

## Wenn Pflegekinder aus traumatisierenden Herkunftsfamilien in die Pubertät kommen....

Beim Begriff "**Trauma**" denken wir meist an schwere Misshandlungen oder sexuellen Missbrauch, vielleicht noch an Unfälle oder Überfälle o.ä. Nur wenige Menschen sind sich bewusst, dass auch viel "harmloser" erscheinende Erfahrungen traumatisierend wirken. Ich gebe hier eine Aufzählung aller **Erlebnisse bzw. Lebenssituationen, die auf Kinder traumatisierend wirken**, insbesondere, wenn solche Erlebnisse immer wieder oder sogar regelmäßig durchlitten werden. Die Reihenfolge dieser Aufzählung ist beliebig und sagt nichts über den „Schweregrad“ aus!

- Kriegshandlungen
- Natur- u. Verkehrskatastrophen,
- schwere Unfälle, lebensbedrohliche Krankheiten,
- invasive medizinische Eingriffe (Intensivstation)
- plötzlicher Verlust vertrauter Menschen u. sozialer Sicherheit
- kriminelle Handlungen (Kidnapping, Überfall, Mord etc.)
- wenn das Kind als Erwachsener (z.B. als Partnerersatz) behandelt und damit total überfordert wird
- wenn das Kind das Agieren der Eltern unter Alkohol- bzw. Drogeneinfluss bzw. im Entzug erlebt und seine eigenen Bedürfnisse dabei total übersehen werden
- wenn das Kind in den Wahnwelten von psychotischen Eltern leben muss
- wenn bedrohliche Tiere in Haushalt leben, z.B. bissige Kampfhunde, vor denen das Kind nicht von den Eltern geschützt wird
- nichts zu essen und /oder zu trinken bekommen, hungern und/oder dursten müssen
- bei großen Ängsten nicht beruhigt werden (z.B. wenn das angstvoll weinende Kleinkind in ein dunkles Zimmer gesperrt wird, dort völlig allein seinen Ängsten ausgeliefert ist und von ihnen überwältigt wird)
- wenn auf Angstäußerungen des Kindes mit körperlicher Gewalt reagiert wird
- wenn Babys/Kleinkinder ohne Beziehungsaufnahme rein mechanisch versorgt werden
- völlig allein gelassen werden, ggf. sogar eingesperrt werden
- das Erleben von Gewalt zwischen den Eltern
- sexuelle Misshandlung, Missbrauch
- gewalttätige Übergriffe, Misshandlung, Folter

Bei dieser Aufzählung, werden die meisten von ihnen an das eine oder andere Kind gedacht haben, dem eine oder gar mehrere dieser schrecklichen Erfahrungen **schon in frühester Kindheit** von den eigenen Eltern zugefügt wurde.

Dass dies nicht folgenlos an einem Kind vorbei geht, ist jedermann klar. Doch was genau sind die Folgen und warum wirken sie so lange, dass sogar die Pubertät davon überschattet wird?

**Akute Folgen von Traumatisierung in und direkt nach dem Durchleben der schrecklichen Situation:**

Gefühle extremer Angst und Hilflosigkeit und das Erleben von völligem Kontrollverlust, da die extreme Überstimulierung aller Sinne die gewöhnlichen Bewältigungsstrategien total überfordert. Dies führt zu einem schweren emotionalen Schock, der begleitet ist von Verwirrung, einer tiefen Erschütterung der kognitiven Funktionen, der Affektsteuerung und der Körperregulation.

**Langfristige Folgen von Traumatisierung, die später einsetzen, dafür aber monate- ja sogar jahrelang andauern können:**

Eine recht bekannte Folge von traumatischen Erlebnissen ist die sogenannte Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), die sich zum einen in körperlichen Symptomen niederschlägt, wie z.B.

- Herzrasen, Atemnot, Beklemmungen
- Unruhe, Schlaflosigkeit, übersteigerte Wachsamkeit
- Konzentrationsstörungen
- Taubheitsgefühle, Schmerzen, Starreempfindungen
- Wahrnehmungsstörungen

und zum anderen zu psychischen Auffälligkeiten führt. Diese können grob in zwei Symptom-Kategorien unterteilt werden:

a) Symptome, die eine erzwungene Nähe zum Trauma herstellen:

- Alpträume
- Panikattacken, überwältigende Ängste
- Zwanghaftes Erinnern
- Flashbacks (s.u.)
- Depression

b) Symptome, die Nähe zum Trauma vermeiden wollen:

- phobische Vermeidung von Ereignis-„Triggern“ (s.u.)
- emotionale Empfindungslosigkeit
- Alkohol-, Drogen-, Medikamentenmissbrauch
- Dissoziative Phänomene (s.u.)
- Zwangsstörungen
- Ich-Fragmentierung, Depersonalisation, Derealisation

Symptome der PTBS sind auch bei Erwachsenen und oft bereits nach einer einmaligen Traumatisierung (z.B. einem Überfall oder einer Vergewaltigung) zu beobachten. Noch deutlich weitreichendere Folgen haben wiederkehrende traumatische Erfahrungen in der Kindheit, insbesondere, in den ersten 5 Lebensjahren. Hier möchte ich zuerst auf die hirnnorganischen Folgen eingehen:

Der **Zusammenhang zwischen Traumata und Hirnentwicklung** sieht folgendermaßen aus, wie die Forschungsergebnisse der Neuropsychologie und der Hirnforschung zeigen:

Wird ein Kind geboren, ist sein Gehirn derart „verdrahtet“, dass es dem Baby allerlei Reflexe und Instinkte zur Verfügung stellt, die ihm das Überleben sichern sollen.

**Reflexe** sind festgelegte Bewegungsmuster, die durch bestimmte Reize automatisch ausgelöst werden, wie z.B. der Saug- und Schluckreflex, der Schreckreflex oder der Klammerreflex. Diese frühen Überlebensreflexe werden, wenn es keine Störungen gibt, im Laufe des ersten Lebensjahres integriert/ abgeschlossen, um „höheren“, komplexeren Reflexen Platz zu machen, die den erweiterten Handlungsmöglichkeiten des Kindes angemessen sind. Ist das Gehirn aber, aufgrund wiederholter (lebens)bedrohlicher Erlebnisse, zu der „Überzeugung gekommen“, dass es weiterhin dieser Reflexe bedarf, um das Überleben des Kindes zu sichern, erfolgt keine Integration. Die frühkindlichen Reflexe bleiben bestehen (persistieren) und die komplexeren können sich nicht ausbilden. Dies hat gravierende Folgen auf die Emotionalität und auch auf die Lernfähigkeit des Kindes.

So wird z.B. ein Kind, dessen Schreckreflex nicht abgeschlossen wurde, auf Alles was es als erschreckend oder bedrohlich erlebt, reflexhaft mit einer heftigen Bewegung der Arme reagieren und zuschlagen. Ein Kind, dessen Streck- und Beugereflex nicht integriert wurde, wird seine Arme und Beine reflexhaft bewegen müssen, sobald sein Kopf beim Hin- und Herblicken die Körpermittellinie überquert. Dies führt nicht nur zu erheblicher Zappeligkeit, es erschwert z.B. auch das Lesen- und Schreibenlernen enorm, denn hierbei muss der Kopf leicht bewegt werden. Diese Bewegung des Kopfes zwingt die Arme und Beine des Kindes, sich zu beugen und zu strecken (was Lesen sehr schwierig und Schreiben unmöglich macht) oder eine enorme Energie und Konzentration aufzubringen, um diese Reflexantwort zu unterdrücken. Man sagt, das Kind kompensiert seine Reflexe. Doch diese Anstrengung nimmt die Kapazitäten des Gehirns derart in Anspruch, dass kaum noch Potential zur Konzentration und zum Lernen bleibt.

Die angeborenen **Instinkte** sind umfassender als Reflexe. Sie stellen automatisierte Verhaltensmuster dar, die nicht nur eine Abfolge von Bewegungen und/oder Lautäußerungen umfassen, sondern auch die entsprechenden Gefühle aktivieren.

Menschen verfügen über 3 grundlegende Instinkte, die sich in 6 Verhaltens-/Gefühlsmuster aufsplitten lassen:

1. **Den Überlebensinstinkt**, der folgende Muster umfasst:

- a) den **direkten Überlebensinstinkt** (Vermeidung von Schmerz, Hunger, Durst und entsprechende „Gegenmaßnahmen“, bei Babys Angst und Schreien) und
- b) den **Sicherheitsinstinkt** (Angstprogramm, das Flucht- oder Angriffsverhalten bei drohender Gefahr aktiviert, bei Babys geäußert durch Angstsignale, Schreien und Schutzsuche).

2. **Den Rudelinstinkt**, der sich aus zwei Mustern zusammensetzt:

- a) den **Gemeinschaftsinstinkt** (Suche nach Zugehörigkeit, Angst vor Verstoßen-Werden und Allein-/ Einsamsein, bei Babys anhaltendes Schreien bei Verlassenheit, Todesängste) und
- b) den **Rangordnungsinstinkt** (der bei Babys vor allem in dem Wunsch nach starken, beschützenden Eltern zum Ausdruck kommt, denen sich das Kind bedingungslos anvertrauen kann).

3. den **Vergnügungsinstinkt bzw. -trieb**, der folgende Muster umfasst:

- a) den **Genusstrieb** (Verlangen nach angenehmen Gefühlen und Körperkontakt) und
- b) den **Spieltrieb** (Verlangen nach Freude und Welt- bzw. Selbsterkundung).

Die Weltwahrnehmung und das Verhalten von Babys ist zu großen Teilen von diesen fest „verdrahteten“ Instinkten geleitet. Erlebt das Kind angenehme Gefühle, ist mindestens einer seiner Instinkte „davon überzeugt“, dass die Situation dem Überleben dient, erlebt es unangenehme Gefühle, „glaubt“ mindestens einer der Instinkte, das Kind befände sich in (Lebens-)Gefahr. Im Laufe der Jahre werden diese Verarbeitungs- und Reaktionsmuster mit den vom Kind gesammelten Erfahrungen verknüpft und bilden so ganz individuelle Reiz-Reaktionsmuster und Assoziationsketten. Diese hirnrnorganisch „gewachsenen“ Muster bzw. Ketten verbinden Sinneseindrücke und Körperwahrnehmungen automatisiert mit Gefühlen und Verhaltensmustern. Je öfter diese neuronalen Muster bzw. Ketten aktiviert und benutzt werden, um so mehr stabilisieren sie sich auf der materiellen Ebene der Verknüpfungen zwischen den Nervenzellen bzw. zwischen einzelnen Hirnregionen.

Wird ein Baby z.B. öfter alleingelassen, versetzt dies seinen Sicherheits- und seinen Gemeinschaftsinstinkt sofort in Alarmbereitschaft, das Kind erlebt (Todes)Angst und den starken Wunsch nach Schutz und Geborgenheit. Wird dieser Wunsch nicht erfüllt, wie es z.B. verwaorlosten Kindern oft ergeht, speichert sein emotionales Gedächtnis „Ich kann mich nicht darauf verlassen, dass sich jemand um mich kümmert, mich versorgt und schützt, also bin ich ständig in Lebensgefahr“ ab. Wiederholt sich diese Erfahrung, prägt sich dieser Gedankengang immer tiefer ins Gehirn und wird bestimmend für die Wahrnehmung und das Verhalten des Kindes.

Doch solche Verknüpfungen können auch viel komplexer sein, z.B. wenn zwei sich widersprechende Instinkte durch ein Erlebnis aktiviert werden. Wird ein Kind z.B. von seinen Eltern des öfteren verprügelt und allein gelassen, wird sowohl der Überlebensinstinkt (Schmerzvermeidung und Flucht) wie auch der Gemeinschaftsinstinkt (Zugehörigkeit) aktiviert. Der erste motiviert das Kind, sich von den bedrohlichen Eltern zu entfernen, der zweite, sich ihnen eng anzuschließen (Angstbindung...). In dieser Ambivalenz kann der Gemeinschaftsinstinkt bzw. die damit einhergehende Verlassensangst (=Todesangst) die Oberhand über die Schmerzvermeidungsmotivation gewinnen und die Prügel - als einzige Art von Zuwendung und damit Zugehörigkeit - als „erstrebenswert“ einstufen. Welche Folgen solch ein hirnrnorganisch fixiertes emotionales Muster auf das Verhalten des Kindes hat, können wir uns alle lebhaft vorstellen.

Wir sehen, wie entscheidend die Erlebnisse der ersten Lebensjahre dafür sind, ob ein Mensch von Urvertrauen und Optimismus getragen ist, oder ob er von Angst und einem übertriebenen Sicherheitsbedürfnis geprägt wird. Die dem zugrundeliegenden Muster wirken unbewusst und sind durch verstandesmäßige Erklärungen nicht veränderbar.

Doch damit nicht genug, denn ängstigende und traumatisierende Erfahrungen, insbesondere in den ersten 5 Lebensjahren, haben noch **weitere hirnrnorganische Folgen**. Ist ein Kind in seiner Herkunftsfamilie wiederholt traumatisiert worden und somit in einer bedrohlichen Lebenssituation aufgewachsen, so waren Angst und Stress bzw. die neurochemischen Antworten des Gehirns auf Angst und Stress wichtige „Baumeister“ bei der Entwicklung und Vernetzung seines Gehirns.

Eine typische neurochemische Antwort auf Angst/Stress ist eine hohe Konzentration des Stresshormons Cortisol. Diese ruft, vor allem während der empfindlichen ersten

drei Lebensjahre, eine erhöhte Aktivität (=Vernetzungsintensität) im sog. Locus ceruleus hervor, jener Gehirnstruktur, die für Vorsicht und Wachsamkeit zuständig ist. Dies führt dazu, dass das kindliche Gehirn auf ständige Alarmbereitschaft „programmiert“/verknüpft wird, was wiederum zur Folge hat, dass das Kind (hirnphysiologisch) nur über geringere hemmende Kontrollmechanismen verfügt und deshalb durch Schwierigkeiten mit seiner Aufmerksamkeit und seiner Selbstkontrolle auffällt. Man kann sich das etwa so vorstellen, dass das Gehirn dieser Kinder ständig, d.h. auch in nicht bedrohlichen Situationen, damit beschäftigt ist wachsam und alarmbereit zu sein und deshalb nur wenig Kapazitäten für Funktionen wie entspannte Aufmerksamkeit, Konzentration und Selbstkontrolle übrig bleiben. Manche Kinder reagieren auf die erhöhte Stresshormonkonzentration auch mit Rückzug und Erstarrung, ähnlich Menschen mit Depressionen, bei denen sich auch oft ein sehr hoher Cortisol-Spiegel feststellen lässt.

Eine weitere schädigende Folge des ständig erhöhten Stresshormon-Spiegels ist das mangelhafte Wachstum bestimmter Regionen im limbischen System (jener Hirnregion die für Gefühle und auch für Bindungen zuständig ist) und in der Großhirnrinde. Das limbische System ist, grob gesagt, für Gefühle und Bindungsfähigkeit zuständig, das Großhirn fürs Lernen und bewusste Denken. Dieses mangelhafte Wachstum ist, bei ausreichend langer bzw. häufiger Einwirkung der Stresshormone, irreversibel !

**Dies bedeutet, dass Kinder, die anhaltend oder wiederholt traumatisiert wurden, Schädigungen in Hirnregionen erleiden, die sowohl ihre Beziehungs-/Bindungsfähigkeit wie auch ihre Lernfähigkeit irreparabel beeinträchtigen.**

Eine weitere Auswirkung dieser „Alarm-Vernetzung“ ist, dass das Gehirn des Kindes beim kleinsten Anflug von Stress oder Furcht eine neue Welle von Stresshormonen freisetzt. Dies zementiert nicht nur diese ungünstige Vernetzung des Gehirns und auch die Wachstumshemmung immer weiter, sondern führt auch zu Hyperaktivität, Angst und impulsivem Verhalten oder zu erneutem Rückzug und Erstarrung.

Wir wissen nun: **Wiederholte Traumatisierungen führen zu dauerhaften, ja sogar irreversiblen substantiellen und psychischen Schäden!** Und... wie wir später auch noch sehen werden, können diese Folgen auch auftreten, wenn Kinder zwar in einem sicheren Umfeld fremduntergebracht wurden, aber durch Besuchskontakte zu den damals traumatisierenden Bezugspersonen retraumatisiert werden.

Doch damit nicht genug...

Weitere Folgen von Traumatisierungen in der Kindheit sind **Auffälligkeiten im Sozialverhalten**, wie:

- Kontaktstörungen
- Beziehungsstörungen
- Sprachstörungen
- mangelnde Fähigkeit der Selbststeuerung

- mangelnde Fähigkeit zum Bedürfnisaufschub, Leben nur im Augenblick, keine Zeitvorstellung
- mangelnde Entwicklung des Gewissens, Unkenntnis sozialen Normen und Grenzen
- mangelnde Fähigkeit, aus sozialen Erfahrungen zu lernen, oft auch schulische Lern- und Leistungsprobleme und Teilleistungsschwächen
- mangelnde Frustrationstoleranz und Ausdauer
- mangelnde Fähigkeit mit Kritik umzugehen
- starkes Bedürfnis im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen (egal, ob positiv oder negativ)
- Drang, andere (aus Selbstschutz) zu steuern und zu beherrschen
- und ...jene Folgen, auf die ich im Folgenden genauer eingehen möchte:
- Bindungsstörungen
- diverse Verhaltensauffälligkeiten, die ihre Ursache in sog. Abwehrmechanismen haben.

Zur Veranschaulichung zeichne ich diese Zusammenhänge auf:

Frühkindliche Traumatisierung  
(Todesangst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust)

PTBS

Hirnorganische Schäden

Körperliche  
Symptome/  
Schäden

psychische  
Auffälligkeiten  
/Störungen

emotionale  
Auffälligkeiten  
/Störungen

Auffälligkeiten in:  
- Sozialverhalten,  
- Lernfähigkeit,  
- Beziehungs-/  
Bindungsfähigkeit

Da wir uns heute mit pubertierenden Pflegekindern beschäftigen wollen, für die der Aufbau von außerfamiliären Beziehungen zu Peer-Groups und zu Partnern zunehmend in den Vordergrund rückt, möchte ich hier einen genaueren Blick auf die **Bindungs- und Beziehungsstörungen** werfen.

Ich möchte mit einem Zitat von Eugen Drewermann beginnen, das sehr genau auf den Punkt bringt, was das Problem bindungsgestörter Kinder ist: "Kein Mensch betritt diese Welt ohne die bange Frage, ob und wie weit er in der Liebe eines anderen Menschen geborgen sein kann. Und so lange sich diese Frage nicht beruhigt, wird er es nicht wagen, in die Welt zu treten."

Macht ein Kind die Erfahrung, dass es in der Liebe eines anderen Menschen geborgen sein kann, entwickelt es eine sichere Bindung zur erwachsenen Bezugsperson. Es fühlt sich geschützt und hat tiefes Vertrauen. Eine sichere Bindung ist die Folge positiver Abhängigkeit und geglickter Kommunikation. Sie ist der Idealfall, der Menschen

beziehungsfähig werden lässt und ihnen genug Urvertrauen gibt, dass sie es wagen, in die Welt zu treten. Pubertierende, die in der Kindheit sichere Bindungen entwickeln konnten, können selbstbewusst Beziehungen eingehen und gestalten (und bei Bedarf auch wieder lösen). Sie verfügen i.d.R. über ausreichend Einfühlungsvermögen und Kritikfähigkeit, um einen guten Mittelweg zwischen Anpassung an die Wünsche und Bedürfnisse von Freunden/ Partnern und den eigenen Wünschen und Bedürfnissen zu finden.

Deutlich weniger beziehungsfähig und unsicherer im Leben stehend sind Kinder mit einer sog. **unsicher vermeidenden Bindung**. Ihnen fehlt jene Geborgenheit. Sie haben mit ihrer Bezugsperson überwiegend unbefriedigende Interaktionen erlebt und suchen nicht ihre Nähe, da sie diese ohnehin nicht als schützend empfinden würden. Diese Kinder vermeiden den engen Kontakt zur Bezugsperson, da sie Zurückweisung und Desinteresse oder sogar körperliche Übergriffe bzw. Gewalt fürchten. Sie zeigen wenig Gefühle, verhalten sich ihrer Bezugsperson gegenüber meist eher angepasst und fordern nichts für sich. Ihnen scheint das "Dazugehören" zu reichen. Bei ausgeprägten Formen dieses Bindungsmusters kann von einer *Angstbindung* gesprochen werden.

Dieses Beziehungsmuster macht sie als Jugendliche anfällig für die Verführung zu allerlei Unsinn durch Peer-Groups, weil sie für das Dazugehören bereit sind (fast) alles zu tun. Sie sind die typischen Mitläufer, die von den anderen Gruppenmitgliedern leicht vorgeschickt/ausgenutzt werden können. Und auch bei der Partnerwahl setzt sich das Muster aus Vermeidung wirklicher Beziehung bei gleichzeitiger Dienstbarkeit (um zu irgend jemandem dazuzugehören) fort. Dies führt häufig zu ungünstigen Entwicklungen in Partnerschaften, bis hin zur Wiederholung der Erfahrungen von Desinteresse oder sogar Gewalt in der Kindheit.

Die zweite Gruppe bindungsgestörter Kinder sind jene Kinder, die eine sog **unsicher-ambivalente Bindung** zu ihrer Bezugsperson zeigen. Solch ein Kind kann ausgeprägte Affekte wie Wut und Angst zeigen, reagiert sehr gestresst auf die Trennung von seiner Bezugsperson und lässt sich schwer beruhigen. Das ambivalente Verhalten äußert das Kind, indem es Kontakt und Nähe zur seiner Bindungsperson sucht, sich aber gleichzeitig von ihr abwendet. Das unsicher-ambivalente Kind ist stark auf seine Bindungsperson fixiert, klammert und hängt an ihr. Die Abwendung steht im scheinbaren Widerspruch zu dem klammernden Verhalten, zeigt aber nur die andere Seite der Medaille, denn sowohl das Klammern, wie auch das Abwenden sind Signale der Angst. Zum einen die Angst vor dem Alleingelassen- und Nicht-versorgt-Werden, zum anderen die Angst vor der Bezugsperson selbst.

Können solche Kinder keine korrigierenden Erfahrungen machen und bleiben sie diesem Muster der Angstbindung verhaftet, werden sie weiterhin ein inkohärentes Beziehungsverhalten zeigen, d.h. sie werden zwischen dem Wunsch nach inniger Beziehung/Bindung und ihrer Abwertung und Vermeidung schwanken. Solche Kinder bzw. Jugendlichen haben es, ebenso wie die unsicher-vermeidenden, auch als Erwachsene schwer, befriedigende Beziehungen aufzubauen und zu pflegen. Oft suchen sie ihr Glück in häufigem Partnerwechsel, immer in der Hoffnung, „den Richtigen“ zu finden. In Peer-Groups verhalten sie sich oft unangemessen, weil sie zwischen dem Wunsch nach extremer Nähe und der Abwertung einzelner Mitglieder oder der gesamten Gruppe

schwanken. Dies führt oft zu häufigen Konflikten, die die alte Angst vor dem Allein-gelassen-werden bzw. Ausgestoßen-werden aktivieren und klammerndes Verhalten auslösen. Die dadurch empfundene Nähe aktiviert wiederum das Abwehrverhalten und führt zu einem Sich-entfernen von bzw. abwerten der Gruppe, was wiederum die Angst vor dem Alleinsein aktiviert u.s.f.

Viele dieser Jugendlichen idealisieren in der Pubertät ihre leiblichen Eltern und können nicht verstehen, weshalb sie in ihren Freundschaften scheinbar so viel Pech haben. Die Erkenntnis, dass ihr eigenes ambivalentes Beziehungs-verhalten bzw. -muster (Klammern bei gleichzeitiger Abwehr) immer wieder das Scheitern der Partnerschaft herbei führt, ist ihnen meist nur schwer verständlich zu machen, da ihnen ihr Verhalten ganz normal erscheint.

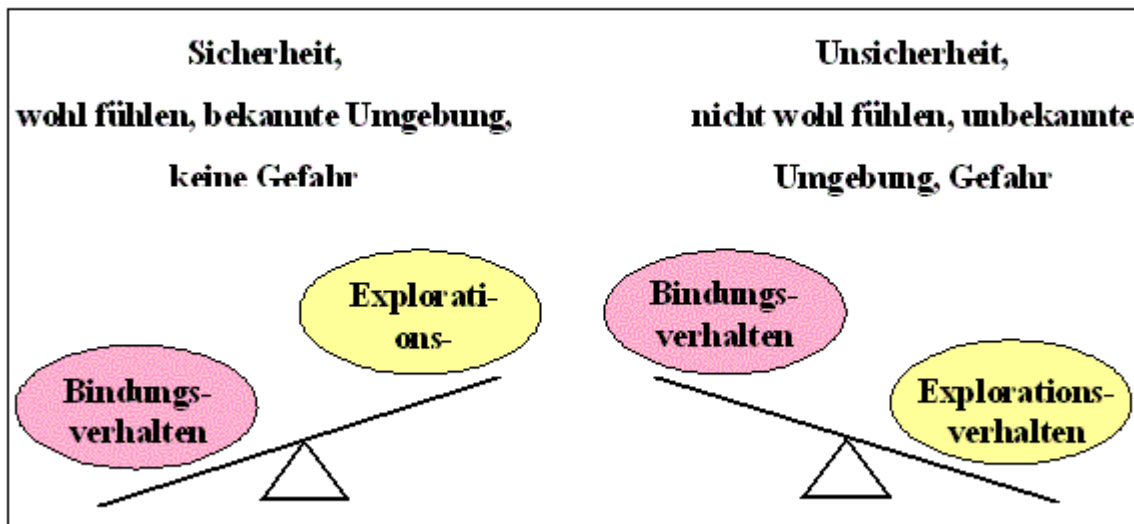
Die dritte Gruppe bindungs- bzw. beziehungsgestörter Kinder sind die **desorganisiert gebundenen Kinder**. Diese Kinder zeichneten sich dadurch aus, dass sie im Kontakt mit ihrer Bindungsperson immer wieder Momente zeigen, in denen sie weder Bindungsverhalten noch Explorationsverhalten an den Tag legen. In diesen Momenten wirkten die Kinder wie erstarrt, führten begonnenes Verhalten nicht zu Ende oder zeigten gleichzeitig oder kurz hintereinander widersprüchliches Verhalten. Besonders häufig lässt sich diese Form der Bindungsstörung bei Kindern beobachten, die in einer Familie mit diversen Risikofaktoren aufwachsen. Noch ist nicht eindeutig erforscht, wodurch dieses bizarre Verhalten entsteht. Es wird jedoch vermutet, dass die Bezugsperson entweder bei dem Kind Angst auslöst oder selbst in der entsprechenden Situation ängstlich reagiert. Angst einflößendes oder ängstliches Verhalten der Bezugsperson bringt Kinder, die sich auf der Suche nach Schutz und Nähe an diese wenden, in eine schier unlösbare Situation, da die Kinder keine Strategie haben, um damit umzugehen. Welche Folgen dieses Angstbindungsmuster bzw. das daraus resultierende skurrile Verhalten auf zukünftige Beziehungen und auch auf die Partnerwahl hat, können Sie sich sicher vorstellen. Häufig suchen sich desorganisiert gebundene Jugendliche Partner und Peer-Groups, bei denen ihr seltsames Verhalten nicht besonders auffällt, da diese ebenfalls Störungen in ihrem Beziehungs- bzw. Sozialverhalten aufweisen.

Nun haben wir 3 Arten der kindlichen Bindungsstörung bzw. Angstbindung kennen gelernt, die sicher viele von Ihnen bereits bei dem einen oder anderen Pflegekind beobachtet haben. Verkürzt können wir sagen, dass eine **Angstbindung eine Form der Bindung ist, die zwar auf den ersten Blick wie eine gesunde Bindung an die Eltern aussehen kann, tatsächlich aber auf Angst vor, nicht auf Vertrauen zu den Eltern basiert**. Solche Bindungsmuster sind jedoch nicht nur für die spätere Beziehungsgestaltung fatal, sie haben noch weitreichendere Folgen!

Eine **akute Folge** ist, dass das Kind massiv in seinem Explorationsverhalten, d.h. in seiner Erkundung der Welt und damit in seinem Lernen und seiner Entwicklung beeinträchtigt wird. Denn **in dem Maß, in dem sich ein Kind um Bindung kümmern muss, können Welt- und Selbstexploration und die Selbstentfaltung nicht gelebt werden!** Dieser



Zusammenhang lässt sich bildlich wie folgt darstellen:



**Angstmachende Bindungen** haben, wie wir bereits am Beispiel der Beziehungsgestaltung gesehen haben, auch langfristige Folgen. Sie wirken pathogen, also krankmachend, weil von dem Kind, in Ermangelung anderer Möglichkeiten, emotionale Nähe zu Bindungspersonen gesucht wird, die zugleich massive Ängste bis hin zur Todesangst hervorrufen. Diese Verwirrung der Gefühle kann zu manifesten psychischen Schädigungen führen, wenn das Kind keine ausreichenden korrigierenden Erfahrungen machen kann.

Die Tatsache, dass **traumatisierte Kinder in aller Regel auch bindungsgestörte Kinder** sind, kann sicher von jedem nachvollzogen werden. Manchmal gibt es aber auch Kinder, die keine oder nur eine gering ausgeprägte Bindungsstörung zeigen, obwohl sie in ihrer Herkunftsfamilie traumatisiert wurden. Die Resillienzforschung hat gezeigt, dass dies jedoch nur möglich ist, wenn das Kind die Gelegenheit hatte, zu einer (in unserer Fällen vermutlich nicht zur Herkunftsfamilie gehörigen) verlässlichen Person eine tragfähige Bindung aufzubauen. Ist dies nicht der Fall, müssen wir davon ausgehen, dass traumatisierte Pflegekinder in aller Regel Bindungsstörungen zeigen.

Die **Auswirkungen dieser Bindungsstörungen** stellen, nicht nur in der Pubertät, eine der Herausforderungen dar, mit denen Pflegeeltern umgehen müssen. Das ist nicht immer ganz einfach. Ist es doch der Wunsch der meisten PE, das Kind in ihr Herz zu schließen und eine innige Beziehung mit ihm zu leben. Das gestaltet sich bei bindungs- bzw. beziehungsstörungen Kindern natürlich oft schwierig.

So erleben viele PE, dass sie ihr Pflegekind zwar sehr gern mögen, aber eben doch nicht so sehr lieben können, wie sie es für richtig und wünschenswert hielten. Irgendetwas macht es ihnen schwer oder unmöglich, dieses Kind ganz in ihr Herz zu lassen. Viele Pflegeeltern machen sich dann insgeheim Vorwürfe, weil sie meinen, sie müssten für alle ihre Kinder, gleich viel Liebe empfinden. Hier möchte ich Sie beruhigen.

Es ist weder möglich noch nötig, alle Menschen gleichermaßen zu lieben, denn jeder Mensch hat sein ganz eigenes Maß an Liebe, das er annehmen und verkraften kann.

Viele Pflegekinder gehören zu jenen Menschen, die sich nicht so einfach lieben lassen können, weil sie, aufgrund ihrer Erfahrungen, zu der Entscheidung gekommen sind, dass sich Liebe (insbesondere die zwischen Eltern/Erwachsenen und Kindern) nicht lohnt, nicht tragfähig und verlässlich, ja vielleicht sogar gefährlich oder bedrohlich ist. Diese Kinder wirklich zu lieben, ist schwierig. Nicht weil die PE dazu nicht fähig sind, sondern weil das Pflegekind zum Annehmen solch eines innigen Bindungs- bzw. Beziehungsangebots (noch) nicht in der Lage ist.

Deshalb empfehle ich, die Grenzen des Kindes bzw. des Jugendlichen zu akzeptieren und die eigene Kraft in die Stärkung seiner intakt gebliebenen Anteile zu investieren. Jedes Kind und jeder Jugendliche hat irgendwelche Fähigkeiten oder positiven Eigenschaften, deren Förderung und Würdigung das Selbstwertgefühl des Kindes allmählich steigern und sein Selbstbild Schrittchen für Schrittchen verbessern, so dass es beginnen kann, sich selber immer mehr als liebenswert wahrzunehmen. Dies hilft ihm, nach und nach mehr zuzulassen, geliebt/angenommen zu sein.

Wenn Sie bemerken, dass ein Pflegekind Nähe und liebevolle Zuwendung meidet oder entsprechende Situationen immer wieder "sprengt" bzw. "kippt" oder Beziehungen stets auf eine distanzlose aber oberflächliche Art pflegt, kann es sein, dass sich das Kind von der angebotenen Nähe überfordert fühlt. Dann ist es hilfreich, eine Beziehung anzubieten, die für das Kind annehmbar ist, auch wenn sie für Sie als "beziehungs-gesunde" Menschen emotional sehr arm oder distanziert erscheint.

Für diese Kinder ist eine Begleitung auf dem langen und schwierigen Weg aus der Beziehungslosigkeit hilfreicher, als überfordernde Beziehungsangebote und ein „Überschütten“ mit (angstmachender) Nähe. Das ist für Pflegeeltern nicht einfach und erfordert ein hohes Maß an Bereitschaft, die eigenen Gefühle und Beziehungsmuster immer wieder zu reflektieren und eine für sie (emotional) unbefriedigende Situation ggf. über lange Zeit auszuhalten. Oft hilft es dann, sich klar zu machen, dass das größte Geschenk an dieses Kind nicht die „ideale“ liebevolle Beziehung ist, sondern die Kraft und Verlässlichkeit der Pflegeeltern im Aushalten seiner Beziehungslosigkeit, bis das Kind vielleicht eines Tages innerlich sicher und stabil genug geworden ist, eine echte Beziehung, vielleicht sogar eine Bindung eingehen zu können.

Nun möchte ich mich einer **weiteren Folge von Traumatisierung** zuwenden, die anfangs nur kurz erwähnt wurde, den **Verhaltensauffälligkeiten, die ihre Ursache in sog. Abwehrmechanismen haben**. Diese kommen, auch wenn der Jugendliche schon lange in der PF lebt und sich gut entwickelt hat, häufig in der Pubertät wieder zum Vorschein. Sie machen sich bei der Beziehungsgestaltung und im Sozialverhalten bemerkbar und können zu Reinszenierungen früherer Erfahrungen führen.

**Abwehrmechanismen sind Überlebensstrategien traumatisierter Menschen.** Traumata lösen immer schreckliche Ängste aus, die beständige Begleiter des Kindes bleiben. Da kein Mensch (über-)leben kann, wenn er ständig voller schrecklicher Angst ist, müssen die Kinder ihre Ängste abwehren. Sie entwickeln unbewusste Abwehrmechanismen, die sich dann als "auffälliges Verhalten" bemerkbar machen. Folgende können besonders häufig beobachtet werden:

- **Pseudo-Autonomie** (Kinder die schon früh für sich selber oder sogar Geschwister sorgen, sich für unabhängig und quasi erwachsen halten und keine Bindung (!) mehr eingehen wollen, d.h. nie wieder abhängig sein wollen)
- übermäßige Bewegung / **Hyperaktivität** (diese Kinder sind ständig "auf der Flucht" vor ihren Ängsten und versuchen diese durch Zappeligkeit und ständige "Aktion" zu betäuben)
- **Überanpassung** (diese Kinder hoffen, durch übermäßiges Brav-Sein, durch blinden, ggf. vorauseilenden Gehorsam die stets als bedrohlich erlebten Erwachsenen zu beschwichtigen und so ihre Ängste zu reduzieren)
- **Totstell-Reflex** (völliges Erstarren, nicht mehr Mucksen beim kleinsten Anflug von Gefahr. Erscheint oft bei sexuellem Missbrauch. Oft haben diese Kinder ihre Körperwahrnehmung völlig abgespalten)
- **sich selber schlecht machen** (Dies ist der Versuch der Kinder, eine letzte Übereinstimmung mit den Eltern herzustellen, indem sie ihnen Recht geben und die Schuld / Schlechtigkeit auf sich nehmen, in der Hoffnung, durch diese Zustimmung verschont zu bleiben)
- **sexualisiertes Verhalten** (z.B. Lolita-Verhalten. Dies ist der Versuch des Kindes, die Kontrolle über die erwartete Missbrauchssituation zu behalten "Wenn ich selber aktiv anfange, dann hab ICH mehr Kontrolle, als wenn ich es passiv ertragen muss". Es kann aber auch ein Hinweis sein, dass das Kind glaubt, sein Bedürfnis nach Nähe nur in Verbindung mit Sexualität befriedigt zu bekommen)
- **Identifikation mit dem Aggressor** (diese Kinder sind sehr aggressiv und zerstörerisch Sie versuchen durch "Rambo-Gehabe" abzuschrecken und stark zu erscheinen, in der Hoffnung, dass sich keiner mehr an sie heranwagt um sie zu misshandeln. "Wenn ich nie wieder schwach bin, kann mir keiner mehr was tun")
- **Verleugnung / Verdrängung** (diese Kinder versuchen so zu tun, als sei nichts gewesen und unterdrücken bzw. spalten ihre Ängste ab. Manche Kinder idealisieren sogar ihre Erfahrungen bzw. Eltern, um sich selber (und andere) davon zu überzeugen, dass doch gar nichts Schlimmes passiert ist. Oft bahnen sich die Gefühle dann andere Wege, z.B. über psychosomatische Krankheiten, Phobien, Alpträume etc.)
- **Dissoziation**

-----  
 Diskurs: Da die Dissoziation eine besondere Rolle beim Erleben, Erinnern und Ausagieren der traumatischen Erfahrungen hat, möchte ich an dieser Stelle genauer darauf eingehen.

Bei der Dissoziation handelt es sich um einen Schutz- bzw. Abwehrmechanismus, der sich insofern von den anderen Abwehrmechanismen unterscheidet, dass er nicht nur NACH, sondern schon WÄHREND der Traumatisierung eingesetzt wird, um das furchtbare Geschehen seelisch überhaupt überleben zu können. Dissoziation bedeutet „übersetzt“ das Fragmentieren (Zerbrechen) des Erlebens in einzelne Teile, einzelne Sinneseindrücke und das anschließende Abschalten aller oder einzelner Sinneskanäle. D.h. schon während des traumatischen Erlebens reagiert die Psyche zu ihrem Schutz mit Dissoziation. Sie zerlegt das Erleben in Einzelteile und schaltet einzelne bis hin zu allen Sinnes-/Wahrnehmungsbereiche (Kanäle) ab, um das Geschehen erträglicher zu machen. So kann es kommen, dass nach dem Trauma keinerlei oder nur bruchstückhafte

Erinnerungen abgerufen werden können (z.B. nur die Geräuschkulisse und die Gerüche, aber keine opt. Eindrücke und keine Körperempfindungen/Schmerzen o.ä.). Der Rest (oder auch die gesamte Erfahrung, bei völligem Abschalten aller Kanäle) versinkt in Amnesie und ist der bewussten Erinnerung nicht zugänglich.

---

Exkurs: Es sind nur solche Gedächtnisinhalte bewusst abrufbar, die im Hypocampus (dem neuzeitlichen „bibliothekaren Gedächtnis“) abgespeichert werden. Diese Inhalte können versprachlicht, in eine zeitliche Reihenfolge gebracht bzw. einem „Damals“ zugeordnet oder/und als reproduzierbare sinnliche Erinnerungen abgerufen werden. Der Hypocampus wird auch „kühler Speicher“ genannt, weil über die dort gespeicherten Erinnerungen mit relativ geringer emotionaler Beteiligung berichtet werden kann. Man kann sich das wie einen zersprungenen Spiegel vorstellen, von dem einige der Splitter in den Hypocampus gelangen, der Rest kommt dort nicht an. Das bedeutet aber nicht, dass der Rest nicht gespeichert wird. Er wird allerdings in einem anderen, stammesgeschichtlich älteren Teil, der Amygdala gespeichert. Dort ist das gesamte traumatische Erlebnis mit allen sensorischen und emotionalen Anteilen, d.h. alle Splitter aufbewahrt, jedoch ohne bewussten Zugang.

---

Diese Erinnerungen können aber durch äußere (und ggf. auch innere) Reize, sog. Trigger, schlagartig aktiviert werden und dann mit voller Wucht hoch brechen. Das nennt man einen Flashback. Wir kennen alle die urplötzlich losbrechenden, extremen Reaktionen der Kids auf scheinbar harmlose Ereignisse /Wahrnehmungen /Reize, z.B. die Schreiattecke wegen einer schnellen Handbewegung, den Panikanfall, der durch einen bestimmten Gegenstand ausgelöst wird, den Wutanfall, der auf eine lieb gemeinte Berührung folgt o.ä..

Diese scheinbar harmlosen Auslöser sind für das entsprechende Kind ein Trigger, der die Erinnerung in der Amygdala auslöst und einen Sturm an Emotionen /Körperempfindungen / inneren Bildern etc. los tritt. Der Unterschied zu einer „Hypocampus-Erinnerung“ ist, dass sich die „Amygdala-Erinnerungen“ anfühlen, als würden sie „Jetzt und Hier“ erlebt und es für das Kind nicht fühlbar /erkennbar ist, dass die Bedrohung tatsächlich vorbei ist. Das Kind kann keine realistischen raumzeitlichen Einordnungen vornehmen und so reagiert es so massiv, als ob es erneut in die traumatische Situation gerät, mit allen Emotionen , Körperreaktionen, etc.. Solch ein Flashback stellt eine Retraumatisierung dar und sollte, so weit dies uns möglich ist, vermieden werden. Die Idee, dass ein Flashback eine kathartische und damit heilsame Wirkung haben kann, hat sich in der therapeutischen Praxis nicht bestätigt. Doch solange die Psyche die unerträglichen Erinnerungen in die Amnesie der Amygdala verbannt, kann es immer wieder passieren, dass sie angetriggert werden und das Kind davon völlig überflutet wird. Deshalb ist es, hirnpfysiologisch ausgedrückt, Ziel von Traumatherapie, die Erinnerungen bzw. die Splitter aus der Amygdala in den Hypocampus zu überführen, weil dort gespeicherte Erinnerungen nicht so überflutend, unkontrollierbar und beängstigend sind. Wenn dies gelingt, kann der Traumatisierte eines Tages sagen „Damals habe ich... erlebt. Es war wie es war“, ohne emotional total überwältigt zu werden. Diese Arbeit gehört allerdings in die Hände erfahrener Therapeuten und sollte niemals von den Pflegeeltern versucht werden. Deshalb sollten

Pflegeeltern das Kind nicht auffordern von seinen traumatischen Erlebnissen zu erzählen und schon gar nicht nachbohren, um heraus zu finden was das Kind genau erlebt hat. Wenn das Kind allerdings von sich aus zu erzählen beginnt, dann ist es wichtig ihm zuzuhören (ohne weiterführende Fragen zu stellen!) und ihm Verständnis und Mitgefühl zu vermitteln.

Dissoziative Zustände sind allerdings nichts völlig Außergewöhnliches. Sie treten nicht nur bei Traumatisierungen, sondern auch im Alltag auf. Sie sind ein Schutzmechanismus, denn sie helfen, einzelne oder mehrere Sinneskanäle abzuschalten, wenn sich das Gehirn gleichzeitig mit zu vielen Reizen befassen muss.

Beispiel: Wenn man sich sehr auf eine Sache konzentrieren will und es ist sehr unruhig im Umfeld, dann kann es vorkommen, dass man förmlich nichts mehr von dem Geschehen um sich herum wahrnimmt. Oder bei einem Unfall kann es passieren, dass man den Schmerz erst bemerkt, wenn der erste Schreck vorbei ist.

Insofern sind dissoziative Zustände nicht per se als negativ zu bewerten, sondern können, z.B. für eine bessere Konzentration, ausgesprochen hilfreich sein. Auch der erstrebenswerte Zustand des „Flow“ (völlig in eine Tätigkeit versunken sein) ist ein ausgeprägt dissoziativer Zustand.

Dennoch kann es nötig sein solche Zustände zu stoppen, denn sie treten, verbunden mit einem ängstigenden, negativen Erleben, auch dann auf, wenn Erinnerungs-Splitter in der Amygdala „angetrigger“ werden, sich quasi ein Erinnerungsbild vor die Realität schiebt (auf welches das Kind dann reagiert) und die realen Sinneseindrücke dadurch überlagert bzw. abgeschaltet werden.

In solchen Momenten ist es sinnvoll, den dissoziativen Zustand zu unterbrechen. Dies kann geschehen durch:

- Körperwahrnehmungen ansprechen, z.B. etwas kräftig berühren lassen, das einen starken Reiz darstellt
- Auffordern, sich auf einen bestimmten z.B. optischen Reiz im Hier und Jetzt zu fokussieren
- Auffordern zu kognitiven Prozessen, z.B. Rechnen, Zählen o.ä.
- Auffordern sich umzuschauen und in Raum + Zeit zu orientieren (Wer bin ich? Wo bist Du hier? Welcher Tag ist heute?)

Manche Traumatisierte beherrschen eigene Dissoziations-Stopps. Z.B. kneifen sie sich oder klopfen wo drauf. Auch selbstverletzendes Verhalten, z.B. Schnippeln oder sich selber schlagen, kann einen Dissoziations-Stopp darstellen. Es lenkt die Aufmerksamkeit von den bedrohlichen, unkontrollierbaren Erinnerungen auf die (kontrollierbare) Körperwahrnehmung. Meist schnippeln sie so lange, bis sie Schmerz spüren, d.h. in ihrem Körper im Hier und Jetzt angekommen sind, und damit die Dissoziation gestoppt haben.

(Anmerkung: Massives selbstverletzendes Verhalten, z.B. das Zufügen stark blutender tiefer Wunden, ist meist kein Dissoziations-Stopp, sondern vermutlich Ausdruck davon, dass die negativen Botschaften des traumatisierenden Täters derart verinnerlicht sind, dass sie immer noch wirken, sog. Täterintrojekt)

Hier endet mein Diskurs zum Thema Dissoziation und wir wenden uns wieder den anderen Folgen von Traumatisierung zu.

---

Wenn wir uns klar machen, dass traumatisierte Jugendliche ihre Abwehrmechanismen in allen nahen Beziehungen, also auch in Peer-Group und Partnerschaft ausleben und dabei z.B. an das überangepasste oder das sexualisierte Verhalten denken oder auch das sich-selber-schlecht-machen oder das Rambo-Gehabe, können wir uns leicht vorstellen, welche Folgen dies auf die Wahl der Freunde und die Gestaltung der Beziehungen hat.

Alle Abwehrmechanismen sind zum einen der Versuch, die massiven Ängste abzuwehren, zu kontrollieren und zu reduzieren, aber immer auch Signal. Sie zeigen uns, was mit dem Kind passiert ist. So zeigt z.B. ein pseudoautonomes Kind, dass es keine Gelegenheit hatte, eine sichere Bindung einzugehen und positive Abhängigkeit zu erfahren. Ein destruktives Kind zeigt durch seine Zerstörungswut, wie sehr es selbst zerstört wurde. Ein verleugnendes Kind zeigt, dass seine Ängste und Nöte nie wahrgenommen und immer geleugnet wurden, ein sexualisiertes Kind, dass es viel zu früh mit Sexualität überwältigt wurde etc.

Hier passt der Merksatz **„Ein Problem, das ein Kind macht, ist sein Versuch der Lösung für ein Problem, das dies Kind hat“**

**Das Erkennen der Abwehrmechanismen hilft, mit dem Kind bzw. Jugendlichen an seinen Traumata zu arbeiten.** Wenn es gelingt, ihm in

- in einfühlsamen Dialogen,
- in Selbstgesprächen bzw. Gesprächen zwischen den Pflegeeltern in Gegenwart des Kindes/Jugendlichen,
- durch Rollenspiele oder
- mit Hilfe der Biographiearbeit

den Zusammenhang zwischen seinem Trauma und seinem Verhalten deutlich zu machen, kann er beginnen von seinen Erlebnissen Abstand zu nehmen und seine Abwehr nach und nach aufzugeben. Dies ist ein langer und schmerzvoller Prozess, der leicht gestört werden kann!

**Dieser Heilungsprozess kann jedoch nur gelingen, wenn dem Kind ermöglicht wird, sich ihm ungestört zu widmen.** Nur wenn ihm ermöglicht wird, sich seinen Traumata und den daran beteiligten Personen nur jeweils soweit anzunähern, wie es seine derzeitige Stabilität erlaubt. Und damit wären wir auch schon beim nächsten Unterthema angekommen, dem Thema Besuchskontakte.

Sie ahnen sicher schon, was jetzt kommt... **ein Plädoyer für den Schutz traumatisierter Kinder vor Kontakten mit den früheren Tätern** bzw. den nicht schützenden Mitgliedern der Herkunftsfamilie in Form einer *Kontaktsperre*. Und ein Plädoyer für die Zusicherung an alle traumatisierten Jugendlichen, dass Kontakte nur durchgeführt werden, wenn es der ausdrückliche Wunsch des jungen Menschen ist und ihm die Rahmenbedingungen ausreichend Sicherheit bieten, sich seiner belastenden Vergangenheit stellen zu können. Jugendliche können ihr Schutzbedürfnis ggf. verbalisieren, Kinder oft nicht.

Ich möchte allerdings nicht gegen Besuchskontakte im allgemeinen plädieren, denn es gibt Kinder und Jugendliche, denen regelmäßige Kontakte gut tun und andere, denen sie zumindest nicht schaden. Doch es gibt auch jene, die dringend vor Kontakten geschützt

werden müssen bzw. niemals zu solchen gedrängt werden dürfen. Dazu gehören vor allem jene Kinder und Jugendlichen, die in ihrer Herkunftsfamilie traumatisiert wurden.

Ob ein bestimmtes Kind zur **Gruppe der schutzbedürftigen Kinder** gezählt werden muss, wird deutlich, wenn folgende Fragen beantwortet werden:

- Ist das Kind früher von einem oder mehreren Mitgliedern seiner Herkunftsfamilie misshandelt, missbraucht, massiv mangelversorgt, prostituiert o.ä. worden oder vor bekannter wiederkehrender Traumatisierung nicht geschützt worden?
- Ist das Kind vor den Kontakten unruhig oder besonders aggressiv oder ängstlich oder auffällig still?
- Wehrt/weigert es sich sogar, wenn es zu seinen leiblichen Eltern/Mitgliedern der Herkunftsfamilie gebracht oder von ihnen abgeholt werden soll?
- Zeigt das Kind Anzeichen einer Angstbindung? (z.B. indem es, überraschend schnell die Nähe zu seinen leiblichen Eltern sucht, obwohl es dem Besuch zuvor ängstlich oder ablehnend entgegen gesehen hat)
- Erzählt das Kind nach den Kontakten von Erlebnissen, die Sie für bedenklich oder gar gefährdend halten?
- Ist das Kind nach Kontakten längere Zeit oder besonders intensiv auffällig in seinem Verhalten?
- Zeigen sich nach unbegleiteten Kontakten (gelegentlich) Misshandlungsspuren oder Hinweise auf sexuellen Missbrauch?

Sollten diese Fragen oder zumindest einige davon mit „Ja“ beantwortet werden müssen, dann kann ziemlich sicher davon ausgegangen werden, dass dieses Kind vor Kontakten mit der Herkunftsfamilie geschützt werden sollte. Und dies aus folgenden Gründen:

**Zum einen haben die Kontakte zu der (ehemals) traumatisierenden Herkunftsfamilie einen psychisch und auch hirnrnorganisch retraumatisierenden Effekt auf das Kind, zum anderen vertiefen sie vorhandene pathologische Angstbindungen, was sowohl die psycho-emotionalen wie auch die Bindungs-/Beziehungsstörungen und die daraus resultierenden Probleme verschärft.**

Diese Effekte kommen folgendermaßen zustande:

Wir erinnern uns an die vorhin dargestellten neuronalen/ hirnrnorganischen Muster und an die (ebenfalls neuronal fixierten) Bindungsmuster. Eine sichere Methode der Reaktivierung der neurophysiologischen Reaktionsmuster ist die Zusammenführung des Kindes mit den Verursachern seiner Angst- und Stressreaktion, d.h. den Mitgliedern seiner (ehemals) traumatisierenden oder nicht schützenden Herkunftsfamilie. Dies bedeutet, dass im Gehirn des Kindes, jedes Mal, wenn es einen Kontakt zu seinen früheren Bezugspersonen hat, die alten „Alarm-Muster“ massiv aktiviert und gefestigt und die daraus resultierenden Schädigungen vertieft werden. Dies geschieht auch, wenn keine weitere Traumatisierung durch die Herkunftsfamilie erfolgt! Je öfter also das alte Trauma durch Kontakte zu den damaligen Tätern oder den nicht schützenden Bezugspersonen geweckt wird, und je öfter damit die „alten“ Vernetzungen des Gehirns aktiviert werden, um so mehr graben sich diese in das Gehirn ein und bleiben damit (verhaltens-)bestimmend.

Auch die Schaffung einer neutralen, sicheren Umgebung und die gut gemeinte Begleitung von Kontakten, z.B. durch Mitarbeiter des Jugendamts oder die Pflegeeltern, kann an dem „Gedächtnis des Körpers“, an den automatischen Reaktionsmustern des Gehirns und der daraus resultierenden Verfestigung nichts ändern.

Finden immer wieder oder gar regelmäßig Besuchskontakte statt, ist es fast unmöglich, dagegen „anzuthrapieren“.

Doch nicht nur die Aktivierung dieser neuronalen Muster ist schädlich für die Entwicklung des Kindes. Auch die immer wiederkehrende Aktivierung der hoch ambivalenten, weil angstbesetzten Bindungswünsche bei den Kindern durch Kontakte zu den Eltern, führt zu einer fortgesetzten Verwirrung des ohnehin meist bereits schwer geschädigten Bindungsverhaltens. Dies be-/verhindert zum einen die Entwicklung neuer gesunder Bindungs- und Beziehungsmuster und damit den Aufbau neuer, positiv getönter, sicherer Bindungen in der Pflegefamilie. Zum anderen macht es dem Kind die Welt- und Selbstexploration und damit eine gesunde Entwicklung unmöglich, da diese, wie wir gesehen haben, in einem reziproken Verhältnis zueinander stehen.

Nun höre ich immer wieder das Argument, Kinder bräuchten zur Herausbildung einer starken Identität die Auseinandersetzung mit ihrer Herkunftsfamilie, egal wie traumatisierend diese auch immer war. Sollten Sie jemals mit dieser Begründung für die Durchführung von Besuchskontakten konfrontiert sein, ist es hilfreich zu wissen, dass sie auf einem tiefgreifenden Missverständnis psychologischer Notwendigkeiten beruht und durch keinerlei Forschung abgesichert ist.

Es stimmt zwar, dass Menschen ihre Herkunft begreifen wollen, sozusagen nach ihren Wurzeln suchen und dass Kinder und Jugendliche dabei Hilfe brauchen. Es stimmt aber definitiv nicht, dass diese Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte nur in Form der realen Konfrontation mit den zu dieser Geschichte gehörenden Personen vor sich gehen kann! Dies ist eine durch nichts zu belegende Idee, die meist nur allgemein durch den angeblich notwendigen Erhalt des familialen Systems begründet wird, ohne Rücksicht auf die destruktiven Auswirkungen auf die Kinder.

Keinem Traumatherapeuten würde es einfallen, Gewaltopfer immer wieder mit ihren Peinigern persönlich zu konfrontieren, um ihnen dadurch eine Aufarbeitung dieser Erfahrungen zu ermöglichen. Im Gegenteil! Die Psychotherapieforschung belegt, dass die Aufarbeitung traumatischer Erfahrungen nur möglich ist, wenn eine sichere emotionale, aber auch zeitliche und räumliche Distanz zu diesen Erlebnissen und den daran beteiligten Personen geschaffen wird und der Beistand eines Menschen gewährleistet ist, der eindeutig und verlässlich auf Seiten des Patienten steht. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte findet eben *nicht* im fortgesetzten Umgang mit den damaligen Akteuren und im (Wieder)Erleben statt!

Sie kann nur in einem als therapeutisch zu wertenden Prozess stattfinden, in dem eine allmähliche Wahrnehmung, Unterscheidung und Neuordnung positiver und negativer Gefühle möglich gemacht wird. Entwicklungspsychologisch ausgedrückt bedeutet dies, dass die Auseinandersetzung mit traumatisierenden Erfahrungen voraussetzt, dass sich das einmal oder mehrfach überwältigte Ich nicht mehr real bedroht fühlt und dass es genügend Sicherheit in der Distanz und in einer haltgebenden Beziehung hat, um sich



den angstausslösenden Erfahrungen *in der Erinnerung* oder auch *in der Übertragung* aussetzen zu können.

Wie langwierig und schwierig solche Prozesse auch ohne störende Einflüsse sind, wissen Pflegeeltern und Therapeuten nur zu gut.

Dass eine Rückführung zu den (damals) traumatisierenden Eltern eine massive Kindeswohlverletzung darstellen würde, liegt auf der Hand. Nicht so klar ist vielen Menschen, auch Fachkräften, dass auch eine sich lang hinziehende Perspektiventscheidung über die Dauerhaftigkeit der Unterbringung gravierende Folgen auf die kindliche Entwicklung hat. Solange das Kind nicht weiß, ob es dauerhaft in dem beschützenden Rahmen seiner Pflegefamilie verbleiben darf, oder ob es nicht doch eines Tages in das bedrohliche und angstmachende Umfeld seiner Herkunftsfamilie zurückkehren muss, kann es in seiner Entwicklung nicht voran kommen. Die latente Angst und Unsicherheit blockiert nicht nur seine Konzentrations- und Lernfähigkeit, auch die sozial-emotionale Entwicklung stagniert. Deshalb möchte ich die Gelegenheit nutzen und an alle hier anwesenden Fachkräfte appellieren, sehr frühzeitig eine eindeutige und unumkehrbare Entscheidung für den dauerhaften Verbleib des Kindes in der Pflegestelle zu treffen und niemals eine Rückführung ins Auge zu fassen!

Ich persönlich sehe noch **einen weiteren Grund, Besuchskontakte zu vermeiden**, der jedoch nicht nur mit dem Kind, sondern auch mit den PE zu tun hat:

Der Umgang mit traumatisierenden HE ist für PE emotional und sozial oft äußerst schwierig und bringt die PE in eine Zwickmühle. Denn sie sind (von Seiten des Gesetzgebers und i.d.R. auch vom JA) gehalten, respektvoll und wertschätzend mit HE umzugehen, doch diese verhalten sich häufig so unangenehm, dass klare Grenzsetzungen sinnvoller wären. Besonders heikel wird die Begegnung zwischen PE und HE jedoch in Gegenwart des Kindes. Sind die PE "auftragsgemäß" freundlich und wertschätzend, so kann dies beim Kind große Verwirrung stiften. Zum einen kann es den Eindruck gewinnen, dass die PE nicht wirklich bedingungslos schützend „auf seiner Seite“ stehen, vielleicht sogar die Befürchtung hegen, die beiden Elternpaare könnten "unter einer Decke stecken", was enorme Ängste und einen Vertrauensverlust bewirken würde. Zum anderen könnte das Kind zu der Überzeugung kommen, dass die Taten (oder Unterlassungen) seiner HE von seinen PE akzeptiert werden und deshalb gar nicht wirklich schlimm oder falsch gewesen sein können, obwohl das Kind anders empfindet. Diese ungute Verwirrung des Kindes ist seiner Entwicklung und auch der Beziehung zu seinen Pflegeeltern nicht zuträglich. Lassen sich BKs jedoch nicht gänzlich vermeiden, empfehle ich einen zwar höflichen, aber erkennbar distanziernten Umgang mit (ehemals) traumatisierenden Herkunftseltern, der klare Spielregeln vorgibt. Dies gibt dem Kind ein Gefühl der Sicherheit, da es erlebt, dass seine Pflegeeltern auch in Gegenwart der Herkunftsfamilie stets "Herr der Lage" sind.

Die Schädlichkeit von Besuchskontakten bemerken PE meist sehr deutlich, denn die meisten traumatisierten Kinder zeigen nach Kontakten häufig massive Verhaltensauffälligkeiten. Dann ist es sehr hilfreich, wenn es den PE gelingt, die darin versteckten Botschaften zu entschlüsseln und dem Kind zu signalisieren, dass sie verstanden haben. Welche Botschaft hinter dem z.T. skurrilen Verhalten stecken könnte, möchte ich an 4 häufig zu beobachtenden Auffälligkeiten beispielhaft

aufzeigen. Natürlich lässt sich keine eindeutige Wenn-dann-Beziehung herstellen, denn jedes Kind, jede Herkunftsfamilie, jeder Besuchskontakt ist anders, aber ich möchte einige Denkanstöße geben, die es vielleicht leichter machen, mit dem Verhalten von Pflegekindern nach einem Besuchskontakt umzugehen. Hierbei gehe ich davon aus, dass jede Verhaltensweise, und sei sie auch noch so seltsam, einen Grund und eine Botschaft hat.

**Das Kind hortet plötzlich Nahrungsmittel** - Vielleicht hat es hat es sich (unbewusst) daran erinnert, wie oft es damals hungern musste und legt nun einen Vorrat an, um ganz sicher zu gehen, dass ihm das nie wieder passiert. Oder es hat bei dem Besuch erlebt, dass seine Eltern nichts zu Essen im Hause hatten oder erzählt haben, dass sie nur wenig Geld haben. Fühlt es sich aufgrund seines Beziehungsmusters für sie verantwortlich, möchte es sie vielleicht beim nächsten Kontakt mit dem gesammelten Essen versorgen.

**Das Kind kotet für eine Weile ein, obwohl es schon sauber war** - Vielleicht möchte das Kind zeigen, dass es im Moment lieber wieder ganz klein wäre und jetzt für eine Weile Zuwendung (und evtl. Schutz) wie ein Baby braucht. Es kann aber auch ein Signal sein, dass Erinnerungen an frühere Missbrauchserfahrungen unbewusst aktiviert wurden oder schlimmstenfalls, dass ein erneuter Missbrauch stattgefunden hat.

**Das Kind ist den Pflegeeltern gegenüber plötzlich aggressiv und abwehrend oder zerstört mutwillig Sachen** - Dieses recht häufig auftretende Verhalten kann diverse Ursachen haben. Vielleicht wollte das Kind gar nicht zu seiner Herkunftsfamilie und ist sauer auf die Pflegeeltern, dass sie es trotzdem hingeschickt haben. Oder es wurde sein "Rambo"-Abwehrmechanismus aktiviert, weil es mit bedrohlichem oder aggressivem Verhalten seiner HE konfrontiert war bzw. sich (unbewusst) daran erinnert hat. Es kann auch sein, dass das Kind beim Kontakt wieder mit der ihm altbekannten Ablehnung oder Beziehungslosigkeit seiner Herkunftsfamilie konfrontiert war und nun erproben will, ob die Pflegefamilie es auch ablehnt, wenn es nur heftig genug „böse“ ist. Vielleicht fühlt es sich aber auch zwischen den beiden Familien zerrissen und weiß einfach nicht wohin mit seinen Gefühlen.

**Das Kind ist völlig überdreht, redet und zappelt ohne Unterlass und schwärmt von seinen „tollen Eltern“** -

Hiermit zeigt das Kind möglicherweise, wie frustrierend oder bedrohlich es den Besuch erlebt hat, aber es kann und will das nicht wahrhaben. Nun versucht es sich und Euch davon zu überzeugen, dass alles eigentlich ganz anders war, um den Schmerz nicht zulassen zu müssen. Vielleicht möchte das Kind aber auch seine leiblichen Eltern in einem besonders guten Licht darstellen, weil es spürt, dass Ihr nicht viel von ihnen haltet und es aus dem Loyalitätskonflikt herauskommen will.

Diese Auflistung ließe sich noch weiter fortsetzen, aber ich denke, es ist bereits deutlich geworden, dass die Kinder immer einen guten Grund für ihr sonderbares Betragen haben. Gelingt es den Pflegeeltern, die Botschaft ihres Verhaltens zu entschlüsseln und ihnen zu signalisieren, dass sie verstanden haben, ist viel gewonnen. Strafen oder Ignorieren kann bewirken, dass das auffällige Verhalten lange andauert,

weil die Botschaft nicht angenommen wurde und die Kinder mit „immer mehr von dem Gleichen“ versuchen, verständlich zu machen, was sie eigentlich ausdrücken wollten.

Doch selbst, wenn es den Pflegeeltern gelingt, das Verhalten zu verstehen und sie einfühlsam auf das Kind eingehen, bleibt es nicht von den o.g. emotionalen und hirnorganischen Folgen verschont. Der einzige wirklich wirksame Schutz, ist das Unterbinden jeglicher Kontakte!

**Nur wenn das Kind, ggf. jahrelang, ungestört andere Erfahrungen machen und dadurch neue Muster erleben und „einschleifen“ kann, können wir hoffen, dass sich das Gehirn eines traumatisierten Kindes im Laufe der Jahre wandelt und ihm so erlaubt, angemessener auf die Welt zu reagieren.**

Wird dem Kind dies nicht ermöglicht, so bleiben die frühkindlich geprägten „Alarm-Muster“ vorherrschend und bestimmen auch noch im Erwachsenenalter seine Weltwahrnehmung, seine Beziehungsgestaltung und seine Verhaltenssteuerung!

Nun fragen Sie sich sicher, wie mit **Besuchskontakten in der Pubertät** umzugehen ist, wenn sich die Jugendlichen auf den Weg machen, ihre Wurzeln zu erforschen. **Ändern sich Besuchskontakte in der Pubertät? Sind sie immer noch schädlich, auch wenn der Jugendliche danach verlangt?**

Bei vielen Pflegekindern intensivieren sich in der Pubertät die Kontaktwünsche in Bezug auf die Herkunftsfamilie. Manche Pflegekinder suchen zwar nicht den direkten Kontakt, wollen aber alles über ihre Herkunft, die damaligen Umstände und die derzeitige Lebenssituation der leiblichen Eltern erfahren. Dies sollte als ganz natürlicher Vorgang gewertet werden, denn wie bei allen anderen Jugendlichen stehen in der Pubertät auch für Pflegekinder **Fragen von Identitätsfindung und Abgrenzung** zu den Erwachsenen im Mittelpunkt.

Ist diese Zeit gekommen, ist es unumgänglich, den Jugendlichen behutsam mit seiner Vergangenheit und damit auch mit seinen Traumata zu konfrontieren. Das *kann* in Form direkter Kontakte zu den HE geschehen, was jedoch nur in Frage kommen sollte, wenn der Jugendliche dies ausdrücklich wünscht und ausreichend tragfähige Beziehungen zu seinen PE entwickelt hat, damit diese ihn im Anschluss auffangen können. Idealerweise hat der Jugendliche vor Eintritt in die Pubertät ausreichend Gelegenheit gehabt, korrigierende Erfahrungen zu machen, neue neuronale Muster zu entwickeln und diese zu stabilisieren. Noch optimaler wäre es, wenn er zusätzlich sogar eine Therapie durchlaufen und seine Traumata soweit als möglich integriert hätte.

Ist all dies nicht erfolgt, muss damit gerechnet werden, dass die alten Muster durch die Kontakte reaktiviert werden und der Jugendliche nach seiner Rückkehr deutliche Auffälligkeiten zeigt. Dann sind die PE aufgerufen, seine Signale zu verstehen und ihn bei der Verarbeitung seiner Erlebnisse und Erinnerungen geduldig zu begleiten.

Wünscht der Jugendliche keine direkten Kontakte, sollte er niemals dazu gedrängt werden! Dennoch wird er sich mit seiner Herkunft beschäftigen wollen und viele Fragen

haben. Dann ist es sinnvoll, ihm dosiert alle Informationen zu geben, nach denen er verlangt.

Sowohl nach direkten Kontakten, wie auch nach dem Vermitteln von Informationen ist es sinnvoll, mit dem Jugendlichen einfühlsam darüber zu sprechen. Solch ein Gespräch kann z.B. mit der Frage eröffnet werden, wie er sich mit dem, was er bei dem Kontakt erlebt bzw. über seine Vergangenheit erfahren hat, fühlt und was er sich von den PE wünscht. Blockt er ab, ist es nicht sinnvoll, ihn zu drängen. Vielleicht ergibt sich später eine Gelegenheit, das Thema erneut aufzugreifen.

Wenn der Jugendliche sofort oder auch zeitverzögert emotionale Reaktionen zeigt, die die PE mit dem Kontakt bzw. den Informationen in Verbindung bringen (z.B. auffallend aggressiv / zurückgezogen ist), könnte ein Gesprächsversuch z.B. folgendermaßen eröffnet werden:

*„Wenn ich sehe/höre, wie sehr du dich aufregst/zurück ziehst, macht mich das ganz betroffen. Ich denke dann, dass dich etwas belastet und möchte dir gern helfen. Ich würde mir wünschen, dass du mir erzählst, was dich beschäftigt. Dann können wir vielleicht gemeinsam einen Weg finden, damit du dich wieder besser fühlst“.*

Eine andere Variante könnte sein, dem Jugendlichen mitzuteilen, welchen Grund die PE hinter seinem Verhalten vermuten. z.B. so:

*„Wenn ich sehe/höre, wie sehr du dich aufregst/zurück ziehst, macht mich das ganz betroffen. Ich bin aber sicher, dass du einen guten Grund für dein Verhalten hast. Ich vermute, dass es was mit dem zu tun hat, was Du bei dem Kontakt mit deiner Familie erlebt hast / ich dir über deine Eltern erzählt habe....Das kann ich gut verstehen. Ich wäre auch wütend/traurig, wenn ich das verarbeiten müsste. Wenn du magst, erzähl mir, was dich beschäftigt. Dann können wir vielleicht gemeinsam einen Weg finden, damit du dich wieder besser fühlst“.*

Wer bereits Jugendliche durch die Pubertät begleitet hat oder sich noch lebhaft an die eigene Reifezeit erinnert, weiß, dass es oft nicht leicht ist, mit Jugendlichen ins Gespräch zu kommen.

Gibt es Ebenen des gemeinsamen Tuns, z.B. ein gemeinsames Hobby oder sportliche Aktivitäten, kann dies günstige Gelegenheiten bieten, zwanglos ein Gespräch zu beginnen und das Thema sanft in Richtung Betrachtung der Gefühle und Gedanken bezüglich der Besuchskontakte bzw. Informationen zu lenken.

Ist auch dies nicht möglich, kann eine Gespräch zwischen den PE in Gegenwart des Jugendlichen eine Alternative sein ihn wissen zu lassen, dass sich die PE in seine Lage einfühlen und zu ihm stehen. Dies könnte z.B. so ablaufen:

PV: *„X ist ja wieder ganz schön in Rage/traurig/neben der Spur...“*

PM: *„Ja, das ist wahr. Wenn ich sehe/höre, wie sehr er sich aufregt/zurück zieht, macht mich das ganz betroffen. Ich bin aber sicher, dass er einen guten Grund für sein Verhalten hat. Ich vermute, dass es was mit dem zu tun hat, was er bei dem Kontakt mit seiner Familie erlebt hast / ich ihm über seine Eltern erzählt habe....Das kann ich gut verstehen. Ich wäre auch wütend/traurig, wenn ich das verarbeiten müsste. Ich wäre froh, wenn er uns erzählen würde, was ihn beschäftigt. Dann könnten wir vielleicht gemeinsam einen Weg finden, damit er sich wieder besser fühlst“.*

PV: „Ja, du hast recht. Er hat im Moment wirklich viel zu verarbeiten und das ist bestimmt sehr schwer für ihn. Ich hoffe auch, dass wir bald mit ihm Gespräch kommen und einen Weg finden, damit er wieder besser drauf ist.“

Dabei sollten sie so tun, als ob sie nicht bemerken, dass sie der Jugendliche belauscht, sonst könnte er sich manipuliert fühlen und total dicht machen.

Ein weiterer Weg kann sein, den Jugendlichen an einer kurzen Diskussion zwischen den Pflegeeltern teilhaben zu lassen, z.B. wenn ein Pflegeelternteil ärgerlich auf die Auffälligkeiten des Jugendlichen reagiert und der andere diesem Verständnis dafür vermitteln möchte. Das könnte etwa so ablaufen:

PV (ärgerlich): *Jetzt ist aber mal Schluss mit deinem Rumgezicke! Ich lasse mich von dir nicht so behandeln!!*

PM: *Sei doch bitte nicht so streng mit ihr. Sie hat im Moment wirklich schwierige Sachen zu verarbeiten, nachdem sie so viel über ihre leiblichen Eltern erfahren hat. Ich wäre auch aufgewühlt und zornig, wenn ich mich damit auseinandersetzen müsste. Das ist ganz normal. Gib ihr doch etwas Zeit, damit sie sich wieder beruhigen kann. Ich finde es wichtig, dass wir grade jetzt zu ihr stehen und für alle Fragen und Probleme offen sind.*

PV (besänftigt): *Du hast recht. Wahrscheinlich ginge es mir ebenso, wenn ich an ihrer Stelle wäre....*

Der Umgang mit der z.T. stürmischen Suche pubertierender Pflegekinder nach den eigenen Wurzeln ist jedoch nicht die einzige Herausforderung für die Jugendlichen und ihre Pflegeeltern. **Auch die Loslösung von den zentralen Bezugspersonen muss in dieser Lebensphase gemeistert werden** und wir alle wissen, welche Auseinandersetzungen dies mit sich bringt. Das starke Bedürfnis nach Zugehörigkeit, die Hinwendung zu Peer-Groups, erste Erfahrungen mit Liebesbeziehungen und Liebeskummer und die Ablehnung der Regeln der Erwachsenenwelt prägen diese Phase.

Im Vergleich zu Kindern die in einer intakten Herkunftsfamilie aufgewachsen sind, erfahren die entsprechenden Verhaltensweisen bei Pflegekindern sogar eine oftmals verstärkte Ausprägung. **Konfrontationen mit den Pflegeeltern** fallen oft recht heftig aus. Auch wenn der Jugendliche Kontakt zu seinen leiblichen Eltern hat, sind i.d.R. die Pflegeeltern die Adressaten seines Ringens um Selbstbestimmung, da sie die „greifbaren“ Eltern sind, an die der Jugendliche gebunden ist und die für Auseinandersetzungen zur Verfügung stehen. Hierbei kommt es nicht selten vor, dass sie, quasi stellvertretend für die leiblichen Eltern, mit Vorwürfen und Aggressionen konfrontiert werden, die den frühen Erlebnissen des Jugendlichen in seiner Herkunftsfamilie entspringen. Manche Jugendliche beginnen die leiblichen Eltern plötzlich zu idealisieren, während den Pflegeeltern die Schuld für das ganze Leid des Jugendlichen zugeschoben wird. Dies ist keine böse Absicht, sondern der verzweifelte Versuch, die eigene Herkunft, die eigenen Wurzeln akzeptabel zu machen und so das ohnehin oft schwache Selbstwertgefühl zu stabilisieren.

Natürlich ist Verständnis für die schwierige Situation des Jugendlichen wichtig, es sollte die Pflegeeltern aber nicht dazu verführen, allzu nachgiebig und dadurch „verschwommen“ zu werden. Trotz ihres vehementen Autonomiestrebens brauchen besonders unsere vorbelasteten Jugendlichen deutliche Orientierung und haltgebende

Strukturen. Klare Regeln, die von starken Pflegeeltern, vertreten werden geben Halt und Sicherheit. Hierbei dürfen wir die zwangsläufig auftretenden Auseinandersetzungen nicht scheuen und müssen darauf achten, den Rahmen der Freiheiten ganz allmählich und den Fähigkeiten des jeweiligen Jugendlichen angemessen, zu erweitern.

Dies ist auch aus einem weiteren Grund erforderlich, denn es gibt noch **eine weitere Herausforderung in dieser Lebensphase**, wie die Hirnforschung herausgefunden hat. Zwischen dem 11. und 18. Lj. erfolgen **gravierende Veränderungen im Gehirn**, was sowohl Chancen, wie auch Risiken birgt. Vor allem im Stirnhirn werden Nervenverbindungen umgebaut und die Myelinisierung massiv verstärkt.

Die Chance, die darin liegt, ist die *Gelegenheit*, traumafixierte neuronale Muster ab und funktionalere Verknüpfungen aufzubauen, sofern dies noch nicht erfolgt ist. Dies setzt jedoch voraus, dass der Jugendliche in dieser Zeit Erfahrungen sammelt, die seinem Gehirn alternative Muster anbieten und eine Entwicklung in die gewünschte Richtung anstoßen.

Doch dies ist gar nicht so einfach, denn der Hirnumbau hat auch weniger erfreuliche Effekte: Es können scheinbar bewältigte psychische Belastungen wieder zum Vorschein kommen und erlittene Traumatisierungen ins Bewusstsein steigen. Diese zu bewältigen ist für die Jugendlichen in dieser Phase besonders schwierig, denn ausgerechnet jetzt gehen bereits erworbene Kompetenzen zunächst verloren. Insbesondere die Fähigkeit, die Gefühle anderer Menschen und soziale Szenarien einzuschätzen, verschlechtert sich ab dem 11. Lj. rapide. Die daraus resultierende Unsicherheit und Verwirrung in emotionalen und sozialen Situationen lässt auch behütet aufgewachsene Teenager gereizt und launisch reagieren und das Leben häufig als »unfair« empfinden. Mit rund 18 Jahren erreicht das soziale *Gespür* zwar wieder sein ursprüngliches Niveau, doch davor ist das Risiko von Fehlentwicklungen bei traumatisierten bzw. beziehungsgestörten Jugendlichen groß.

Wenn wir uns an die vorhin dargestellten Bindungs- bzw. Beziehungsstörungen und die daraus resultierenden Verhaltensmuster erinnern, wird deutlich, weshalb diese Jugendlichen besonders gefährdet sind. Die Kombination aus der hirnorganisch bedingten Unfähigkeit, soziale Situationen adäquat einzuschätzen, den ggf. noch wirksamen ungünstigen Beziehungsmustern, den evtl. ins Bewusstsein steigenden traumatischen Erfahrungen und dem starken Wunsch nach Autonomie auf der einen und Zugehörigkeit auf der anderen Seite, erhöht das Risiko, dass sie Peer-Groups und Beziehungspartner wählen, die einer positiven Entwicklung nicht zuträglich sind.

Für Pflegeeltern ist es oft schmerzlich zu erleben, wie ein scheinbar stabiles, gut in die Pflegefamilie integriertes Kind in der Pubertät all diese Veränderungen durchläuft. Manch einer fürchtet dann, in der Erziehung Entscheidendes versäumt zu haben und leidet nicht nur unter den Macken und Attacken des Pflegekindes, sondern auch unter den eigenen Versagensgefühlen. Hier ist es für die eigene Haltung hilfreich, sich klar zu machen, dass es ganz normal ist, wenn ein Pubertätler immer wieder mal „austickt“.

Wird der Jugendliche jedoch völlig unzugänglich bzw. unlenkbar und läuft Gefahr in Kriminalität, Alkohol- oder Drogenmissbrauch abzurutschen, tauchen psychische Auffälligkeiten wie Essstörungen oder Suizidgedanken auf oder droht das

Pflegeverhältnis an den Belastungen der Pubertät zu scheitern, ist es sinnvoll, therapeutische Unterstützung für den Jugendlichen und verständnisvolle Begleitung für die Pflegeeltern zu suchen.

Ist die Situation nicht ganz so dramatisch, können die PE den Jugendlichen mit Hilfe der sog. **Biographiearbeit** auf seinem Weg begleiten. Diese Methode in ihrer ganzen Breite darzustellen, würde unseren heutigen Rahmen sprengen. Deshalb möchte ich nur kurz darstellen, um was es sich dabei handelt: **Biographiearbeit ist ein kontinuierlicher Prozess, in dem es darum geht, das Bild des eigenen Lebens zunächst zu komplettieren und dann neu oder umzukonstruieren**, d.h. einzelnen Erlebnissen eine neue Bedeutung zu geben oder sie in einen anderen Sinnzusammenhang zu stellen. Dies wird ermöglicht durch neue Informationen, andere Sichtweisen, Perspektiven, Interpretationen und Deutungen. Dabei geht es nicht darum, die eigene Lebensgeschichte zu beschönigen, sondern sie in einem großen Bogen zu betrachten, ihr Sinn und Bedeutung zu geben und ambivalente oder belastende Elemente zu integrieren. Gelingt dies, kann der Mensch eine in sich schlüssige Identität bilden. Dies ist jedoch kein Prozess, der einmal durchlaufen wird und dann für immer abgeschlossen ist, denn Identität ist ein sich ständig weiter entwickelndes Resultat einer Syntheseleistung, in die kognitive, emotionale, körperlich-sinnliche, praktische und imaginative Elemente einfließen.

Biographiearbeit kann spontan und unstrukturiert im Alltag erfolgen, wenn sich eine Gelegenheit dazu ergibt. Sie kann aber auch geplant und kontinuierlich als verlässlicher Prozess mit klaren Absprachen stattfinden. Wichtig ist bei beiden Varianten die völlige Vertraulichkeit und das Annehmen des subjektiven Erlebens des Jugendlichen.

**Inhalte bzw. Methoden der Biographiearbeit können z.B. sein:**

- einen Lebensstrahl malen (Personen und Gruppen, die mich begleitet haben)
- besuchen und fotografieren alter Orte und ggf. Personen
- eine Wohnbiographie (wann hab ich wo gewohnt?) und eine Lebenslandkarte erstellen
- einen Familienbaum malen (wer gehört zu welchem Zweig meiner Familien?) etc.

Eine weitere Möglichkeit ist die gemeinsame Erstellung eines **Lebensbuches**, z.B. in einem schön geschmückten Ordner (damit jederzeit etwas hinzugefügt werden kann). In solch ein Lebensbuch können **Fotos, Geschichten, Erinnerungen, der Lebensstrahl, gepresste Blumen, Handabdrücke, die Wohnbiographie, alte Dokumente, Landkarten, Bilder, Gedichte, ein Stammbaum** u.s.f. in einer sinnvollen Reihenfolge eingeklebt und immer wieder betrachtet und besprochen werden. Solch ein Lebensbuch kann auch von den PE begonnen und dem Jugendlichen geschenkt werden, mit dem Angebot, es im Laufe der Zeit gemeinsam aufzufüllen.

Wenn es - mit oder ohne solche Unterstützung - gelingt, dem Jugendlichen in dieser sensiblen Phase **sowohl Verständnis entgegen zu bringen, wie auch klare Orientierung zu bieten**, dann stehen die Chancen gut, nach dieser turbulenten Zeit mit einer gewachsenen, noch tragfähigeren Beziehung zueinander belohnt zu werden.

**Wenn Pflegekinder aus traumatisierenden  
Herkunftsfamilien in die Pubertät  
kommen....**

Vortrag vom 03.09.2006

**Dipl. Psychologin Alice Ebel**



Copyright by Alice Ebel