslöser unkontrollierbarer Stressreaktionen während der frühen Phasen der Hirnentwicklung und führen bei Kindern weitaus rascher als bei Erwachsenen zur Aktivierung archaischer Notfallreaktionen im Hirnstamm. Je intensiver es geschieht, dass ein kleiner Mensch sich durch Kampf (Übererregung) in Form von Strampeln und Schreien zu retten versucht und dann in den Zustand der Untererregung gerät (Wegträumen und weder nach außen noch nach innen etwas spüren),

bahnt sein Gehirn genau diese Reaktionen als reguläres Konfliktlösungsmuster. Da sich dann beim Kind nicht im Zusammenspiel mit feinfühligem Erwachsenen eigenen Kompetenzen herausbilden können, erweitert sich das „Fenster der Toleranz“ nicht, sondern es wird enger. Je früher und je intensiver das Kind traumatisiert wurde, umso häufiger treten diese Reaktionen schon bei einfachsten Belastungen auf. Kinder bei denen das schon im ersten Lebensjahr geschieht oder die von traumatisierten Bezugspersonen betreut wurden, entwickeln im dauerhaften traumatischen Belastungsstress eine Überproduktion von Cortisol, was zur Zerstörung bereit entwickelter Vernetzung und zu einer Disregulation von neurobiologischen Regelkreisen führen kann (Schoore 2007).

Jedes Gehirn hat eine rechte und eine linke Hemisphäre, verbunden durch den so genannten Balken. In der linken Hemisphäre befindet sich unter anderem das Broca-Sprachzentrum. Bei Traumatisierten wird im Trauma und bei den lebhaften Trauma-Erinnerungen, den so genannten Flashbacks vor allem die rechte Hirnhälfte und hier das limbische System aktiviert, so dass Sprache als Funktion des Neokortex und der linken Hemisphäre nicht zur Verfügung steht. Der Volksmund benennt eigentlich ganz treffend den Zustand unter traumatischem Schock: „Es schlägt mir die Sprache.“ oder „Da fehlen mir die Worte.“

Wodurch werden Kinder traumatisiert? Man könnte annehmen, dass Kinder vor allem durch Gewalt oder Vernachlässigung, die sie selbst betrifft, traumatisiert werden. Das ist in der Regel auch so. Was jedoch oft vergessen wird ist die Tatsache, dass Gewalt an einem Elternteil, wie z.B. an der Mutter durch den Vater, Gewalt an den Geschwistern oder Gewalt an Lieblingstieren ebenso traumatisierend wirken kann. Auch eine Betreuung durch Bezugspersonen, die durch eigene Traumafolgestörungen häufig in Übererregung oder Dissoziation geraten, kann auf Kinder traumatisierend wirken (Brisch 2003, Korittko u. Pleyer 2010)

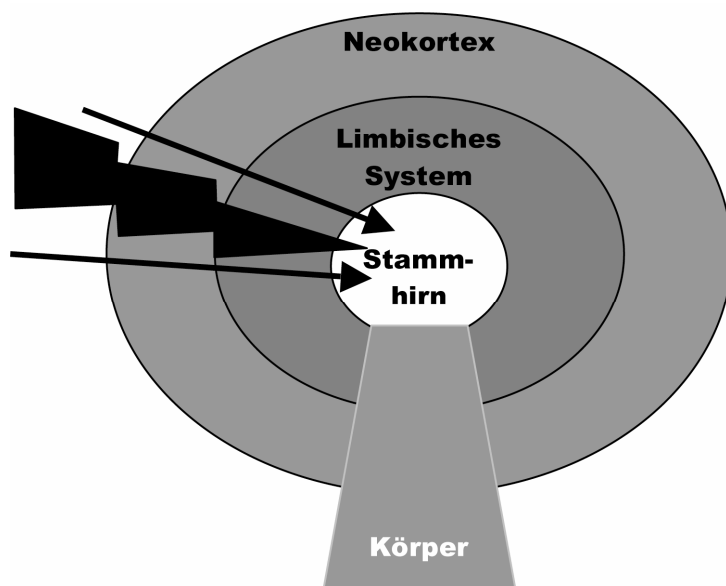


Abb. 2: Trauma Schacht

Hüther et. al. (2010) haben beschrieben, dass sich bei intensiver und wiederholter Traumatisierung im Gehirn schnell erregbare Trauma-Netzwerke oder „Trauma-Schächte“ bilden, die sich über die Ebenen des Neokortex, des limbischen Systems und des Hirnstamms erstrecken (siehe Abb. 2). Wird jemand durch Auslösereize an sein Trauma erinnert (angetrigger), scheint es, als werden die Reaktionen wie in einem Schacht ungebremst unmittelbar auf die Ebene des Hirnstamms weitergeleitet und der Körper reagiert massiv. Erst danach sind heftige

Affekte auf der Ebene des limbischen Systems und unter Umständen auch Trauma-assoziierte Kognitionen wahrzunehmen. Als Auslösereize wirken nonverbale Erinnerungssignale wie Körperbewegungen, Gesichtsausdrücke, Bilder, Geräusche und Gerüche intensiver als Worte. Die Betroffenen befinden sich psychologisch nicht mehr im „Hier und Jetzt“, sondern im „Dort und Damals“ ihres Traumas. Aggressive Tendenzen treten in solchen Trauma-assoziierten Zuständen eher bei Jungen auf, während bei sich Mädchen häufig depressive Tendenzen beobachten lassen (Aggression nach innen). Weil Schmerzen auch die körpereigenen Wohlfühlhormone aktivieren (Endorphine), wird der Schmerz gesucht, der auch gleichzeitig als Mittel zur Rückkehr ins „Hier und Jetzt“ dienen kann: geschlagen werden, sich selbst Haare ausreißen, sich selbst schneiden. „Blut tut gut“, sagte eine Jugendliche. So entstehen als Folge der frühkindlichen Traumatisierungen Reaktionsmuster und innere Haltungen, die sich von denen anderer Menschen erheblich unterscheiden: Menschen machen Angst und sind zu vermeiden, allein sein und Schmerzen sind gut.

Das Gehirn lernt also bei sequenzieller und multipler Traumatisierung im Kindesalter:

- Sicherheit bietende Bezugspersonen bieten keine Sicherheit
- Die Aneignung von Kompetenzen bietet keine Sicherheit
- Schreien, stereotype Bewegungen und/oder Erstarren stehen als einzige Notfallreaktion zur Verfügung und verdichten sich zu intensiv genutzten neuronalen Mustern.

Bessel van der Kolk (2005) schlägt eine neue Diagnosekategorie vor, die er „Entwicklungs-traumatische Störung“ (Developmental Trauma Disorder) nennt. Sie beinhaltet eine multiple oder chronische interpersonelle Traumatisierung mit subjektivem Erleben von Gefühlen wie intensive Furcht, Wut, Scham, Hoffnungslosigkeit. Dies können sein:

- Misshandlung
- sexueller Missbrauch, sexualisierte Gewalt
- Vernachlässigung
- Bedrohung körperlicher Integrität
- Züchtigung
- emotionaler Missbrauch
- Gewalt- und Todeserfahrungen als Beobachter

Als Folge davon entstehen Muster wiederholter Dysregulation ausgelöst durch trauma-assoziierte Hinweisreize (Trigger).

- Affektive Dysregulationen
- Somatische Dysregulationen
- Verhaltens-Dysregulationen
- Bindungsbezogene Dysregulationen
- Kognitive Dysregulationen
- Mangelnde Selbstfürsorge

Generalisierte negative Attributionen und Erwartungshaltungen

- Negative Selbstattributierung,
- Misstrauen gegenüber Bezugspersonen,
- Erwartung zukünftiger Viktimisierung

Funktionelle Beeinträchtigung in wichtigen Lebensbereichen

- Schulische Einschränkungen
- Familiäre Einschränkungen
- Rechtliche Einschränkungen
- Konflikte mit Gleichaltrigen
- Konflikte mit dem Rechtssystem

Van der Kolk meint, dass Kinder und Jugendliche mit einer komplexen Traumatisierung nicht mit den typischen Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung zu diagnostizieren sind. Die Kriterien, die er hier vorschlägt, können auch die Grundlage eines angemessenen pädagogischen Umgangs bilden.

Trauma-orientierte Pädagogik: Von der äußeren Sicherheit zur inneren Sicherheit

Traumatisierte Kinder benötigen so schnell wie möglich ein Sicherheit bietendes Umfeld und Sicherheit bietende Bezugspersonen. Das kann eine Bereitschaftspflegefamilie, eine Pflegefamilie, eine Zuflucht für Mutter und Kinder im Frauenhaus oder für Jugendliche eine Jugendwohngruppe sein. Eine äußere Sicherheit ist die erste Stufe einer gezielten Veränderung.

Im zweiten Schritt kann eine zielgerichtete Diagnose zu angemessenen pädagogischen oder therapeutischen Maßnahmen führen. Damit das Kind angemessen versorgt werden kann, wäre eine Trauma-bezogene Anamnese (Was hat dieses Kind tatsächlich oder vermutlich erlebt?), eine Diagnose der neurophysiologischen Reaktivität (Reagiert dieses Kind unter Stress eher mit Übererregung oder Untererregung und Dissoziation? Verletzt es sich selbst oder wird es anderen gegenüber aggressiv?) und Informationen über andere Symptome hilfreich. Diese Informationen können dazu beitragen, die Verhaltensweisen des Kindes als in der Traumatisierung sinnvolle Überlebensstrategien zu verstehen, die jetzt aber auch schon bei geringstem Stress aktiviert werden. Die nutzungsbedingte Plastizität des Gehirnes hat leicht antriggerbare Verhaltensmuster generiert.

In einer sicheren Umgebung kann das Kind positive Erfahrungen über Verlässlichkeit in Beziehungen und über die Aneignung von Kompetenzen sammeln und damit seine bisherige innere Orientierung schrittweise verändern. Zunächst zeigt es sich jedoch als Kind mit zyklisch wiederkehrenden Stimmungsschwankungen, mit unzureichenden Sprach- und Gedächtnisleistungen, mit hyperaktivem Verhalten, mit Wahrnehmungsstörungen und mit Vermeidungsverhalten. Dies sind in dieser Kombination die Narben frühkindlicher Traumatisierung.

Im pädagogischen Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen sind folgende Prinzipien hilfreich:

- Es ist für Kinder und Jugendliche gut, ihnen einen dauerhaft sicheren Platz zu ermöglichen, bei dem der Gedanke entsteht „Es ist gut hier zu sein“. Die Wohnmöglichkeit sollte mitgestaltet werden dürfen, auch das Vorhandensein von Rückzugsmöglichkeiten ist notwendig.
- Regressive Situationen sollten vermieden werden, d.h. nicht Entspannung ist das Ziel, sondern Kontrolle. Handfeste Lernmaterialien und Chancen für grobmotorische Bewegungen (Gestalten mit Holzklötzen oder Ytong) erhöhen ein Gefühl von Kompetenz und Kontrolle über das Material.
- Eingrenzende Erfahrungen schaffen Voraussagbarkeit. Eine überschaubare wiederkehrende Tagesstruktur, sowie klare Regeln und klare Konsequenzen bei Missachtung von Regeln ermöglichen eine Orientierung.
- Gespräche über die erlittenen Traumata sollten dosiert werden, da sie die innere chaotische Affekt-Struktur antriggern und auch Gefühle von Scham, Schutzlosigkeit und Gesichtsverlust gegenüber der Loyalität zur eigenen Familie hervorrufen können. Das Kind bestimmt Inhalte und Tempo.
- Abstand im Alltag. Menschen, die häufig Grenzverletzungen erlebt haben, benötigen körperliche Distanz, um sich in Alltagsbeziehungen sicher zu fühlen. Körperliche Nähe kann die traumatischen Erlebnisse schnell antriggern.

- Durch eine Vermeidung von häufigen Wechseln von Personen und Orten, durch absolut gewaltfreien Umgang miteinander und durch stark dosierten und kontrollierten Medienzugang kann eine Retraumatisierung vermieden werden. Allerdings ist hier ebenfalls zu prüfen, inwiefern Kontakte zur Herkunftsfamilie förderlich sind, oder die chronifizierten Notfallschaltungen aktivieren.
- Für den schulischen Bereich wäre eine individuelle Erfolgsorientierung weitaus günstiger als fremd gesteuerte Lernsituationen, wie sie in großen Schulklassen üblich ist. Die Vermeidung von Schulleistungen oder Hausaufgaben kann auch als Ausdruck von Hilflosigkeit betrachtet werden.
- Alle pädagogischen Maßnahmen sollten das Prinzip von Zuversicht vermitteln und auch kleine Erfolge intensiv wertschätzen. Bei Konflikten muss auch vermittelt werden, dass die Kinder oder die Jugendlichen mit ihrer gesamten Last auszuhalten sind. Sie wandern mit ihrem prall gefüllten Trauma-Rucksack auf dünnem Eis. Der Rucksack kann ihnen nicht abgenommen werden, aber sie können sich von dünnem Eis zu festeren Untergründen hin bewegen lernen. Wenn sie bei geringen Anlässen aus heiterem Himmel „ausrasten“ oder „wegträumen“, sind sie mehr im „Dort und Damals“ als im „Hier und Jetzt“. Sie reagieren oft nicht auf die Menschen, mit denen sie aktuelle zu tun haben, sondern erleben die Bedrohung ihrer Person „wie damals“. Von daher ist eine persönliche Konfrontation („Mit mir macht man so etwas nicht!“) meist nicht erfolgreich.
- Negative Identifizierungen und negative Gruppenbildungen vermeiden. Es kommt vor, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche die erlittene Ohnmacht durch Gruppenbildung der „neuen Starken“ gegen die „neuen Schwachen“ kompensiert wird. Sie zeigen dann, was ihnen angetan wurde und schaden neuen Opfern. Eine solche Re-Inszenierung von eigenen traumatischen Erfahrungen hilft niemandem.
- Bei selbst verletzendem Verhalten (z.B. so genanntes Schnippeln mit Rasierklingen) ist es ratsam, die generelle Sinnhaftigkeit von solchen Handlungen als selbst induzierte Dissoziationsstopps zu bestätigen, dabei aber alternative Formen anzubieten: scharfe Geschmäcker, Gerüche oder taktile Erlebnisse (z.B. Igelball oder Stein im Schuh).

Werden diese Prinzipien einer Trauma-orientierten Pädagogik angewandt, erhöht sich die Möglichkeit, dass sich bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen parallel zu den Trauma-assoziierten neuronalen Netzwerken des Gehirns neue Muster herausbilden. Neue Erfahrungen führen dazu, dass ein wachsendes Vertrauen in die eigene Kompetenzen und Vertrauen in sichere Beziehungen zu anderen Menschen ein mehr und mehr erweitertes „Fenster der Toleranz“ entstehen lassen.

Der auch noch im Gehirn des Erwachsenen plastischste, durch neue Erfahrungen veränderbare Bereich ist nicht das limbische System oder der Hirnstamm. Es ist der zuletzt ausgeformte und vernetzte Bereich des Kortex, die präfrontale Rinde. Die dort verankerten neurobiologischen Netzwerke bilden die Grundlagen für die aus den bisherigen Erfahrungen abgeleiteten Selbstbilder, Selbstwirksamkeitskonzepte, Einstellungen und inneren Haltungen. Auf dieser Ebene und nicht auf der Ebene für die emotionalen Aktivierungsprozesse (limbisches System) oder für die Regulation körperlicher Prozesse (Hirnstamm) ist eine Neuverknüpfung neuronaler Netzwerke am ehesten möglich. Damit eine solche Umbewertung und Neuverknüpfung geschehen kann, ist zu allererst eine Beendigung der unmittelbaren Belastung erforderlich, also ein Schutz vor weiterem traumatischen Stress.

Entscheidend ist ein vertrautes und wohlmeinendes Unterstützungssystem. Wir alle, aber gerade junge Menschen brauchen die Grunderfahrung, mit andern Menschen verbunden zu sein und von ihnen begeistert zu werden, neue Kompetenzen zu entwickeln und dadurch emotional

wachsen zu können. Geschieht das, müssen die Notfallschaltungen des Gehirns weniger häufig aktiviert werden. Und dann kann auch im Rahmen einer therapeutischen Stabilisierung mit dem Ziel der Affektwahrnehmung und Affektkontrolle eine innere Sicherheit entstehen. Von der äußeren Sicherheit zur inneren Sicherheit.

Im Umgang mit traumatisierte Kindern und Jugendlichen greifen alle Konzepte zu kurz, die ausschließlich auf eine rasche Symptombeseitigung abzielen. Medikamentöse oder allein auf das Verhalten des Kindes ausgerichtete Therapien bewirken zwar eine kurzfristige Entlastung im sozialen Kontext, verändern aber noch nicht grundsätzlich die Trauma-determinierte Strukturierung des Gehirns und die leicht erregbaren neuronal verschalteten „Trauma-Schächte“. Von Menschen verursachte seelische Trauma-Wunden erfordern heilende und dauerhafte Erfahrungen mit anderen Menschen. Daran geht kein Weg vorbei.

Literatur

- Brisch, K. H., Hellbrügge, T. (2003). Bindung und Trauma. Stuttgart: Klett-Cotta
- Huber, M. (2003). Trauma und die Folgen (Trauma und Traumabehandlung - Teil 1). Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2009) Von der Qual genesen. Der Körper zwischen Dissoziation und Achtsamkeit. In M. Huber, P. C. Frei. Von der Dunkelheit zum Licht. (S. 19-75) Paderborn: Junfermann
- Hüther, G. (1997). Wie aus Stress Gefühle werden. Biologie der Angst. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Hüther, G., Korittko, A., Wolfrum, G., Besser, L. (2010). Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung Psychotrauma bedingter Symptomatiken. Trauma und Gewalt, Heft 1, S. 2 – 15
- Kolk, B. A. van der (2005). Developmental Trauma Disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. Psychiatric Annals, 35. Jg., 401-408, Verfügbar unter: <http://www.traumacenter.org/PsychiatricAnnals3a.pdf>.
- Korittko, A., Pleyer, K. H. (2010) Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Schore, A. (2007) Affektregulation und die Reorganisation des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta

Alexander Korittko, geb. 1948, Dipl. Sozialarbeiter, Paar- und Familientherapeut, Systemischer Lehrtherapeut und Lehrsupervisor (DGSF); tätig in einer kommunalen Jugend-, Familien- und Erziehungsberatungsstelle; Mitbegründer des Zentrums für Psychotraumatologie und Traumatherapie Niedersachsen (ZPTN)
alexander.korittko@t-online.de