

Hallmann, Julia

Auswirkungen frühkindlicher Traumata auf die weitere Entwicklung anhand eines
Fallbeispiels

Eingereicht als

BACHELORARBEIT

An der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Mittweida, 2020

Erstprüfer: Prof. Dr. phil. Patricia Kröber

Zweitprüfer: Prof. Dr. phil. Barbara Wedler

Bibliographische Beschreibung und Kurzreferat

Bibliographische Beschreibung:

Hallmann, Julia:

Auswirkungen frühkindlicher Traumata auf die weitere Entwicklung anhand eines Fallbeispiels. 45 S.

Mittweida, Hochschule Mittweida (FH), Fakultät Soziale Arbeit, Bachelorarbeit 2020

Referat:

Die Bachelorarbeit befasst sich mit der frühkindlichen Entwicklung, der Bindung in der frühen Kindheit, Traumata von Kindern, Herausforderungen für die Soziale Arbeit und der Verbindung zwischen diesen vier Schwerpunkten. Ein Fallbeispiel unterstützt die herausgearbeiteten theoretischen Inhalte.

Die intensive Literaturrecherche, mit welcher die Auswirkungen frühkindlicher Traumata auf die weitere Entwicklung herausgearbeitet werden sollen, stellt den Schwerpunkt der Arbeit dar.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Frühkindliche Entwicklung	3
2.1	<i>Grundbedürfnisse</i>	3
2.2	<i>Entwicklungsaufgaben</i>	4
2.3	<i>Erziehungsverhalten</i>	11
2.4	<i>Entwicklungseinflüsse</i>	13
3	Bindung in der frühen Kindheit.....	16
3.1	<i>Bindungstheorie nach Bowlby</i>	16
3.2	<i>Bindungsentwicklung</i>	16
3.3	<i>Bindungsstörungen</i>	22
3.4	<i>Rolle der Sozialen Arbeit mit bindungsunsicheren Kindern</i>	23
4	Traumata von Kindern.....	26
4.1	<i>Begriff</i>	26
4.2	<i>Arten und Typen von Traumata</i>	28
4.3	<i>Auswirkungen auf die psychische und körperliche Entwicklung</i>	29
4.4	<i>Bearbeitung von Traumata</i>	35
5	Herausforderungen für die Soziale Arbeit mit Traumatisierungen	37
6	Schlussbetrachtung	42
	Anlage 1 Fallbeispiel Tim	46
	Quellenverzeichnis	51
	Eidesstattliche Erklärung	55

1 Einleitung

„Die Schatten unserer Geschichte sind im Leben immer da und haben eine Wirkung – ob wir sie denn wahrhaben wollen oder nicht – immer ist auch die Kraft des Lebens da, die uns trägt“ (Lützner-Lay 2016, S. 1). Dieses Zitat von Frau Lützner-Lay deutet an, dass traumatische Erlebnisse gravierende Auswirkungen auf das gesamte Leben eines Menschen haben können. Gerade in der frühen Kindheit erlebte Traumata haben meist starke Auswirkungen auf die weitere kindliche Entwicklung und begleiten die Betroffenen häufig ihr gesamtes Leben lang. Traumatisierte Kinder und Jugendliche finden wir fast täglich in der Kinder- und Jugendhilfe und somit in verschiedenen Bereichen der Sozialen Arbeit vor. Dabei kommen Folgen von in der frühen Kindheit erlebten Traumata häufig erst im Laufe der kindlichen Entwicklung oder sogar erst im Jugend- oder Erwachsenenalter zum Vorschein. Grundlage dieser Erkenntnis war ein mehrwöchiges Praktikum im Allgemeinen Sozialen Dienst, welches die Verfasserin der vorliegenden Arbeit im Rahmen des Studiums Soziale Arbeit absolvierte. In diesem Arbeitsfeld begegneten ihr täglich Kinder und Jugendliche, welche Traumatisierungen erlebten oder deren mögliche Folgen nach Außen zeigten. Sie verhielten sich häufig augenscheinlich verhaltensauffällig, provokativ und aggressiv und wurden als solche in der Regel von anderen Institutionen „abgetan“. Die Verfasserin bemerkte schnell, wie wichtig es ist, sich mit den Themen der kindlichen Entwicklung, Bindung und Trauma auseinanderzusetzen, um den bestmöglichen Hilfebedarf ermitteln und professionelle Arbeit leisten zu können. Traumatisierung und Hilfebedarf stehen miteinander in Zusammenhang, denn die Auflösung eines Traumas bedarf in den meisten Fällen die Hilfe von ausgebildeten pädagogischen, therapeutischen oder medizinischen Fachkräften. Deshalb ist es so wichtig, gerade als Sozialarbeiter, sich mit dem Thema der Traumatisierung, deren Erkennen, deren Folgen und mit deren Bearbeitung auseinanderzusetzen.

In der nachfolgenden Arbeit verfolgt die Verfasserin das Ziel, sich mit den Auswirkungen frühkindlicher Traumata auf die weitere Entwicklung auseinanderzusetzen. Dafür wird sie im ersten Kapitel auf die frühkindliche Entwicklung eingehen. Dieses wird körperliche und psychische Grundbedürfnisse, die Entwicklungsaufgaben, die Einflüsse des Erziehungsverhaltens und relevante Entwicklungseinflüsse beinhalten. Im nachfolgenden Kapitel wird die Verfasserin die Relevanz von der Bindung in der frühen Kindheit beleuchten. Vorerst werden in diesem Kapitel theoretische Grundlagen nach

Bowlby angeführt, um danach auf die Bindungsentwicklung und auf mögliche Bindungsstörungen einzugehen. Der letzte Punkt über die Rolle der Sozialen Arbeit mit bindungsunsicheren Kindern wird das Kapitel abrunden. Es folgt der nächste Abschnitt Traumata von Kindern. In diesem wird sich die Verfasserin vorerst auf den Begriff und die Arten von Traumata beziehen, um später mögliche Auswirkungen auf die psychische und körperliche Entwicklung und die Bearbeitung von Traumata anzuführen. Das letzte Kapitel, in welchem es um Herausforderungen für die Soziale Arbeit mit Traumatisierungen gehen wird, rundet die Bachelorarbeit ab. Die Schlussbemerkung wird auf die wichtigsten Erkenntnisse der Arbeit eingehen und wichtige Bezüge zum Fallbeispiel Tim (Anlage 1) anführen, welches der Verfasserin in der Praxis im Allgemeinen Sozialen Dienst begegnete und an welchem sie die theoretischen Inhalte überprüfen wird. Dabei wird sie sich im Laufe der Arbeit wiederholt auf dieses beziehen. Alle Daten sind anonymisiert und entsprechend abgeändert. Das Fallbeispiel wurde, mithilfe von anonymisierten Informationen aus dem Allgemeinen Sozialen Dienst, eigenständig verfasst. Tim stellte eine der größten Herausforderungen für die Mitarbeiter im Allgemeinen Sozialen Dienst dar, weshalb die Betrachtung seines Falls eine interessante Ergänzung dieser Arbeit darstellt.

Die Verfasserin verwendet in der nachfolgenden Bachelorarbeit Genderformulierung.

2 Frühkindliche Entwicklung

Dieses Kapitel wird sich mit wichtigen theoretischen Aspekten der frühkindlichen Entwicklung in den ersten Lebensjahren auseinandersetzen. Zuerst werden die Grundbedürfnisse und deren Rolle auf die kindliche Entwicklung beleuchtet, um danach auf die Entwicklungsaufgaben und auf die Bedeutung des Erziehungsverhaltens einzugehen. Nachfolgend wird Bezug auf relevante Entwicklungseinflüsse genommen.

2.1 Grundbedürfnisse

Die Befriedigung psychischer und körperlicher Grundbedürfnisse eines Kindes ist entscheidend für dessen gesamte weitere Entwicklung. Liebe, Wärme und Geborgenheit durch die Bezugsperson sind wichtige, zu befriedigende psychische Grundbedürfnisse, damit ein Kind seine geistigen und körperlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten erlernen und optimieren kann. Eine mangelnde Befriedigung, gerade in den ersten drei Lebensjahren hat weitreichende Folgen für das Kind, welche dieses bis weit ins Erwachsenenalter hinein beeinträchtigen können (Largo 2015, S. 13). Die Bezugsperson können eine einzelne Person oder einige wenige Personen für das Kind darstellen. Diese müssen nicht die leiblichen Elternteile sein. Im nachfolgenden Kapitel Bindung werden Bezugs- bzw. Bindungspersonen näher erläutert. Largo beschreibt sechs Grundbedürfnisse, die für eine optimale kindliche Entwicklung befriedigt werden müssen. Diese bezeichnet er als körperliche Bedürfnisse, Bedürfnisse nach sozialer Anerkennung und nach Geborgenheit, nach freier Entfaltung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten und nach existenzieller Sicherheit (Largo 2019, S. 21). Körperliche Grundbedürfnisse umfassen unter anderem die Pflege und die Versorgung des Kindes mit trockenen Windeln, trockener Kleidung und regelmäßiger Nahrung. Die Versorgung reicht bis zum Schutz vor Krankheiten und der regelmäßigen körperlichen Hygiene. Körperliche Grundbedürfnisse sind meist sichtbar oder über die Sinne wahrzunehmen und können somit leichter erkannt und schneller befriedigt werden als Psychische. Je besser die Befriedigung der Grundbedürfnisse erfolgt, desto besser kann sich ein Kind entwickeln. Hierbei ist jedoch nicht gemeint, dass die Befriedigung übermäßig erfolgen soll. Wenn ein Kind übermäßig viel Nahrung erhält, dann wird die körperliche Gesundheit darunter leiden. Das Kind wird wahrscheinlich schnell dick und antriebslos oder anderweitig krank werden. Mit den psychischen Grundbedürfnissen verhält es sich ebenso. Ein überbehütetes Kind kann selten seine Selbstständigkeit entwickeln und trainieren und ist dem Risiko ausgesetzt, abhängig von seiner Bezugsperson zu bleiben.

Es kommt also darauf an, wie gut die Bezugs- und Versorgungsperson, meist die Elternteile, ihr Kind verstehen und ihm damit das geben können, was es wirklich braucht (Largo 2015, S. 13ff.). Dies muss individuell erfolgen, da jedes Kind eine ganz unterschiedlich stark ausgeprägte Form der Befriedigung von Grundbedürfnissen benötigt (Largo 2019, S. 173). Elternteile besitzen die sogenannte angeborene elterliche Intuition, die Bedürfnisse und Wünsche des Kindes zu deuten und darauf angemessen reagieren zu können (Largo 2015, S. 17).

Nach dem Psychotherapieforscher Klaus Grawe werden die vier elementaren Grundbedürfnisse nach Bindung, Kontrolle und Orientierung, Lustbefriedigung und Unlustvermeidung und nach Selbstwerterhöhung und Anerkennung unterschieden. Das Grundbedürfnis nach Bindung, Nähe, Liebe und Geborgenheit zur Bezugsperson ist bei jedem Kind, vor allem in den ersten Lebensjahren stark ausgeprägt. Hierbei kommt es auf die Qualität der Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind an. Das Grundbedürfnis nach Bindung bestimmt die weitere Entwicklung und vor allem das Sozialverhalten des Kindes. Bei einer unzureichenden Befriedigung kann dies starke psychische Auswirkungen auf das Kind und dessen Bindungsverhalten haben. Das Grundbedürfnis nach Kontrolle und Orientierung umfasst die Entwicklung der Selbstwirksamkeit durch eigenständiges Erkunden der Umwelt und selbstständiges Entdecken eigener Fähigkeiten und Fertigkeiten. Außerdem spielt die Sicherheit eine Rolle, welche durch stabile Verhaltensweisen von der Bezugsperson, Regeln, Zeiten und Rituale hergestellt werden kann. Bei der Befriedigung des Grundbedürfnisses nach Selbstwerterhöhung und Anerkennung, als angeborenes Bedürfnis, geht es darum, dass sich das Kind selbst als wertvoll und positiv erleben und einschätzen kann. Dies geschieht, wenn die Bezugsperson dem Kind mit Anerkennung und Wertschätzung begegnet, ohne eine Gegenleistung dafür zu erwarten. Eine negative Selbsteinschätzung und ein minderwertiges Selbstwertgefühl entstehen durch psychische und physische Gewalt, verursacht durch die Bezugsperson und bewirken das Entstehen psychischer Beeinträchtigungen und Krankheiten, wie Ängsten und Depressionen (Jungbauer 2017, S. 32f.).

2.2 Entwicklungsaufgaben

Der Begriff „Entwicklung“ wird als ein Prozess bezeichnet, welcher universelle Gesetzmäßigkeiten beinhaltet. Das heißt, dass Gesetzmäßigkeiten, wie der Spracherwerb, das Bindungsverhalten oder die Entwicklung des Selbst, welche vor allem in der frühen

Kindheit vorzufinden sind, für alle Menschen, egal welcher Herkunft, welcher Zeit oder welcher Kultur gelten. Der Begriff umfasst laut Oerter „nachhaltige und nachhaltig wirkende psychologische Veränderungen einer Person“ (Oerter 2018, S. 315). Unter „Entwicklungsaufgaben“ werden Anforderungen verstanden, welche ein Kind bewältigen muss und die biologische, soziale, und individuelle Ursprünge haben. Die Bewältigung wirkt sich, nach Robert Havighurst, positiv oder negativ auf die Bewältigung weiterer Aufgaben in der Entwicklung aus. Je nachdem wie erfolgreich die Aufgabe gelöst wurde, verläuft die folgende Aufgabe positiv und die Kinder empfinden Emotionen, wie Glück. Nach Havighurst sind die Entwicklungsaufgaben an die Lebenswelt des Kindes gebunden. So bewirkt eine Veränderung der Lebenswelt eine Anpassung der Aufgaben an die sich verändernden gesellschaftlichen Entwicklungsbedingungen. Neben den Entwicklungsaufgaben, welche die Mehrheit der Kinder in einem Altersabschnitt bewältigen muss und welche normative Entwicklungsaufgaben genannt werden, gibt es die nichtnormativen Entwicklungsaufgaben. Diese müssen nur von einigen wenigen Kindern bewältigt werden und sind nicht alterstypisch (Jungbauer 2017, S. 29). Die Entwicklungsaufgaben werden nach Mattejat und Jungbauer in unterschiedliche Entwicklungsphasen untergliedert. Die Phase der Frühen Kindheit, welche von 0-5 Jahre andauert, enthält die Entwicklungsaufgaben der basalen körperlichen Regulation, der Entwicklung der motorischen Funktion, des Erwerbs der Muttersprache, des Aufbaus einer sicheren Bindung zwischen der Bezugsperson und dem Kind, der sozialen Kontaktaufnahme zu Personen außerhalb der Familie und der Integration des Kindes in Gleichaltrigengruppen. Weiter werden die Entwicklungsphasen der Mittleren Kindheit und des Jugendalters unterschieden (Mattejat 2008, zit. n. Jungbauer 2017, S. 30). Die Entwicklungsaufgaben entstehen durch Reifungs- und Wachstumsprozesse, soziale Erwartungen und durch das Kind selbst, in Form von eigenen Zielen und Werthaltungen (Oerter; Dreher 2008, zit. n. Jungbauer 2017, S. 31).

Auch Freud und Erikson unterscheiden aus entwicklungs- und lerntheoretischer Sicht verschiedene Entwicklungsphasen, die eine Person durchlebt. Sigmund Freud, ein Wiener Nervenarzt, entwickelte das Instanzenmodell der Psyche, welches die Instanzen der menschlichen Persönlichkeit, des Es, des Ichs und des Über-Ichs unterscheidet. Die Instanz Es umfasst angeborene Triebbedürfnisse, wie beispielsweise die Nahrungsaufnahme und möchte sofort befriedigt werden. Zur Anpassung an seine Umwelt entwickelt das Kind mit etwa 5 Jahren die Instanz Über-Ich. Diese enthält

gesellschaftliche Wert- und Normvorstellungen, steht über dem Es und stimmt mit einer sofortigen Triebbefriedigung nicht immer überein. Um zwischen den zwei Instanzen zu vermitteln, bildet sich das Ich als weitere Instanz. Diese achtet auf eine Triebbefriedigung und darauf, dass diese nicht gegen Wert- und Normvorstellungen verstößt. In den ersten Lebensjahren eines Kindes steht nach Freud das Es im Vordergrund. Durch die Veränderung der menschlichen Persönlichkeit durch das Es bis zur Anpassung und Vermittlung durch das Über-Ich und das Ich unterscheidet Freud die Entwicklungsphasen der oralen Phase, der analen Phase, der phallischen Phase, der Latenzphase und der genitalen Phase. In der frühkindlichen Entwicklung stehen die orale und die anale Phase im Vordergrund. Die orale Phase bestimmt das erste Lebensjahr und umfasst den Lustgewinn durch die Nahrungsaufnahme. Die folgende anale Phase dauert bis etwa dem dritten Lebensjahr an und umfasst den Lustgewinn durch die Nahrungsausscheidung und die Kontrolle über diesen Prozess. Bei einer Triebbefriedigung in angemessener Form kann sich ein Kind, laut Freud, optimal entwickeln. Erik Erikson erweiterte das Instanzenmodell von Freud durch das Modell der Persönlichkeitsentwicklung. So unterscheidet er in seiner Theorie acht allgemein geltende Entwicklungsphasen, welche aufeinander aufbauen. Jede Entwicklungsphase beinhaltet die Anforderung der Bewältigung einer Entwicklungskrise (Jungbauer 2017, S. 24-26). So untergliedert er die Altersabschnitte in das Säuglingsalter im ersten Lebensjahr, das frühe Kindesalter, von einem bis drei Jahren, die mittlere Kindheit, von drei bis fünf Jahren, die späte Kindheit, welche bis zur Pubertät reicht, den Abschnitt der Adoleszenz ab der Pubertät und das frühe, mittlere und höhere Erwachsenenalter (Lohaus; Vierhaus 2015, S. 13, zit. n. Jungbauer 2017, S. 26). Im ersten Lebensjahr liegt das Hauptaugenmerk auf der regelmäßigen Befriedigung der Grundbedürfnisse zur Entwicklung des Urvertrauens in die Umwelt, wenn die Krise erfolgreich bewältigt wird. Bei einem negativen Ausgang der Entwicklungskrise entsteht ein Urmisstrauen, welches ein unsicheres Lebensgefühl bewirkt (Jungbauer 2017, S. 26). Im Altersabschnitt des frühen Kindesalters würde ein positiver Ausgang der zu bewältigenden Entwicklungskrise für das Kind, die Entwicklung von Autonomie, ein negativer Ausgang jedoch die Entwicklung von Selbstzweifeln bedeuten (Lohaus; Vierhaus 2015, S. 13, zit. n. Jungbauer 2017, S. 26). Demnach kann die Bewältigung jeder Entwicklungskrise zu einem positiven oder negativen Ausgang und zu einer gefestigten oder zu einer unsicheren Identität bzw. zu einer Identitätskrise führen. Erikson sieht die Entwicklung der Identität als einen lebenslangen Prozess an. Die Theorie des Phasenmodells von Erikson kann jedoch nicht

auf jeden Menschen angewandt werden, da sich jeder Mensch individuell entwickelt (Jungbauer 2017, S. 26f.).

In den ersten Lebensjahren vollzieht das Kind eine schnelle Entwicklung. Gerade in den ersten vier Jahren durchläuft es mehr als die Hälfte seiner gesamten Entwicklungsaufgaben. Es wird angenommen, dass das Kind aus dem eigenen inneren Drang heraus, immer neue Fähigkeiten und Fertigkeiten erproben und optimieren möchte. Es möchte sich von sich selbst heraus entwickeln. Nach Erreichen eines bestimmten Entwicklungsstandes verfestigt das Kind erlernte Dinge und ist bestrebt, den nächsten Entwicklungsfortschritt zu meistern. Dazu benötigt es keine Erwachsenen. Sie werden jedoch zur Befriedigung der Grundbedürfnisse benötigt, damit das Kind sich auf den Fortschritt konzentrieren kann (Largo 2015, S. 16-21.). Aus lerntheoretischer Sicht können der Verhaltensaufbau und die Verhaltensveränderung, welche durch Lern- und Sozialisationserfahrungen entstehen und einen lebenslangen Prozess vollziehen, als Entwicklung bezeichnet werden. Hierbei spielen die Lerngesetze der Verstärkung, der Bestrafung und des Beobachtens eine Rolle, welche altersunabhängig für jeden Menschen gelten. Neben den biologischen und körperlichen Faktoren werden interne Faktoren berücksichtigt. Dies führt dazu, dass sich ein Kind neben dem Aufbau und der Veränderung von Verhalten und Denken, durch aktive Selbststeuerung entwickelt (Jungbauer 2017, S. 27f.).

Die Fähigkeit zum Erwerb der Sprache ist angeboren, kann sich jedoch nur optimal entwickeln, wenn die Grundbedürfnisse des Kindes hinreichend befriedigt werden und es soziale Kontakte zu Bezugspersonen und anderen Kindern hat (Jungbauer 2017, S. 107). Die sprachliche Entwicklung verläuft in der Regel bei jedem Kind gleich (Largo 2015, S. 15). Es beginnt mit der vorsprachlichen Phase, auch nonverbale oder vorsprachliche Kommunikation genannt (Jungbauer 2017, S. 109). Dieser folgen erste Lautbildungen in den ersten 3 Lebensmonaten. In den nächsten 6 Monaten werden erste Wörter und kurze Zeit später Zweiwortsätze gebildet. Das Sprachverständnis setzt beim Kind etwa nach dem 6. Lebensmonat ein. Zwischen 7 bis 8 Monaten beginnt es mit der unmittelbaren Nachahmung seiner Bezugsperson (Largo 2015, S. 380-385). Auch, wenn das Kind zwischen 10 und 30 Monaten sich nur in einzelnen Wörtern äußern kann, versteht es weit mehr (Largo 2015, S. 400). Die Kommunikation in den ersten 2 Lebensjahren zwischen Elternteile und Kind findet durch Körpersprache, in Form von Mimik, Gestik, Blickverhalten, Körper, Stimme und Körpergeruch statt. Diese ist bedeutsam für den

Beziehungsaufbau zwischen dem Elternteil und dem Kind und legt den Grundstein für die Entwicklung der gesprochenen Sprache (Largo 2015, S. 366). Anschließend lernt das Kind in Sätzen, mit grammatikalischen Regeln zu sprechen (Largo 2015, S. 16). Dies geschieht im Alter zwischen 2 und 5 Jahren und umfasst das Lernen von Vokalen, Konsonanten und des Satzbaus. Die inhaltliche Aussage und die Aussprache werden in dieser Altersspanne weiter ausgeprägt (Largo 2015, S. 413f.). Der Zeitpunkt, wann und wie schnell die Sprache sich entwickelt, ist bei jedem Kind unterschiedlich (Largo 2015, S. 16). Die Entwicklung der Sprache und die kognitive Entwicklung stehen in engem Zusammenhang miteinander. So folgt auf die kognitive Entwicklung, das Sprachverständnis, welches letztendlich zum sprachlichen Ausdruck führt (Jungbauer 2017, S. 108).

Die kognitive Entwicklung ist, nach dem Schweizer Entwicklungspsychologen Jean Piaget, ein Anpassungsprozess, welcher die Organisation und die Adaption als grundlegend wirksam werdende Mechanismen beinhaltet. Bei der Organisation findet das Zusammenfügen von existierenden kognitiven Schemata zu größeren kognitiven Strukturen statt. Die Adaption beschreibt Piaget als Anpassung an die Umwelt zur Herstellung eines kognitiven Gleichgewichtes. Dieser Prozess begleitet Menschen ein Leben lang. Piaget unterscheidet in der kognitiven Entwicklung von Kindern 4 Entwicklungsstufen. Diese umfassen die sensumotorische Entwicklungsphase von 0 bis 2 Jahre, die voroperatorische Entwicklungsphase von 2 bis 7 Jahre, die konkret-operatorische Entwicklungsphase von 7 bis 12 Jahre und die formal-operatorische Entwicklungsphase ab 12 Jahren. In der frühen Kindheit geht es vor allem um die sensumotorische und zum Teil um die voroperatorische Entwicklungsphasen. Diese beinhalten unter anderem die sogenannten Kreisreaktionen, welche wiederholende Handlungen darstellen, die Objektpermanenz, was das Wissen, dass auch ein nicht sichtbares Objekt noch existiert, bedeutet und den Übergang zum voroperatorischen Denken, demnach dem Verinnerlichen von Dingen, Personen, Handlungen und Verhaltensweisen. In der voroperatorischen Entwicklungsphase geht es vor allem um die Sprachentwicklung, die Schwierigkeit der Unterscheidung von Klassen und Teilmengen, charakteristische Denkfehler und den kindlichen Egozentrismus, der Unfähigkeit des Kleinkindes, sich in Mitmenschen hineinzuversetzen (Jungbauer 2017, S. 88-95).

Ebenso vielfältig wie die oben angeführte Sprachentwicklung sind die Stadien der Entwicklung von Gewicht, Motorik und von Verhaltensweisen (Largo 2015, S. 16). Die

Bildung der zielgerichteten Motorik geschieht meist innerhalb der ersten 1,5 Lebensjahre eines Kindes (Largo 2015, S. 136). Auch entwickelt sich die Sinneswahrnehmung hauptsächlich in der frühen Kindheit. Dabei sind die aktive Erkundung und Auseinandersetzung mit der Umwelt angeborene Bedürfnisse eines Kindes, um zu lernen mit dieser, mit sich selbst und mit dem eigenen Körper eigenständig umzugehen (Jungbauer 2017, S. 40-45). Um diese Bedürfnisse zu befriedigen, benötigt das Kind die Motorik. Schon in etwa der 8. Schwangerschaftswoche beginnt es sich motorisch zu entwickeln, indem es sich im Fruchtwasser fast schwerelos bewegt. Die motorischen Bewegungen, welche das Kind im Laufe der Schwangerschaft vollzieht, dienen dabei der Erfüllung der Aufgaben des Einübens von Bewegungsmustern und Organfunktionen, der Modellierung der Gliedmaßen und des Einstellens in den Geburtskanal. Nach der Geburt strampelt es mit Armen und Beinen, nach einigen Wochen kann es schon den Kopf heben und nach etwa einem halben bis einem dreiviertel Jahr übt das Kind das Drehen, das Robben, Krabbeln und das freie Sitzen. Schon im zweiten Lebensjahr lernt es aufrecht zu stehen und zu laufen. Die motorische Entwicklung ist jedoch bei jedem Kind unterschiedlich. Es wird durch seine Umgebung, in Form eines bestimmten Bewegungsraumes und das Erziehungsverhalten der Elternteile beeinflusst. Hierbei spielt es eine Rolle, wie selbstständig Elternteile ihr Kind die Umgebung erkunden lassen, wie altersgerecht diese gestaltet ist und welche Erwartungen sie an ihr Kind stellen. Dazu bestimmt jedes Kind selbst, in welchem Tempo es sich entwickelt. Es besteht dabei keine direkte Verbindung zu anderen Entwicklungsbereichen, wie beispielsweise der sprachlichen Entwicklung. So kann ein Kind seines Alters entsprechend sprachlich weit fortgeschritten sein, in der motorischen Entwicklung jedoch zurückliegen (Largo 2015, S. 137-163.). Auch in für das Kind anstrengenden Lernphasen, kann es von einem Entwicklungsbereich für einige Zeit vereinnahmt werden, sodass ein anderer dafür zurückgestellt wird. Zwischen 3 und 5 Jahren schreitet die motorische Entwicklung voran. Es geht in diesem Zeitraum um das Weiterentwickeln vorhandener motorischer Fähigkeiten und darum, diese an die Umwelt anzupassen. Das Kind bildet seine Koordination und sein Gleichgewicht aus und gewinnt an Muskelkraft. Der motorische Fortschritt beinhaltet in diesem Zeitraum die Weiterentwicklung des Gehens über das Rennen, das Fangen und das Werfen von Bällen und das Nutzen verschiedener Fortbewegungsmittel und Spielgeräte, wie Schaukel, Laufrad, Dreirad oder Fahrrad. Ab etwa dem 5. Lebensjahr nimmt die motorische Aktivität wieder ab. Der Bewegungsdrang ist bei jedem Kind unterschiedlich ausgeprägt und sollte nicht unterdrückt werden. Er

hängt von der Veranlagung, dem Alter, dem Geschlecht des Kindes und dessen Bewegungsumfeld ab. Mangelnde Bewegungsfreiheit beeinträchtigt das Wohlbefinden des Kindes. Dies kann unter anderem zu motorischer Unruhe, vermeintlicher Hyperaktivität, familiären Spannungen, erzieherischen Schwierigkeiten und zu Verhaltensauffälligkeiten führen (Largo 2015, S. 173-184). Die motorische Entwicklung zieht sich bis in die Pubertät hinein (Largo 2015, S. 142). Generell hat jedes Kind unterschiedlich stark ausgeprägte und entwickelte Kompetenzen. So kann ein Kind hervorragende motorische Fähigkeiten besitzen, seine musikalische Kompetenz jedoch gering sein. Ein anderes Kind wiederum hat eine geringe motorische, jedoch eine hohe soziale Kompetenz (Largo 2019, S. 238f.).

In den ersten Lebensjahren entwickelt das Kind das Selbst und das Ich-Bewusstsein. Grundbedürfnisse nach Anerkennung und Wertschätzung des Kindes bilden die Grundlagen. Sie müssen von der Bezugsperson befriedigt werden, ohne dass diese dafür eine Gegenleistung erwartet. Das Selbst bzw. die Identität umfasst selbstbezogene Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle, als über Jahre zu entwickelndes komplexes System. Es gibt 4 Bereiche, welche sich wechselseitig beeinflussen und in enger Verbindung miteinander stehen. Diese sind das Selbstwertgefühl, das Selbstkonzept, das Körperkonzept und das Fähigkeitskonzept. Unter Selbstwertgefühl ist die Bewertung der eigenen Person und die Selbstakzeptanz zu verstehen. Das Selbstkonzept umfasst das Wissen über die eigene Person, die Selbstbeschreibung und die Selbstreflexion. Die zwei nächsten Bereiche bilden das Körperkonzept als Oberbegriff für das Körperschema, das Körpergefühl, die Körperwahrnehmung und das Fähigkeitskonzept, welches aus der Kenntnis der eigenen Fähigkeiten, dem Selbstvertrauen und der Selbstwirksamkeit besteht. Die Folgen eines negativ entwickelten Körpergefühls können Selbstkritik und Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sein. Ein negativ entwickeltes Fähigkeitskonzept kann zu einer sogenannten erlernten Hilflosigkeit führen. Das heißt, das Kind hat gelernt, hilflos zu sein und dass Ereignisse nicht durch es selbst beeinflussbar sind, sondern durch äußere Faktoren bestimmt werden. Somit wird das Kind, statt nach Lösungs- und Handlungsmöglichkeiten zu suchen, einen Misserfolg akzeptieren. Das Selbstwertgefühl wird durch das Erziehungsverhalten der Bezugsperson beeinflusst und durch die damit verbundene Befriedigung der Grundbedürfnisse. Den Grundstein für die Bildung des positiven Selbstwertgefühls legt die Selbstwirksamkeit und damit die Erfahrung, ein Ereignis selbstständig erfolgreich gemeistert zu haben (Jungbauer 2017, S. 123-131).

Die Entwicklung eines Kindes basiert auf der Grundlage des sozialen und des explorativen Lernens. Das soziale Lernen wird durch das Nachahmen des Verhaltens anderer Menschen bestimmt und geschieht schon im ersten Lebensjahr durch die Nachahmung von Sprache, Mimik und Gestik der Bezugsperson. Das Kind macht im Umgang mit seinen Mitmenschen, mit Erwachsenen, sowie vor allem mit anderen Kindern, soziale Erfahrungen. Das explorative Lernen entsteht durch die intensive Auseinandersetzung und durch das intensive Erleben der Umwelt durch das Kind. Es lernt spielerisch, mithilfe von Gegenständen, deren physikalische Eigenschaften kennen. Die dabei gemachte Selbsterfahrung lässt das Kind lernen. Dazu benötigt es keine Erwachsenen, die erklären und zeigen. Ein bedeutender Bestandteil des explorativen Lernens ist, neben dem Aneignen von Wissen, das Umgehen und Entdecken eigener Emotionen bis zur Einstellung des gewünschten Erfolges. Elternteile unterstützen den Lernprozess des Kindes durch das Schaffen einer alters- und entwicklungsgerechten Umgebung. Zudem können sie, auch ohne, dass sie bestimmte Verhalten- oder Erkundungsweisen des Kindes verstehen, diese gewähren lassen. Sie akzeptieren, wenn das Kind gerade etwas ausräumt oder etwas umherwirft, auch, wenn sie sich darüber ärgern. Für das Kind ergibt das Spielverhalten einen Sinn (Largo 2015, S. 21-25).

2.3 Erziehungsverhalten

Neben der sogenannten angeborenen elterlichen Intuition, welche die Elternteile im Umgang mit ihrem Kind leitet, spielen ebenso eigene erlebte Erfahrungen aus der Kindheit und verschiedene äußere Einflüsse von beispielsweise Medien, Bekannten und Verwandten eine Rolle. Diese können das Zusammenspiel von Elternteilen und dem Kind beeinträchtigen. Beispielsweise können sie durch Gespräche mit Freunden oder durch das Lesen von Ratgeberartikeln die Vorstellung vertreten, dass jedes Kind die gleiche Menge Schlaf benötigt und dies kein individuelles Grundbedürfnis darstellt. Die Elternteile strengen sich an, das Kind so ins Bett zu legen, dass es in einer gewissen Altersspanne exakt den vermeintlich benötigten Schlaf erhält und sind frustriert, wenn es nicht schlafen möchte oder wenn es eher wieder erwacht. Diese Frustration kann auf Dauer die Elternteile, sowie das Kind psychisch und physisch belasten und die Beziehung zwischen beiden Seiten stark beeinträchtigen. Die Bedeutung von Erziehung ist bei jedem Elternteil unterschiedlich ausgeprägt. Meist ist sie davon abhängig, welches Idealbild Elternteile verfolgen, davon, wie ihr Kind sein soll und welche Wert- und Normvorstellungen sie in ihre Erziehung einbringen möchten. Auch die Rolle und die Bedeutung, welche sich Elternteile in der Erziehung und innerhalb der Familie zuschreiben, hat Einfluss auf deren

Erziehungsverhalten. Elternteile sollten sich jederzeit bewusst sein, dass jedes Erziehungsverhalten langfristige Folgen für das Kind haben kann und grundlegend Einfluss auf dessen weitere Entwicklung nimmt (Largo 2015, S. 17-27). Häufig ist ihnen nicht bewusst, dass das Kind mit allen sozialen Fähigkeiten geboren wird, die es lediglich gilt, mit der Hilfe von dem Verhalten von Erwachsenen, weiterzuentwickeln. Dabei müssen Erwachsene jedoch keinen direkten erzieherischen Einfluss auf das Kind nehmen. Sie sollten sich lediglich sozial und menschlich verhalten (Juul 2019, S. 24). Grund dafür ist, dass Kinder immer kooperieren, auch dann, wenn es für Erwachsene nicht so aussieht und auch dann, wenn es für die Kinder selbst nicht positiv ist. (Juul 2019, S. 66). Diese Kooperation erfolgt direkt oder spiegelverkehrt (Juul 2019, S. 141). Das Kind ist dabei sehr feinfühlig, was die Gefühle und das Verhalten der Elternteile anbelangt und ahmt auch Gefühle oder Verhaltensweisen nach, welche den Elternteilen nicht direkt bewusst sind. Dabei macht es auf existenzielle und emotionale Probleme aufmerksam. Dies kann in verbaler oder in nonverbaler Form erfolgen. Das Kind weiß also, wie man sich anpasst und entscheidet sich bei der Wahl zwischen der Kooperation und der Wahrung der eigenen Integrität, meist für die Kooperation. Es ist wichtig, dass Elternteile ihm zeigen, wie man die eigene Integrität bei Interaktionen mit anderen Menschen wahrt (Juul 2019, S. 48-66). Wenn ein Kind aufhört mit Erwachsenen zu kooperieren, dann nur, weil es dem destruktiven Verhalten der Elternteile zu häufig ausgesetzt war oder weil seine Integrität durch diese massiv oder bewusst gekränkt wurde (Juul 2019, S. 83). Die Kränkung der Identität hat Auswirkungen auf das Selbstgefühl des Kindes. Es wird, sollte seine Integrität überwiegend auf dieselbe Art und Weise gekränkt werden, sein eigenes Verhalten negativ bewerten, statt das Verhalten der Elternteile und es wird von wachsenden Schuldgefühlen eingenommen werden (Juul 2019, S. 60-66). Dies hat wiederum Folgen für das Kind, denn ein geringes Selbstgefühl bewirkt bleibende negative Gefühle und ebenso negative Verhaltensweisen, beispielsweise Unsicherheit, Schuld, Versagensängsten, Selbstkritik und Prahlerei. Ein Kind sollte von Erwachsenen bewusst gesehen werden, sich wertvoll und geliebt fühlen, ohne dafür eine Gegenleistung vollbringen zu müssen, um ein gesundes Selbstgefühl entwickeln zu können. Ein gesundes Selbstgefühl wiederum bewirkt ein gesundes Selbstvertrauen in eigene Fähigkeiten und in eigenes Können (Juul 2019, S. 98-103). Elternteile haben somit einen großen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. Es ist wichtig, dass eigene Gefühle und Verhaltensweisen bewusst wahrgenommen und vermeintlich fehlendes Kooperieren des Kindes hinterfragt werden, ohne die direkte Schuld bei diesem zu suchen. Anderen

Personen Grenzen zu setzen, dient lediglich dem Machterhalt innerhalb der Familie. Die bessere Alternative ist das Schaffen von Gleichwürdigkeit zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. Hierfür benötigt es keiner bestimmten Rollenverteilung (Juul 2019, S. 28-43). Elternteile sollten sich dafür entscheiden, ob sie mit ihrem Kind auf Augenhöhe kommunizieren und verhandeln und damit seine persönliche Verantwortung stärken oder ob sie auf Macht und Kontrolle bestehen möchten (Juul 2019, S. 237).

Klaus Hurrelmann, Soziologe und Jugendforscher, unterscheidet fünf Erziehungsverhalten. Neben dem autoritären, dem überbehütenden, dem permissiven und dem vernachlässigenden Erziehungsstil, die er allgemein alle als schädlich für die gesunde Entwicklung eines Kindes bezeichnet, birgt, seiner, ebenso ähnlich wie Jesper Juuls Ansicht nach, der autoritativ-partizipative Erziehungsstil die besten Chancen für optimale Entwicklungsbedingungen eines Kindes. Bei diesem Erziehungsverhalten üben Erwachsene ein mittelstarkes Maß an Kontrolle bei einer hohen Antwortbereitschaft aus. Es werden klare Regeln aufgestellt und es folgen Konsequenzen bei deren Verstoß, ohne die Anwendung harter Bestrafungen. Zwischen dem Erwachsenen und dem Kind wird offen und auf Augenhöhe kommuniziert und die Meinungen und Bedürfnisse des Kindes werden respektiert. Der autoritativ-partizipative Erziehungsstil legt Priorität auf Anerkennung, Anregung und Anleitung in mittlerer Dosierung (Jungbauer 2017, S. 156-158). Ein Kind lernt soziales Verhalten und verinnerlicht Wertvorstellungen vor allem über seine Bezugsperson (Largo 2015, S. 46).

2.4 Entwicklungseinflüsse

Die Entwicklung eines Kindes wird durch verschiedene Einflüsse bestimmt, gefördert und beeinträchtigt. Diese Beeinflussung erfolgt durch interne, beispielsweise genetische, körperliche Anlagen, biologisch bedingte Reifungs- und Wachstumsprozesse und durch externe Faktoren, welche unter anderem das Wohnumfeld, Institutionen und die Familie umfassen (Jungbauer 2017, S. 28). Diese Faktoren werden auch als Veranlagung und Umwelt bezeichnet. Jeder Mensch ist in seiner gesamten Lebensspanne der ständigen Interaktion zwischen Anlage und Umwelt ausgesetzt (Largo 2019, S. 18f.). Somit entfalten sich genetische Entwicklungspotentiale in Abhängig von den Umweltbedingungen, wobei die Möglichkeit der Einflussnahme durch Umweltbedingungen durch die genetischen Anlagen begrenzt wird. Die Befriedigung der Grundbedürfnisse wirkt sich maßgeblich auf die Interaktion zwischen Veranlagung und Umwelt aus (Jungbauer 2017, S. 18). Die Veranlagung, also das Erbgut des Kindes,

stammt von den Elternteilen. Sie beinhaltet Voraussetzungen für die Entwicklung und das Bestehen körperlicher und psychischer Eigenschaften, wie Körpergröße, Augenfarbe und motorische oder sprachliche Fähigkeiten. Hinzu kommt der Einfluss der Umwelt. Hierzu zählen das Verhalten der Elternteile und der Umgang dieser mit dem Kind. Es hat Einfluss darauf, welche Verhaltensweisen es sich aus den einzelnen Entwicklungs- und Verhaltensbereichen verinnerlicht. Wie oben erwähnt, benötigt ein Kind keine Erwachsenen, um sich zu entwickeln. Die Aufgabe der Erwachsenen, um es zu unterstützen, ist die Gestaltung des Alltags und des Lernortes, beispielsweise in Form vom Schaffen zeitlicher Freiräume, einer kindersicheren und kindgerechten Umgebung und der Anerkennung der Selbstständigkeitsentwicklung. Vom Kind selbstständig angeeignete Fertigkeiten und Fähigkeiten bewirken ein positives Selbstwertgefühl (Largo 2015, S. 19ff.). Neben den internen und externen Faktoren beeinflusst und gestaltet das Kind seine Entwicklung aktiv mit (Jungbauer 2017, S. 17). So entdeckt es zeitig eigene Wünsche und Interessen und versucht diese zu erfüllen. Es kann selbst entscheiden, welchen Aktivitäten es nachgehen und mit welchen Freunden es sich umgeben möchte. Eine positive Entwicklung eines Kindes ist zu erwarten, wenn seine Umweltbedingungen zu seinen Grundbedürfnissen und zu seinen Persönlichkeitsmerkmalen bzw. seinem Temperament passen (Jungbauer 2017, S. 28-33). Somit kann ein Kind ein sehr stark ausgeprägtes Bedürfnis nach Geborgenheit, jedoch ein weniger starkes Bedürfnis nach Selbstentfaltung haben und bei einem anderen Kind ist es gegenteilig der Fall (Largo 2019, S. 304f.). Es sollte auf die „Passung“ zwischen den Entwicklungsbedürfnissen und -zielen des Kindes, seinen Entwicklungspotentialen und -ressourcen, den Entwicklungsaufgaben und sozialen Anforderungen der Umwelt und den Entwicklungsangeboten und -ressourcen der Umwelt geachtet werden, um eine gesunde Entwicklung sicherstellen zu können. „Passungsprobleme“, beispielsweise beim Vorliegen der körperlichen und emotionalen Vernachlässigung, führen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit zu Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten, sozialen und emotionalen Störungen, wie Angststörungen, Aggressivität, psychosomatischen Symptomen, wie Einnässen und Infektanfälligkeit und zu psychischen Beeinträchtigungen, wie depressiven Symptomen. Auch Leistungsprobleme und Schulversagen entstehen häufig durch „Passungsprobleme“. Gerade in der frühen Kindheit stellen sie ein sehr hohes Risiko dar. Kinder psychisch kranker Eltern sind einem besonders hohen Risiko ausgesetzt (Jungbauer 2017, S. 34-37). „Passungsprobleme“ entstehen immer durch die Umwelt. Konkret umfassen ihre Risikofaktoren, Unter- und

Fehlernährung, Krankheit, Behinderung, emotionale Vernachlässigung, mangelnde Wertschätzung, mangelnde Integration in Gemeinschaft und Schule, fehlende Entfaltung des Begabungspotentials, schulische Über- oder Unterforderung, Armut oder familiäre Krisen (Largo 2019, S. 326f.).

Mögliche Auswirkungen von „Passungsproblemen“ durch Vernachlässigung in der frühen Kindheit werden im Fallbeispiel Tim (Anlage 1) deutlich. Schon im Kindergarten wurden die ErzieherInnen auf Entwicklungsverzögerungen, hinsichtlich Sprache und der Feinmotorik aufmerksam. Er zeigte zudem Auffälligkeiten in seinem Verhalten, vor allem durch Aggressivität. Im Rahmen eines psychologischen Berichts des Sozialpädiatrischen Zentrums wurden zudem nächtliches Einnässen und häufige Effekte der Atemwege festgestellt. Die Verhaltensauffälligkeiten, sowie die sozialen und emotionalen Störungen von Tim spielten in jedem Bericht und Gutachten verschiedener Institutionen im Laufe seiner kindlichen Entwicklung eine Rolle und beeinträchtigten sein Leben bis heute. Im Januar 2007 stellte sich im Rahmen der Mutter-Kind-Kur heraus, dass Tim mit Aggressivität und kleinkindhaften Verhalten vor allem bei nicht sofortiger Bedürfnisbefriedigung reagierte. Dies ist auf die frühe Vernachlässigung und auf die psychische Instabilität der Kindesmutter zurückzuführen, welche wiederum Auswirkungen auf ihr Erziehungsverhalten hatte. Tim reagierte im Rahmen seiner Schullaufbahn immer wieder mit Aggressivität, starken Verhaltensauffälligkeiten, Verweigerung der Mitarbeit und mit Leistungsproblemen. Er zeigte zudem Defizite in der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Differenzierung, dem Denken, der Belastbarkeit und der Arbeitsweise, je nach der aktuellen emotionalen Befindlichkeit. Tim zeigte zudem depressive Symptome, welche vor allem im Alter von 10 und 11 Jahren, im Rahmen der Aufenthalte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, deutlich wurden und anschließend als mittelgradige depressive Episode diagnostiziert wurden.

In diesem Kapitel wurde neben den wichtigen Faktoren der frühkindlichen Entwicklung, die Relevanz der Beziehung, Interaktion und damit der Bindung zwischen einer Bezugsperson und einem Kind herausgearbeitet. Dies wird im nächsten Abschnitt, welcher das Thema Bindung in der frühen Kindheit beinhaltet, vertieft.

3 Bindung in der frühen Kindheit

Dieses Kapitel wird sich mit der Bindung in der frühen Kindheit, vor allem in den ersten drei Lebensjahren beschäftigen. Im ersten Abschnitt wird die Bindungstheorie nach Bowlby beleuchtet, um danach auf die Bindungsentwicklung einzugehen. Der dritte Abschnitt der Bindungsstörungen wird sich damit befassen, wie diese entstehen und welche Folgen sie für die Betroffenen haben kann. Abschließend wird die Verfasserin im letzten Abschnitt die Rolle der sozialen Arbeit mit bindungsunsicheren Kindern anführen.

3.1 Bindungstheorie nach Bowlby

John Bowlby, welcher als Kinderpsychiater tätig war, gilt bis heute aufgrund seiner entwickelten Bindungstheorie als Vater der psychologischen Bindungsforschung. Das Bindungsverhalten von Bezugsperson und Kind hat, laut Bowlby, eine biologische Funktion und ist genetisch bedingt. Durch angeborene Reflexe und Verhaltensfunktionen, wie beispielsweise dem Greif- und Saugreflex oder dem sozialen Lächeln stellt das Kleinkind eine Bindung zur Bezugsperson her, um von dieser mittels Fürsorgeverhalten, Schutz und Nähe zu erhalten. Dabei ist die Qualität dieses Fürsorgeverhaltens nicht relevant für die kindliche Bindung. Ein Kind bindet sich bedingungslos an seine Bezugsperson. Das Bindungsverhalten des Kindes dient vor allem einer Schutzfunktion, welche nur, in einer für das Kind unsicher wirkenden Situationen, aktiviert wird. Bowlby unterscheidet vier Entwicklungsphasen des Bindungsverhaltens. Bis etwa dem 3. Lebensmonat bindet sich das Kind an keine bestimmte Person. Diese Phase bezeichnet der Kinderpsychiater als Vorphase. Ab dem 3. Lebensmonat beginnt es sich bevorzugt an ihm vertraute Personen zu wenden. Es kann nun vertraute von unvertrauten Personen unterscheiden. Ab dem 7. bis zum 8. Lebensmonat befindet sich das Kind in einer kritischen Phase. Es entwickelt ein Bindungssystem und äußert Bindungsverhalten. Wenn das Kind eine länger andauernde Trennung von der primären Bezugsperson erlebt, kann es sich in einem depressionsartigen Zustand befinden. Ab dem 3. Lebensjahr findet, laut Bowlby, eine „Dezentrierung“ statt. Das Kind wird selbstständiger und unabhängiger gegenüber den primären Bezugspersonen. Eine begrenzte Abwesenheit dieser Personen kann das Kind ertragen (Bowlby 1986, zit. n. Jungbauer 2017, S. 59f.).

3.2 Bindungsentwicklung

„Das Entscheidende passiert in den ersten 12 Lebensmonaten, der Rest meist in den nächsten zwei Jahren“ (Huber 2007, S. 88). Alles, was demnach in den ersten 3 Lebensjahren geschieht, beeinflusst die Hirnentwicklung und das spätere Bindungs- und

Beziehungsverhalten des Kindes. Jede Erfahrung, welche das Kind macht, aktiviert Nervenzellen und ist relevant für die Entstehung von deren Bindungen. Traumatische Erfahrungen führen häufig dazu, dass die Zellen und Bindungen nicht ausreichend genutzt und in der Folge zerstört werden. Positive Bindungserfahrungen mit der Bezugsperson sind damit ausschlaggebend für die gesunde Entwicklung eines Kindes, gerade bezüglich der Entwicklung von Feinfühligkeit und der Entstehung des Selbst. Ein Kind besitzt ein angeborenes „Bindungssystem“, welches veranlasst, dass es in Situationen, in welchen es ängstlich ist oder sich verletzt hat, zu allererst seine Bindungs- bzw. Bezugsperson aufsucht (Huber 2007, S. 89-100). Trotz des angeborenen „Bindungssystems“ entsteht Bindung über mehrere Monate und Jahre, auf der Grundlage von engem Kontakt zwischen der Bindungsperson und dem Kind (Jungbauer 2017, S. 57).

Bindungspersonen sind Personen, mit denen das Kind eine Bindung eingeht. Es sind nur wenige, meist die primären Bezugspersonen innerhalb der Familie (Ahnert 2018, S. 194). Vor allem geht ein Kind in der Regel zuerst eine Bindung mit den Elternteilen, dann mit den Geschwistern und später mit Freunden ein. Anschließend erweitert sie sich auf den Partner bzw. die Partnerin. Bindungspersonen müssen jedoch nicht die leiblichen Elternteile sein. Es können Personen sein, die das Kind in den ersten Lebensjahren liebevoll und verlässlich versorgen (Huber 2007, S. 89). Die Bindungsperson wird vom Säugling, welcher in jedem Fall von ihr abhängig ist, für sein Überleben benötigt (Brisch 2013, S. 150). Die bedingungslose Bindung bleibt solange bestehen, bis das Kind ohne die Bindungsperson überleben kann, demnach meist bis nach der Pubertät. Nicht die Qualität der Bindungsbeziehung spielt dabei eine Rolle, sondern die Intensität der Bindung, welche durch die Art und Weise der Interaktion zwischen Bindungsperson und Kind entsteht. Dabei hat jedes Kind ein unterschiedlich stark ausgeprägtes Bindungsbedürfnis (Largo 2019, S. 197-200). Es ist wichtig, dass die zwischenmenschliche Interaktion mit liebevollen körperlichen, seelischen und sozialen Aspekten einhergeht (Huber 2007, S. 89).

Die Entwicklung der Bindung dauert meist von der Geburt bis zum 3. Lebensjahr an (Hofmann 2002, S. 195). Schon nach der Geburt sind bindungsrelevante Verhaltensmuster erkennbar, welche der Säugling gegenüber der Bezugsperson äußert. So dient der Greif- und Saugreflex dazu, den Elternteilen, zu befriedigende Grundbedürfnisse aufzuzeigen. Mit dem sozialen Lächeln, als weiteres

bindungsrelevantes Verhaltensmuster, reagiert der Säugling schon in den ersten Lebenswochen auf die Gesichter und Stimmen, der für ihn wichtigsten Bezugspersonen. Dabei findet der erste Schritt des Aufbaus einer sicheren Bindungsbeziehung statt, welcher, nach Jungbauer, als die erste wichtigste Form der emotionalen Interaktion gilt. Das Fremdeln als soziales Verhaltensmuster des Kleinkindes bezeichnet die Reaktion auf unbekannte Personen, welche am stärksten etwa im 8. Lebensmonat auftritt und sich in der Regel durch Schreien oder heftiges Weinen ausdrückt. Neben dem Fremdeln gilt auch die Trennungsangst als heftige emotionale Reaktion. Sie tritt bei einem Kleinkind häufig bei Abwesenheit der Bezugsperson oder im Dunkeln auf und drückt sich durch eine Angstreaktion, beispielsweise in Form von Weinen, Schreien oder Verzweiflung aus. Trennungsangst kann Ein- und Durchschlafprobleme und Angstattacken begründen (Jungbauer 2017, S. 46-57). Vor allem dienen die vom Säugling angewendeten Kommunikationsmittel dazu, seine Überlebenschancen zu sichern und um die benötigte Nähe zu seiner Bezugsperson aufzubauen und zu halten (Ahnert 2018, S. 194).

Nach Mary Ainsworth, welche als Kinderpsychologin praktizierte, können 3 verschiedene Bindungsstile unterschieden werden. Die sichere Bindung zwischen der Bezugsperson und dem Kind drückt sich aus, indem das Kind im Beisein der Bezugsperson seine Umgebung frei erkundet und sich gegenüber unbekannten Personen neutral bis freundlich verhält. Bei einer kurzzeitigen Abwesenheit der Bezugsperson und der Anwesenheit von unbekannten Personen, wirkt das Kind unsicher und verängstigt, weint und sucht die Bezugsperson. Bei der Rückkehr dieser, reagiert das Kind mit Freude und Erleichterung und sucht Körperkontakt (Ainsworth 1978; Grossmann 2012, zit. n. Jungbauer 2017, S. 62f.). Ein Kind einer Bezugspersonen, welche sicher gebunden ist, erlebt meist selbst eine sichere Bindung. Die Bezugsperson ist häufig empathisch, agiert liebevoll und nahbar. Sie gibt dem Kind das Gefühl von Sicherheit und von der Notwendigkeit der Selbstentfaltung (Huber 2007, S. 92). Bei einem stabilen feinfühligem Verhalten der Bindungsperson im ersten Lebensjahr des Kindes, wird sich mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine sichere Bindung entwickeln (Jungbauer 2017, S. 64). Eine stabile emotionale Bezugsperson-Kind-Bindung, gerade in der frühen Kindheit, wirkt sich sehr stark darauf aus, inwieweit das Kind die Fähigkeit zur Bewältigung von Belastungen entwickelt (Laucht 2009, S. 70). Es benötigt die Bindungssicherheit als Grundstein für emotionale und kognitive Lern- und Entwicklungsprozesse. Nur, wenn diese gegeben ist, ist das Kind kreativ und lern- und erkundungsfreudig (Brisch 2013, S. 150). Ainsworth unterscheidet weiter die unsicher-vermeidende Bindung als unsichere

Bindungsform. Das Kind vermeidet aktiv den Kontakt zur Bezugsperson und akzeptiert eine Abwesenheit dieser oder nimmt sie kaum wahr. Bei der Wiederkehr der Bezugsperson wird sie vom Kind beiläufig begrüßt oder ignoriert (Ainsworth 1978; Grossmann, 2012, zit. n. Jungbauer 2017, S. 62f.). Ein Kind, welches eine unsicher-vermeidende Bindung aufweist, hat seine Bindungsperson in der Regel überfordert und ablehnend erlebt und somit gelernt, weder von dieser noch von einer anderen Person abhängig zu sein (Huber 2007, S. 92). Eine unsicher-vermeidende Bindung kann somit bei einem dauerhaften distanzierten Verhalten der Bezugsperson entstehen. Hier reagiert die Bezugsperson auf das Kind eher abweisend, was langfristig bewirken kann, dass es seine Bedürfnisäußerungen unterdrückt und die fehlende Befriedigung, vor allem auf emotionaler Ebene basierend, akzeptiert (Jungbauer 2017, S. 64). Eine Minderheit der Kinder haben eine ängstlich-ambivalente Bindung als weitere unsichere Bindungsform, entwickelt. Bei dieser erkundet ein Kind seine Umgebung kaum, sucht die ständige Nähe der Bezugsperson. Eine Abwesenheit dieser bewirkt bei ihm heftige emotionale Reaktionen, wie Weinen oder Schreien. Bei der Rückkehr der Person reagiert das Kind erst mit Erleichterung und sucht den sofortigen Körperkontakt, verhält sich, wenn er zustande kommt, jedoch gegensätzlich und scheint wieder von der Person wegkommen zu wollen (Ainsworth 1978; Grossmann 2012, zit. n. Jungbauer 2017, S. 63). Diese Bindungsform zeigt sich meist bei einem Kind, welches die Verhaltensweisen der Bindungsperson nie vorhersehen konnte. Es war ihm nie möglich, eine enge Bindung zur Bindungsperson einzugehen, obwohl der sehnlichste Wunsch danach bestand. Somit klammert das Kind in der Regel an der Bezugsperson, zeigt jedoch gleichzeitig abweisende Gefühle und Verhaltensweisen, wie Wut und Angst. Bindungsversuche zu anderen Personen wurden von ihm häufig negativ erlebt, indem diese abgelehnt wurden oder das Kind selbst, durch die Angst, verletzt und enttäuscht zu werden, nicht in der Lage dazu war, eine feste Bindung einzugehen (Huber 2007, S. 92f.). Das Verhalten der Bezugspersonen ist wechselhaft. Das Kind versucht mit allen Mitteln auf sich und auf seine Bedürfnisse aufmerksam zu machen (Jungbauer 2017, S. 64).

Ein Kind, das ein sicheres Bindungsverhalten erlebt hat, ist meist neugieriger, unabhängiger und positiver auf neue Anforderungen eingestellt als ein unsicher gebundenes Kind. Es reagiert weniger mit Aggressivität und Impulsivität und hat meist im Jugendalter eine höhere Stellung und Anerkennung in Gleichaltrigengruppen. Außerdem hat ein sicher gebundenes Kind meist mehr Lebensfreude, meistert schwierige Situationen lösungsorientierter und erfolgreicher und besitzt mehr

Bewältigungsstrategien. Es ist weniger Risikofaktoren für Entwicklungsstörungen und Verhaltensauffälligkeiten ausgesetzt. Das heißt jedoch nicht, dass ein Kind, welches einem unsicherem Bindungsverhalten ausgesetzt war, zwangsläufig eine weit negativere Entwicklung vollzieht als ein sicher gebundenes Kind. Es ist jedoch einem höheren Risiko für Entwicklungsprobleme ausgesetzt. Entscheidend für die Entwicklung einer sicheren Bindung ist ein feinfühliges Verhalten der Bindungsperson gegenüber dem Kind (Jungbauer 2017, S. 63-68). Das heißt, dass die Bezugsperson auf Signale des Kindes angemessen und sofort oder je nach dem Alter des Kindes zeitnah reagieren sollte, um zu bewirken, dass dieses, neurobiologisch gesehen, positive Affektmuster verinnerlichen kann. Diese Affektmuster führen dazu, dass das Kind das Verhalten und die Bindung zur Bezugsperson als verlässlich empfindet und vorhersehen kann. Dies bewirkt wiederum, dass negative Gefühle, wie Unsicherheit, Angst oder Desorientierung nicht entstehen können. Somit gilt eine sichere Bindung als Schutz-, eine unsichere Bindung als Risikofaktor für die kindliche Entwicklung (Brisch 2013, S. 151-158).

Main und Salomon entdeckten eine weitere unsichere Bindungsverhaltensform, die desorganisierte Bindung. Bei dieser ausgeprägten Bindungsform verhält sich das Kind in unbekannten Situationen verwirrt, desorientiert und bei Abwesenheit der Bezugsperson reagiert es verhaltensauffällig, beispielsweise durch Schaukeln, Erstarren oder Grimassenschneiden (Jungbauer 2017, S. 63). Es zeigt widersprüchliches Verhalten. Diese Bindungsform entsteht meist, wenn ein Kind in seiner frühen Kindheit verlassen, vernachlässigt oder psychisch, physisch oder sexuell schwer misshandelt wurde. Je schwerer die Traumatisierung erlebt wurde, desto stärker zeigen sich Verhaltensauffälligkeiten und desto schwieriger gestaltet sich die Chance, später eine sichere Bindung aufbauen zu können (Huber 2007, S. 93ff.). Dieses verletzende Verhalten, verursacht durch die Bezugsperson, lässt das Kind den Umgang mit der Person sehr unsicher erleben. Meist weiß es nicht, ob es die benötigte Nähe zur Person suchen oder diese lieber meiden sollte (Jungbauer 2017, S. 64). Eine Bezugsperson, welche selbst eine schwere Traumatisierung erlebte, die nie gelöst wurde, kann durch das Verhalten der Schreckhaftigkeit und deren Übertragung auf das Kind, diese Bindungsform bei ihm auslösen. Häufig werden erlebte Traumata über Generationen hinweg weitergegeben (Huber 2007, S. 93ff.).

Das Bindungsverhalten zwischen der Bezugsperson und dem Kind hat Auswirkungen darauf, wie ein Kind seine soziale Umwelt und sich selbst wahrnimmt und wie es zu

dieser und sich selbst steht. Es wirkt sich außerdem auf das Verhalten des Kindes in sozialen Situationen und gegenüber seinen Mitmenschen aus. Unsicheres Bindungsverhalten wird meist so tief verinnerlicht, dass es bis weit ins Jugend- und Erwachsenenalter hinein bestehen bleibt und eine Herstellung einer sicheren Bindung eine sehr lange Zeit andauern kann (Jungbauer 2017, S. 64f.). Ein Kind, welches einem unsicher-vermeidenden Bindungsverhalten ausgesetzt war, ist einem erhöhten Risiko ausgesetzt, eine Persönlichkeitsstörung zu entwickeln (Huber 2007, S. 93).

Tims Mutter (Anlage 1) stellte für ihn die einzige Bezugsperson dar, da es kaum familiäre Ressourcen gab und er die ersten drei Jahre zu Hause betreut wurde. Er erlebte sie lieblos, überfordert und ablehnend. Die Schwangerschaft war ihrerseits nicht erwünscht. Sie konnte ihrem Sohn keine Sicherheit, Wärme, Geborgenheit und Liebe vermitteln. Außerdem konnte sie frühkindliche emotionale und körperliche Bedürfnisse ihres Sohnes nicht befriedigen und war in ihrem Verhalten nie stabil und vorhersehbar für das Kind. Pädagogen der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben die Kindesmutter im Umgang mit Tim als unbeständig. Einerseits zeigte sie sich überbesorgt, um unangemessene Zuneigung bemüht und wirkte offen abweisend, emotional distanziert und drohte mit unangemessenen Bestrafungen. Die Bindungsbeziehung zwischen Mutter und Kind kann als unsichere Bindungsform bezeichnet werden. Diese zeichnete sich unter anderen durch die starken Auffälligkeiten und Widersprüche im Verhalten von Tim, vor allem in neuen Situationen und durch den unmöglichen Beziehungsaufbau zu seinen Mitmenschen ab. Tim versuchte im Kindergarten-, sowie im Schulalltag das Vertrauen anderer Kinder zu gewinnen, nutzte dann jedoch schnell ihre Schwächen aus. Durch das fehlende Urvertrauen war es ihm nicht möglich, Beziehungen einzugehen. Er näherte sich anderen Menschen an, bekam dann jedoch schnell Angst, dass er emotional nicht genug von ihnen zurückbekommen könnte. Dies ist auf die starken Verlustängste zurückzuführen, welche wiederum durch die unsichere Bindung und die erlebte Vernachlässigung und Gewalt in seiner frühen Kindheit entstanden sind. Im Schulalltag wurde Tim einerseits als freundlich und nach Nähe der Erwachsenen suchend beschrieben. Andererseits zeigte er sich sehr aggressiv. Im Rahmen des Aufenthalts in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde die Diagnose der „Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen infolge einer Beziehungsstörung zur alleinerziehenden Kindesmutter“ gestellt. Tim zeigte bei Besuchen der Mutter in der Einrichtung und nach Besuchen von Tim in der Häuslichkeit eine deutliche Verschlechterung der psychosomatischen Symptome.

3.3 Bindungsstörungen

Eine Bindungsstörung ist immer eine klinisch bzw. medizinisch diagnostizierte Krankheit, welche negative Folgen für das Kind in seiner Entwicklung hat (Hofmann 2002, S. 203). Sie kann in der frühen Kindheit entstehen, wenn das Kind durch die Bezugsperson ein Beziehungstrauma erlebt. Es wurde dabei durch das Verhalten der Bezugsperson in eine solche Stresssituation versetzt, welche von heftigen Gefühlen bis hin zu Todesangst begleitet wurde, sodass es aus dieser nicht fliehen oder dagegen ankämpfen konnte. Das Gehirn stieß durch den erlebten Stress Hormone aus, welche bei einer Dauererregung, Veränderungen in diesem bewirken. Diese Veränderungen können im Extremfall den Abbau von Gehirnzellen und damit eine Verlangsamung des Hirnwachstums bedeuten. Auslöser können Traumatisierungen durch häusliche Gewalt sein, denn diese findet selten einmalig statt und versetzt das Kind meist in einen Dauerstresszustand. Das Kind kann eine Verhaltensstörung entwickeln, welche gerade in bindungsrelevanten Situationen zu beobachten ist und es kann zu neurobiologischen Schäden kommen. Das größte Risiko der Entwicklung einer Bindungsstörung stellt die frühkindliche Vernachlässigung dar. Diese hat meist die schwersten Auswirkungen auf die weitere Entwicklung (Brisch 2013, S. 159f.).

Die zwei extremen Formen der reaktiven Bindungsstörung werden als Bindungsstörung mit Hemmung und als Bindungsstörung mit Enthemmung des Bindungsverhaltens bezeichnet (Brisch 1999, zit. n. Brisch 2013, S. 160). Die Erstere zeichnet sich häufig durch soziale und emotionale Verhaltensauffälligkeiten aus. Diese können Isolation, Aggressivität oder Ängstlichkeit umfassen. Das Kind zeigt häufig widersprüchliche Verhaltensweisen in sozialen Situationen. Bei der reaktiven Bindungsstörung mit Enthemmung von Bindungsverhalten kann man beobachten, dass sich das Kind in belastenden Situationen distanzlos, grenzüberschreitend und eher klammernd an eine unspezifisch gewählte Person wendet. Es agiert meist widersprüchlich und nicht verhaltensgerecht und sucht nach Aufmerksamkeit. Oftmals hat ein betroffenes Kind Probleme, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und Beziehungen zu Mitmenschen einzugehen (Beck-Griebling 2015).

Tim (Anlage 1) zeigte eine ähnliche Symptomatik. Pädagogen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, in welchen der Junge untergebracht war, beschrieben, dass Tim viel Aufmerksamkeit und Zuneigung benötigte. Er benutzte häufig eine babyhafte Sprachmelodie. In Konfliktsituationen

reagierte er entweder aggressiv oder mit kleinkindhaften Verhalten, wie Verstecken oder in Embryonalstellung auf den Boden legend. Nach Wutausbrüchen folgten Reue und Entschuldigungen mit dem Versprechen wieder lieb zu sein. Anschließend wollte er umarmt werden.

Es werden weitere Formen einer Bindungsstörung unterschieden, welche in verschiedene Typen untergliedert werden. Beispiele hierfür sind ein Kind ohne Bindungsverhalten, ein Kind, das auch gegenüber Fremden Bindungsverhalten zeigt, obwohl die Bezugsperson verfügbar ist und ein Kind, welches sich trotz, dass es sich in einer gefährlichen Situation befindet, sich zusätzlicher Gefahr aussetzt. Auch ein Kind, welches trotz höheren Alters sich übermäßig an die Bezugsperson klammert und somit in deren freien Entfaltung eingeschränkt ist und ein Kind, welches sich aggressiv in bindungsrelevanten Situationen oder bei der Kontaktaufnahme mit Personen verhält, stellen Formen einer Bindungsstörung dar. Letzteres Kind befindet sich oft in einem Teufelskreis, da das aggressive Verhalten nicht als Bindungsverhalten gedeutet und somit negativ auf dieses reagiert wird. Ein bindungsgestörtes Kind greift häufig auf erlernte frühe Verhaltensmuster zurück, wenn es in stressreiche oder in es überfordernde Situationen gerät. Es verhält sich meist verhaltensauffällig, durch beispielsweise Aggressivität oder durch psychosomatische Störungen und gerät so, häufig mit seinen Mitmenschen in Konfliktsituationen, welche es dann jedoch nicht lösen kann, da es keinerlei Konfliktlösungsstrategien beherrscht (Brisch 2013, S. 160-162).

Persönlichkeitsstörungen, beispielsweise eine Borderlinestörung, eine narzisstische Persönlichkeitsstörung oder eine multiple Persönlichkeit finden meist ihren Ursprung in Bindungsstörungen (Beck-Griebling 2015).

3.4 Rolle der Sozialen Arbeit mit bindungsunsicheren Kindern

Soziale Arbeit kann schon vor Geburt eines Kindes ansetzen, um dem Risiko einer unsicheren Bindung und somit einer möglichen Entwicklung einer Bindungsstörung, entgegen zu wirken. Mütter, die selbst traumatische oder belastende Erfahrungen in ihrer Kindheit erlebt haben, sind vor allem durch die Geburt und die Pflege eines Babys, dem Risiko vom Erinnern an die eigene Kindheit ausgesetzt. Dies kann für sie überwältigend und mächtig erscheinen und ein Gefühl des Ausgeliefertseins hervorrufen. Wichtig ist, die Erfahrungen aus der eigenen Kindheit im Kontakt mit dem Baby zu trennen, um die Bindungsebene zwischen Mutter und Kind nicht zu schädigen (Lützner-Lay 2016, S. 7). Eine psychische oder physische Vernachlässigung eines Kindes im ersten Lebensjahr

bewirkt einen schweren Schaden bei diesem, vor allem, wenn diese durch die Bezugsperson geschieht. Die spätere Herstellung eines sicheren Bindungsverhaltens kann viele Jahre andauern oder auch nie gelingen (Huber 2007, S. 88). Ein sicherer Bindungsaufbau eines Kindes, welches durch ein solches oder durch andere Erlebnisse oder Faktoren einer unsicheren Bindung ausgesetzt war, benötigt in erster Linie eine verlässliche und stabile Bezugsperson und die Herstellung von innerer emotionaler Sicherheit. Hierbei ist es von Bedeutung zu wissen, dass das Kind in seiner emotionalen Entwicklung meist nicht dem biologischen Alter entspricht. Es kann auf heftige Emotionen, Konfliktsituationen oder andere es überfordernde Erlebnisse oftmals nicht altersentsprechend reagieren und eigene Fähigkeiten und Kräfte nicht richtig einschätzen. Gerade in Situationen, in welchen das Kind starkem Stress ausgesetzt und welche somit bindungsrelevant sind, sollte die Bezugsperson mit ihm Kommunizieren und Blickkontakt halten. Es bedarf körperlicher Nähe für die sichere Bindungsbeziehung und zum Schaffen von emotionaler Sicherheit. Ein Kind, das früher keine fürsorgliche Nähe erlebt hat, kann diese ablehnen, da sie mit Angst verbunden ist oder es kann sie übermäßig suchen, auch bei für ihn nicht vertrauten Personen. Es benötigt weiter neue, sich über einen langen Zeitraum wiederholende positive emotionale Interaktionserfahrungen mit Bezugspersonen, um eine Neustrukturierung im Gehirn zu bewirken und um für das Bindungssystem verlässliche Bindungserfahrungen zu verinnerlichen, damit die Weiche für eine sichere emotionale Entwicklung gestellt werden kann. Hierbei sollten auf keinen Fall alte traumatische Muster wiederholt werden, auch, wenn das Kind nach einiger Zeit des Sichererfühlens, nach gewohnten Verhaltensmustern bzw. Reaktionen sucht. Dies geschieht meist, indem es frühe traumatische Erlebnisse, in Form von beispielsweise sexualisiertem und aggressivem Verhalten, offen zeigt (Brisch 2013, S. 151-164.). Es sollte zudem keine Über- oder Unterforderung beim Kind durch die Interaktion mit der neuen Bezugsperson hervorgerufen werden (Huber 2007, S. 106).

Ziel der sozialen Arbeit mit einem unsicher gebundenen oder bindungsgestörten Kind sollte es sein, mit feinfühligem Verhalten und viel Verständnis, diesem, emotionale Sicherheit zu geben, stabile Bezugspersonen und Beziehungen zu schaffen und somit den meist generationenübergreifenden Teufelskreis von Gewalterfahrungen frühzeitig zu durchbrechen (Brisch 2013, S. 164). Hierbei sollte beachtet werden, dass das Risiko besteht, dass ein Kind, welches im gesamten ersten Lebensjahr extreme Traumatisierungen erfahren hat, auch später nicht die Fähigkeit entwickeln kann, eine sichere Bindung aufzubauen (Huber 2007, S. 106).

Tim (Anlage 1) war es durch das ständige Wechseln der Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, der Aufenthalte bei der Kindesmutter, den Großeltern und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht möglich, stabile Bezugspersonen und Bindungen zu Mitmenschen aufzubauen. Sein Verhalten diente dem Versuch, für ihn verlässliche und vertraute soziale Reaktionen der Bezugspersonen herzustellen, welche aus Ablehnung, Schimpfen und Bestrafungen bestanden. Die „Bezugspersonen“ reagierten darauf jedoch ablehnend und entließen ihn meist aus der Einrichtung. Die Kindesmutter selbst berichtete in einem Anamnesegespräch mit der Tagesgruppe von Tim, dass sie selbst ein schlechtes Verhältnis zur Mutter habe und in der Kindheit häuslicher Gewalt ausgesetzt war. Dies zeigt den generationenübergreifenden Gewaltkreislauf.

Fazit dieses Kapitels ist, dass die frühe Bindung zwischen einer Bezugsperson und einem Kind eine sehr große Bedeutung für dessen gesunde Entwicklung darstellt. Es muss in jedem Fall versucht werden, die Bindung sicher zu gestalten, gegebenenfalls mit der Hilfe pädagogisch und therapeutisch ausgebildeter Fachkräfte. Denn Bindungsverhalten und Trauma stehen häufig miteinander in Verbindung. Eine unsichere Bindung kann zu einer Traumatisierung oder einer Bindungsstörung eines Kindes führen und ein traumatisches Erlebnis zu einer unsicheren Bindung und zu einer Bindungsstörung. Um diesen Aspekt genauer zu betrachten, wird sich die Verfasserin im folgenden Kapitel mit dem Thema Trauma befassen.

4 Traumata von Kindern

Nachdem es im letzten Kapitel um die Rolle von Bindung und Bindungspersonen ging, werden in diesem Kapitel wichtige Inhalte zum Thema Traumata von Kindern verdeutlicht. Der erste Punkt beinhaltet den Begriff, Auslöser und Ursachen von Traumata. Nachfolgend werden die Arten und die psychischen und körperlichen Auswirkungen auf die Entwicklung angeführt. Abschließend wird die Verfasserin kurz auf die Bearbeitung von Traumata eingehen. Das Kapitel wird sich abschnittsweise auf das Fallbeispiel Tim (Anlage 1) beziehen.

4.1 Begriff

„Traumata, d.h. traumatische Erlebnisse, sind [...] Situationen, in denen Menschen von schockierenden Ereignissen überrascht werden, die durch ihr plötzliches Auftreten und ihre Heftigkeit/Intensität an Bedrohung und Ausgeliefertsein die Betroffenen in eine ungeschützte Angst-Schreck- Schock-Situation und damit in einen innerlich überflutenden „Stresszustand“ versetzen, der die steuernden Hirnfunktionen vorübergehend beeinträchtigt oder gar mehr oder weniger außer Kraft setzt“ (Besser 2013, S. 45). Damit eine Situation als Trauma bezeichnet werden kann, sind folgende fünf Merkmale zu erfüllen. Das Erlebnis kommt plötzlich und unerwartet und es besteht zu diesem Zeitpunkt nicht mehr die Möglichkeit, es abzuwenden. Der Betroffene erlebt starke Ohnmacht und Hilflosigkeit von lebensbedrohlichem Ausmaß. Das Erlebnis geht zum Zeitpunkt über die psychische Belastungsgrenze des Betroffenen hinaus (Heuper 2011). Die psychischen Auswirkungen eines Erlebnisses, welches lebensbedrohlich auf den Betroffenen wirkt, werden Traumatisierung oder Traumareaktion genannt (Köckeritz 2017, S. 170f.). Es ist von verschiedenen Faktoren abhängig, ob ein Trauma als solches erlebt wird. Von entscheidender Bedeutung sind vor allem der Stand der kognitiven, emotionalen und sozialen Entwicklung und damit des Alters des Kindes, das Vorhandensein schützender Mechanismen und die Art und Weise des traumatischen Erlebnisses. Letzteres umfasst beispielsweise die Anzahl und die Intensität, die Plötzlichkeit des Eintretens, die Art der Beziehung zum Verursacher, das Ausmaß körperlicher Schmerzen und der Schuldgefühle (Riedesser 2009, S. 162f.).

Nach Francine Shapiro gibt es sogenannte „Big-T-Traumata“ und sogenannte „small-t-Traumata“. Die sogenannten „Big-T-Traumata“ entstehen durch Gewalteinwirkung auf den Körper, welche plötzlich, langanhaltend oder wiederholend auftreten und die soziale oder emotionale Existenz eines Menschen bedrohen. Dies kann, wie es im Fallbeispiel

Tim deutlich wird, in Form von familiärer Gewalt durch Misshandlungen geschehen. Wie oben im Zitat beschrieben, tritt hierbei eine Angst-Schreck-Schock-Situation ein. Die sogenannten „small-t-Traumata“ treten meist in sozialen Beziehungskontexten auf. Sie umfassen u.a. Situationen mit Schreck, Angst, Demütigung, tiefer Verunsicherung, großer Peinlichkeit oder vermeintlicher oder real hervorgerufener Schuld. Auch Vernachlässigungen und Verwahrlosung wie es Tim im Fallbeispiel erlebte, zählen zu den Auslösern von Traumata. Sollten diese Ereignisse so plötzlich auftreten, dass es dem Betroffenen nicht möglich ist, sich auf die Situation einzustellen oder darauf zu reagieren, kann es auch hier, ähnlich wie beim „Big-t-Trauma“ zu einer Angst-Schreck-Schock-Situation kommen (Besser 2013, S. 45).

Ausgangspunkte für Traumata sind spezifische Ereignisse, die auf den Betroffenen sehr stressreich wirken und eine Dynamik in Gang setzen. Das Gehirn muss mit der traumatisch erlebten Situation versuchen, auf eine andere als bisher gewohnte Weise umzugehen. Dieser Vorgang wird nach Michaela Huber als „Traumatische Zange“ bezeichnet (Huber 2007, S. 38). Diese beinhaltet eine überwältigende Bedrohung von außen, eine Alarmreaktion des Organismus und Aktivierung des Körpers (Besser 2013, S. 45f.). Der Betroffene konnte sich auf diese Bedrohung nicht vorbereiten und kann nun nicht mit Bewältigungsmechanismen darauf reagieren. Es kommt somit zu einer „Überflutung mit aversiven Reizen“, also feindliche Reize, welche zunächst als nicht zu bewältigen erscheinen (Huber 2007, S. 40). Das Gehirn kann in seiner Hilflosigkeit nicht entfliehen und durch seine Angst und den Schmerz nicht dagegen ankämpfen. Es folgt die Aktivierung des Bindungssystems mit unterschiedlichen Reaktionen auf die Bedrohung, wie Flucht, Angriff, Erstarrung, Dissoziation und Unterwerfung (Besser 2013, S. 45f.).

Im Fallbeispiel Tim (Anlage 1) wurde schon im Kindergarten deutlich, dass dieser auf Situationen, die er nicht kontrollieren oder bewältigen konnte und die ihn überforderten mit Flucht oder Angriff reagierte. Dies geschah häufig bei Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen. In der Vergangenheit hatte er keine „andere“ Lösungsstrategien für Konflikte erlernt. Durch die traumatischen Erlebnisse der physischen und psychischen Gewalt, die fehlende Sicherheit, Liebe und Geborgenheit in seiner frühen Kindheit in der Herkunftsfamilie kam es hierbei zu einer solchen Überforderung und Hilflosigkeit, dass das Notfallsystem in Tims Gehirn eingeschaltet wurde. Dies ist ein urtypischer Vorgang bei einem traumatisierten Menschen. Der Körper besitzt nicht genügend Energie, um

anders auf die Überforderungssituation zu reagieren und um den Vorgang des Denkens im Gehirn zu aktivieren (ebd.). Es ist jedoch möglich, dass der Betroffene, trotz der im Gehirn in Gang gesetzten Dynamik, instinktiv mit einem Flucht- oder Kampffreflex reagiert und die bevorstehende Katastrophe mildern oder sogar verhindern kann. Wenn dies geschieht, dann wird das Ereignis wahrscheinlich als sehr belastend, jedoch nicht als Traumatisierung verinnerlicht. Die Traumatisierung tritt somit ein, wenn das Gehirn nicht mit dem Flucht- und Kampffreflex reagiert, sondern eine Lähmungsreaktion anwendet. Dies passiert mit dem Ziel des Selbstschutzes, also um sich vorerst von dem aggressiven äußerlichen Reiz zu distanzieren. Erst nachdem der Betroffene sich sicher fühlt, wird das Gehirn wieder aktiviert und der Körper kann beispielsweise mit einem Zusammenbruch, Weinen oder Schreien reagieren. Es folgt eine Zersplitterung der traumatischen Erinnerung, sodass das Erlebte meist nicht mehr in seiner Gesamtheit wahrgenommen werden kann (Huber 2007, S. 41 ff.).

Für ein Kind sind seelische oder körperliche Gewalt bzw. Misshandlung in jeglicher Form, Vernachlässigung, aber auch das Miterleben familiärer Gewalt die häufigsten Auslöser unkontrollierbarer Stressreaktionen im Organismus. Am schlimmsten betroffen davon wird ein Kind, wenn die Gewalt im häuslichen Umfeld durch Bindungsperson geschieht, denn hierbei kommt es zum Verlust von Sicherheit an einem Ort und von einer Person, die dem Kind die größte Sicherheit geben sollten (Besser 2013, S. 48). Der Eintritt eines Traumas ist damit wahrscheinlicher, wenn das Erlebte von einem Menschen, vor allem von Bezugsperson, verursacht wurde (Riedesser 2009, S. 161).

4.2 Arten und Typen von Traumata

Anders als die „Big-T-Traumata und die „small-T-Traumata“, welche nach der Schwere des erlebten Traumas unterschieden werden, unterscheidet man die Arten von Traumata nach der Häufigkeit bzw. der Dauer des Auftretens und nach dem Grad des Bewusstseins des Erlebten. Die Arten unterscheiden sich somit in einmalige Traumata als einzelne Erlebnisse, auch Traumata Typ I genannt, in wiederholte Traumata, auch Traumata Typ II, als in ähnlicher Weise wiederholte Erlebnisse, in bewusste Traumata und in unbewusste Traumata. Diese Arten sind nicht immer klar voneinander abgrenzbar. Ein Betroffener kann somit mehrere Arten von Traumata durchleben (Heuper 2011). Beispiele für Arten von Traumata können Naturkatastrophen, Unfälle, Folter, Terrorismus, Krieg, psychische und physische Gewalt, Sexueller Missbrauch,

Vergewaltigung, Vernachlässigung, Trennungserlebnisse, sowie schwere eigene und familiäre Erkrankungen und Tod sein.

4.3 Auswirkungen auf die psychische und körperliche Entwicklung

Die psychischen und körperlichen Auswirkungen traumatischer Erlebnisse sind sehr umfangreich und stehen in enger Verbindung. Sie reichen von körperlichen Auffälligkeiten und Defiziten über neurologische Auswirkungen durch die Veränderung der Hirnentwicklung bis hin zu starken psychischen Beeinträchtigungen. Vor allem Traumata in der frühen Kindheit begleiten den Betroffenen in seiner gesamten Entwicklung meist bis weit ins Erwachsenenalter hinein oder sogar bis zum Lebensende.

Eine der ersten möglichen Auswirkungen eines traumatischen Erlebnisses ist die Angst-Schreck-Schock-Situation, häufig verursacht durch „Big-T-Traumata“. Diese tritt durch ein traumatisches Erlebnis ein, erschüttert den Betroffenen in seinem Urvertrauen, seinem Selbst und seiner Weltanschauung. Er wird mit Emotionen wie Todesangst, Leere, Hilflosigkeit, Schmerz und Schutzlosigkeit konfrontiert. Diese Emotionen können den Betroffenen so stark beeinträchtigen, dass dieser nicht mehr gewillt ist, weiterzuleben (Lützner-Lay 2016, S. 2).

Aufgrund dieses stark emotional belastenden Zustandes, welcher durch die erlebte Traumatisierung entstanden ist, findet eine Beeinträchtigung der steuernden Hirnfunktionen statt (Besser 2013, S. 45). Für das Kind sind unkontrollierbare, massive Stressbelastungssituationen im Normalfall schleichende Prozesse, welche immer bedrohlichere Ausmaße annehmen können. Es ist ihm dadurch möglich, neue Verhaltens- und Denkmuster zu entdecken. Dabei kommt es zu einem Ablösen und zu einer Neuorientierung des bestehenden Denkens, Fühlens und Handelns. Problematisch wird es jedoch, wenn es dem Kind nicht möglich ist, neue Verhaltens- und Denkmuster anzuwenden, aufgrund der Plötzlichkeit der Stressbelastungssituation. Folge kann ein Zusammenbruch bereits integrierter Regelmechanismen sein, welcher zu einer Verfestigung körperlicher und psychischer Störungen führt. Wenn das Kind diesen Prozess der Destabilisierung nicht stoppen kann, sind lebensbedrohliche Folgen für es möglich (Hüther 2009, S. 101f.). Grund dafür ist, dass das Gehirn eines Kindes leicht formbar ist. In den Entwicklungsabschnitten der Kindheit und der Jugend bilden sich basale Reaktionsmuster heraus. Dies geschieht nach Häufigkeit und Intensität der erlebten positiven, wie auch negativen Erfahrungen. Durch die neuronale Strukturbildung werden diese Muster dauerhaft geprägt. Gerade die erlebten Erfahrungen vom Kind und

Jugendlichen mit ihrer wichtigsten Bezugsperson, meist der Mutter und/ oder dem Vater, beeinflussen die Hirnentwicklung stark. Wenn ein Kind plötzliche und dauerhafte Gewalt, wie physische und psychische Misshandlungen, Vernachlässigung oder andere Ereignisse, die auf den kindlichen Organismus lebensbedrohlich, stressbelastet und unkontrollierbar wirken, erlebt, wendet es häufig Überlebensreaktionen an. Diese dauerhafte Anwendung von angeborenen Überlebensreaktionen, welche aus Überregung, Bindungssuche, Reaktionen von Kampf, Flucht, Erstarrung oder aus Unterwerfungsverhalten bestehen, führen zu einer Veränderung des Gehirns (Besser 2013, S. 43-48). Besser beschreibt den Vorgang im Gehirn wie folgt: „Es kommt zur Kopplung der in der traumatischen Situation aktivierten sensorischen, emotionalen und körperlichen Verarbeitungs- und Reaktionsmuster und nachfolgend zur Bahnung der zur Vermeidung dieser aneinander gekoppelten Muster gefundenen Bewältigungsstrategien“ (Besser 2013, S. 48). Das heißt, dass der Betroffene in jeglichen alltäglichen Situationen von den, durch die Traumatisierung erlebten Emotionen, eingeholt werden kann und zur Vermeidung dieser, Bewältigungsstrategien anwendet, die dem „Überleben“ dienen.

Die Folgen eines Traumas werden nach ICD 10 in der Klasse F 43 unterschieden in die akute Belastungsreaktion (F43.0), die „Posttraumatische Belastungsstörung“ (F43.1) und die Persönlichkeitsveränderung (F62.0) (Heuper 2011).

Nach den unmittelbaren psychischen Erstausswirkungen der Verstörung, des Nichts-mehr-fühlen-könnens, in Form von Schock, Ohnmacht oder Koma, des Nichts-mehr-spüren-könnens in Form von emotionaler Betäubung, des Nichts-mehr-wahrnehmen-könnens und des Nichts-mehr-wissen-könnens, folgt der Versuch des Gehirns, die Inhalte der Erlebnisse zu integrieren und das Geschehene zu reflektieren. Dieser Vorgang benötigt Zeit. Es kann zu starken körperlichen und psychischen Verwirrheitszuständen kommen, die einige Wochen andauern können. Dieser Integrationsvorgang wird „Posttraumatische Belastungsreaktion“ oder auch akute Belastungsreaktion genannt. Körperliche und psychische Kennzeichen dieser, aus dem Trauma entstandenen Folge, können Angstzustände, erhöhte Schreckhaftigkeit, Alpträume, Schlafstörungen, das Wiedererleben von Teilen des belastenden Ereignisses, Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, sein. Hierbei wird häufig versucht, möglichst alle Reize zu vermeiden. Weitere posttraumatische Belastungsreaktionen können Empfindungslosigkeit, Einsamkeit, Rückzug aus dem sozialen Umfeld und

Konzentrations- und Leistungsstörungen umfassen. Der Betroffene nimmt zudem sich selbst und seine Umwelt beeinträchtigt wahr (Huber 2007, S. 68).

Die „Posttraumatische Belastungsstörung“ als weiterführende Folge der Traumatisierung, beinhaltet drei Elemente. Diese werden „Konstriktion“, d.h. Rückzug, „Intrusionen“, d.h. Albträume und „Überregung“, d.h. grundlose körperliche Reaktionen, wie Zittern, Schluchzen, Aggressionen, Schreckhaftigkeit oder Konzentrationsstörungen genannt. Dauern die Elemente länger als vier Wochen an und nehmen in ihrer Intensität eher zu als ab, dann spricht man von einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“. Bei dieser Erkrankung finden wiederholt Erinnerungen an das Trauma oder Ausschnitte aus diesem statt. Ein traumatisierter Mensch kann von Albträumen oder auch von Halluzinationen betroffen sein. Die psychischen und physischen Auswirkungen sind ähnlich der „Posttraumatischen Belastungsreaktion“. So kann es auch hier bei Erinnerungen an das Trauma zu körperlichen Belastungssymptomen kommen. Betroffene können sich von ihrer Umwelt und von sich selbst abspalten, können wichtige Bestandteile des Traumas verdrängen und sogar eine Amnesie entwickeln. Des Weiteren sind erhöhte Erregung, Schlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsstörungen und Schreckreaktionen typische Auswirkungen einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“. Traumata können sich tief in die Seele graben und viele Jahre unbewusst verschlossen sein. Es besteht immer das Risiko, dass sogenannte „Flash-Backs“ als Folge, das heißt Erinnerungsteile des Traumas, den Betroffenen einholen. Diese Erinnerungen können auch erst viele Jahre später zum Vorschein kommen. Häufig erleben Betroffene „Flash-Backs“ in Krisen- oder Trennungssituationen, wie beispielsweise im Erwachsenenalter bei der Geburt eines Kindes, bei der Trennung oder einer Affäre des Partners. Früher erlebte Gefühle, wie zum Beispiel das Gefühl keine Luft zu bekommen, Panik, Verlust- und Todesangst, Verzweiflung, Sehnsucht, Hilflosigkeit, Wut oder das Gefühl von Ausgeliefertsein können im Betroffenen wieder ausgelöst werden und ihn ohne Behandlung des erlebten Traumas stark beeinträchtigen. Auch Albträume oder irritierende Verhaltensweisen können eintreten (Lützner-Lay 2016, S. 8ff.). Ein Kind zeigt Traumatisierungen häufig im Nachspielen von belastenden Ereignissen ohne positive Wendung, in Albträumen und in Reaktionen, die es in der traumatischen Situation angewandt hatte (Huber 2007, S. 70f.). Typisch ist auch die Flucht des Kindes in eine Phantasiewelt oder das Annehmen von Tieren oder Fabelwesen (Huber 2007, S. 74). Ein Kind kann sehr unterschiedliche Symptombereiche einer „Posttraumatischen Belastungsstörung“ zeigen, was die Diagnostizierung dieser

Krankheit erschwert und somit zu Fehldiagnosen führen kann (Besser, Hofmann 2009, S. 182). Ein entscheidender Risikofaktor für ein Kind, um eine solche Störung zu entwickeln, sind „dysfunktionale Familienstrukturen“. Dies bedeutet, dass es keine klaren Strukturen bzw. Regeln, keinen demokratischen Erziehungsstil und keine sichere Bindung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind gibt. Ein Kind aus einer Familie, deren Strukturen dysfunktional sind, verhält sich außerhalb des Elternhaushaltes meist angepasst und lässt die Probleme bzw. Verhältnisse sicher verschlossen hinter der Wohnungstür. Das Verhalten kann jedoch auch in starke Verhaltensauffälligkeiten umschwenken. Hierbei können sich Mädchen häufig angepasster und introvertierter verhalten als Jungen, die auf Missverhältnisse häufiger extrovertierter reagieren. Das Kind lernt schon früh, die Bedürfnisse der Erwachsenen zu erfüllen, zum Teil sich um die Elternteile zu kümmern bzw. Aufgaben der Elternteile zu übernehmen und den Umstand, dass man sich außerhalb des Haushaltes keine Hilfe besorgt und auch mit keinem über Probleme spricht (Huber 2007, S. 84f.).

Die Persönlichkeitsveränderung oder Persönlichkeitsstörung, welche als Folge aus dem erlebten Trauma entstehen kann, bringt verschiedene körperliche und psychische Beeinträchtigungen, wie diverse Somatisierungsstörungen, eine veränderte Lebenseinstellung, eine Umkehrung der inneren Werte, starke Hassgefühle, ein übersteigertes Kontrollverhalten oder eine besondere Ohnmacht mit sich. Die Verhaltensfolgen können hierbei der Wechsel des sozialen Umfeldes, eine berufliche Umorientierung, die soziale Isolation oder die Verweigerung von Hilfe von außen umfassen (Heuper 2011). Persönlichkeitsstörungen, wie beispielsweise „Borderline“, „histrionische Persönlichkeit“, „narzisstische Persönlichkeit“, „paranoide Persönlichkeit“ oder die „schizoide Persönlichkeit“ sind meist Störungen der Beziehungsfähigkeit. Vor allem früh erlebte Vernachlässigung, physische, psychische und sexuelle Gewalt sind für über 80% aller Diagnosen von Persönlichkeitsstörungen verantwortlich (Huber 2007, S. 117f.).

Traumatische Reaktionen und Störungen müssen nicht unmittelbar nach dem traumatischen Stresserlebnis auftreten. Sie können sich auch erst viele Jahre später zeigen. Ein traumatisches Ereignis, welches sehr lange andauert, sich häufig wiederholt, das Opfer sich mitschuldig fühlen lässt und von einer nahestehenden Person verursacht wurde, kann besonders schwere Reaktionen und somit einen besonders großen Schaden im Betroffenen anrichten. Ein Beispiel hierfür können Kindesmisshandlungen sein,

welche häufig wiederholt im Haushalt der Elternteile bzw. der Bindungsperson stattfinden und über einen längeren Zeitraum geschehen und somit einem chronischen Trauma gleichgesetzt werden können (ebd., S. 74ff.). Wenn die Misshandlungen durch einen nahestehenden Menschen, wie z.B. durch die Mutter geschehen, ist dieses Trauma für das Kind sehr schwer zu verkraften. Dies führt vor allem zu Folgen für die Bindungsfähigkeit und das spätere Beziehungsverhalten des Kindes. Traumatisierungen in der frühen Kindheit hinterlassen nachweislich Spuren, werden häufig verdrängt, jedoch nicht vergessen. Das Kind reagiert dann in der Regel mit einer heftigen, langanhaltenden „Posttraumatischen Belastungsstörung“ (ebd., S. 77ff.). Für Außenstehende wird die Traumatisierung des Kindes meist sichtbar durch psychische und kognitive Auffälligkeiten, Verhaltensstörungen und Defizite (Besser 2013, S. 43). Langfristig sind die Folgen für Kinder viel dramatischer als für Erwachsene. Die Hirnstrukturen von Kindern sind noch nicht vollständig gebildet und geformt. Die durch das Trauma hervorgerufenen Reaktionen von Angst und Stress im kindlichen Organismus in der Phase der frühen Hirnentwicklung, führen schneller zu einer Aktivierung der oben angeführten Überlebensreaktionen und zu einer immer fester werdenden Verknüpfung dieser Reaktionsmuster. Die Hirnstrukturen, welche aus den Mustern bestehen, bilden nun die Grundlage für die weitere Hirn- und Persönlichkeitsentwicklung. Auch später auftretende Verhaltensauffälligkeiten finden hier und in der fehlenden Bindungserfahrung mit der Bezugsperson ihre Ursache (ebd., S. 48f.). Im weiteren Entwicklungsverlauf greift ein traumatisiertes Kind häufig automatisch auf die Überlebensreaktionen von z.B. Flucht, Angriff oder Unterwerfungsverhalten zurück, nicht selten sogar in für Außenstehende nicht bedrohlichen Situationen (Besser 2013, S. 43).

Im Fallbeispiel Tim (Anlage 1) wird dies deutlich. Durch die erlebte Vernachlässigung, psychische und körperliche Gewalt, vor allem durch die Mutter und in den ersten Jahren durch deren Lebenspartner, wendete Tim Überlebensreaktionen an und sein Organismus war ständigen Stressreaktionen ausgesetzt. Ausschlaggebend waren bei ihm die unregelmäßige Essensversorgung und die fehlende Trockenlegung im Säuglingsalter. Der Kindesmutter war es nicht möglich, eine Regelversorgung herzustellen. Tim wusste, dass er irgendwann Nahrung erhielt, jedoch nicht wann dies der Fall war. Somit war das Kind existenzbedrohenden Umständen ausgesetzt, die wiederum zu spezifischen Reaktionen führten, wie beispielsweise anhaltendes Schreien bis hin zur Hospitalisierung. Kognitiv, sowie sprachlich wies er schon früh Defizite auf. Das Gehirn arbeitete im

Überlebensmodus und lernte somit nur für diese relevanten Funktionen. Außerdem hatte er die ersten drei Lebensjahre in der Ursprungsfamilie kaum die Möglichkeiten der Verbalisierung. Die sprachliche Entwicklungsverzögerung macht sich auch im jungen Erwachsenenalter bei Tim bemerkbar. Später im Schulalltag reagierte Tim bei der kleinsten Überforderung durch eine Aufgabenstellung, die es zu lösen galt, mit den fest verknüpften Reaktionsmustern, entstanden durch seine Traumatisierung. In Überforderungs- und Wutmomenten verstummte er. Es kam bei ihm zu einem Affektstau, der dazu führte, dass er, wenn es für ihn innerlich nicht mehr auszuhalten war, alles um sich herum und sich selbst zerstörte. Er schlug und beleidigte sich selbst, rannte aus dem Raum oder griff seine Mitschüler an. Durch das Fehlen stabiler Beziehungen, hielt er keine Frustration aus. Gleichzeitig zeigte er widersprüchliches und dysfunktionales Beziehungsverhalten, indem er sich nach einem Wutausbruch in kleinkindhaft klingender Sprache entschuldigte und von Erwachsenen fest umarmt werden wollte, auch in dafür unpassenden Situationen. Hier wurde das Suchen nach einem Anker deutlich. Er wechselte stark zwischen distanzlosem und stark distanzierterm Verhalten. Weiter konnte Tim sich sehr angepasst und freundlich gegenüber seinen Mitmenschen zeigen, was ebenfalls ein typisches Verhaltensmuster zeigt. Ihm war es nicht möglich sein Verhalten eigenständig zu reflektieren, zwischen richtig und falsch zu unterscheiden und somit aus gewalt- und wutbesetzten Situationen zu lernen.

Störungen der Affekt- und Impulskontrolle durch beispielsweise Wutausbrüche, impulsives Suchtverhalten, stark schwankende Gefühle sich selbst oder gegenüber Mitmenschen oder kriminelles Verhalten stellen keine Seltenheit nach Traumatisierungen dar (Huber 2007, S. 116). Es sind zum Teil typische Reaktionen durch die Veränderung des Gehirns aufgrund des erlebten Traumas. Die Veränderung beeinflusst die Persönlichkeitsentwicklung und den Alltag des Kindes stark. Ein traumatisiertes Kind und Jugendlicher hat häufig starke Probleme in seinem Leistungs- und Lernverhalten im Kindergarten und in der Schule. Störungen im Bereich der Konzentrations- und Leistungsfähigkeit treten häufig beim Betroffenen auf. Das Kind zeigt schlechte oder stark schwankende Schulleistungen, häufiges Fehlen in der Schule und es besteht ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Aufmerksamkeits-Defizitstörung (ADS) oder einer Hyperaktivierungsstörung (ADHD) (Huber 2007, S. 116). Es ist meist bis ins Erwachsenenalter hinein stark beeinträchtigt in seinem Bindungs- und Beziehungsverhalten zu seinen Mitmenschen. Das Kind ist weiter beeinträchtigt in seiner Selbstwahrnehmung, seinen Gefühlen, seinem Verhalten, sowie in der Wahrnehmung

seiner Umwelt. Durch fehlende Strategien zur Konfliktlösung und zur deren Bewältigung fällt es überwiegend durch Verhaltensauffälligkeiten auf. Emotionen wie Hilflosigkeit, Wut, Trauer, Versagensangst, Nichts-tun-können, Nicht-reagieren-können, Aggressivität und Sehnsucht nach Sicherheit, nach Halt, nach Struktur und nach Liebe begleiten den Betroffenen. Häufig steht das Kind unter einem enormen inneren Druck, den es kaum aushalten kann. Auch selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken können auftreten. Es ist gefährdet substanz- und nichtsubstanzgebundene Suchterkrankungen zu entwickeln (Besser 2013, S. 49f.). Tim im Fallbeispiel entwickelte eine Essstörung. Dies ist ein typisches Syndrom für früh vernachlässigte Kinder durch fehlende Regelversorgung in der Ursprungsfamilie. Doch auch als er in Fremdunterbringung regelmäßige Essensversorgung erhielt, aß er in für sein Alter ungewöhnlich großen Mengen und hortete Nahrungsmittel in seinem Zimmer.

Die Auswirkungen frühkindlicher Risikobelastungen, wie psychische und physische Gewalt zeigen sich mindestens bis ins Schulalter hinein, wenn diese nicht sogar erst in dieser Entwicklungsphase zum Vorschein kommen. Das betroffene Kind ist häufig in nahezu allen Entwicklungsbereichen von der motorischen über die kognitive bis zur sozial-emotionalen Entwicklung beeinträchtigt (Laucht 2009, S. 56).

4.4 Bearbeitung von Traumata

Ein traumatisiertes Kind muss lernen, Gefühlsäußerungen, wie beispielsweise Weinen oder Zittern als typische Symptome des Traumas einzuordnen und vor allem zuzulassen (Lützner-Lay 2016, S. 5). Es muss fühlen, dass es verstanden wird. Erst wenn das Kind Frieden gefunden hat mit der verletzten Vergangenheit und den damit zusammenhängenden Personen und Orten, ist es möglich, Neues aufzubauen. Sonst wird es wahrscheinlich sein ganzes Leben in dieser emotional gefangen bleiben. Durch das Verlorengehen der Fähigkeit, Bedrohungen abzuwenden, ist es wichtig, eine Abkopplung des Traumas aus dem Erinnerungsschatz mithilfe gezielter Strategien zur Veränderung der Wahrnehmung zu bewirken. Die Unkontrollierbarkeit stressbelastender Situationen muss kontrollierbar gemacht werden, um den Destabilisierungsprozess zu stoppen. Dies kann durch sich wiederholende erfolgreiche Bewältigung stressbelasteter Situationen und vor allem durch die Auflösung der mit ihnen verbundenen Ängste und Verschaltungsmuster im Gehirn erfolgen. Es kann mehrere Jahre dauern, bis die Erinnerung an die Traumatisierung für das Kind nicht mehr abrufbar ist (Hüther 2009, S. 102f.). Es benötigt zudem elterliche Unterstützung oder zumindest die Unterstützung

einer Bezugsperson des Kindes, um ein traumatisch erlebtes Ereignis zu bewältigen. Hierbei ist es von großer Bedeutung, dass das Kind bei Lernprozessen begleitet wird, um möglichst positive Effekte in der Selbstwahrnehmung und in der Wahrnehmung der eigenen Fähigkeit, Situationen erfolgreich zu lösen, zu erzielen. Die Institution Schule spielt hierbei eine große Rolle, denn hier werden Kinder mit eigenen Fähigkeiten, Fertigkeiten und vor allem mit den eigenen Emotionen, wie der tief verankerten Angst und Wut bzw. Aggression konfrontiert (Köckeritz 2017, S. 185). Zudem benötigt ein traumatisiertes Kind einen sicheren, gewaltfreien Ort mit stabilen, verlässlichen Bezugs- und Bindungspersonen. Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen, sind, neben der Aufarbeitung von durch die Traumatisierung entstandenen Entwicklungsverzögerungen, die wichtigsten Ziele bei der Bearbeitung von Traumata bei Kindern (Besser 2013, S. 52).

Die Auflösung bzw. Bearbeitung von Traumata bei Kindern und die Begleitung traumatisierter Kinder sollten mithilfe pädagogisch und therapeutisch ausgebildeter Fachkräfte und mit Unterstützung von Bezugspersonen geschehen und spielen damit eine wichtige und herausfordernde Rolle in der Sozialen Arbeit, denn in jedem Arbeitsfeld finden sich Klienten, welche traumatische Erlebnisse durchlebten oder durchleben. Die Verfasserin wird im nächsten Kapitel, Herausforderungen für die Soziale Arbeit mit Traumatisierungen, unter anderem konkret auf die Möglichkeiten des Lösens von Traumata, eingehen.

5 Herausforderungen für die Soziale Arbeit mit Traumatisierungen

„Solange wir Trauma als Krankheit begreifen, die neben anderen psychischen Krankheiten steht, bleibt es ein Arbeitsfeld für Psychiater und Psychologen. Sobald wir aber erkennen, dass Traumata zum einen eng verknüpft sind mit allgegenwärtigen Erfahrungen wie Angst und Trauer und auch noch verstehen, dass sie eben nicht nur als überraschende Einzelphänomene, sondern vor allem auch als breit angelegter und langwieriger Prozess verstanden werden, die überall – und gerade in der Pädagogik – relevant sind“ (Becker 2017, S. 152). Kinder, Jugendliche, sowie Erwachsene können Traumata in unterschiedlichen sozialen oder familiären Situationen erleben oder erlebt haben. Ein in der Kindheit stattgefundenes traumatisierendes Erlebnis kann sich bis weit ins Erwachsenenalter oder darüber hinaus auf den Betroffenen auswirken. Deshalb ist es wichtig, dass diese Erlebnisse im Rahmen der psychologischen, therapeutischen und vor allem pädagogischen Arbeit mit dem Betroffenen bearbeitet werden.

Ein erster und wichtiger Schritt dabei ist es, dem betroffenen Kind „Heilende Gemeinschaften“ aufzuzeigen. Ein traumatisiertes Kind und auch ein Erwachsener, welcher in der Kindheit traumatische Situationen erlebte, benötigt eine gesunde Gemeinschaft mit positiven Beziehungen zu seinen Mitmenschen, um verloren gegangenes Vertrauen zu erlangen. Hierbei ist es wichtig, dass sich positive, vertrauensvolle Beziehungserfahrungen wiederholen. Je mehr neue Erfahrungen das Kind erlebt, desto größer ist die Chance, ihm ein Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu geben. Für ein traumatisiertes Kind ist dies ein großer Schritt, da es in der Regel von seiner Bezugsperson und seinen Mitmenschen enttäuscht und nicht verstanden wurde. Es hat meist gelernt, nicht über eigene Gefühle oder Probleme zu sprechen, sondern drückt diese häufig unbewusst durch Verhaltensauffälligkeiten aus. Sich anderen Menschen hinzugeben und anzuvertrauen, kostet dem Kind Energie und Überwindung. „Heilende Gemeinschaften“ können helfen, um einen sicheren Ort und ein Gefühl von Selbstwirksamkeit zu schaffen.

Die Selbstwirksamkeit bzw. die sogenannte „Selbstbemächtigung“ bedeutet, dass das Kind seine erlernten Einstellungen und Überzeugungen, sich selbst und seiner Umwelt gegenüber, verändern und dass über das erlebte Trauma gesprochen werden kann. Dies ist wichtig, um es verstehen und um damit verbundene unbewusste Auswirkungen, wie Verhaltensauffälligkeiten und Gefühle, einordnen zu können. Im Rahmen der „Selbstbemächtigung“ eines traumatisierten Kindes kann der Sinn im Leben gefunden

werden. Es können zudem der fürsorgliche Umgang und die Wahrnehmung des Körpers erarbeitet werden. Oft hat bei einem traumatisierten Kind, gerade bei erlebter psychischer, physischer oder sexueller Gewalt, eine Abspaltung der Psyche vom Körper stattgefunden. Es ist wichtig, dass es lernt, sich selbst spüren und seinen Körper positiv fühlen und wahrnehmen zu können. Außerdem dient die „Selbstbemächtigung“ zur Selbstregulation in sogenannten „Flashbacks“ traumatischer Erlebnisse. Das Kind kann lernen, Vertrauen zu fassen und Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und zu halten. Es kann mithilfe der „Selbstbemächtigung“ eine respektierende Haltung gegenüber der eigenen Gefühle, des eigenen Verhaltens, eigener Wunden und eigener Beeinträchtigungen, entstanden durch das Trauma, entwickelt werden (Weiß 2013, S. 15ff.). Selbstbemächtigung erlernen, bedeutet zudem, selbst aktiv zu handeln, zu bestimmen und das eigene Leben selbst zu beeinflussen und zu lenken (Weiß 2013, S. 167).

Eine entscheidende Rolle in der Traumaaarbeit spielen Kindertagesstätten und Schulen. Diese Institutionen, vor allem die Schule, stellen meist die größte Hürde eines traumatisierten Kindes dar und bereiten diesem großen Stress. Durch seine sozialen, emotionalen, kognitiven Einschränkungen und Verhaltensauffälligkeiten, besteht ein hohes Risiko, dass es von anderen Kindern, aber auch von Erwachsenen ausgeschlossen wird (Weiß 2013, S. 17f.). Denn meist drücken sich die Verhaltensauffälligkeiten schwankend in Wahrnehmungs- und Konzentrationsstörungen, Unruhe, Aggressivität und Hypersensibilität aus. Das traumatisierte Kind kann dem in der Schule herrschenden Leistungsdruck nicht stand- bzw. aushalten und mit Nähe und Zuwendung nicht umgehen. Ihm fällt es schwer, wichtige Lerninhalte von unwichtigeren zu unterscheiden und zu verinnerlichen. Jede neue Situation kann das Kind überfordern. Durch den entstehenden innerlichen Stress können Hirnregionen blockiert und eine Art Schutzmechanismus im Gehirn errichtet werden. Um nicht verletzt zu werden, kommen Gefühle, wie Frust und Wut auf, welche das Kind innerlich schwer aushalten kann und somit nach Außen leiten muss. Es beginnt ein Kreislauf, welcher durch das Kind allein nicht durchbrochen werden kann (Ding 2013, S. 56-59).

Zu einer gelingenden Bearbeitung eines Traumas, zur sozialen Teilhabe und zur Integration des traumatisierten Kindes in die Gemeinschaft, benötigt es die Bereitschaft dieser Institutionen, ihm in seinem Verhalten, in seinen Gefühlen und in seiner gegebenenfalls mangelnden Leistungsbereitschaft und Leistungserbringung zu verstehen. Wie im vorhergehenden Kapitel zum Thema Traumata erwähnt, verfügt ein

traumatisiertes Kind meist über wenig Energie für kognitive Lernprozesse, da es durch innere und äußere Faktoren zu sehr beeinträchtigt wird (Weiß 2013, S. 17f.). Ein traumatisiertes Kind kann mit Kritik und Konsequenzen selten umgehen. Deshalb ist es wichtig, dass die Lehrkräfte ausreichend ausgebildet sind. Dies hilft ihnen vor allem, wenn ein Kind augenscheinlich provoziert, denn es hat zwar gelernt mit negativen Gefühlen, wie Angst, Trauer und Wut zu leben bzw. zu überleben, jedoch nicht mit positiven. Positive Bindungserfahrungen versucht ein traumatisiertes Kind in der Regel zu umgehen bzw. ist es mit ihnen überfordert. Es wird ein Schutzmechanismus ausgelöst, welcher zur augenscheinlichen Provokation führt. Diese gilt es von Pädagogen auszuhalten und trotzdem eine positive, stabile Haltung zu wahren. Schule sollte dem Kind Stabilität, Vertrauensaufbau und Kontinuität vermitteln. Ein gewöhnlich praktizierter Unterrichts- und Lernalltag ist meist unmöglich. Es ist unabdingbar für die Traumaarbeit, dass die Schule für das Kind positiv erlebt wird. Sicherheit bedeutet für das Kind, Struktur und sich täglich wiederholende Rituale. Dies kann beispielsweise mithilfe des Einsatzes von Tages- und Wochenplänen oder von der Integration eines Morgenkreises im Tagesablauf erfolgen. Hierbei sollte alles, auch, wenn es als selbstverständlich erscheint, mit dem Kind besprochen werden. Dazu zählt auch der Umgang mit Fehlern und Anforderungen an sein Verhalten. Eine Hilfe für den Schulalltag können auch Einzeltische mit freiem Blickfeld zum Lehrer und mit wenig umliegenden Materialien darstellen. Wertschätzung, Lob, Anerkennung, Zuwendung, Verständnis und das Ermöglichen positiver Lernerfolge können Schulen für ein Kind zu einem sicheren Ort entstehen lassen und zudem das Selbstbewusstsein und die Selbstwahrnehmung erhöhen (Ding 2013, S. 58-64).

Für Tim (Anlage 1) stellten Besuche in der Kindertageseinrichtung, später vor allem in der Schule starke Stressmomente dar. Aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten, der fehlenden Bindungsfähigkeit und seines Status des Integrationskindes, konnte er keine Freundschaften im Kindergarten eingehen. Die Kinder mieden ihn und er fühlte sich schnell durch sie provoziert, was zu Wutausbrüchen führte. Dies bewirkte wiederum, dass die Kinder Angst vor ihm bekamen. Tim verfügte über eine stark herabgesetzte Frustrationsgrenze. In der Schule wurden seine Verhaltensauffälligkeiten in Bezug auf den Umgang mit Konflikten, Kritik, Selbstwertgefühl und zwischenmenschlichen Beziehungen deutlich. Er zeigte körperliche Unruhe und Bewegungsdrang. Tim bereitete es besonders Probleme, sich in eine Schülergruppe ein- und unterzuordnen. Bei

fehlerhaften Beiträgen entzog er sich und verweigerte die weitere Mitarbeit. Er erlebte häufig Schulbeurlaubungen und -ausschlüsse.

Ein traumatisiertes Kind benötigt vor allem Zeit, Geduld, Vertrauen und Respekt seiner Mitmenschen. Es bedarf der Bereitschaft von den Pädagogen, welche in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen tätig sind, eigenes Verhalten und eigene Gefühle immer wieder hinterfragen und gegebenenfalls zurückstellen zu können (Weiß 2013, S. 21). Ein Kind, welches aus traumatisch erlebten Familienverhältnissen stammt, lebt meist in Fremdunterbringung. Hierbei spielen die dort agierenden Pädagogen eine sehr wichtige Rolle für die Entwicklung des Kindes und für eine erfolgreiche Traumaarbeit. Das Kind wird häufig als anstrengend und schwierig erlebt. Dabei kann es passieren, dass die Pädagogen in sie überfordernde Situationen geraten, es zu Grenzüberschreitungen und in der Folge zu institutioneller Gewalt kommt. Strafen, Sanktionen und Isolation eines traumatisierten Kindes würde dieses wieder in früher erlebte und bekannte Muster zurückversetzen und die Traumaarbeit stark beeinträchtigen. Die Pädagogen sollten demnach über ausreichend Fachkompetenz, Fachwissen und über die Bereitschaft zur Arbeit mit dem Kind verfügen. Es bedarf dabei eines „geschützten Handlungsraumes“ für das Kind und die Pädagogen, damit sich die Beteiligten sicher fühlen können (Weiß 2013, S. 28-34). Das grenzüberschreitende Verhalten des Kindes sollte als Überlebensstrategie betrachtet werden, auf welche mit Wertschätzung reagiert werden sollte (Haaser; Krautkrämer-Oberhoff 2013, S. 86). Dem Kind ist es in der Regel unmöglich, Konflikte mit sich selbst auszutragen und lösungsorientierte Strategien zur Konfliktlösung entwickeln und anwenden zu können. Die Pädagogen sollten einzelfallbezogen entscheiden, inwieweit mit Schule und Therapieeinrichtungen verbundene Termine und Anforderungen, die Entwicklung und die Aktivierung der Selbstheilungskräfte des Kindes positiv beeinflussen. Ein traumatisiertes Kind benötigt unbedingt Frei- und Spielzeit (Wagner 2013, S. 96-98).

Zum „geschützten Handlungsraum“ benötigt die Traumaarbeit einen „sicheren Ort“ und „emotionale Dialoge“. Der „Sichere Ort“ bedeutet, dass das Kind seine Umgebung und seinen Alltag einschätzen, voraussehen, bewältigen und ihn als verlässlich und geschützt erleben kann. Dies stellt die Grundvoraussetzung zum Aufbau von Vertrauen dar. Ebenso der „emotional-orientierte Dialog“ zwischen dem Kind und dem Pädagogen. Dieser ist von Bedeutung, damit ein traumatisiertes Kind, eigene Gefühle, Wahrnehmung, Kontrolle und Wirksamkeit entwickeln kann. Die Kommunikation und Interaktion

zwischen den Beteiligten sollten demnach feinfühlig, vertrauensvoll und authentisch erfolgen (Weiß 2013, S. 32f.).

Tim (Anlage 1) hatte große Probleme in den Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen, in denen er lebte. Er konnte, wie auch in den anderen Lebensbereichen, keine Beziehungen zu den Pädagogen und den Kindern eingehen. Das Leben in Fremdunterbringung überforderte ihn. Es kam fast täglich zu Gewalt- und Wutausbrüchen. Tim zeigte sich stark verhaltensauffällig. Ihm fiel es schwer, Regeln und Grenzen zu akzeptieren und einzuhalten. Tim erlebte bis zum 16. Lebensjahr ständige Wechsel zwischen verschiedenen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe.

6 Schlussbetrachtung

Die frühkindliche Entwicklung ist entscheidend für die weitere eines Kindes. Gerade in den ersten Jahren ist es bedeutsam, wie nicht wieder im Leben des Kindes, dass seine individuellen Grundbedürfnisse befriedigt werden. Vor allem emotionale Grundbedürfnisse sollten in jedem Fall erfüllt werden, damit sich ein Kind gesund entwickeln kann. Eine unzureichende oder gar fehlende Befriedigung hat meist gravierende Folgen für die Entwicklung des Kindes und beeinträchtigt dieses beim Erreichen seiner Entwicklungsfortschritte (Largo 2015, S. 13-21). Die Grundbedürfnisse sollten für eine gesunde Entwicklung des Kindes außerdem zu seinen Umweltbedingungen und zu seinem Temperament passen. Eine unzureichende oder fehlende „Passung“ der drei Faktoren führt in der Regel zu Entwicklungsauffälligkeiten, Verhaltensstörungen und zu emotionalen und psychischen Beeinträchtigungen. Ein hohes Risiko für „Passungsprobleme“ stellt die körperliche und emotionale Vernachlässigung dar (Jungbauer 2017, S. 28-37). Tim (Anlage 1), welcher in der frühen Kindheit durch die Kindesmutter vernachlässigt wurde und der häuslichen Gewalt ausgesetzt war, zeigte mögliche Auswirkungen von „Passungsproblemen“, welche sich hauptsächlich in Verhaltensauffälligkeiten, sozialen und emotionalen Beeinträchtigungen und Entwicklungsverzögerungen ausdrückten.

Ein Kind benötigt für seine gesunde Entwicklung zudem die Interaktion und sichere Bindungsbeziehung mit seiner Bezugsperson. Gerade die ersten 3 Lebensjahre sind entscheidend für dessen Bindungsentwicklung (Huber 2007, S. 88). Die Bindung beeinflusst die Entwicklung des Kindes grundlegend und sie bleibt ein Leben lang bestehen. Dabei beginnt die Bindungsbeziehung meist mit den Elternteilen, danach mit den Geschwistern, den Freunden und später mit dem Partner/ der Partnerin (Largo 2019, S. 198). Mit wem das Kind eine Bindung eingeht, entscheidet sich danach, wer es in den ersten Lebensjahren beständig versorgt. Damit können auch andere Personen als die Elternteile, Bindungspersonen sein. (Huber 2007, S. 89). Eine sichere Bindung zwischen der Bezugsperson und dem Kind wirkt sich positiv auf die Entwicklung seiner emotionalen und kognitiven Lern- und Entwicklungsprozesse aus (Brisch 2013, S. 150). Es hat zudem Auswirkungen auf die Lebensfreude und auf den Umgang mit schwierigen Situationen. Die Entstehung einer sicheren Bindung ist abhängig von dem Verhalten der Bindungsperson gegenüber dem Kind und von der Interaktion zwischen ihnen (Jungbauer 2017, S. 63-68). Tim (Anlage 1) erlebte ein unsicheres Bindungsverhältnis zur

Kindesmutter. Dies wirkte sich sehr stark auf seine Entwicklung aus. Er zeigte starke Verhaltens- und Entwicklungsbeeinträchtigungen, die ihn in allen Lebensbereichen beeinflussten. Aufgrund der in der frühen Kindheit erlebten Vernachlässigung durch die Kindesmutter, entwickelte Tim eine Bindungsstörung. Bei dieser wendet das Kind meist früh erlernte Verhaltensmuster an, sobald es in eine stressreiche Situation gerät. Es zeigt sich in der Regel stark verhaltensauffällig (Brisch 2013, S. 160-162). Soziale Arbeit kann schon vor Geburt eines Kindes auf die Bindungsentwicklung von Mutter und Kind Einfluss nehmen. Hierbei müssen jedoch Belastungsfaktoren der Kindesmutter frühzeitig erkannt werden (Lützner-Lay 2016, S. 7). Ein bindungsunsicheres Kind benötigt vor allem sich wiederholende Interaktionserfahrungen mit der Bezugsperson, körperliche Nähe, emotionale Kommunikation und Sicherheit (Brisch 2013, S. 151-164). Eine stabile Bezugsperson, welche zum Kind eine stabile Beziehung aufbauen kann und auf dieses mit feinfühligem Verhalten und Verständnis reagiert, kann die Entwicklung einer sicheren Bindung bewirken (Brisch 2013, S. 164).

Als Fazit lässt sich sagen, dass die frühkindliche Entwicklung und die Bindung in der frühen Kindheit zusammenhängen und sich gegenseitig beeinflussen. Ebenso wie Traumata von Kindern, gerade wenn sie in den ersten Lebensjahren erlebt wurden. Denn erlebt ein Kind plötzlich eine traumatisierende Situation und kann sein Gehirn, dieser, weder entfliehen, noch gegen sie ankämpfen, erfolgt die Aktivierung des Bindungssystems mit den Reaktionen Kampf, Flucht, Erstarrung oder Unterwerfung (Besser 2013, S. 45f.). Häusliche Gewalt, verursacht durch die Bindungsperson des Kindes, stellt den häufigsten Auslöser für ein Trauma bei einem Kind dar (Besser 2013, S. 48). Kinder zeigen Traumatisierungen häufig durch psychische, kognitive und physische Auffälligkeiten, Verhaltensstörungen und Defizite (Besser 2013, S. 43). Dabei sind die Folgen dramatisch, da die nicht vollständig gebildeten und geformten Hirnstrukturen eines Kindes schneller zu den Reaktionsmustern des Bindungssystems führen und sich immer mehr verfestigen. Diese Hirnstrukturen bilden die Grundlage für die weitere Hirn- und Persönlichkeitsentwicklung (Besser 2013, S. 48f.). Tim (Anlage 1) zeigte schon früh die Folgen der Traumatisierung in seiner sprachlichen und kognitiven Entwicklungsverzögerung. Er reagierte mit fest verknüpften Reaktionsmustern, welche durch das erlebte Trauma entstanden sind. Er reagierte schnell aggressiv sich selbst und seinem Umfeld gegenüber, um in der Folge gegensätzliches Beziehungsverhalten in Form von kleinkindhafter Sprache und körperlicher Nähe zu zeigen. Ein traumatisiertes Kind ist meist in seinem Lern- und Leistungsverhalten eingeschränkt, was sich auch auf die

Bereiche Kindergarten und Schule auswirkt (Huber 2007, S. 116). Im Erwachsenenalter ist meist das Bindungs- und Beziehungsverhalten zu Mitmenschen, infolge des Traumas, stark beeinträchtigt (Besser 2013, S. 49f.). Ein Trauma kann einen Betroffenen somit sein ganzes Leben lang beeinflussen, auch wenn es sich gegebenenfalls erst im Erwachsenenalter sichtbar zeigen. Die Folgen können alle Entwicklungsbereiche umfassen (Laucht 2009, S. 56). Somit sollte die Aufarbeitung eines Traumas, neben der Unterstützung durch die Bezugsperson, mithilfe pädagogisch und therapeutisch ausgebildeter Fachkräfte erfolgen. Dafür muss ein traumatisiertes Kind wiederholt positive, vertrauensvolle Beziehungserfahrungen erleben, die ihm das Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen geben. Es muss lernen, die aktive Führung des eigenen Lebens zu übernehmen und somit selbstwirksam zu werden. Zur erfolgreichen Traumaarbeit benötigt es zudem ein gut funktionierendes Netzwerk zwischen den beteiligten Institutionen. Vor allem die Kindertagesstätte und die Schule sollten über genügend Fachwissen verfügen, um mit traumatisierten Kindern und mit eventuell bestehenden Verhaltensauffälligkeiten, Defiziten, Entwicklungsverzögerungen und der mangelnden Lern- und Leistungsbereitschaft zu arbeiten (Weiß 2013, S. 15-18). Dies gilt auch für die Pädagogen in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen. Gerade in diesem Arbeitsfeld kann es durch sie überfordernde Situationen mit verhaltensauffälligen Kindern zu Grenzüberschreitungen und institutioneller Gewalt kommen. Dies muss in jedem Fall verhindert werden. Traumatisierte Kinder benötigen zur Auflösung des Traumas einen sicheren Ort und stabile Bezugspersonen mit vertrauensvollen Bindungen (Weiß 2013, S. 28-34). Frau Linz (Anlage 1), fand, nach jahrelangen wechselnden Unterbringungen bei Familienangehörigen, in Kinder- und Jugendeinrichtungen und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Tim im Jahr 2017 eine geeignete Lösung. Tim wurde in einem Auslandsprojekt angenommen. Die Maßnahme besteht bis heute fort und erreichte bisher nie erwartete Erfolge. Tim hat auch heute noch Einschränkungen in seiner Entwicklung und in seinem Verhalten. Er reagiert auch nach wie vor mit Aggressionen und anderen spezifischen Reaktionsmustern aus seiner frühen Kindheit. Es gelingt ihm jedoch in einer Gruppe mit anderen Menschen zusammenzuleben, er hat seinen Hauptschulabschluss erfolgreich bestanden und er hat sich von seiner Familie emotional distanziert. Durch das Projekt hat er es geschafft, sich aus seiner verletzten Vergangenheit zu befreien. Er macht aktuell eine Therapie, in der es ihm zeitweise gelingt über seine Familie und seine Vergangenheit zu sprechen und er soll in den nächsten Jahren zurück nach Deutschland kommen, um in einem betreuten Wohnen zu leben und

Selbstständigkeit zu erlernen. Tim wird wahrscheinlich immer auf institutionelle Unterstützung und damit auf die Hilfe der Sozialen Arbeit angewiesen sein. Die Folgen des Traumas werden ihn sein Leben lang begleiten. Damit ist Tim ein gutes Beispiel, um zu sehen, welche Rolle die frühkindliche Entwicklung, die frühkindliche Bindung und in der frühen Kindheit erlebte Traumata spielen und wie stark diese miteinander in Verbindung stehen und sich gegenseitig beeinflussen.

Anlage 1 Fallbeispiel Tim

Tim Talmann wurde am 01.06.2001 geboren. Seine Mutter, Dana Talmann, war zu diesem Zeitpunkt 20 Jahre alt, sein Vater 27 Jahre. Am 20.10.2002 kam Tims kleine Schwester Tamara Talmann auf die Welt. Schon kurz nach der Geburt von Tamara, trennten sich die Eltern. Nun betreute Frau Talmann die zwei Kinder allein. Der Vater zeigte kein Interesse an den Kindern. Es gab nur wenig und nur unregelmäßigen Kontakt. Wenige Jahre später stellte der Vater den Kontakt ein. Die Kindesmutter verfügte kaum über familiäre Ressourcen. Tim wurde die ersten 3 Lebensjahre zu Hause durch seine Mutter betreut. Erst ab dem 4. Lebensjahr besuchte er eine Kindertageseinrichtung. Schnell wurden die ErzieherInnen auf Tims Verhalten aufmerksam. Er wurde schnell wütend, wirkte hyperaktiv und unkonzentriert. Tim konnte kaum sprechen, zeigte unbeherrschtes Sozialverhalten. Ein Antrag auf einen Integrationsplatz in der Kindereinrichtung wurde gestellt. Aufgrund der Verhaltens- und Entwicklungsauffälligkeiten von Tim besuchte er nun regelmäßig das Sozialpädiatrische Zentrum, sowie einmal wöchentlich jeweils Therapiestunden der Logopädie und der Ergotherapie. Die Großmutter äußerte gegenüber Frau Linz, einer Mitarbeiterin des Allgemeinen Sozialen Dienstes des Jugendamtes, die eigene Tochter und Mutter von Tim würde diesen misshandeln. Hausbesuche, sowie Gespräche mit der Kindesmutter ließen keine eindeutigen Beweise für eine Kindesmisshandlung durch die Kindesmutter seitens des Amtes zu. Den Einsatz einer Hilfe lehnte die Kindesmutter ab. Erst ein Jahr später meldete sich Frau Talmann bei Frau Linz. Sie beschrieb ihren Sohn als hyperaktiv und frech. Er höre nicht, schreie und habe Wutanfälle. Tim nasse mit 5 Jahren noch immer ein, sei faul und zappelig. Die Kindesmutter stellte einen Antrag auf Hilfe zur Erziehung gemäß §27 SGB VIII beim zuständigen Jugendamt. Eine sozialpädagogische Familienhilfe wurde eingesetzt. Im Oktober 2006 wurde Tim im Sozialpädiatrischen Zentrum psychologisch untersucht. Es wurden die medizinischen Diagnosen des nächtlichen Einnässens, der Entwicklungsverzögerung mit Verhaltens- und Sprachauffälligkeiten und der häufigen Infekte der Atemwege gestellt. Die Kindesmutter wirkte häufig psychisch instabil. Die sozialpädagogische Familienhilfe berichtete dem Jugendamt von massiven Problemen innerhalb der Familie. Der Umgang zwischen der Kindesmutter und den Kindern gestalte sich rau und lieblos. Tim weise zudem ein sehr hohes Aggressionspotential gegenüber der Kindesmutter auf. Zur Unterstützung und Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung besuchten Tim und seine Mutter im Januar 2007 eine Kureinrichtung. Der Entlassungsbericht gab weitere Informationen über die

Entwicklungsverzögerung und die Verhaltensauffälligkeiten von Tim. Er litt nach wie vor an Übergewicht und an nächtlichem Einnässen. Tim verhielt sich distanzlos gegenüber Therapeuten, er verfügte kaum über eigenes Körperbewusstsein und über Handlungsstrategien. Zudem reagierte er mit gegen sich selbst gerichteten Aggressionen, sowie mit Aggressionen gegenüber anderen Kindern. Wutanfälle und eine stark herabgesetzte Frustrationsgrenze bestimmten den Alltag. Das kleinkindhafte Trotzverhalten oder die Selbstverletzung traten vor allem auf, wenn seine Bedürfnisse nicht sofort oder zeitnah befriedigt wurden. Im März und Juni 2007 folgten ein pädagogisches Gutachten, die schulärztliche Untersuchung und ein förderpädagogisches Gutachten über Tim. Er hatte kaum Verhaltenssteuerung in Wutausbrüchen. In schwierigen Situationen gab er sofort auf. Das Gutachten beinhaltete Defizite in der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Differenzierung, dem Denken, der Belastbarkeit und der Arbeitsweise. Anfang 2008 schätzte die Schule Tim förderpädagogisch ein. Er zeigte Auffälligkeiten im Verhalten in Bezug auf den Umgang mit Konflikten, Kritik, Selbstwertgefühl und zwischenmenschlichen Beziehungen. Im Schulalltag kam es immer wieder zu spontanen, unkontrollierten Wutausbrüchen und zu aggressivem Verhalten sich selbst und seinem Eigentum gegenüber. Es konnte ein typischer Ablauf eines Wutanfalls festgestellt werden. So hielt Tim sich vorerst die Hände vor die Augen, versteckte sich unter der Bank und benutzte heftige Ausdrücke und Gesten. Zum Teil warf er Arbeitsmaterialien von der Bank, zerstörte Gegenstände, leerte seinen Rucksack auf dem Boden aus oder warf ihn weg. Es folgten Reue und Entschuldigungen und das Versprechen, lieb zu sein. Letztlich suchte er immer Körperkontakt und wollte umarmt werden. Tim schlug sich häufig selbst ins Gesicht, ließ den Kopf auf die Bank fallen oder wertete sich mit Worten selbst ab. Sein Lern- und Arbeitsverhalten unterlag seiner emotionalen Befindlichkeit, seine Aufmerksamkeit und Konzentration somit Schwankungen. Im Schulalltag zeigte sich seine ständige körperliche Unruhe und sein Bewegungsdrang. Tim versuchte das Vertrauen seiner Mitschüler zu gewinnen, nutzte dann jedoch schnell ihre Schwächen aus. Aufgrund der massiven Verhaltensauffälligkeiten von Tim besuchte er von Oktober 2008 bis April 2009 stationär eine Kinder- und Jugendpsychiatrie. Tim habe, laut Frau Talmann, wenige Freunde, spiele oft allein. Durch den Vater habe er in den ersten Lebensjahren Gewalt erlebt und beobachtet. Eine in der Psychiatrie gestellte Diagnose lautete die Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen infolge einer Beziehungsstörung zur alleinerziehenden Kindesmutter. Tim zeigte deutliche Irritationen bei Besuchen der

Kindesmutter und bei Beurlaubungen nach Hause mit einer Verschlechterung der Symptomatik. Im Mai 2009 folgte eine pädagogische Schuleinschätzung. Tim schwanke im Interaktionsverhalten zwischen Extremen. Er sei auf der einen Seite freundlich, mitteilend und suche die Nähe zu Erwachsenen. Auf der anderen Seite zeige er starke Aggressionen, vor allem bei Kritik, Misserfolgen und beim Durchsetzen eigener Wünsche. Er habe große Probleme, sich in eine Schülergruppe ein- und unterzuordnen. Seine fehlenden sozialen Kompetenzen zeigen sich in den kurzzeitigen Beziehungen zu seinen Mitschülern. Um die Familie zu Hause zu entlasten und Tim außerhalb der Schule zu fördern, erfolgte im Juni 2009 die Anbindung an eine Tagesgruppe. Zur Aufnahme erfolgte ein Anamnesegespräch mit der Kindesmutter. Diese berichtete über psychische und physische Aggressionen vom damaligen Lebenspartner. Er habe sich rücksichtslos im Familienalltag verhalten, ließ Tim als Baby absichtlich fallen. Außerdem habe er sie verbal gedemütigt und geschlagen. Die Kindesmutter habe sich gegen ihn verbal und körperlich verteidigt. Diese Situation habe den Alltag ihrer zwei Kinder dargestellt. Erst nach vier Jahren habe sie sich getrennt. Die Kindesmutter habe zur eigenen Mutter ein schlechtes Verhältnis, auch sie habe in der Kindheit Gewalt erlebt. Die Schwangerschaft mit Tim sei seitens der Kindesmutter unerwünscht gewesen. Der Junge habe im ersten Lebensjahr viel geschrien und wenig geschlafen. Tim selbst gab in der Tagesgruppe an, dass die Mutter oft schreie und schlage. Aufgrund ständiger Eskalationen und Übergriffe zwischen der Kindesmutter und Tim erfolgte im September die Heimunterbringung von Tim. Wenig später meldete das Heim Probleme mit Tim. Es komme häufig zu verbalen und körperlichen Auseinandersetzungen. Tim leide unter starken Stimmungsschwankungen und benötige viel Aufmerksamkeit und Zuneigung. Er sei nur bedingt in der Lage, Normen, Regeln und Grenzen zu akzeptieren oder einzuhalten. Im Oktober 2009 wurde eine fachärztliche Bescheinigung ausgestellt. Die Kindesmutter lehne den Sohn ab, welcher sie schlage und beiße. Tim leide unter extremen Versagensängsten und zeige dies in seinen emotionalen Ausbrüchen. Durch Tims Verhalten versuche er für ihn verlässliche und vertraute soziale Reaktionen der Bezugspersonen herzustellen. Diese beruhen auf Ablehnung, Schimpfen, Bestrafungen. Es bestehen ein negatives Selbstbild und ein mangelndes Selbstbewusstsein. Tim leide dazu unter einer gravierenden Fremd- und Autoaggression. Anfang 2010 kam es im Kinderheim zu einer Auseinandersetzung, die in einem Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie endete. Im April 2010 stand für Tim ein Einrichtungswechsel in ein Jugenddorf an, da das aktuelle Heim ihn nicht mehr aufnahm. Das Jugenddorf berichtete

über Einnässen von Tim in ausgelassenen Situationen und in Konfliktsituationen. Die Kindesmutter halte die Regelmäßigkeit von Anrufen nicht ein. Tim fühle sich oft ungerecht behandelt, kann eigenes Verhalten schlecht kritisch betrachten oder Fehler einsehen. Bei fehlerhaften Beiträgen in der Schule entziehe er sich und verweigere die Mitarbeit. Im Juni 2011 erfolgte ein vierwöchiger Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Tim wirkte traurig, hatte Heimweh und zeigte eine depressive Symptomatik. Er benutzte teilweise eine babyhafte Sprachmelodie. Tim spielte lieber allein, zeigte dabei wenig Ausdauer und fühlte sich schnell von Gruppenmitgliedern provoziert. Er benötigte viel individuelle Aufmerksamkeit und Zuneigung durch das Pflegepersonal, oft auf nicht altersgerechtem Niveau. Der Junge äußerte Ängste, dass die Mutter vereinbarte Termine nicht einhalte, nicht anrufe und ihn nicht besuche. Der nächste psychiatrische Aufenthalt erfolgte von Juli bis Oktober 2012. Tim wurde eine mittelgradige depressive Episode und eine Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen diagnostiziert. In Konfliktsituationen regierte Tim entweder impulsiv mit körperlicher Gewalt oder mit kleinkindhaftem Verhalten, wie Verstecken oder in Embryonalstellung auf den Boden legend. Er habe zudem eine geringe Frustrationstoleranz. Frau Talmann wirkte im Umgang mit ihrem Sohn ambivalent. Zum Teil verhielt sie sich überbesorgt, um unangemessen große Zuwendung bemüht, emotional jedoch wenig echt. Auf der anderen Seite zeigte sie sich offen abweisend, emotional abständig und drohte mit unangemessenen Sanktionen. Sie war wenig konsequent und stabil in ihrem Erziehungsverhalten. An Absprachen hielt sie sich kaum. Ende 2013 verschlechterte sich der Zustand von Tim drastisch. Die Kindesmutter nahm nicht mehr an Gesprächen teil. Tim hatte große Angst vor dem neuen Lebenspartner der Mutter und wollte sich am liebsten vor den Zug werfen. Das Jugenddorf entließ den Jungen wegen seinem Verhalten zur Großmutter. Seit Anfang 2014 lebte Tim bei der Großmutter mütterlicherseits. Nach einem unbekannten Vorfall schlug diese ihn mit einem Besenstil. Tim wurde an die Großmutter väterlicherseits übergeben. Diese drohte Tim, ihn wieder abzugeben, woraufhin der Junge einen Wutanfall bekam und auch sie ihn nicht mehr bei sich aufnehmen wollte. In der Schule häuften sich die Schulbeurlaubungen und Schulausschlüsse. Tim berichtete gegenüber der wieder eingesetzten Familienhilfe über eine Dunkelkammer im Haushalt der Mutter, in der man eingesperrt werden würde, wenn man unartig war. Seit Juli 2015 befand sich Tim bei der Kindesmutter. Es gab ständige Eskalationen zwischen der Mutter und Tim, woraufhin dieser nach jeder, durch die Mutter, in die Kinder- und Jugendpsychiatrie eingewiesen

wurde. Tim zeigte starke Verlustängste. Im April 2016 folgte nach einem längeren Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie eine erneute Heimunterbringung. Nur drei Wochen später musste Tim das Heim nach einer Eskalation mit folgendem Polizeieinsatz und Psychiatrieunterbringung verlassen. Dem Jugendamt war es nicht möglich, eine erneute Unterbringung in einem Heim zu organisieren, da keines der angefragten Einrichtungen zur Aufnahme von Tim bereit war. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie war ebenfalls nicht mehr bereit, das Kind über einen längeren Zeitraum aufzunehmen. Tim musste bei der Mutter verbleiben, welche ihn immer wieder durch die Polizei in die Kinder- und Jugendpsychiatrie einweisen ließ. Im Jahr 2017 gelang es dem Jugendamt, Tim in einem Auslandsprojekt in Griechenland anzubinden. Die Maßnahme besteht bis heute fort und erzielt bisher nie erwartete Fortschritte. Tim absolvierte Anfang 2020 seinen Hauptschulabschluss. Er beginnt langsam mit der Vergangenheit Frieden zu schließen und hat sich von seiner Familie nicht nur räumlich distanziert.

Quellenverzeichnis

Literaturverzeichnis

Ahnert, Lieselotte (2018): Bindungsbeziehungen: Aufbau, Aufrechterhaltung und Abweichung. In: Ziegler, Holger (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 6., überarbeitete Aufl. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag

Ainsworth, M.D.S.; Blehar, M.C.; Waters, E.; Wall, S. (1978): Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation. In: Jungbauer, Johannes (2017): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis sozialer Berufe, 1 Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa

Besser, Lutz Ulrich (2013): Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Erlebnisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe determinieren. In: Weiß, Wilma (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Besser, Lutz-Ulrich; Hofmann, Arne (2009): Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungsmethoden. In: Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor: Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta

Becker, David (2017): Trauma und Traumadiskurse im sozialen Prozess. In: Fuchs, Christian (Hg.); Jäckle, Monika; Wuttig, Bettina: Handbuch Trauma – Pädagogik – Schule. Bielefeld: transcript Verlag

Bowlby, J. (1986): Bindung – eine Analyse der Mutter-Kind-Beziehung. In: Jungbauer, Johannes (2017): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis sozialer Berufe, 1 Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa

Brisch, Karl Heinz (1999): Bindungsstörungen – Von der Bindungstheorie zur Therapie. In: Brisch (2013): „Schütze mich, damit ich mich finde“. Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Weiß, Wilma (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Brisch, Karl Heinz (2013): „Schütze mich, damit ich mich finde“. Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Weiß, Wilma (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Ding, Ulrike (2013): Trauma und Schule. Was lässt Peter wieder lernen? Über unsichere Bedingungen und sichere Orte in der Schule. In: Weiß, Wilma (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Grossmann, Karin; Grossmann, Klaus E. (2012): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. In: Jungbauer, Johannes (2017): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis sozialer Berufe, 1 Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa

Haaser, Kristof; Krautkrämer-Oberhoff, Maria (2013): Traumapädagogik und Jugendhilfe. Eine Institution macht sich auf den Weg – Werkstattbericht. In: Weiß, Wilma (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Hofman, Ronald (2002): Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung. Ein Praxisbuch für Therapie, Betreuung und Beratung. Stuttgart: Klett-Cotta

Huber, Michaela (2007): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. 3. Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag

Hüther, Gerald (2009): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. Das allgemeine Entwicklungsprinzip. In: Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor: Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta

Jungbauer, Johannes (2017): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis sozialer Berufe, 1 Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa

Juul, Jesper (2019): Dein kompetentes Kind. Auf dem Weg zu einer neuen Wertgrundlage für die ganze Familie, 16. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag

Köckeritz, Christine (2017): Traumata und Traumatisierung im Entwicklungsverlauf. In: Fuchs, Christian (Hg.); Jäckle, Monika; Wuttig, Bettina: Handbuch Trauma – Pädagogik – Schule. Bielefeld: transcript Verlag

Largo, Remo H. (2015): Babyjahre. Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren, 17. Aufl. München: Piper Verlag GmbH

Largo, Remo H. (2019): Das passende Leben. Was unsere Individualität ausmacht und wie wir sie leben können. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH

Laucht, Manfred (2009): Vulnerabilität und Resilienz in der Entwicklung von Kindern. Ergebnisse der Mannheimer Längsschnittstudie. In: Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor: Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta

Lohaus, A.; Vierhaus, M. (2015): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. In: Jungbauer, Johannes (2017): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis sozialer Berufe, 1 Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa

Lützner-Lay, Erika (2016): Trauma und Resilienz in Beratung und Therapie. Wie die Schatten unserer Geschichte uns begleiten und die Lebenskraft uns trägt. Wiesbaden: Springer

Mattejat, F. (2008): Entwicklungsorientierte Verhaltenstherapie mit Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. In: Jungbauer, Johannes (2017): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis sozialer Berufe, 1 Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa

Oerter, Rolf (2018): Entwicklung. In: Ziegler, Holger (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, 6., überarbeitete Aufl. München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag

Oerter, R.; Dreher, E. (2008): Jugend. In: Oerter, R.; Montada, L. (Hg.): Entwicklungspsychologie. In: Jungbauer, Johannes (2017): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis sozialer Berufe, 1 Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa

Riedesser, Peter (2009): Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. In: Brisch, Karl Heinz; Hellbrügge, Theodor: Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta

Wagner, Wolf (2013): Psychoanalytische Sozialpädagogik als Traumapädagogik. Familienanaloge Ersatzelternschaft für psychosozial hochbelastete Kinder. In: Weiß, Wilma (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Weiß, Wilma (2013): Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Weiß, Wilma (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Weiß, Wilma (2013): „Wer macht die Jana wieder ganz?“. Über Inhalte von Traumabearbeitung und Traumaarbeit. In: Weiß, Wilma (Hg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Aufl. Weinheim und Basel: Beltz Juventa

Internetquellen

Beck-Griebeling, Nicole (2015): Bindungsstörung: eine Störung durch Traumata in der Kindheit (<https://blog.vitos.de/allgemein/bindungsstoerung-eine-stoerung-durch-traumata-in-der-kindheit>, verfügbar am 04.11.2020).

Heuper, Bert (2011): Trauma ist nicht gleich Trauma. In: Freie Psychotherapie. Heft 1/2011 (<https://www.vfp.de/verband/verbandszeitschrift/alle-ausgaben/51-heft-01-2011/50-trauma-ist-nicht-gleich-trauma.html>, verfügbar am 16.10.2020).

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Käbschütztal, den 10.11.2020