

Gabriele **Enders**
Psychotherapeutin



**Traumatisierte Kinder
Erkennen und Umsorgen**

Vortrag ISA am 07.11.2001

ã Gabriele Enders 2001

Psychotherapeutin für Kinder und Jugendliche
Antwerpener Str. 46
50672 Köln
Tel.: 0221-561301
Fax: 0221-511797
E-Mail: Gaby.Enders@t-online.de

Der Begriff „Trauma“ fand im 19. Jahrhundert zunächst Verwendung für eine durch äußere Verletzung entstandene Wunde. Auch heute wird dieser Begriff noch in der Unfallmedizin und Chirurgie benutzt.

Erst 1895 konzipierten Freud und Breuer in ihren Studien zur Hysterie den Begriff des psychischen Traumas. Ausgangspunkt waren hysterische Erkrankungen, denen das Trauma sexueller Verführung – wie Freud es damals nannte – zugrunde lag. So fand die bis heute am häufigsten benannte Form der Traumatisierung, der sexuelle Missbrauch, erstmalig Zugang in die psychotherapeutische Behandlung.

Zum Thema des sexuellen Missbrauchs als eine Form der Traumatisierung kommen wir später.

Verschiedene Merkmale kennzeichnen eine traumatische Situation:

Freud benennt als vorrangiges Merkmal die Erfahrung der Hilflosigkeit des Ichs angesichts unerträglicher Erregung, wobei diese Erregung inneren oder äußeren Ursprungs sein kann.

Der Mensch wird völlig unvorbereitet von einem äußeren Ereignis von überwältigender Qualität getroffen, wodurch die Reizschranken niedergerissen und das Ich von maßloser Angst überflutet wird (vgl. Endres S.14 ff).

F. Carrol fand heraus, dass das Individuum Angst vor physischer Zerstörung benennt, es ist aber die psychische Zerstörung, die traumatisiert.

Ein Trauma bedeutet die völlige Abwesenheit von Unterstützung während des und nach dem Ereignis.

Carrol bezeichnet Trauma als „overwhelming situation“, das Ereignis überwältigt physisch und psychisch.

Winnicott definiert Trauma als ein Erlebnis, welches die Kontinuität der individuellen Reifung und Entwicklung unterbricht.

Trauma bedeutet nach Walter eine plötzliche oder chronische äußere Einwirkung, die die normalen Bewältigungsmechanismen überfordert und zu einer radikalen Unterbrechung der Alltäglichkeit und der Beziehungen zu anderen aber auch zu sich selbst führt.

Traumatische Situationen in diesem Sinne können sein:

Tod oder schwere Erkrankung eines Elternteils

Tod oder schwere Erkrankung eines nahen Familienmitgliedes (Geschwister, Großeltern)

Trennung der Eltern

Trennung von den Eltern

Unfall

Naturkatastrophen,

Krieg

direkte und indirekte Gewalterfahrung

Geburt eines Geschwisterkindes

Umzug

Tod eines Haustieres

Vergewaltigung

Sexueller Missbrauch

Eine weitere Kategorie sind die über eine längere Zeit anhaltenden

Traumatisierungen:

- physische lebensbedrohliche Erkrankungen innerhalb der Familie (bei ca. 5 – 15 % der Kinder)

- psychische Erkrankung innerhalb der Familie (2 – 5 % der Kinder)

- emotionale und körperliche Verwahrlosung
- Arbeitslosigkeit mit einhergehender Vernachlässigung und Gewalterfahrung
anhaltender emotionaler Missbrauch
- anhaltender sexueller Missbrauch und körperliche Misshandlung (15 % der Bevölkerung
haben dies in ihrer Kindheit erlebt)
- anhaltende Kriegs- und Terrorerfahrung
- generationsübergreifende Traumatisierungen

Von traumatischen Ereignissen können Menschen aller Altersstufen betroffen sein. F. Carrol sagt, dass nicht das Ereignis selbst die Traumatisierung bestimmt, sondern die das Ereignis begleitenden Faktoren. Diese Faktoren bestimmen auch den Schweregrad der Traumatisierung:

1. Das Alter des Kindes und damit verbunden die intellektuellen Fähigkeiten, der Entwicklungsstand und Reifegrad der Persönlichkeit
2. Die Dauer des Ereignisses
3. Die Reaktionen der Umwelt
4. Schädigende Vorerfahrungen
5. Die zur Verfügung stehenden positiven Bewältigungsmechanismen
6. Die Qualität der Bindung sei es zu einem Elternteil, sei es zu einer außersfamiliären Bezugsperson
7. Der Zeitpunkt der Klärung
8. Die mit dem Ereignis verbundenen „moving memories“, die sich bewegenden Erinnerungen, die in der phantasierten Rekonstruktion immer bedrohlichere Formen annehmen können.

Wir müssen davon ausgehen, dass alle gezeigten Symptome zunächst die Aufgabe haben, dem Kind oder Jugendlichen die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen zu aktivieren.

Die Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie und Psychotherapie unterteilen die Folgen eines Traumas in:

a) akute Belastungsreaktion: „Es handelt sich um eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad, die als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche und/oder seelische Belastung auftritt und im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.

b) posttraumatische Belastungsstörung: „Es handelt sich um eine verzögerte oder protahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung. Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen oder Monate (Selten mehr als 6) dauern kann.

c) Anpassungsstörung: Es handelt sich um Zustände von subjektivem Leid und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung auftreten. Die Störung beginnt im allgemeinen innerhalb eines Monats nach dem belastenden Ereignis und hält meist nicht länger als 6 Monate an.

d) Persönlichkeitsstörung

Ich möchte nun näher auf die Form der Traumatisierung durch Missbrauch eingehen. Die im Anschluss vorgestellten therapeutischen Interventionen können auch auf andere Traumatisierungen übertragen werden.

1. emotionaler Missbrauch

Emotionaler Missbrauch liegt vor, wenn

- jemand nicht so sein darf, wie er ist: Sei so, wie ich dich haben will!
- und wenn diese Maxime mit Druck durchgesetzt wird, um die psychische Existenz der Eltern zu sichern, da diese sehr bedürftig sind oder selbst ausgebeutet wurden / werden. Emotionaler Missbrauch kann jedoch nicht nur in der Familie sondern auch in der Schulsituation bestehen.

Emotionaler Missbrauch hat ähnliche Machtstrukturen wie der sexuelle Missbrauch, es bestehen ähnliche Ohnmachtgefühle, nur sind diese nicht so offensichtlich. Die Folgen sind bei Männern häufig Beziehungsstörungen, Angst vor Manipulationen, Beziehungen meiden; bei Frauen narzisstische Störungen jeglicher Form, übermäßige Übernahme von Partneraufgaben.

Das Kind hat keine Chance, eine abgegrenzte Persönlichkeit zu entwickeln, keine Möglichkeit zu erfahren: Wer bin ICH. Häufig werden dann in der Pubertät neue Abhängigkeiten in den peer groups gesucht.

2. Misshandlung und sexueller Missbrauch

Von Missbrauchserfahrungen sind Kinder aller Altersgruppen sind betroffen.

Hilfen werden erschwert durch

- Die Verpflichtung zur Geheimhaltung durch den Täter
- Die Signale des Kindes werden nicht erkannt
- Es wird dem Kind nicht geglaubt.
- Der Helfer aktiviert eigene Ängste, die ihn am Helfen hindern

Als Folge und als Symptome einer unzureichenden Bewältigung in der Kindheit und Jugend kommt es zu spezifischen Schädigungen in der Entwicklung des Körperschemas und der psychischen Identität.

Im psychischen Bereich erkennen wir

- Störungen des Selbstwertgefühls, der inneren Steuerungsfähigkeit und des Realitätskontaktes
- Erhöhte Angstbereitschaft
- Verringerte Frustrationstoleranz
- Verminderte Fähigkeit zur Konfliktbewältigung
- Antisoziales Verhalten
- Autoaggressives Verhalten
- Zwangshandlungen (z.B. Waschzwang)
- Depressionen
- Suizidalität
- Multiple Persönlichkeitsstrukturen
- Verlust der Spielfähigkeit

Körperliche Beschwerden und Folgen können sein:

- chronische Verspannungen und Schmerzen im Kopf und Rückenbereich
- Kreislaufstörungen
- Atemwegserkrankungen, Würge- und Erstickungsgefühle
- Magen- und Darmbeschwerden
- Essstörungen
- Menstruationsbeschwerden

- Frigidität
- Vaginismus
- Unterleibsentzündungen
- Allergien

In der sexuellen Entwicklung und der gelebten Sexualität in der Adoleszenz und im Erwachsenenalter finden sich eher Hemmungen, Blockierung der Intimität als Promiskuität. Häufig werden auch im Erwachsenenalter Gewalterfahrungen innerhalb von Beziehungen oder Sexualkontakten erlebt. Es besteht bei vielen Opfern später der Wunsch bzw. die Realisation von sexuellen Kontakten mit Kindern (6,4 %).

Die traumatische Entwicklung wirkt sich auf verschiedenen Ebenen aus:

1. Traumatische Sexualisierung

Normen werden geprägt: es folgt häufig eine Abspaltung und Trennung zwischen Liebe in einer Beziehung und Sexualität in einer anderen Beziehung . Wenn beide Gefühle zusammenkommen würden, würde das Urtrauma erinnert.

2. Stigmatisierung

Der Gedanke, jeder sieht es mir an, ich bin anders als die anderen, setzt sich beim Kind fest. Gefühle von Schuld, Scham und Ekel sind übermächtig. Symptomatische Folgen: Sucht, Selbstmord, selbstdestruktive Akte.

3. Verrat

Das Kind verlässt sich auf den Schutz und die Liebe der Eltern und erfährt Missbrauch. Das bedeutet Verrat in höchster Form. Es entstehen Misstrauenshaltungen, Feindseligkeit, Wut und Depression

4. Ohnmacht

Vorherrschendes Gefühl ist, dem Missbrauch nichts entgegenzusetzen zu können. Das Gefühl restloser Entmachtung herrscht vor. Es wird gewaltsam bedrängt oder sogar eingedrungen. Der Gedanke des Kindes: Ich habe keine Wirkung. Symptomatische Folgen: Angst- und Panikattacken, Dissoziation, Zwang, Phobien

Wie entsteht ein Verdacht und was ist zu tun?

Ein Verdacht, dass ein Kind oder Jugendlicher eine traumatische Situation erlebt – und das bezieht sich nicht nur auf Missbrauchssituationen -, sollte immer dann aufkommen, wenn sich das Verhalten und der Ausdruck entscheidend und über einen längeren Zeitraum ändert.

Es ist Vorsicht geboten bei

- zu schnellem und unüberlegtem Handeln
- bei Delegation in der Form, dass das Kind und das Problem nur weitergereicht wird.

Als 1. Regel sollte gelten, dass die Person, die sich das Kind als Vertrauensperson ausgesucht hat, das Kind in den verschiedenen Stadien auch begleiten kann.

Eine medizinische Untersuchungen ist nicht in allen Fällen hilfreich. Etwa 30 % der Opfer wiesen keine Auffälligkeiten auf.

Fragen an den Helfer:

1. Durch welche persönlichen, psychischen Mechanismen hindere ich mich am Verstehen und die Kinder am Reden?
2. Bei Spontanaufdeckungen erwarten die Kinder direkte Hilfe. Verfüge ich über ein Netz, so dass mögliche Interventionsschritte vorbereitet sind?

Die Tat selbst, nicht das Gespräch darüber verletzt die Betroffenen!

Meist wird nicht in der Sprache der Erwachsenen bzw. in dem gesprochenen Wort Ausdruck gegeben, vielmehr im szenischen, gestischen Bereich soll Raum und Ausdrucksmöglichkeit gegeben werden.

Die Vertrauensperson wird erst ausgetestet, indirekte Mitteilungen werden gemacht, die Nähe wird gesucht, ein vager Übertragungsverdacht besteht. Es geht primär um Sorge, Anteilnahme und Interesse am Kind und seiner Befindlichkeit. Wichtig ist eine offene Atmosphäre und stetig wiederholte Gesprächsangebote, Vertrauensbildung, nicht Beweise.

Wir bieten uns als Resonanzboden an für die Gefühle des Kindes und dieses sollte auch als solches erkannt werden. Freude, Trauer, Wut und Hass erscheinen.

Solange wir über den Missbrauch unsicher sind und dieser nicht ausgesprochen wurde, ist ein indirektes Sprechen z.B. mittels einer Geschichte möglich.

Bei einem Verdacht ist die Frage zu stellen, wer noch Vertrauensperson des Kindes ist, wem könnte sich das Kind zugewandt haben.

Ist der Täter in der Familie zu vermuten, ist es gegebenenfalls notwendig, unverdächtige „Randsymptome“ zu benennen, die eine ärztliche Untersuchung notwendig erscheinen lassen.

Es muss auf jeden Fall vermieden werden, dass das Kind oder der Täter Angst bekommt, in Panik gerät, Kurzschlussreaktionen passieren.

Therapie

Als Bewältigungshilfen wurden von Betroffenen in einer Umfrage genannt:

- 44 % erlebten Therapie als hilfreich, 17 % haben zum Teil sehr negative Erfahrungen in der Therapie gemacht.
- Informationen und Lesen entsprechender Literatur (ich bin nicht alleine)
- Selbsthilfegruppen eher weniger
- Gespräche mit Vertrauenspersonen

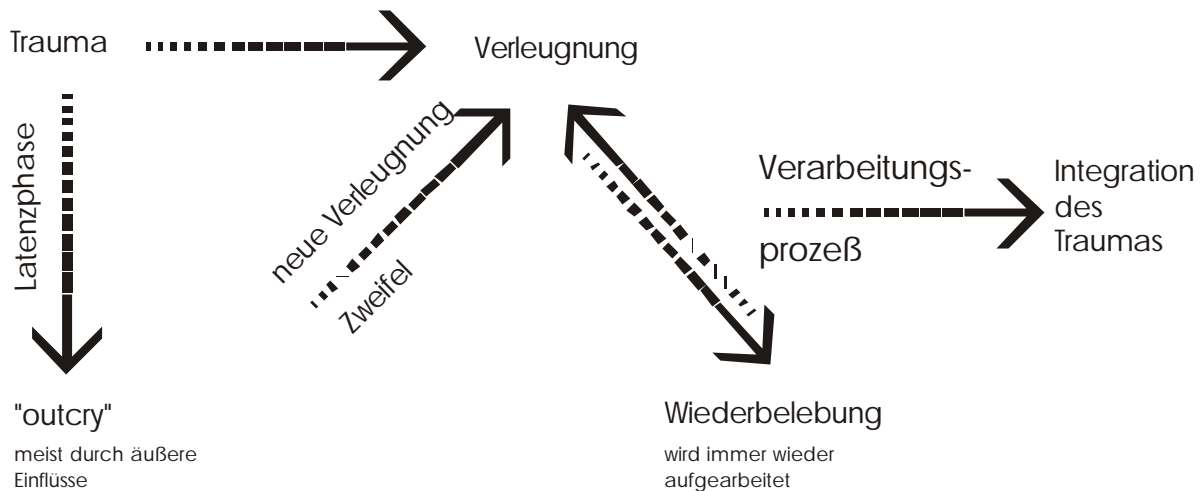
Fast 75 % der Ärzte zögern, Konsequenzen aus einem Verdacht zu ziehen, dabei haben nur 3 % Angst, dem Kind zu schaden.

Einerseits wird das Kind in der Therapie häufig nach einem Missbrauch vorgestellt, wenn der Täter außerhalb der Familie war oder schon eine Trennung stattgefunden hat.

Andererseits kann im Rahmen prozessualer Diagnostik, die immer die Therapie begleitet, ein Missbrauch erst aufgedeckt werden. Dann sind obige Schritte zu beachten. Die Diagnostik kann sich über Wochen und Monate hinziehen (Beispiel: Bulimie, Einnässen, Ängste)

Oft wollen Kinder Hilfen nur begrenzt, sie reden und verschließen sich dann wieder. Sexuell missbrauchte Menschen öffnen sich in Etappen.

Traumatherapie ist „Serientherapie“ Je nach Entwicklungsstufe muss das Ereignis immer wieder neu integriert werden: Pubertät, frühes Erwachsenenalter mit Aufbau von Beziehungen, Elternschaft usw. Bärbel Wardetzki verdeutlicht mit ihrem Outcry Modell:



Kinder benötigen in erster Linie jemanden, der ihnen glaubt, der für sie da ist, der sie nicht verurteilt oder beschuldigt. Sie suchen jemanden, der ihnen die Gewissheit gibt, dass etwas Schlimmes mit ihnen getan wurde. Er muss in der Lage sein, ihr Entsetzen, ihre Wut, ihre Enttäuschung und ihren Hass auszuhalten.

Die Arbeit beginnt mit dem Herausfinden von Stärken, Ressourcen, die bei der Integration und dem Aufbau einer normalen Weiterentwicklung hilfreich sein können. Es muss genügend Kontakt, Unterstützung, Support gegeben sein, um den Kontakt zum Trauma wieder zulassen zu können, um die Reintegration anzubahnen. Der Therapeut sollte alle vorhandenen Informationen über das Ereignis herausfinden (Eltern, Protokolle, Gerichtsunterlagen). Die Situation soll so deutlich und klar rekonstruiert werden, damit die Erinnerungen nicht zur Retraumatisierung führen (moving memories), sonst verschärft sich der Komplex von Opfer, Schuld und Scham.

Therapie bedeutet, sich auf das Kind als Person einzulassen, ein empathisches Interesse an seinem Schicksal zu entwickeln. Ein Dialog zwischen erwachsenem Therapeut und Kind entsteht. Das offene Reden oder das Spiel haben kathartische Wirkung.

* Zeit und Raum werden dem Kind durch den Missbrauch genommen, wir geben ihn zurück (und müssen uns oft mit unserer eigenen Ungeduld auseinandersetzen). Körperdenken und Fühlen wurden auseinander gerissen. Die Verarbeitung bedarf eines erlebnisaktivierenden Behandlungsstils wie u.a. in der Gestalttherapie möglich, in dem aufdeckendes und durcharbeitendes mit stützendem und förderndem Vorgehen verbunden wird, um den Ausdruck emotionaler Erlebnisinhalte zu ermöglichen.

Therapeutische Intervention: Die Sinne erwecken – aufwecken, Wiederentdecken von Fühlen und direkte oder indirekte Arbeit am Körper, Experimente mit dem Körper wie schaukeln, Trampolin, springen, werfen, laufen. Spiele: Ich sehe rote Dinge, das Kind blaue Dinge auf einem Spaziergang. Nach draußen gehen, riechen, schmecken, hören.

* Es gilt, Wege zu suchen, dass das Kind sich wieder selbst versteht, findet und entdeckt.

Missbrauch ist eine hohe ungesunde Konfluenzerfahrung (Das Kind muss etwas schön finden, was der Täter ihm einredet).

Therapeutische Intervention: Grenzen entwickeln und Unterschiede erfahren: Wo sind wir gleich und wo unterschiedlich? Alle Dinge, die ein Kind einbringt, die Ausdruck seiner selbst sind, verstärken.

Arbeit am Namen und Selbstbildern (z.B. sich malen lassen in verschiedenen Therapiephasen, Arbeit mit eigenen Fotos und Bildern aus Zeitschriften)

* Wir suchen nach Ausdrucksmöglichkeiten, die Bestand haben. Nur das, woran die Kinder sich festhalten können, ist wirklich. Die Selbstzweifel sind so stark, dass sie sich immer wieder selbst nicht glauben. Das was sie wahrgenommen haben, durfte bisher nicht Realität sein.

Therapeutische Intervention: Schreiben einer Geschichte in einem lang andauernden Prozess, unterstützt mit Bildern und Zeichnungen, in der altersentsprechenden Sprache des Kindes. „Es ist eine Geschichte über dich und nur du kannst sagen, was stimmt.“ Diese Geschichte beginnt bei der Geburt und endet mit happy end und positiven Ausblicken in die Zukunft. Das traumatische Ereignis wird integriert.

Die Erfahrungen, die das Kind gemacht hat, sind, nicht gehört worden zu sein. Je länger ein Missbrauch stattgefunden hat, desto schwerer ist es für das Kind, Vertrauen zu fassen.

Therapeutische Intervention: Immer wieder die Gewissheit geben, dass das Kind nicht schuld ist. Abgrenzungen erleben, in denen ein Kind die Verantwortung übernehmen kann im Spiel. (Glück beim Würfelspiel - planvolles Handeln auf kindgerechter Ebene; Zerstörung eines Gegenstandes)

* Das Kind bringt seine Erfahrungen im Umgang mit Erwachsenen mit. Es kann versuchen, uns weh zu tun, Sachen wegnehmen, zerstören, sich sexualisiert benehmen, testen, ob sich der Therapeut genauso verhält wie die anderen Erwachsenen.

Therapeutische Intervention: Der Therapeut setzt der früher erlebten Welt ein anderes „Elternsein“ entgegen. Er geht nicht auf die Angebote ein und bleibt trotzdem zugewandt. Grenzen und Regeln werden beachtet.

Die Beziehung wird zum Angelpunkt von alt und neu. Im Hier und Jetzt der gemeinsamen Handlung kommt es zur Reaktualisierung alter Erfahrungen, die neu entdeckt, anders erlebt und als solche integriert werden können.

* Alle Symptome, die das Kind entwickelt hat, dienen zur Stabilisierung seiner selbst, helfen, die verdrängten Gefühle nicht an die Oberfläche kommen zu lassen. Um Symptome überflüssig werden zu lassen, brauchen die dahinterliegenden Gefühle die Erlaubnis, nach vorne zu treten.

Therapeutische Intervention:

1. über Gefühle reden, unterschiedliche Aspekte von Zorn, Ärger, Kummer, Angst, Hass
2. Gefühle projizieren mit unterschiedlichsten Materialien wie Geschichten, Puppen, Ton, Malen, „schnibbeln“
3. Gefühle aneignen und ausdrücken
4. Gefühle in einen Bezug zum Ursprungstrauma setzen
5. Fähigkeiten entwickeln mit Gefühlen umzugehen

Neben der Arbeit mit dem Kind ist zu beachten, dass sexuelle Gewalt – abgesehen von einer einmaligen Tat eines außen stehenden Täters – immer im Kontext einer belasteten und belastenden Familiensituation stattfindet. Es gilt, ohne eigenes Strafbedürfnis in emphatischer Weise mit den schädigenden Eltern zu sprechen. Verstehen heißt nicht entschuldigen. Der Täter hat die Verantwortung zu tragen!

Landsberg unterscheidet zwischen

- dem schizoiden Täter: er gibt nichts zu, nur dauerhafte Trennung hilft
- dem depressiven Typus: die Aussichten einer Familientherapie sind relativ gut
- dem analen Typus: nur mit Druck und Gerichtsbarkeit zu erreichen

Je nach Umfeld ist eine therapeutische Intervention möglich und nötig. Inwieweit dies im Rahmen einer ambulanten Einzeltherapie zu leisten ist, vermag ich nicht zu sagen. Hierzu eignen sich vielmehr Institutionen, Kliniken und andere Einrichtungen. Jedoch ist auch dann, wenn die Tat außerhalb der Familie stattgefunden hat, immer eine familientherapeutische Intervention nötig, um durch die Reaktionen der Eltern und deren eigenen Ängste und Aggressionen keine erneute Traumatisierung des Kindes zu manifestieren. Häufig ist zu beobachten, dass damit auch eine erlebte Missbrauchssituation der Eltern erinnert und wiederbelebt wird.

ã Gabriele Enders 2001

Psychotherapeutin für Kinder und Jugendliche

Antwerpener Str. 46

50672 Köln

Tel.: 0221-561301

Fax: 0221-511797

E-Mail: Gaby.Enders@t-online.de

Literatur:

- Carrol, F:** No child is an island, unveröffentl. Manuskript Los Angeles 1996.
De Mause: Hört ihr die Kinder weinen, Suhrkamp 1997.
Endres, M. u.a. : Traumatisierung in Kindheit und Jugend, Reinhardt Verlag 1998.
Garbe, E.: Martha Psychotherapie eines Mädchens nach sexuellem Missbrauch, Votum Verlag 1991.
Glöer, N: Verlorene Kindheit, Jungen als Opfer sexueller Gewalt, München 1990.
Häsing/Janus: Ungewollte Kinder, rororo 1994.
Ministerium für Arbeit, Gesundheit Land NW: Was stimmt da nicht? Düsseldorf 1991.
Klosinski, G: Wenn Kinder Hand an sich legen, Beck 1999.
Ryan/Walker: Wo gehöre ich hin? Beltz 1997.
Schnack,Neutzling: Kleine Helden in Not, Hamburg 1990.
Steinhage, R: Sexuelle Gewalt in Kinderzeichnungen, Hamburg 1992.
Gegenfurtner Hrsg: Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen, Magdeburg 1992.
Fraser, S: Meines Vaters Haus, Düsseldorf 1987.
Wegner, W: Misshandelte Kinder, Beltz Verlag 1997.

Im Internet:

- www.google.de als Suchmaschine
www.polizei-gt.de
www.euregio.net
www.kinderseelen.de
[www.uni-duesseldorf.de /WWW/AWMF](http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF)

Bücher für Kinder:

- Furian, M:** Das Buch vom Liebhaben, Heidelberg 1991.
Stein-Fischer,E: Neue Geschichten vom Liebhaben, Wien 1988.
Neutzling,Fritsche: Eh Mann, bei mir ist es genauso, Köln 1992.
Enders, U: Li Lo Le Eigensinn, Köln 1992.
Fagerström, G: Peter, Ida und Minimum, Ravensburg Verlag.
Mebes, M: Katrins Geheimnis, Berlin 1992.
Möller, Liller: Kinder machen das geht so, Berlin 1992.