

„Wir können auch anders!“

- Anmerkungen zu einem interdisziplinären Verständnis von Trauma und Kindheit in der Pädagogik

(© 2007, Martin Kühn)

*Die Menschen sind mir wie Wölfe
(aus: „Kaspar Hauser“ von W. Herzog 1974)*

*Kinder kennen die Wahrheit:
Liebe ist kein Gefühl,
Liebe ist Verhalten.
(Andrew Vachss)*

1. Vorwort

„Wir können auch anders!“ soll der Titel meines Vortrags sein. Dies soll keine Drohung sein, meine Damen und Herren. Nein, ich möchte es als Eröffnung, als Motto verstanden wissen, dass sich die Pädagogik – und besonders aus nahe liegender Betroffenheit die stationäre Jugendhilfe – in den letzten Jahren mehr und mehr dem Thema der „Psychotraumatologie“ öffnet. Auch wenn Professor Riedesser noch vor einiger Zeit eine „professionelle Traumablindheit“ in der Psychologie feststellt und der niederländische Psychiater Onno van der Hart in der neuesten Zeitschrift „Trauma & Gewalt“ von einer „Phobie vor dem Trauma“ spricht, ist eine Beschäftigung mit diesem Thema m.E. auch für uns PädagogInnen unabdingbar. Obwohl traumatisierte Kinder und Jugendliche seit je her zur Zielgruppe unserer Angebote gehören, ist das fachliche Wissen dennoch dazu unter den betreuenden PädagogInnen bis heute noch viel zu gering. Die entsprechende Kompetenz wurde und wird bis heute eher der Psychotherapie und Psychiatrie zugeschrieben. Ein verhängnisvolles Missverhältnis, denn die Kinder und Jugendlichen, die z.B. in unserer Einrichtung stationär untergebracht wurden, zeigen seit einigen Jahren eine erhebliche Zunahme an psychischen und Verhaltenssymptomen auf die wir in dem Maße damals nicht ausreichend vorbereitet waren. Zudem kommen immer mehr Kinder und Jugendliche in stationäre Jugendhilfeeinrichtungen, die bereits über kinder- und jugendpsychiatrische Erfahrungen verfügen. Und wenn man z.B. dem Bericht des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit zur „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP)“ von 2005 folgt, dann wird diese Zahl noch steigen. Es lässt sich also ohne falsche Bescheidenheit festhalten, dass Veranstaltungen, wie diese hier, wichtige Pionierarbeit leisten...

Werner Herzog lässt seinen Kaspar Hauser 1974 im Spielfilm sagen: „Die Menschen sind mir wie Wölfe.“ Wie vielen Kindern und Jugendlichen in unseren Einrichtungen spräche Kaspar Hauser heute mit diesem Satz aus der Seele? In einer Pressemitteilung des BKJPP (Bundesverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.) vom 14.12.2006 heißt es: „Ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen seelisch krank. (...) Als Ursache für diese Entwicklung werden von Experten (...) auch mangelnde Erziehungskompetenzen der Eltern angeführt, die ihrerseits selber überfordert sind.“ Und damit befinden wir uns mitten im pädagogischen Aufgabenfeld!

Kinder sind in ihrer Entwicklung vielfältigen Risikofaktoren ausgesetzt. Dies stellte 1979 bereits „The children's Life Events Inventory“ fest (s. Grafik). Nicht alle dieser Kinder und Jugendliche sind traumatisiert, aber viele haben traumatische Erfahrungen machen müssen. Und Kinder und Jugendliche, die diese Erfahrungen (noch) nicht bewältigen konnten, sind vermehrt in der stationären Jugendhilfe anzutreffen. Die dort tätigen PädagogInnen stellen sie nicht selten vor große Rätsel und Herausforderungen.

2. Was ist ein Trauma?

Da ich gebeten wurde, mit meinem Beitrag dieses Seminar zu eröffnen, möchte ich zunächst einige Worte dafür verwenden, was denn ein Trauma eigentlich ist. Der Trauma-Begriff hat Konjunktur, und das ist m.E. auch gut so. Allerdings ist es notwendig den Begriff zunächst klar zu bestimmen, um ihn von einem umgangssprachlichen und damit inflationärem Gebrauch abzugrenzen.

In ihrem wegweisenden Buch „Narben der Gewalt“ gibt uns die US-amerikanische Psychotherapeutin Judith Lewis Herman eine grundlegende Erklärung des Begriffes: „Traumatische Reaktionen treten auf, wenn Handeln keinen Sinn hat. Ist weder Widerstand noch Flucht möglich, ist das Selbstverteidigungssystem des Menschen überfordert und bricht im Chaos zusammen.“ (vgl. Herman, 2003, S. 54)

Nach L.-U. Besser lassen sich zwei Kategorien von traumatischen Ereignissen unterscheiden, die bei Betroffenen und/oder ZeugInnen zu späteren traumatischen Belastungen führen können:

"Big - T - Traumata"	"Small - t - Traumata"
<ul style="list-style-type: none"> • Kriegshandlungen • Kriminelle Handlungen: Misshandlungen, schwere Vernachlässigung, sexuelle Gewalt, Folter, Kidnapping, Raubüberfälle, 	<ul style="list-style-type: none"> • Ereignisse mit Erschrecken, Demütigung, großer Peinlichkeit, Scham und Hilflosigkeit, z.B.

Tabelle 1: Bewertung von Risiken (0-100)

Tod eines Elternteils	95
Trennung von den Eltern	86
Scheidung der Eltern	81
Sexuelle Vergewaltigung des Kindes	80
Auftreten einer erkennbaren Missbildung; Tod eines Geschwisterkindes	78
Gefängnisarrest eines Elternteils für ein Jahr oder länger; ernsthafte Krankheit des Kindes mit Krankenhausaufenthalt	74
Entdeckung, ein adoptiertes Kind zu sein	71
Ehe eines Elternteils mit einem Stiefelternteil	70
Ernsthafte Krankheit eines Elternteils mit Krankenhausaufenthalt	67
In der Schule ein Jahr wiederholen; Veränderung der Beliebtheit	61
Tod eines engen Freundes oder Verwandten	60
Einschulung	59
Zunehmende elterliche Streitigkeiten	55
Verweis von der Schule	52
Zunehmender Streit mit den Eltern	51
Geburt eines Geschwisters; Tod eines Großelternteils	50
Gefängnisarrest eines Elternteils für 30 Tage oder weniger	50
Neuer Arbeitsplatz des Vaters mit längerer Abwesenheit; Schulwechsel	45
Ein geliebtes Geschwister verlässt das Zuhause	45
Mutter nimmt eine Ganztagsarbeit an	43
Aufnahme eines 3. Erwachsenen in die Familie	42
Arbeitslosigkeit eines Elternteils	41
Ernsthafte Krankheit eines Geschwisters mit Krankenhausaufenthalt	40
Hervorragende persönliche Leistung; zunehmender Streit mit Geschwistern	39
Schwangerschaft einer unverheirateten minderjährigen Schwester	34
Veränderung der finanziellen Lage der Eltern; Umzug	32
Abnahme elterlicher Streitigkeiten	28
Abnahme des Streits mit den Eltern; Beginn eines neuen Schuljahres	22
Kirchenmitglied werden	20
Abnahme des Streits mit Geschwistern	18

(nach "The children's Life Events Inventory 1979", zitiert im Systemhandbuch der KJP Rotenburg/Wümme, S. 14)

<p style="text-align: center;">Mord...</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Natur- und Verkehrskatastrophen:</i> Erdbeben, Tornados, Feuer, Überschwemmungen, Zug-, Flugzeug-, Auto-, Schiffsunglücke • <i>Schwere Unfälle, lebensbedrohliche Krankheiten</i> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Invasive medizinische Eingriffe:</i> Intensivstation, Frühgeburt • <i>Plötzliche Verluste vertrauter Menschen u. sozialer Sicherheit</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Dauerstreit zwischen Familienmitgliedern <ul style="list-style-type: none"> • Trennung/Scheidung • Wiederholung von Misserfolg in der Schule <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhausaufenthalte etc.
--	--

Die Folgen sind:

- Intensivste Angst
- extreme Gefühle von Hilflosigkeit
- Kontrollverlust

Eine solch intensive emotionale Erschütterung beeinträchtigt die kognitiven, affektiven und physischen Funktionen eines Menschen, erst recht im Kindesalter, und führt bis hin zu dauerhaften Einflüssen auf die weitere psychische Entwicklung des jungen Menschen.

Die Welt eines Kindes, das – besonders mehrfache oder andauernde - traumatische Erfahrungen machen musste, bietet keine verlässliche Entwicklungsgrundlage mehr, sie ist sozusagen in tausend Scherben zersprungen. Es ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Kinder, die in Maßnahmen der stationären Kinder- und Jugendhilfe untergebracht sind und leben, in diesem Sinne belastet ist.

3. Trauma & Gehirn – einige Grundgedanken

„Wir sind nun einmal sozial organisierte Wesen, und genau so ist unser Gehirn beschaffen: nicht als Organ zum Denken, sondern als Organ, um mit anderen in Verbindung zu treten. Das Gehirn ist ein soziales Instrument.“ (vgl. Hüther, 1999)

Dieses grundlegende Statement von Professor Hüther ist auch für Kinder gültig, die unter negativen Vorzeichen, also u.U. in einem gewalttätigen, lebensbedrohenden sozialem Umfeld, aufwachsen müssen. In diesem Sinne sind also auch die negativen Folgen für die kindliche Hirnentwicklung als entwicklungslogische zu begreifen, deren Ziel es ist, das Überleben des Individuums zu sichern.

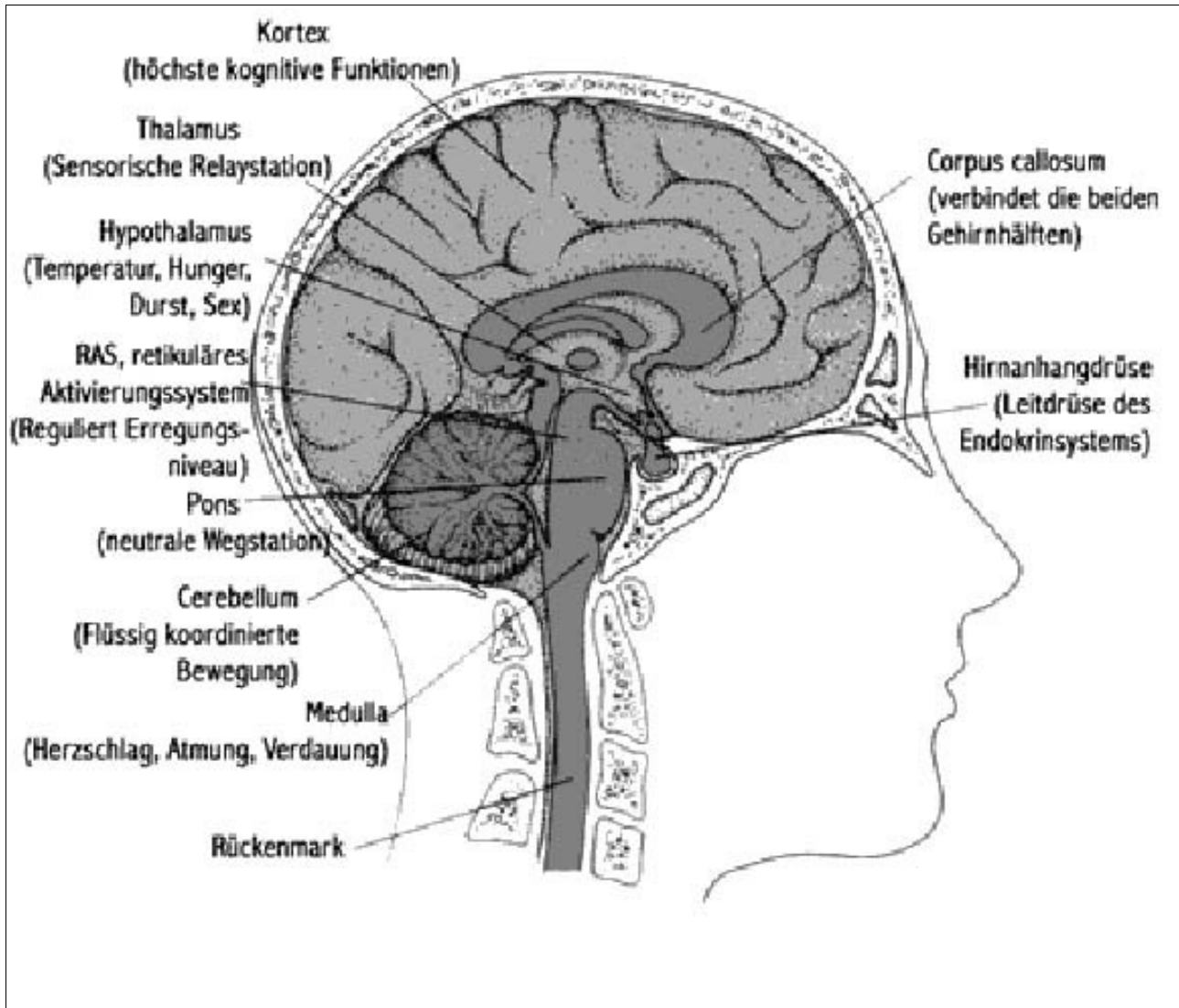
Das menschliche Gehirn ist ein wahrer Entwicklungskünstler. Auch wenn vieles bis heute immer noch unerklärlich ist, zeigen die bis heute gewonnenen Erkenntnisse ein beeindruckendes Bild seines Stellenwertes und seiner Fähigkeiten. Dieses Wissen hat einen unschätzbaren Wert für die pädagogische Arbeit mit den Kindern in unseren Einrichtungen, die uns so oft so unverständlich, so fremd scheinen. Kindern, die uns an unsere Grenzen und „Ende unseres Lateins“ bringen, die uns bedrohlich erscheinen und die uns dazu bringen mit Bauchschmerzen oder der „Faust in der Tasche“ zur Arbeit zu kommen. Die uns an unsere professionellen Grenzen bringen...

Im Folgenden möchte ich daher mit Ihnen zusammen etwas näher auf Aspekte der kindlichen neuronalen Entwicklung unter extremen Bedingungen schauen.

3.1 Gehirnakrobatik

Ich hatte es bereits gesagt: Das Gehirn ist ein Künstler. Es ist ein Akrobat der Vielfältigkeit, der uns in seiner Komplexität immer wieder überrascht. Trotzdem gibt es heute gesicherte Erkenntnisse, die uns die entwicklungsinternen Vorgänge schon sehr deutlich erschließen lassen.

Das menschliche Gehirn entwickelt die meisten seiner grundlegenden Steuerungs- und Organisationsstrukturen der unteren Hirnareale in der prä- und postnatalen Phase, sowie der frühen Kindheit. Sie sind damit die Grundlage für die Ausgestaltung der höheren kortikalen Strukturen, die sich aufsteigend in einer ständigen Ausdifferenzierung von Kompetenzen und Empfindlichkeiten weiterentwickeln.

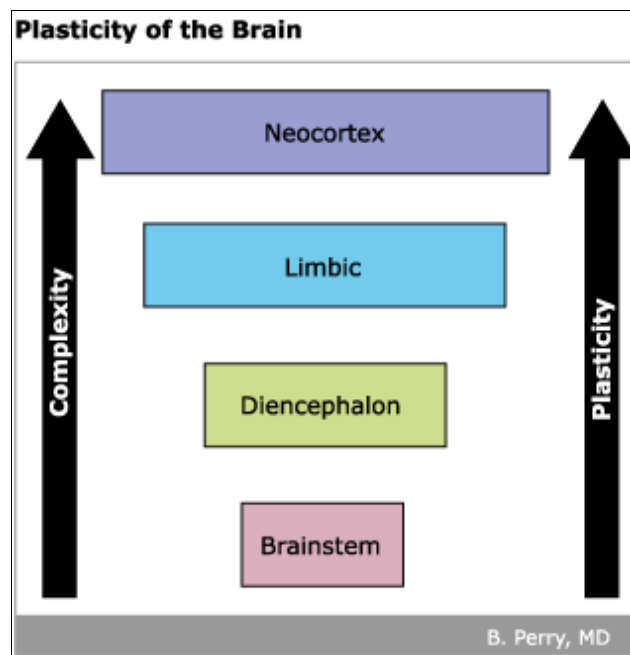


Ausgangspunkt von allem ist die Sicherung und Gewährleistung der eigenen individuellen Existenz. Alles ist darauf ausgerichtet, das System existent zu halten. Dies ist bei weitem keine neue Erkenntnisse, denn schon in den Arbeiten der „Kulturhistorischen Schule“ (Lurija, Wygotski) wurde auf diesen grundlegenden Gedanken hingewiesen. Dabei werden Erfahrungen, die ein Kind macht, neurophysiologisch nicht 1:1 als Kopie, sondern in neuronalen Mustern oder Schablonen abgespeichert. Jede weitere Erfahrung wird in Folge

danach zunächst mit diesen bisher existenten Schablonen verglichen, bevor sie als „neue Erfahrung“ im neurologischen System integriert werden kann.

An dieser Stelle zeigt sich für uns bereits einer der zentralsten Erkenntnispunkte: Das kindliche Gehirn ist in seiner Entwicklung erfahrungsabhängig. Je nach dem, wie sich das Wechselspiel zwischen kindlichem Individuum und sozialem Umfeld gestaltet, werden dabei neurologische, hirnorganische Strukturen geprägt, die alles Weitere, Zukünftige beeinflussen werden.

Hüther formuliert es folgendermaßen: „Das Gehirn verändert sich nutzungsabhängig. Es kann keine Strukturen verändern, die nicht aktiviert werden.“ (vgl. Hüther 1999) Und Perry weist darauf hin: „Je höher eine Hirnregion ist, desto plastischer und veränderbarer ist sie. Je niedriger, desto fester und stabiler sind die Muster und Strukturen.“ (vgl. Perry, 2002)



Diese Erkenntnis ist von besonderer Bedeutung für die Arbeit mit den uns anvertrauten Kindern und Jugendlichen, denn sie erklärt, warum diese sich so manches mal auf unsere Beziehungs- und Lebensraumangebote anscheinend nicht einlassen wollen: Haben Erfahrungen für ein vorbelastetes Kind einen zu hohen Neuigkeitsgrad, gelingt die Integration in die vorhandenen Muster und Strukturen nicht, sondern löst eine erneute Alarmreaktion im kindlichen Gehirn aus, egal wie gut unser Angebot auch gemeint ist.

Es ist also wichtig, sich über diese neurophysiologischen Zusammenhänge Wissen zu verschaffen, um unsere Hilfen zu optimieren.

3.2 TRAUMATISCHER STRESS

Die emotionale Erschütterung durch ein traumatisches Ereignis, wie ich sie vorhin oben beschrieben habe, führt zu einer überflutenden Stresssituation. Im kindlichen Gehirn kommt es dabei zu einer kognitiv nicht zu kontrollierenden Aktivierung von neurologischen Netzwerken und Regelkreisen in den „älteren“, niederen Hirnarealen. Der so genannte „Traumatische Stress“ schaltet das Gehirn sozusagen „einige Gänge herunter“, denn verantwortlich für die körperinterne Stressregulierung sind die Regionen im Hirnstamm, in

denen hunderte von lebenswichtigen Körperfunktionen ihren Ursprung und ihre Steuerung haben.

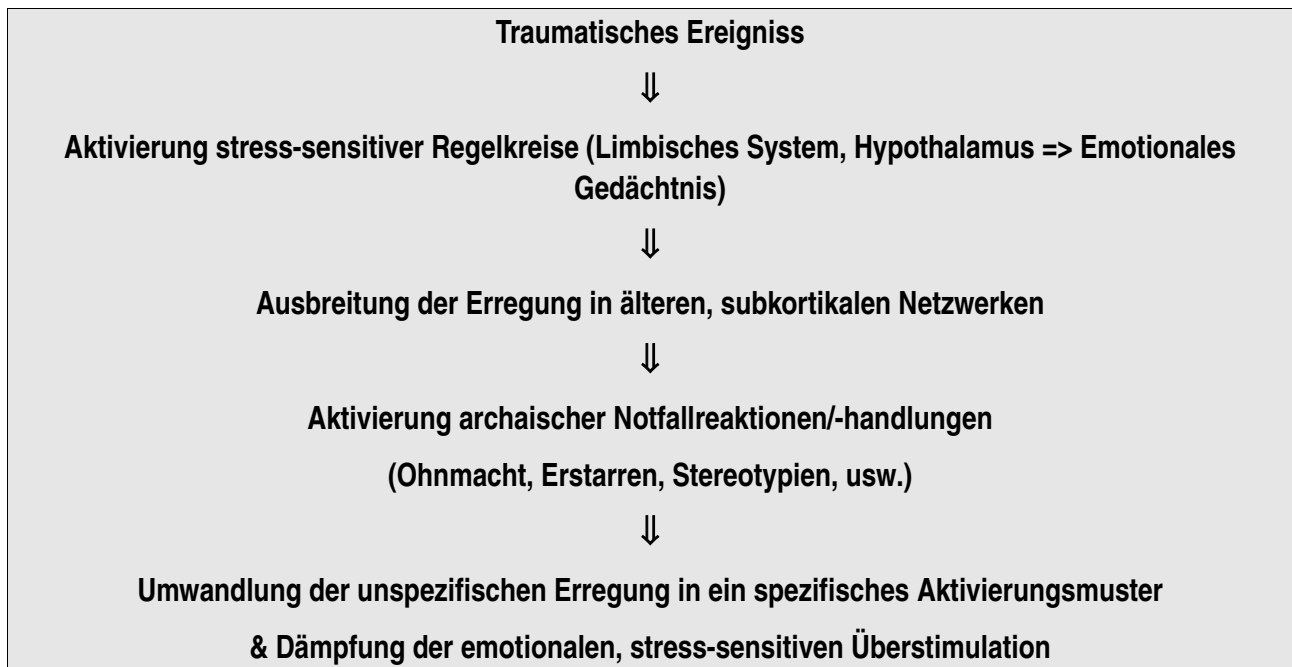
Eine kleine Ahnung davon können wir alle am eigenen Leib erleben, wenn wir z.B. in eine unbekannte, unerwartete Situationen kommen: Der eigene Körper reagiert plötzlich mit Erröten, Zittern in der Stimme, Schwitzen, u.a., ohne dass wir dies bewusst steuern könnten.

Bereits bestehende komplexere neuronale Verschaltungen sind in einer traumatischen Stresssituation entweder nicht zugänglich oder werden zunehmend destabilisiert. Die einzige Lösung scheint in frühen, einfachen neuronalen Notfallreaktionen zu liegen, die die Entstehung von beeinträchtigenden, aber überlebenswichtigen Reaktionsmustern zur Folge haben können, die sich in den allerersten Lebensjahren manifestieren.

Ages	30 ← 15	15 ← 8	8 ← 3	3 ← 1	1 ← 0
Developmental Stage	Adult Adolescent	Adolescent Child	Child Toddler	Toddler Infant	Infant Newborn
Primary secondary Brain Areas	NEOCORTEX Subcortex	SUBCORTEX Limbic	LIMBIC Midbrain	HIPPOCAMPUS Brainstem	BRAINSTEM Autonomic
Cognition	Abstract	Concrete	"Emotional"	Reactive	Reflexive
Mental State	CALM	AROUSAL	ALARM	FEAR	TERROR

(Various developmental stages as they pertain to the brain and behavior. Image courtesy of Bruce D. Perry)

Dieser Prozess lässt sich in folgendem Ablauf zusammenfassen:



(nach Hüther, 2002)

Je nach Lebensalter hat eine traumatische Belastung also gravierende Folgen: Kommt es bei einem kleinen Kind zu basalen beeinträchtigenden Veränderungen in der Hirnentwicklung, können bei älteren Kindern bereits vorhandene höhere kortikale Strukturen nachhaltig destabilisiert werden.

Traumatisierte Kinder leben in einem ständigen physiologischen Zustand von Erregung. Sie erwarten unbewusst immer und überall Gefahr, Bedrohung und Verletzung. Vertrauen in sich selbst und in andere haben sie verloren, d.h. die Antizipation ihrer Umwelt geschieht immer in der ständigen Erwartung eines feindlichen Gegenübers. Schon der kleinste Anlass kann für sie erneut einen weiteren Zustand von überwältigender, nicht zu kontrollierender Angst und Schrecken auslösen. Dies ist auch in unseren Jugendhilfemaßnahmen möglich, denn „gut gemeint ist nicht gut gemacht!“

3.3 Schein oder Sein?

In der Fachliteratur werden die von traumatischen Erfahrungen Betroffenen in drei Gruppen mit einem Anteil von je 30% eingeteilt: die „Selbsteiler“, die „Wechsler“ und die „Risikopersonen“ (DIPT – Deutsches Institut für Psychotraumatologie). Betrachtet man den doch recht hohen Anteil der „Risikopersonen“ und die zusätzlichen „Wechsler“, die unter den Folgen des Traumas anhaltend leiden und dies nicht ohne therapeutische Hilfe bewältigen können, dann ist im Gegensatz dazu der Anteil der Kinder und Jugendliche in der stationären Jugendhilfe, bei denen z.B. eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert wurde, überraschend gering. Wie die neuere Fachliteratur anmerkt, mag dies u.a. daran liegen, dass diese Diagnose für Kinder und Jugendliche zu unpassend und ungenau ist. Eine Arbeitsgruppe der APA entwickelt daher z.Zt. einen Vorschlag für das 2011 geplante DSM-V, dass bei Kindern und Jugendlichen besser von einer „Development Trauma Disorder“ (DTD) bzw. „Traumaentwicklungsstörung“ (TES) gesprochen werden sollte.

Stattdessen werden in den Akten häufig vielfältige andere Diagnosen benannt: Entwicklungsverzögerungen, Verhaltensauffälligkeiten, Lernbehinderungen, ADHS, (auto-) aggressives oder dissoziales Verhalten, usw. usf. - auffällig daran ist, dass es sich bei diesen Diagnosen ausschließlich um individuelle Zuschreibungen handelt, die in der Regel selten hinterfragt werden: Das einzelne Kind gilt als lernbehindert, aggressiv oder hyperaktiv. Sollte sich jedoch bei unseren Kindern hinter diesen Symptomen stattdessen ursächlich eine PTBS verbergen, dann können unsere bisherigen Hilfen nicht wirklich helfen, wenn wir den Kontext einer Traumatisierung nicht berücksichtigen. Im Gegenteil, sie bergen die Gefahr, dass es im Ernstfall zu Retraumatisierungen in und durch die „Hilfen“ kommen kann.

Hüther bringt an dieser Stelle noch einen weiteren Aspekt zur Sprache. Die Spätfolgen frühkindlicher Traumata werden für ihn nicht durch eine akute Traumatisierung verursacht, sondern vielmehr durch die schon oben beschriebenen neurologischen Vorgänge, die einem kleinen Kind am Ende nur eine einzige logische – wenn auch destruktive - Botschaft übermittelt: *„Sicherheit-bietende Bezugspersonen bieten keine Sicherheit.“* Etwas ältere Kinder, die sich bereits als selbstwirksam im Austausch mit ihrer Umwelt erlebt haben, kommen dabei zu der fatalen Erkenntnis: *„Die Aneignung von Kompetenzen bietet keine Sicherheit.“* Diese Kinder verlieren also das Vertrauen in ihre Bezugspersonen und/oder die eigenen Fähigkeiten zur Aneignung ihrer Umwelt. *„Die Folgen dieser durch das*

Trauma entstandenen Haltung (meist handelt es sich um multiple, diese Einstellung immer weiter verstärkende Traumatisierungen) für die weitere Hirnentwicklung sind katastrophal.“ (vgl. Hüther, ebd.) Diese Kinder verlieren ihre Selbst- und Eigenkontrolle, sowie die Fähigkeit, sich als selbstwirksam zu erfahren.

Internationale Forschungsergebnisse zur Psychotraumatologie haben in den letzten Jahren ein mittlerweile umfangreiches Spektrum an neurologischen, physischen und psychischen Spätfolgen früher Traumatisierungen beschrieben, die auch für unseren heutigen Kontext von großem Interesse sind.

Empirisch belegte Spätfolgen früher Traumatisierungen:

<ul style="list-style-type: none"> • verringertes Hirnvolumen, erweiterte Ventrikel • verringerte Dicke des Corpus callosum • verringertes Volumen des Hippocampus • Defizite der Frontalhirnentwicklungen besonders im Bereich der rechten Hemisphäre 	<ul style="list-style-type: none"> • Defizite auf der Ebene der sensorischen Integrationsfähigkeit: <ul style="list-style-type: none"> • z.B. Körperempfinden • Schmerzempfinden • Bewegungskoordination • vielfältige Verhaltensstörungen • Defizite auf der Ebene von Lernen und Gedächtnis • Dissoziative Symptome • Gestörte Affektregulation • Manifestation unterschiedlicher psychiatrischer Störungsbilder: <ul style="list-style-type: none"> • Somatisierungsstörungen • Borderlinestörung • Drogenabhängigkeit • selbstverletzendes Verhalten • Depressionen • Zwangsstörungen • Ess-Störungen • Angst-Störungen • ADHS etc.
--	---

(nach G. Hüther, ebd.)

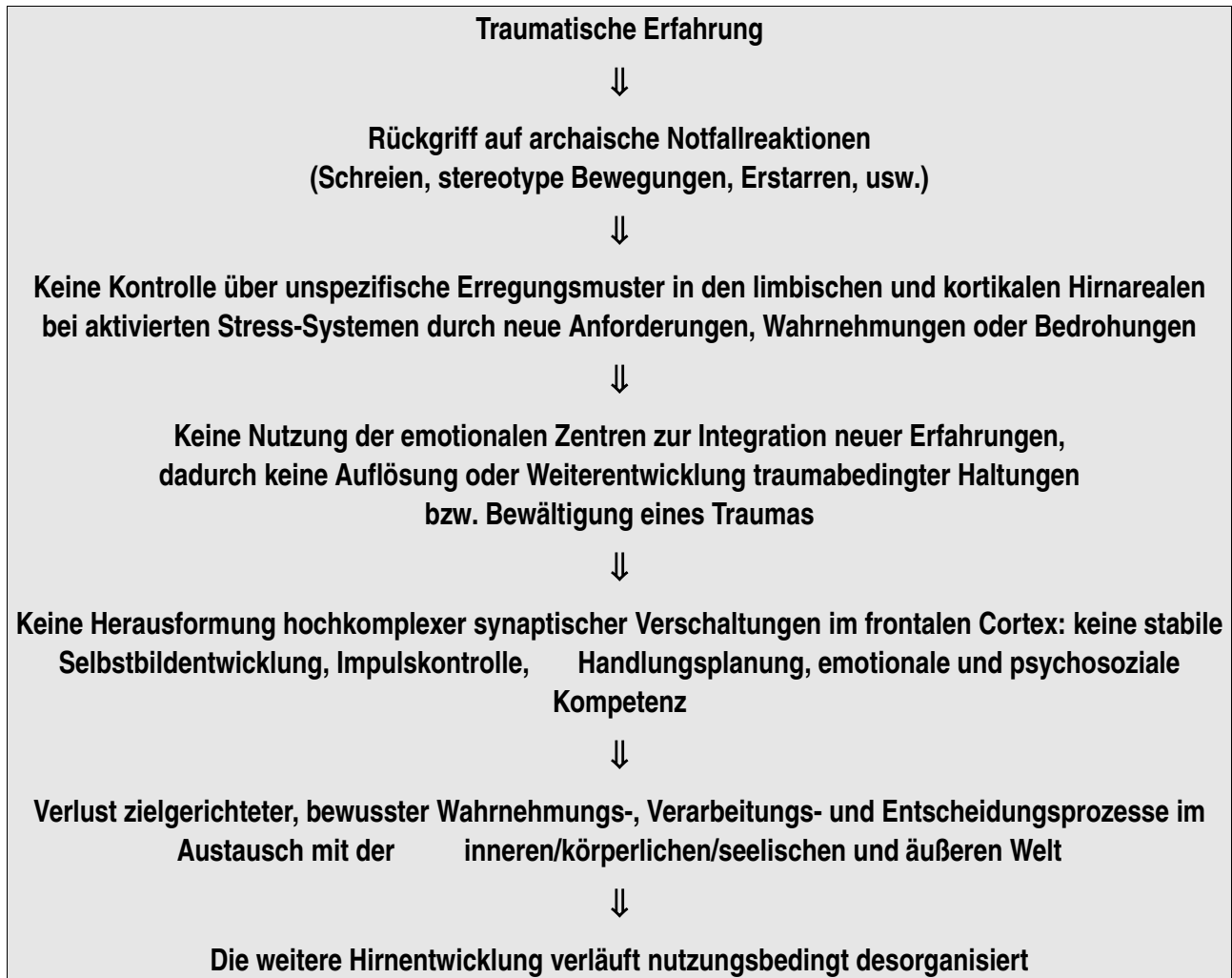
Fällt Ihnen etwas an dieser Auflistung auf? Ist das, was wir bei einem Kind beobachten, wirklich das, was es zu sein scheint? Ist z.B. die Lernbehinderung wirklich nur eine Lernbehinderung? Diese Fragen sollen irritieren, unsere bisherige Praxis hinterfragen...

Wir dürfen die Diagnose aus einer Kinderakte nicht als Zu- und Festschreibung eines Kindes verstehen. In einem weiteren, systemischen Sinne ist die Diagnose die Beschreibung des kindlichen Austauschweges mit seiner Umwelt. Sie kann uns Hinweise dazu geben, wie das Kind mit seiner Umwelt kommuniziert und wie wir unser Beziehungsangebot ausrichten und gestalten können.

Wenn ein Kind anhaltend ängstlich oder übererregt ist, kann es keine kognitiven Informationen verarbeiten, die nicht unmittelbar im Zusammenhang mit seinen Überlebensmöglichkeiten von bedrohlichen Situationen stehen. Dies ist z.B. für das Erlernen sozialer Regeln im Zusammenleben in der Gruppe oder für die Gestaltung einer optimierten Lernumgebung in der Schule wichtig zu berücksichtigen.

Ein Kind, dass in Furcht aufwachsen muss, verliert seine Neugier und Entdeckerlust am Leben, seine Lernfähigkeit und damit seine Aussicht auf Chancengleichheit. Sein Gehirn wird durch die Furcht tiefgreifend verändert. Das müssen wir in unseren Handlungen, unserer Körper- und verbalen Sprache berücksichtigen.

Noch einmal im Überblick:



(nach Hüther, ebd.)

3.4 Folgen für die Pädagogik

Das bisher Referierte scheint aus Sicht einer PädagogIn im beruflichen Umgang mit einem traumatisierten Kind auf den ersten Blick vielleicht entmutigend. Wie können wir ihm den obigen Erkenntnissen entsprechend im Alltag gerecht werden? Scheint es nicht eine zu große Herausforderung, wenn nicht gar Überforderung für den pädagogischen Kontext zu sein?

Nein, nicht wenn wir uns der Fragestellung aus pädagogischer Sicht Schritt für Schritt nähern.

Bitte rufen Sie sich noch einmal folgende Frage in Erinnerung: „*Warum lassen sich manche Kinder nicht auf unsere Beziehungs- und Lebensraumangebote ein?*“

Nicht immer muss die Antwort auf diese Frage in einem erlebten Trauma und seinen

Spätfolgen liegen, aber gerade bei betroffenen Kindern mit diesem Hintergrund ist dieses anscheinend „ablehnende“ Verhalten immer wieder zu beobachten. Und das kann irritieren, uns an uns und unseren Hilfen zweifeln oder gar auch manchmal verzweifeln lassen.

Daher müssen wir lernen zu verstehen: Diese Kinder haben andere Überlebens- und Beziehungsstrategien entwickeln müssen als üblich, da die cerebrale Informationsverarbeitung im Austausch mit ihrer Umwelt grundlegend verändert ist. So ist z.B. Gewalt für sie nichts verwerfliches, sondern nichts anderes als ein Werkzeug und Mittel der Kommunikation (vgl. Perry, ebd.).

In diesem Kontext sind PädagogInnen wie „SprachforscherInnen“, die die besondere Sprache, Kommunikation eines besonderen Kindes „übersetzen“ lernen müssen, um sie zu verstehen und das somit gewonnene Wissen anwenden zu können...

Zu den besonderen Sprachen gehört z.B. auch die Körpersprache: Ein traumatisiertes Kind entwickelt sehr besondere nonverbale Fähigkeiten. So kann ein freundlicher Blick oder Berührung schnell zu einem Anzeichen für eine drohende Gewalthandlung werden. Dies war in seiner früheren Welt überlebenswichtig! *„Wenn Worte nicht der Körperbewegung, dem Gesichtsausdruck oder der Stimmlage entsprechen, signalisiert das Gehirn ein multi-sensorisches Ungleichgewicht. (...) Kinder, die mit Bezugspersonen aufwuchsen, die nur 'redeten', aber nicht so 'handelten' (z.B. solche, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind oder durch mehrere Heime/Pflegestellen gingen) verinnerlichen Kommunikations- und Interaktionsmuster, die verzerrt und oft zerstörerisch sind. Genau so lernt ein Kind das ungleiche Verhältnis von Vertrautheit, Macht, Gewalt und Bedrohung.“* (vgl. Perry, ebd.)

PädagogInnen sind „Sicherheitsbeauftragte! Das pädagogische Handeln muss sich also an diesen „Besonderheiten“ orientieren: *„Wichtigstes Ziel aller (...) Bemühungen muss es daher sein, Bedingungen zu schaffen, die es einem traumatisierten Kind ermöglichen, diese wichtigsten Ressourcen zur Bewältigung von Angst und Stress [wie sicherheitbietende emotionale Bindungen, positive innere Leitbilder und Selbstwertkonzepte] möglichst rasch wieder zurückzugewinnen.“* (vgl. Hüther, ebd.)

Möglichst „rasch“ oder „sobald wie möglich“, steht erst mal dahin. Es ist jedenfalls ein sensibler Prozess, der einer besonderen Beobachtung und Sorgfalt bedarf. Ein Prozess, der die neurophysiologischen Bedingungen, die bereits beschrieben wurden, dringend zu berücksichtigen hat.

Ein traumatisiertes Kind „lernt“ und macht neue positive Erfahrungen zunächst nur über das Gefühl, nicht über Kognition. Neue komplexere, assoziative Erfahrungs- und Verschaltungsmuster lassen sich dabei nur über die moderate Aktivierung der emotionalen Zentren erstellen. Dies geschieht z.B., wenn wir die Neugier des Kindes wecken können, im Spiel, im Alltäglichen, o.ä. Kommt es zu einer zunehmenden Aktivierung der Hirnareale, die für die emotionale Verarbeitung zuständig sind, werden auf ihnen basierend neue neuronale Verschaltungen angebahnt bzw. bereits vorhandene, „bewährte“ und assoziierte stabilisiert.

Wir müssen also Bedingungen dafür schaffen, dass traumatisierte Kinder in unserem Zuständigkeitsbereich, wie Hüther es ganz praktisch ausdrückt, *„neue positive*

Erfahrungen über die Verlässlichkeit von Beziehungen, die Nützlichkeit erworbener Kompetenzen und den Wert innerer Orientierungen“ machen können (vgl. Hüther, ebd.) Ignorieren wir diese Zusammenhänge, können unsere Hilfesysteme retraumatisieren, auch unabsichtlich. So werden wir ganz schnell zu einem weiteren „Tätersystem“ aus Sicht der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

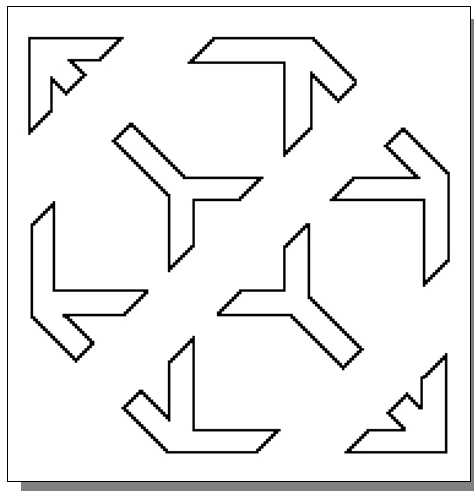
4. Jeder Teller hat einen Rand, damit man darüber schauen kann

Unsere Disziplin lebt seit jeher von der Offenheit zu ihren Nachbardisziplinen (Medizin, Psychologie, Soziologie, aber auch Anthropologie, Theologie, u.a.), deren Erkenntnisse sie im Sinne einer Reflexions- und Handlungswissenschaft für sich zu nutzen sucht.

In der täglichen Praxis zeigt sich jedoch ein Ungleichgewicht. Die Antworten der Pädagogik scheinen nicht ausreichend. Im eskalierten Konfliktfall eines Betreuungsverhältnisses werden Lösungen von der Psychotherapie oder Psychiatrie erwartet, da die eigene erlebte Ratlosigkeit als übermächtig erscheint. Statt interdisziplinärer Spurensuche wird die Fallverantwortung hin und her geschoben. So kann kein gemeinsames, interdisziplinäres Wissen entstehen und erst recht kein interdisziplinäres Wissen, das auf gleicher Augenhöhe ausgetauscht wird.

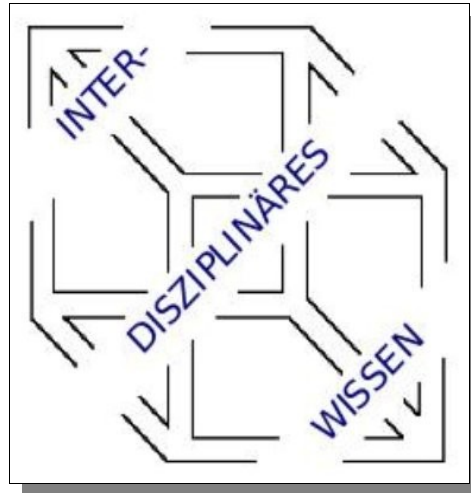
Zur Notwendigkeit und Bedeutung interdisziplinären Wissens soll die folgende Grafik ein Beispiel sein:

Nehmen wir an, sie stellt symbolisch solch ein besonderes Kind aus unserem Arbeitsalltag dar. Lassen Sie sie das Bild mit seiner Symbolik einen Moment auf sich wirken...



- es sind Bruchstücke zu sehen, die eine Struktur erahnen lassen
Wir lernen ein Kind nur Stück für Stück am Verhalten, an den Symptomen kennen...
- geometrische Formen, die in einem Zusammenhang zu stehen scheinen
Ist die Summe der Symptome eines Kindes Abbild seiner Persönlichkeit?
 - aber noch fehlt ein Verständnis für das Ganze, den Sinn...
Trotzdem bleibt uns ein „besonderes“ Kind all zu oft und im Ganzen ein Rätsel.

Und hier die Auflösung:



Wie wir gesehen haben, liefern uns die Neurowissenschaften und die Psychotraumatologie vielfältige, wichtige Informationen, die von großem Wert für unsere tägliche pädagogische Arbeit sind. Mit Hilfe dieses interdisziplinären Wissens ergeben die einzelnen Strukturen – wie in dem grafischen Beispiel - so schließlich ein sinnvolles Ganzes, das uns hilft, das Kind umfassender zu verstehen...

Die Pädagogik ist bei weitem keine „leichte, einfache oder triviale“ Wissenschaft! In ihrer notwendigen interdisziplinären Offenheit ist sie vielmehr eine sehr komplexe. Sind wir uns eigentlich des bisherigen Wissenspools unserer eigenen Profession bewusst?

Schon in der Geschichte der Pädagogik sind wertvolle Entdeckungen zu machen. Was ist Ihnen z.B. heute noch über die Arbeiten von Aichhorn, Korczak, Redl und Wineman bekannt? Zugegeben, Korczak war von Haus aus Mediziner/Kinderarzt und die anderen drei Psychoanalytiker. Aber allen vier ist gemeinsam, dass sie Klassiker der Pädagogik geschrieben haben: „Verwahrloste Jugend“, „Wie man ein Kind lieben soll“ und „Kinder, die hassen“ sind Grundlagenwerke, in denen viel von traumatisierten Kindern und dem Umgang mit ihnen die Rede ist. Bereits vor sechzig bis achtzig Jahren haben sie wichtige pädagogische Erkenntnisse und die Notwendigkeit des transdisziplinären Dialogs beschrieben.

Und was ist mit uns heute hier in diesem Raum? Wie sähe ein gedachtes kollektives Grundlagenwerk von uns allen hier gemeinsam aus? Vor einem Jahr haben etwa 30 TeilnehmerInnen in einem Workshop ein beeindruckend vielschichtiges Ergebnis zusammengetragen (vgl. Kühn, 2006), das deutlich macht, wieviel Erfahrungswissen unter uns bereits vorhanden ist.

Lassen Sie uns gemeinsam dieses Wissen hier in diesem Seminar weiter erweitern! Manche von Ihnen mögen heute hier vielleicht an dieser Tagung teilnehmen, weil Ihr beruflicher Alltag mehr Fragen als Antworten aufwirft. Entscheidend aber ist, was Ihnen selbst bisher als Antwort gedient hat. Bringen Sie dies heute mit ein, vielleicht ist es die Antwort auf die Frage einer KollegIn gleich neben Ihnen... - Nehmen wir unser Wissen, unsere kleinen und großen Antworten ernst! Schauen wir jede/r über unseren alltäglichen Tellerrand...

Die pädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern braucht den interdisziplinären Diskurs und das interdisziplinäre Handeln, um ihnen Entwicklungsräume schaffen und bieten zu können, in denen eine traumatische Vergangenheit an Bedrohung und Schrecken verliert.

***Wir PädagogInnen können auch anders,
wir müssen auch anders,
und... - wir werden auch anders!***

Das sind wir den uns anvertrauten Kindern und Jugendlichen schuldig!

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit!

Literatur:

- BKJPP (Bundesverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V.), Pressemitteilung vom 14.12.2006, http://www.bkjpp.de/pm/eltern_experten/pm_14_12_06.pdf
- Dokumentation 5, „Wohin steuert die stationäre Erziehungshilfe?“, 2007, SPI im SOS-Kinderdorf e.V.
- Herman, J.L., „Narben der Gewalt“, 2003
- Huber, M., „Die Phobie vor dem Trauma überwinden“, in: „Trauma & Gewalt“ 1/2007, Klett-Cotta
- Hüther G., „Wenn der Schweiß ausbricht“, DS 04/1999, <http://www.sonntagsblatt.de/artikel/1999/4/4-s5.htm>
- Hüther G., „Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung“, 2002, <http://www.win-future.de/modules.php?name=News&file=article&sid=176>
- Kühn M., „Aus-Tausch“, 2006, <http://www.traumapaedagogik.de/Workshop IV - Austausch.pdf>
- Monaghan, Robinson & Dodge, „The children's Life Events Inventory“, Journal of psychosomatic research, 1979 23(1):63-8.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) – Versorgungsstruktur und Entwicklung der stationären Krankenhausversorgung nach § 39 SGB V in Niedersachsen“, 2005
- Perry B., „The Amazing Human Brain and Human Development“, 2002, http://www.childtraumaacademy.com/amazing_brain/lesson05/page01.html
- Prankel B., Gehrmann J., „Rotenburger Systemhandbuch für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“, 2004, <http://www.diako-online.de/klinik/jugendpsychiatrie/img/Systemhandbuch.pdf>
- Schmitz, M., „Traumazentrierte Beratung“, 2004, <http://www.ibs-networld.de/altesferkel/april-2004-schmitz.shtml>
- Weiß W., „Philipp sucht sein Ich“, 2003