

Kinder in Vollpflege und ihre Krisen

Ein Modell für

Fachberater, Pflegefamilien, Adoptivfamilien und

Erziehungsstellen

Kinder in Vollpflege und ihre Krisen	1
Einführung.....	3
Pflegekinder und Ihre Krisen.....	5
Übersicht.....	6
Der Spannungszustand	7
Die Krisenbewältigung	8
Bedrohung und akute Schutzmechanismen	8
Übererregung (Hyperarousal).....	9
Freezing	10
Alarmzustand	12
Kontrollbedarf.....	14
Realitätsverlust	15
Kontrollverlust	16
Auslöser	17
1. Veränderung stabilisierender Faktoren	17
2. Trigger	17
3. Anstieg des Erregungszustandes.....	17
Entladung.....	19
Das Krisenverlaufsmodell	20
Grafik:.....	20
Erläuterung.....	20
Arbeitsthese	22
Zusammenfassung	24
Schlussbemerkung	25

Einführung

Kinder werden immer dann in einer Vollzeitpflegefamilie aufgenommen, wenn deren Eltern über längere Zeit deutlich in den für das Kind erforderlichen Fürsorge, Betreuungs- und Förderleistungen versagen und eine Änderung des Verhaltens der Eltern, das diesem Versagen zugrunde liegt, nicht in einem für das Kind zumutbaren Zeitraum¹ zu erwarten ist.

Es gibt kein mir bekanntes Kind in Vollzeitpflege, bei dem es nicht einen sehr nachhaltigen Grund dafür gibt, dass es in einer Pflegefamilie aufgenommen wurde. Die Erfahrung im Pflegekinderwesen zeigt, dass ein Kind in Vollzeitpflege, sei es bei Verwandten oder in einer „fremden“ Familie, vor der Aufnahme dort, häufig an extremen Erfahrungen beteiligt war, die es nachhaltig massiv belasten.

Für die Betreuung eines Kindes in Vollzeitpflege nach § 33 SGB VIII ist die Klärung der Rahmenbedingungen im Rahmen der Hilfeplanung nach § 36 SGB VIII (KJHG) zwingende Voraussetzung. Diese Planung sollte unbedingt die Sicherung, Beruhigung und Stabilisierung des Kindes für die Zukunft berücksichtigen.

Eine Planung, die nicht an dem Entwicklungsbedarf des Kindes ausgerichtet ist, destabilisiert es und macht es hoffnungslos in Bezug auf seine Zukunft. Eine Bearbeitung früher Belastungserfahrungen mit dem Ziel der Integration in das Bewusstsein und der Erholung eines Kindes, ist dann nicht möglich.

Die Fremdplatzierung der meisten heute vermittelten Kinder beginnt mit einer Inobhutnahme, also einer Situation von Kindeswohlgefährdung. In der Regel findet diese Situation im Haushalt der Eltern mit deren Billigung und / oder deren Zutun, statt.

Die Inobhutnahme, als behördliche Schutzreaktion für das Kind gem. § 42 SGB VIII (KJHG), findet häufig in hierzu geeigneten Familien (Familiäre Bereitschaftsbetreuung, kurz „FBB“ genannt) oder aber in Gruppen der örtlichen Heimeinrichtungen statt. Diese Praxis hat sich bewährt.

Die FBB ist nach Krisen, ähnlich einer Notfallambulanz nach einem Unfall, gut geeignet i zur Erstversorgung und nachfolgender Beruhigung und Stabilisierung, bis zur Neuorientierung eines Kindes².

Kommt es am Ende seiner Zeit in der FBB-Stelle nicht zu einer Rückkehr in die Ursprungsfamilie, so kann ein Kind in eine Vollzeitpflegefamilie vermittelt werden. Im Rahmen der Kontakthanbahnung³ können Kind und Pflegeeltern sich gegenseitig kennen und mit ihrer jeweiligen Art akzeptieren lernen. Die so entstehenden neuen Beziehungen sind in erheblichem Masse von Selbstverantwortung der Beteiligten geprägt.

Auch wenn eine solide, annehmende Vermittlung erfolgt ist, bleiben bei den Kindern die Folgen der frühen seelischen und körperlichen Verletzungen bestehen. Sie sind manchmal als körperliche Narben oder Beeinträchtigungen der Gesundheit sichtbar, manchmal sind sie unsichtbar oder aber sowohl sichtbar als auch unsichtbar. Sie äußern sich als Verhaltensmodifikationen, die von der Umwelt als störend oder belastend erlebt werden.

¹ Der zumutbare Zeitraum für das Kind wird in der Regel an seinem Entwicklungsbedarf und seinen zu erwartenden Entwicklungsbeeinträchtigungen gegenüber den Elternrechten eingeschätzt.

² Vgl. Frieling / Vähjunker: Verlaufmodell zur Inobhutnahme von Kindern in „Familiärer Bereitschaftsbetreuung“ (FBB) aus 2007, Moses Online / „Paten“ 2, 08;

³ Die Kontakthanbahnung bei der Vermittlung eines Pflegekindes soll für alle Beteiligten eine Vertrautheit herstellen, sodass eine möglichst vertrauensvolle und von gegenseitigen positiven Gefühlen unterlegte Aufnahme des Kindes in der Pflegefamilie entsteht. Sie wird von den Fachberatern unterstützt.

Alle Beteiligten, Fachberater wie Pflegeeltern, Therapeuten u. a. erleben, dass bei diesen Kindern sehr regelmäßig massive Konflikte auftreten, die erheblich kritischer verlaufen als bei einem Kind ohne belastende Lebenserfahrungen.

Aussage einer Pflegemutter zu Marion, sieben Jahre alt, seit fünf Jahren in der Familie:

„Ich habe etwas Interessantes festgestellt: Schwierige Phasen bei Maria, in denen wir sie nicht mehr erreichen können, wiederholen sich und dauern exakt drei Tage an. Danach ist das Kind wie ausgewechselt.“

Beschreibung eines Pflegevaters zu Daniela, fünf Jahre alt, seit drei Jahren in der Pflegefamilie:

„Ihr Gesicht ist starr, sie zeigt keine Mimik. Ihre Gestik wirkt gehemmt. Gefühle spiegeln sich nicht in ihrem Gesicht. Wenn eine Situation fremd ist, dürfen nicht zu viele Menschen um sie herum sein, es darf auch nicht zu viel geschehen, sonst bekommt sie Panik und schreit. Wenn wir Kleinigkeiten im Ablauf verändern nässt sie wieder ein, bei Tag oder Nacht. Neuerdings beginnt sie, vor einem großen Spiegel im Flur Bewegungen und Gesichtszüge, z.B. Grimassen, zu üben.“

Beide Kinder sind klinisch gesund. Es gibt keine Hinweise auf eine medizinisch bedingte Störung. Ihr Erscheinungsbild und ihre Reaktionen sind stellvertretend für viele Pflegekinder beschrieben.

Die folgende Ausarbeitung beschreibt die durch diese beiden Aussagen repräsentativ vorgestellten Problemlagen bei Pflegekindern. Die Basis hierzu wurde im Jahr 2003 als Referat durch den Autor gelegt. Während einer 2 ½ tägigen Fortbildungsveranstaltung für Pflegeeltern wurde im Einführungsreferat auf den krisenhaften Verlauf in der Betreuung von Pflegekindern eingegangen. Es wurden mit den Pflegeeltern zu den durch sie betreuten Kindern Krisenverlaufsmuster der Kinder angefertigt. Bei allen Beteiligten zeigte sich ein deutlich erhöhter Spannungszustand sowie die Tendenz zu Kontaktverlust der Kinder zu ihren Bezugspersonen, ab einem bestimmten Erregungszustand. Auf der Basis der bekannten Spannungsverläufe erfolgte Beratung der Pflegeeltern zu den betreuten Kindern sowohl in der Pflegeelterngruppe als auch in Einzelterminen.

In den kommenden Ausführungen wird ein Modell zum Verständnis dieses Krisenverlaufes bei Pflegekindern entworfen. Ein Teil der zu beratenden Aspekte im Pflegekinderbereich wird vorgestellt.

Pflegekinder und Ihre Krisen

Das Thema drängt sich bei langfristigen Pflegeverhältnissen den Fachberatern und den Pflegefamilien auf. Pflegefamilien erleben häufig krisenhafte Abläufe mit den von ihnen aufgenommenen Kindern. Diese Krisen zeigen immer wiederkehrende Muster. Diese Krisenmuster der Kinder mit belastenden Erfahrungen weisen charakteristische Merkmale auf.

Sie sind:	Sie werden erlebt als:
immer wieder kehrend	schwierige Phasen
scheinbar nicht in Zusammenhang mit der Aktuellen Situation stehend	Reaktionen in einem nicht bekannten Kontext, sie beziehen sich auf frühere Erfahrungen
durch wieder erkennbare Vorzeichen angekündigt	immer wieder kehrend (Wiederholung)
scheinbar einem festgelegten Ablauf folgend	für das Kind nicht kontrollierbar / es ist ihnen ausgeliefert
innerhalb des Umfeldes erheblichen Stress erzeugend	sozial belastend
die Beziehung belastend	Hilflosigkeit bei beteiligten Personen auslösend
Scheinbar nicht beeinflussbar	lösen Starke Emotionen aus, wie Hilflosigkeit / Ohnmacht, Wut

Die Allgemeingültigkeit dieser Aussage trifft ausschließlich die Gruppe der Pflegekinder mit Belastungserfahrungen zu.

Hierbei kann nach meiner Erfahrung gesagt werden:

Je länger anhaltend und je gravierender der Verlauf der Verletzung am Kind erfolgt ist, um so nachhaltiger und massiver die Verhaltensmodifikation. Auch der Krisenverlauf wird deutlicher erkennbar. Die diesen Krisenverlauf begleitenden Reaktionen und Gefühle, sowohl des Kindes, als unter Umständen auch der begleitenden Erwachsenen Personen, sind extremer.

Übersicht

Spannungszustand und Krisenbewältigung	Jeder Mensch verfügt über eine unterschiedliche Grundspannung, die individuellen Schwankungen unterliegt. Krisenbewältigung unterscheidet sich hiervon erheblich.
Bedrohung und akute Reaktion	Eine bedrohliche Situation mit dem Gefühl hilflosen Ausgeliefertseins, „das Unfassbare“, geschieht. Das betroffene Kind reagiert mit Flucht, Angriff und / oder Erstarrung, dissoziativ ⁴ .
Übererregung Hyperarousal	Die Übererregung ist eine direkte Folge der Belastungssituation. Die Erwartung von Bedrohung ist permanent.
Freezing	Der Zustand während der Belastungssituation ist eingefroren, sprich im Gehirn und unterschiedlichen Körperregionen gespeichert. Das Kind ist aufgrund seiner Erfahrung einer unablässig bedrohlichen Welt und Personen erstarrt.
Alarmzustand Kontrollbedarf	Das Kind ist in Folge des laufenden Bedrohungsgefühles in einem dauerhaften Alarmzustand mit hoher innerer Erregung. Dem zur Folge hat das Kind einen hohen Bedarf an Kontrolle über seine Umwelt.
Realitätsverlust	Wenn der Erregungszustand den „point of no return“ erreicht hat, kommt es bei dem Kind zum Realitätsverlust. Der Kontakt zur Umwelt und den betreuenden Personen geht verloren.
Kontrollverlust	Gleichzeitig oder in der Folge kommt es zum Kontrollverlust über die aktuelle Situation und sich selbst.
Auslöser	Auslöser sind: Trigger, Destabilisierung im Umfeld, Spannungsaufbau durch erlebte Traumata.
Entladung	Die Entladung geschieht, ohne dass es zu einer Bearbeitung der traumatischen Erfahrung kommt.
Beruhigung und Stabilisierung nach der Krise	Nach dem Verlauf einer solchen Krise kann Erschöpfung mit starken Selbstzweifeln und dem Gefühl von Wertlosigkeit eintreten. Das Kind sollte beruhigt und stabilisiert werden. Der Ablauf wird im Verlaufsmodell deutlich.

⁴ „Wesentliches Kennzeichen der dissoziativen Störung ist eine vollständig oder teilweise verloren gegangene Integration von Denken, Wahrnehmung, Gedächtnis, des Identitätsbewusstseins, unmittelbarer Empfindungen und der Kontrolle der Körperbewegungen“ aus: www.terrapi.de. „Im traumatischen Prozess eine folge psychotraumatischer Abwehr.“ vgl. Fischer u. Riedesser, Lehrbuch für Psychotraumatologie, 3. Aufl. S. 365 Dissoziation.

Der Spannungszustand

Wir alle haben einen inneren Spannungszustand, der sich einem individuellen Muster folgend, verändert. Wir fühlen uns manchmal dynamisch und stark, manchmal eher schwach. Der Begriff „Tagesform“ spielt im Alltag eine große Rolle. Er verdeutlicht einen bestimmten Zustand im Augenblick, im Verhältnis zu unserem generellen Wohlempfinden.

Wir kennen von uns, dass sich dieser Zustand in einer nur uns bekannten Wellenbewegung verändert. Der eigene Rhythmus richtet sich in der Regel nach den natürlichen Rhythmen der Umgebung: Tag und Nacht Rhythmus, Monatsrhythmen wie: Vollmond, Neumond, Jahreszeiten oder den Entwicklungsphasen von Säugling an bis ins Alter. Zusätzliche Faktoren sind die alltäglichen Anforderungen, sei es körperlich oder mental, entstehend aus Arbeitsrhythmus, Lärm, Beeinflussung durch Lebensbedingungen wie Familie, Umfeld, Medien, Gesundheit, usw.

- Das eine Mal sind wir endlos belastbar, beschwingt, fröhlich, unerschütterlich.
- Das andere Mal sind wir eher skeptisch, negativ gestimmt, zaghaft und trauen uns vielleicht nicht allzu viel zu.
- Bei einer anderen Gelegenheit sind wir unruhig und gehen vielleicht schnell „auf die Palme“.
- Bei Gefahr oder in Krisen sind wir in erhöhter Alarmbereitschaft und schalten unser Notprogramm als Bewältigungsstrategie ein.

Generell kommt es aber nicht zu dem Verlust von Realität. Wir bleiben, zumindest minimal, im Kontakt mit der Umwelt und ihren Reaktionen. Wir sind in der Lage unsere Emotionen und unser Verhalten auf Situationen, Menschen, andere Lebewesen und bestehende Umweltbedingungen, abzustimmen.

In den einzelnen Phasen unserer Aktivitäts-, Stimmungs- oder Spannungskurve sind wir unterschiedlich erreichbar. Wenn wir entspannen, dann möchten wir vielleicht nicht angesprochen werden. Wenn wir intensiv arbeiten oder lernen, sind wir ebenfalls für Ansprache nicht empfänglich. Sind wir wütend, dann schweigt Vernunft, sind wir fröhlich, dann tut sie das oft auch. Allerdings ist es nicht so, dass wir nicht ansprechbar sind. Wir sind vielleicht dann nicht begeistert, verärgert oder anderes, können aber auf die Ansprache des Anderen reagieren.

Die Krisenbewältigung

unterscheidet sich von dem üblichen Spannungszustand erheblich. Wir weisen während einer Krise eine erheblich höhere Muskelspannung auf, sind emotional hoch erregt, wenn wir auch ruhig wirken, so sind wir extrem angespannt. Die Körperfunktionen haben wir auf Krise umgeschaltet. Unsere Reaktionen haben wir auf Krise umgeschaltet. Allgemein haben wir eine erhöhte „Alarmbereitschaft“. Wir wittern Gefahr und fällen in Bruchteilen von Sekunden Entscheidungen zur Flucht, zum Angriff oder Fürsorge für Andere.

Bei einem Pflegekind wurde diese Krisenbewältigung in seiner Vergangenheit immer wieder aktiviert.

Sein Leben fand in einer bedrohlichen Umwelt statt, an die es sich mit Hilfe der ihm zur Verfügung stehenden Schutzmechanismen angepasst hat.

Bedrohung⁵ und akute Schutzmechanismen

Wesentliche Merkmale der als **bedrohlich** erlebten Situation des Pflegekindes sind:

- ⇒ Unfassbares geschieht
- ⇒ Hilflosigkeit und schutzlos ausgeliefert sein
- ⇒ Selbst und Weltbild sind erschüttert
- ⇒ Die Reizüberflutung
- ⇒ Die Erstarrung als Schutzreaktion
- ⇒ Die Angst und Panik
- ⇒ Die innere Erregung
- ⇒ Die Dissoziation

Die akuten Reaktionen auf diese ungewöhnliche und extrem belastende Bedrohung sind Schutzmechanismen.

Schutzmechanismen können von dem Kind:

Sichtbar ausgedrückt werden durch:

Dem Kind stehen körperliche Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung, die es direkt unter Stress einsetzen kann. Diese sind:

- Angriff gegenüber einer vermeintlich bedrohenden Person (verbal oder körperlich, Gewaltphantasien oder Gewalt)
- Flucht vor einer vermeintlich bedrohenden Person
- zum Opfer werden, Unterwerfung (Victimisierung)
- Bewegungsstarre⁶, angstvoll aufgerissene Augen, leerer Blick, Lähmungen von Gliedmassen, u.a.

Nicht sichtbar ausgedrückt werden:

Mental reagiert das Kind auf dieses „ausgeliefert sein“ und seine eigene Unfähigkeit körperlich zu reagieren, dissoziativ. Das ermöglicht dem Kind,

- den Rückzug aus dem Geschehen. Es verlässt z.B. seinen Körper und wandert über eine Wiese, während dieser gequält oder missbraucht wird.

⁵ Definition traumatischer Erfahrung nach Fischer und Riedesser, ebenda, S. 82: „vitaless Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit dem Gefühl von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

⁶ z. B.: Abspaltung / Totstellreflex

- die Empfindung, dass das Geschehen nicht ihm selbst sondern einem anderen gilt.
- den „Tunnelblick“, wodurch es Situationen nur eingeschränkt wahrnimmt, dafür aber selektiv mit besonderer Intensität, usw.

Diese Reaktionen sind natürliche Schutzreaktionen während der körperlichen und seelischen Überlastung des Kindes.

Symptome

<p>Körperlich</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Bewegungshemmung,➤ stereotype Bewegungen➤ hilfloses Schreien, ohne Aktion➤ langsame, zögerliche unwillentliche Auftragserfüllung➤ Erschöpfung➤ Sprachlosigkeit <p>Mental</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Erstarrung,➤ Absenzen➤ leerer Blick➤ morgendliches „Koma“ (das Kind wirkt, als sei es nicht anwesend).➤ Erschöpfung

Übererregung (Hyperarousal)

Bei einem Pflegekind stellen wir häufig fest, dass die von ihm erlebte Bedrohung seiner Existenz, in immer wieder erlebten Krisen, es mit einem dauerhaften Krisenmanagement ausgestattet hat. Das Kind ist laufend in erhöhter Alarmbereitschaft. Seine Körperspannung ist sehr hoch. Seine Aufmerksamkeit ist im sozialen Kontext sehr hoch. Ständig erwartet es erneute Bedrohung entsprechend seinem früher erfahrenen Lebensmuster. Es muss daher seine Umwelt laufend kontrollieren.

Es scheint dauerhaft in Bewegung, wippt z. B. mit den Beinen, seine Hände sind unruhig, usw., Flucht oder Angriff werden laufend vorbereitet. Eine Folge ist, dass es sich auf einzelne Aufgaben nur sehr schlecht konzentrieren kann. es ist überaus angespannt und innerlich erregt.

Häufig reagiert das Kind nicht angemessen auf das aktuelle Geschehen sondern so, als ob es nicht im Kontakt mit den handelnden Personen oder zu erledigenden Aufgaben steht. Im Rahmen der Psychotraumatologie wurde dieses Phänomen „**Hyperarousal**“⁷ (Übererregung) genannt.

Das Phänomen Hyperarousal ist bei dem betroffenen Kind automatisiert und findet laufend statt. Das Kind kann es nicht steuern oder regeln. Es ist auch Ausdruck der Körpererinnerungen⁸ nach belastenden oder traumatisierenden Erfahrungen, die in der Haltung, dem Muskelgewebe und den Faszien⁹ gespeichert sind.

⁷ Kinder mit diesem Erscheinungsbild werden häufig als Kinder mit ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom / Hyperaktivitätssyndrom) bezeichnet. Zur Symptomunterdrückung werden immer wieder Medikamente eingesetzt.

⁸Vgl.: Dr. rer. Med. Christina Pohlenz-Michel u. Dr. phil. Herbert Grossmann „Die Reorganisation des körpergedächtnissystems“ TraumaSomatics (TS); WWW.strukturellekoerpertherapie.de (TS)

⁹ Vgl. Juan A.Lomba, „Craniosacrale Osteopathie“2001, Pflaum Verlag S. 152; Wikipedia: Eine **Faszie** (lat. *Fascia*) bezeichnet die bindegewebige Umhüllung von Muskeln und Muskelgruppen (Muskellogen).

Symptome

Der Körper ist in ständiger Bewegung.	Die Selbstwahrnehmung ist reduziert.
<ul style="list-style-type: none"> ⇒ sichtbare Unruhe ⇒ wippen mit den Beinen ⇒ ständiges herum laufen ⇒ Schütteln mit dem Kopf vor dem Einschlafen und in der Nacht aber auch am Tage ⇒ kann die Hände nicht bei sich behalten ⇒ Nägel kauen ⇒ sich kratzen 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Wetterunempfindlichkeit, z.B. Regen nicht wahrnehmen ⇒ Warm Kalt Empfinden ⇒ nass trocken Empfindung ⇒ reduziertes Schmerzempfinden oder keine Äußerungsmöglichkeiten für Schmerz ⇒ fehlender Selbstschutz (es kann Gefahren nicht einschätzen) ⇒ kontrolliert laufend seine Umgebung (mischt sich in alles ein) ⇒ kann eigene Interessen nicht oder nur begrenzt wahrnehmen. ⇒ kann gestellte Aufgaben nur sehr begrenzt erfüllen (hat das was mit mir zu tun?)

Die beschriebenen Symptome können ergänzt werden. Sie treten selten einzeln, häufig in Kombination miteinander auf.

Der Status der belastenden oder traumatisierenden Erfahrung ist „eingefroren“. Er wird von den Kindern häufig generalisiert. Mit dieser Generalisierung kann jede Stresssituation, die zu einem ähnlich hohen Erregungszustand führt, zu einem Trigger (Auslöser) für den Ausdruck (Intrusionen¹⁰) der eingefrorenen Situationen werden. Das Kind reagiert auch körperlich sichtbar. Es zeigt deutlich wahrnehmbare Symptome. Solche Symptome sind natürliche Schutzmechanismen des Kindes. Wenn es sie aufgibt, so hat es sich möglicherweise ohne fremde Hilfe von traumatischen Erfahrungen erholt. Oft ist dieses aber nicht ohne therapeutische Hilfe möglich, manchmal geschieht es nie.

Freezing

Ein weiteres, bei Pflegekindern mit erheblichen Belastungserfahrungen auftretendes Phänomen ist das sogenannte „Freezing“¹¹.

- Freezing kann durch die aktuelle Reizüberflutung während einer Gefahrensituation entstehen. Das Kind kann nicht reagieren. Es kann die Summe der Reize, die in einer extremen Situation auf es einströmen, nicht verarbeiten. Seine „Leitungen“ sind blockiert, es erstarrt. Die Reize (Wahrnehmung einer Situation) werden aufgespalten (fragmentiert) und in unterschiedlichen Hirnarealen abgelegt, von wo aus sie nicht miteinander kommunizieren, also zusammengefügt und als Ganzes erinnerbar werden.¹²

Bei Bedarf, erhöhter Erregung, bei den entsprechenden Einwirkungen durch „Trigger“¹³, sowie bei Destabilisierungen sind sie wieder „teil-aktivierbar“. Trotz

¹⁰ Das Eindringen von Erinnerungen, gegen das sich der Betroffene nicht wehren kann

¹¹ Vgl.: Dr. rer. Med. Christina Pohlenz-Michel u. Dr. phil. Herbert Grossmann „Die Reorganisation des körpergedächtnissystems“ TraumaSomatics (TS); WWW.strukturellekoerpertherapie.de (TS)

¹² Vgl. <http://www.schotterblume.de/therapie/trauma.htm> S. 5: Trauma „2. Was im Gehirn passiert“ www.villa-lindenfels.de „Akute und chronische Traumatisierung - Möglichkeiten der Behandlung“, S. 2: Was geschieht bei einer Traumatisierung im Organismus? Institut für systemische Therapie und Traumatherapie, Breitenbach und Requardt, Stuttgart;

¹³ Signale, die als Auslöser zu Erinnerungen an, in diesem Fall belastende, Ereignisse dienen.

ausagieren kommt es nicht zu einer Reiz – Reaktionsverarbeitung, da die einzelnen Anteile des Erlebten fragmentiert sind und sich nicht verbinden lassen. Sie werden nicht gleichzeitig aktiviert. Die Handlungsebene kann in Folge dessen nicht durch angemessenes Tun befriedigt werden.

- Für das unfassbare Geschehen gibt es kein Handlungskonzept
- Die Fragmente der Situation sind nicht zusammengesetzt
- Die Situation als Ganzes ist nicht erinnerbar
- Die einschließenden Erinnerungsfragmente machen den Bedarf der Bearbeitung deutlich (zusammensetzen der Wahrnehmung, Wiederherstellung des Zeit- und Raumkontinuums, Lösungssuche)
- Das Individuum ist nicht in der Lage, einen Ausweg aus der Ausweglosigkeit zu finden

- Ebenso kann Freezing im hier verstandenen Sinne entstehen, wenn Kinder in ihrer Entwicklung schon sehr früh die Welt und in ihr nahe Bezugspersonen dauerhaft als bedrohlich bis lebensbedrohlich erlebt haben. Als Reaktion auf wiederkehrende Bedrohung haben sie auf ihr individuelles Krisenbewältigungsprogramm „Alarmsystem“ umgeschaltet.

Sie erkannten, dass:

- ⇒ Bewegungslosigkeit
- ⇒ Signalarmut
- ⇒ unbemerkt sein

überlebenswichtige Tugenden sind. Alles andere führt zu bedrohlichen bis vernichtenden Reaktionen aus der Umwelt, in der Regel von sehr nahen Bezugspersonen, z. B. den Eltern¹⁴.

Gleichzeitig besteht bei dem Kind die Erfahrung, dass es von niemandem geschützt wird. Damit einher geht das Gefühl, Menschen und Situationen ausgeliefert zu sein. Diese Erfahrung, Reaktion, Erwartungshaltung, ist im Gedächtnis eingefroren. Sie führt zu immer gleichen Reaktionen. Die einzig mögliche Reaktion ist, sich still zu verhalten, keine Reaktion zu zeigen, zu verschwinden, erstarren. Jede aktive Reaktion, wie schreien, weinen, einkoten, um sich schlagen, birgt die Gefahr einer Bedrohung von Leib und / oder Leben. Diese eingefrorene Erfahrung nennen wir „Freezing“.

Symptome:

- Der Gesichtsausdruck des Kindes ist sehr unbeweglich bis starr.
- Die Mimik ist sparsam.
- Die Bewegungen sind eingeschränkt.
- Handlungsmöglichkeiten sind eingeschränkt, Mangelnde Handlungskompetenz
- Es kommt zu fassungslosem Erstarren, u. U. bei geringfügigen Anforderungen

¹⁴ Ich habe immer wieder erlebt, dass Kinder durch Eltern in Todesangst versetzt und real mit dem Tod bedroht wurden. So wurde ihnen z.B., wenn sie schreien, ein Kissen auf den Kopf gedrückt. Das Kind erstickt beinahe und hört damit auf zu schreien.

Alarmzustand

Hyperarousal und Freezing sind unterschiedliche Phänomene im Verlaufe des Traumaprozesses¹⁵. Sie treten bei Pflegekindern häufig parallel auf. Diesen Phänomenen liegt ein laufendes Gefühl von Bedrohung zugrunde. Das Bedrohungsgefühl setzt Alarmfunktionen frei. Das Kind ist laufend im Alarmzustand mit hoher innerer Erregung. Der hohe Erregungszustand ist ein Teil des Zustandes während der traumatischen Situation, die das Kind gespeichert hat. Er ist Bestandteil der Krise und kann sie somit antriggern. Das Kind kann sich nicht mehr an dem Gewohnten festhalten.

Steigt nun im Alltag der bereits aus dem Alarmzustand erhöhte Erregungszustand des Kindes so weit an, dass er sich dem seiner traumatischen Erinnerung nähert, so wechselt es von seinem allgemeinen Gefühl der Bedrohung in sein aus der traumatischen Situation gespeichertes Muster. Die Spanne seiner Belastbarkeit ist damit denkbar gering.

Für das Kind bedeutet das den folgenden Ablauf:

- Es befindet sich wegen seiner immerwährenden Erwartung von Bedrohung in einem fortlaufenden, es begleitenden Alarmzustand.
- Die Körperspeicher haben einen erhöhten Erregungszustand eingefroren, Es kommt nicht ohne äußere Einwirkung zu einer Beruhigung und Stabilisierung des Kindes.
- Es ist in einer erhöhten innerlichen Erregung und muskulären Anspannung,
- Bei einer starken Steigerung der Erregung wird der eingefrorenen Zustand des Traumageschehens aktiviert,
- Es entsteht ein Kontroll- und Realitätsverlust, der bis zur Entladung anhält.
- Die Situation führt aufgrund der Erfahrung von hilfloser Preisgabe, ausgeliefert und wehrlos zu sein, nicht zur Befreiung sondern zur aktuellen Spannungsentladung. Eine Verarbeitung ist nicht möglich.
- Es kommt nicht zu einer Verarbeitung, somit ist eine Wiederholung¹⁶ so lange vorhersehbar, bis ein Ausweg aus der „ausweglosen Situation“ gefunden wird.

Die Wiederholung des Traumageschehens kann real erfolgen, indem Situationen mit erheblichem Spannungspotential gesucht werden, oder mental verlaufen, ohne die äußeren Bedingungen zu verändern. Auf jeden Fall werden Erinnerungsfragmente reaktiviert. Das Kind erlebt es so, als ob eine früher erlebte Situation soeben geschähe.

Es scheint eine Abfolge in der Wiederholung von Erfahrungen aus dem traumatischen Geschehen zu bestehen:

¹⁵ Lehrbuch für Psychotraumatologie Fischer u. Riedesser. Auflage 2003, S. 221 Abs. 1: „...Die Persönlichkeit hat sich an die traumatische Erfahrung angepasst,Erfahrungen und Ereignisse liegen längere Zeit zurück,... manchmal unterliegen sie Erinnerungsverzerrungen..... Das hat dazu geführt, dass sich Persönlichkeitsstrukturen wie ein Schutzwall um die Wunde herum organisieren mussten.“

¹⁶ Spontane Wiederholungstendenzen: Vgl. Fischer u. Riedesser 2003 Lehrbuch der Psychotraumatologie S. 166 Differentielle Psychotraumatologie Ebene 6): „... die Wiederholung folgt der von Horowitz 1976 beschriebenen Vollendungstendenz. Freud sprachvon einem „nachdrängen des Verdrängten“.

Abfolge

- Bedrohungsgefühl
- erhöhtem Alarmzustand
- Steigerung der Erregung
- Kontrollverlust
- der Wiederbelebung von Reaktionen
aus der traumatischen Erfahrung
- deren Entladung
- Erschöpfung

Bei Menschen ohne extreme Belastungserfahrungen ist die erhöhte Alarmbereitschaft in Folge einer Bedrohung ein Ausnahmezustand.

Bei Kindern mit massiven Belastungserfahrungen ist diese Alarmbereitschaft ein normaler Zustand, also „Alarmzustand“.

Kontrollbedarf

Die erhöhte Alarmbereitschaft führt dazu, dass die innere Anspannung des Pflegekindes laufend oberhalb der Erregung / Anspannung seiner Mitmenschen liegt. Es besteht zur eigenen Beruhigung und Stabilisierung laufend ein extremer **Kontrollbedarf** in Bezug auf Personen, Situationen und Abläufe.

Symptome:

Das Kind

- hat seine Augen und Ohren überall
- spricht ständig mit den Erwachsenen
- bedient die Umwelt (ich tue was, also nehme ich Einfluss)
- spielt am liebsten mit kleineren Kindern (Vermeidung von Konkurrenz, Versagen und Bedrohung)
- probiert sich nicht gerne aus (Angst vor Versagen)
- überschätzt die eigenen Fähigkeiten (Macht-, Größenwahntasien)
- vertraut niemandem (Bedrohungsgefühl)
- zeigt übertriebene Reaktionen (Abwehr und Flucht)
- ist gewalt- oder fluchtbereit aus nichtigem Anlass
- fühlt sich bedroht
 - ⇒ bei Augenkontakt
 - ⇒ Berührungen ohne Absicht
 - ⇒ direkter Ansprache
 - ⇒ Anforderungen im Alltag

Die Liste der möglichen Symptome / Ausdrucksformen ist nicht abgeschlossen. Die hier genannten Symptome sind deutliche Kontrollmechanismen des Kindes in Folge belastender Ereignisse.

Bei betrachten der Symptome zum Kontrollbedarf wird deutlich, dass das Kind hierzu erhebliche Energien verbraucht.

Natürlich kann keine Umwelt so perfekt sein, dass es dem Misstrauen eines traumatisch geschädigten Menschen keine Nahrung gäbe.

Realitätsverlust

Die Schwere und Bedeutung der Belastungserfahrung mit der Folge erhöhten Misstrauens führt zu einer fortlaufenden Steigerung der inneren Anspannung und letztlich zum Realitätsverlust bei dem betroffenen Pflegekind „alle wollen mir etwas“. Die aktuellen Erfahrungen werden ausschließlich auf dem Hintergrund der bisherigen, traumatisierenden Lebenserfahrungen interpretiert.

Die Realität einer freundlichen, seine Bedürfnisse berücksichtigenden Umwelt wird nicht wahrgenommen. Jede Form von Aufmerksamkeit oder Zuwendung bis hin zur Nähe, auch körperlich, kann als möglicher, abzuwehrender, feindseliger Akt interpretiert werden.

Das Kind mit traumatischen Vorerfahrungen ist von einem individuellen Zeitpunkt an nicht mehr im Kontakt mit seinen Bezugspersonen und der aktuellen Situation, seiner zeitlichen, räumlichen, personalen Realität. Es spiegelt in der Ist-Zeit seine traumatischen Erfahrungen. Es dissoziiert.

Mögliche dissoziative Zustände:

- Es ist nicht im „Hier und Jetzt“ sondern in einer völlig anderen Situation
- Es nimmt z. B. Raum, Zeit, Entfernungen, Stimmen, u. a. verzerrt wahr
- Es erlebt Menschen als bedrohlich, sie werden zu Monstern
- Es beamt sich in eine andere Welt
- Es verlässt den Körper und entfernt sich
- Es schaut sich von ferne zu
- Es fühlt sich, als ob es nicht beteiligt sei / es nicht ihm passiert sei
- Personen aus der Umgebung werden zu Tätern aus der Vergangenheit umgedeutet

Symptome

Das Kind:

- Ist nicht ansprechbar
- antwortet auf Fragen stereotyp oder gar nicht
- scheint durch den anderen hindurchzusehen
- wirkt abwesend
- scheint seine Umwelt nicht wahrzunehmen.

Wir wissen oft nicht, welcher dissoziativen Methode das Kind folgt. Wir können aber an den beschriebenen Symptomen erkennen, dass es dissoziiert.

Kontrollverlust

Das Pflegekind hat in Folge seiner ständig steigenden Erregung seinen **Point of no return**¹⁷ erreicht. Ab jetzt reagiert es auf seine ehemals traumatische Situation in der Jetztzeit (als geschehe sie jetzt). Der Spannungsdruck lässt das Kind weiter in seiner Reaktion laufen, bis es den Höhepunkt erreicht und dann zurück fällt. Erschöpfung und Resignation, bis hin zu suizidalen Gedanken, sind die Folge. Während dieses Ablaufs hat es keinen Einfluss auf sein Verhalten. Seine Kontrolle über sich selbst ist verloren. Das zu einem früheren Zeitpunkt erlebte Trauma arbeitet in dem Kind. Seine körperlichen und seelischen Reaktionen sind darauf abgestellt. Intrusive Emotionen, Sinneswahrnehmungen u. a. steuern sein Verhalten. Dieser Verlauf kann nicht von ihm kontrolliert werden. Es folgt der ihm eigenen Logik, die natürlich durch die eigenen traumatischen Erfahrungen geprägt wurde. Es ist dem vergangenen Geschehen ausgeliefert.

Symptome:

- Das Kind ist abwesend, nicht im Kontakt mit der aktuellen Situation
- es schaut durch andere Menschen hindurch
- glasige Augen
- Stereotype, sparsame Bewegungsabläufe
- sparsame Mimik und Gestik
- Aggressive Abwehr
- Schreien, Gestikulieren,
- Gewalt gegen den / die Gegenüber
- Rückzug
- Selbstverletzungen
- Desorientierung (Es sucht das Tor, obwohl es davor steht).

¹⁷ „point of no return“: Eine Begriffsprägung aus meiner Arbeit mit Pflegefamilien. Ab diesem Zeitpunkt im Krisenverlauf läuft das alte, während der traumatisierenden Erfahrungen eingefrorene Muster ab. Vgl. auch Dreiner 2007 Vortrag Script Seite 21, Abschaltpunkt.

Auslöser

für extreme Erregungszustände und dem damit verbundenen Kontrollverlust können unterschiedliche Mechanismen sein.

In meiner beruflichen Praxis begegneten mir häufig:

- die Veränderung stabilisierender Faktoren
- Einwirken von Triggern
- der Anstieg des eigenen inneren Erregungszustandes des Pflegekindes

1. Veränderung stabilisierender Faktoren

Bereits geringfügige Veränderungen der Umgebung wie z. B.: der Schrank wird umgestellt, die Zeiten der Mahlzeiten, Schlafenszeiten, verändern sich, Feste in der Familie oder außerhalb, Reisen / Urlaub, können die Erregung bei einem Pflegekind steigern.

Das Kind verliert die Kontrolle über die Situation, es ist hilflos, sein Erregungszustand steigt. Das eingefrorene (Standardmuster) Krisenmanagement greift, es kommt zur Erstarrung und Dissoziation (innerem Krisenverlauf) oder zum Ausdruck durch Flucht oder Angriff (bei kleineren Kindern eher Flucht, später Angriff), dem aktiven, äußeren Krisenverlauf.

2. Trigger

Kinder können durch Ereignisse, Situationen, Verhalten oder sinnliche Erfahrungen wie: akustische, gustatorische, olfaktorische, visuelle, und / oder taktile Reize (Trigger) an das traumatische Geschehen erinnert werden.

Die hierdurch ausgelösten intrusiv wieder aktiven Elemente (Eindringen von Gefühlen, Bildern, Geräuschen), die zur traumatischen Situation gehören, können den Erregungszustand erheblich steigern. Das Kind verliert die Kontrolle über sein Erleben. Es ist dann nicht im „Hier und Jetzt“, sondern erlebt die traumatische Situation in der Jetztzeit, als ob sie soeben geschähe.

3. Anstieg des Erregungszustandes

Erlebte traumatische Situationen sind emotionale Überdruckkessel, die von Zeit zu Zeit Dampf ablassen müssen.

Frühe traumatische Situationen werden vom Bewusstsein abgespalten. Wenn keine Bearbeitung geschieht, sei es in Form von Traumatherapie oder / und körpertherapeutischen Interventionen, arbeiten sie unbewusst weiter. Sie steigern die inneren Abwehrmechanismen und erhöhen damit den inneren emotionalen Druck, der sich durch steigende Unruhe bemerkbar macht.

Ohne erkennbare Auslöser kommt es zu einem Anstieg der inneren Erregung. Das Kind weiß oft nicht, was mit ihm los ist. Seine Unzufriedenheit wächst

Das Kind, aber auch die Umwelt, spürt schon einige Zeit vorher, dass die Unruhe steigt.

Selten treten die einzelnen Faktoren isoliert voneinander auf. In der Regel findet man mehrere Faktoren gleichzeitig, die dazu führen, dass das Kind seinen Kontakt zur aktuellen Situation verliert.

Die genannten Faktoren haben gemeinsame Folgen:

- Das Kind geht in sein Krisenmanagement über.
- Es verliert den Kontakt zur Umwelt.
- Es folgt der ihm eigenen Logik, die durch die eigenen traumatischen Erfahrungen geprägt wurde.

- Es scheint regelrecht Konflikte zu suchen.
- Selbst- und Fremdverletzungen sind in solchen Abläufen nicht selten.
- Weder verbal noch durch Aktionen ist das Kind während dieses Ablaufs zu befrieden

Die Ähnlichkeit der Abläufe macht es schwierig, sie als durch unterschiedliche Faktoren hervorgerufene Phänomene zu sehen.

Entladung

Die hohe Anspannung des Kindes führt zu einem Zenit, bei dem es zur Entladung kommt. Diese Entladung kann mit schreien, toben, verbalen Angriffen oder auch Selbstverletzungen einhergehen.

Erst danach fährt es herunter, ist hilflos und unfähig zu erklären, was geschehen ist. Oft fühlt es sich als „Versager“ im Familienverbund und damit als Außenseiter. Die Frage: „Warum tust Du das?“ ist völlig überflüssig, sie macht eher hilflos und klein, zumal sie nicht beantwortet werden kann.

So wenig, wie das Kind in der Krise, während der Entladung, im Kontakt mit der Umwelt steht, so wenig steht es im Kontakt mit seinem traumatischen Erlebnis, wenn es im Kontakt mit seiner Umwelt ist. Das Kind kann also nicht erklären, warum es etwas tut.

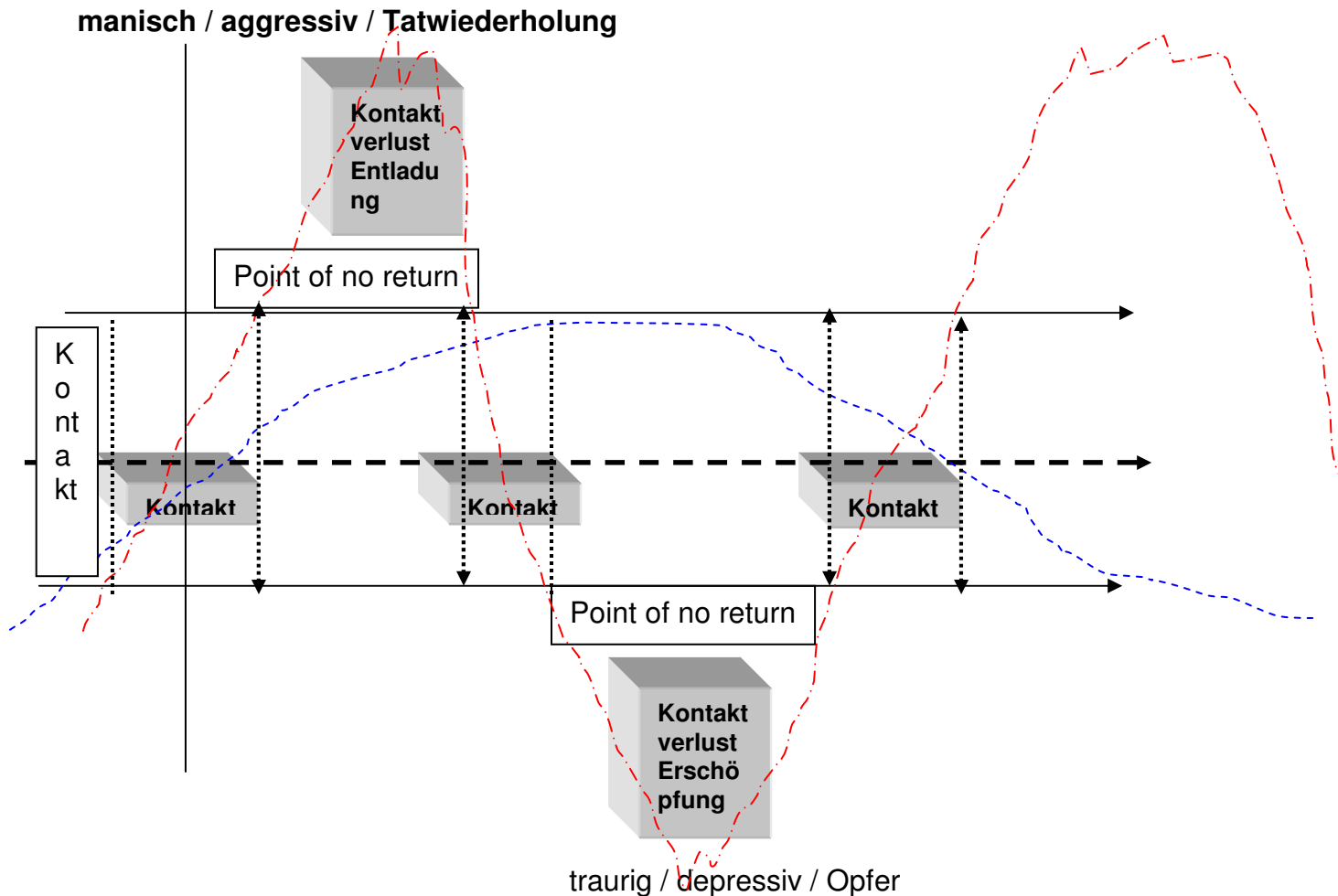
Werden Kinder immer wieder in unterschiedlichsten Situationen auf diese Reise geschickt, so bedeutet das eine wiederkehrende seelische Verletzung oder Retraumatisierung.

Das kann so weit gehen, dass dieses Muster bis zum Erwachsensein bestehen bleibt und auch dann noch stattfindet. Erlernt das Kind nicht, seine Kontrolle zu behalten, kommt es nicht zu einer erfolgreichen Integration seiner frühen Erfahrungen mit sozial angemessenen Reaktionen, so ist eine „gestörte“, sozial nur schwer integrierbare Lebensführung wahrscheinlich.

Das Krisenverlaufsmodell

soll helfen, das Geschehen bei einem belasteten Kind zu verstehen. Die Graphik dient der Vereinfachung des Verständnisses zum beschriebenen Spannungsverlauf.

Grafik:



Erläuterung

Die Graphik soll verdeutlichen, wie der Spannungsverlauf bei einem traumatisierten oder belasteten Kind sein kann.

Während die untere, flache Kurve im Mittelteil den üblichen Spannungsverlauf bei Menschen ohne den Verlust von Kontakt zur aktuellen Situation symbolisiert, soll die Linie mit extremen Ausschlägen verdeutlichen, dass bei einem traumatisch geschädigten Menschen dieser Spannungsverlauf erheblich steiler und emotional extremer verläuft. Der Zeitraum der Erreichbarkeit / des Kontaktes zwischen den Mitgliedern der Pflegefamilie und dem traumatisierten Kind kann sehr kurz sein. Der Kontaktverlust, sowohl in der emotionalen Hochphase als auch in der emotionalen Tiefphase ist während des Krisenverlaufes zu spüren. Häufig, insbesondere nach einer kurzen Eingewöhnungsphase in die Pflegefamilie, sind die Zeiten des Kontaktverlustes länger als die Zeiten, in denen der Kontakt zwischen den Beteiligten besteht.

In bestimmten Abschnitten des emotionalen Spannungsverlaufes ist Erreichbarkeit, sprich aus der Sicht des Kindes „Kontakt zur Außenwelt“, vorhanden. Diese Abschnitte unterliegen dem zeitlichen Verlauf. Wir haben damit „Zeit- / Emotionsfenster“.

Zur möglichst optimalen Nutzung dieser Zugänge ist es wichtig, sie zu erkennen. Die Frage bleibt: „Wie erkenne ich, ob ich **Kontakt zu dem Kind habe oder nicht?**“¹⁸

Im Alltag hilft die Orientierung an Erfahrungswerten, die der Umgang mit anderen Menschen ermöglicht.

Z.B. hilft es festzustellen:

- ist das Verhalten der Situation angemessen oder nicht?
- Kann ich das Kind ansprechen und reagiert es darauf sinngemäß?
- Wenn ich es anfasse, wehrt es sich aggressiv oder zeigt es der Situation angemessene Reaktionen?

Wir können also auf der Wahrnehmungsebene von

1. „Kontakt“ oder
2. „Kontaktverlust“
reden.

zu 1. Bei Kontakt,

also in der Zeit *relativer Ausgeglichenheit*, ist das Kind aufmerksam, hilfsbereit, oft überaus sozial und wird im Umgang insbesondere mit schwächeren Kindern als fürsorglich beschrieben. Es ist an seiner Umwelt interessiert. In der Regel reagiert es angemessen auf Situationen, es ist ansprechbar. Sein Erregungszustand ist im „Normalbereich“ allerdings immer noch hoch.

zu 2. Bei Kontaktverlust

- In Zeit der *Hochspannung* zeigt es übertriebene Reaktionen. Es hat Täterphantasien, zum Teil Größenwahn ähnliche Vorstellungen (ich kann alles) und die Bereitschaft zu verletzen und zu überwältigen. Diese kann sich durch verletzen der Pflegeeltern, Pflegegeschwister und / oder Haustiere verbal oder körperlich durch Tritte, Schläge, beißen und kneifen, äußern.
- In Phasen der *Erschöpfung*, wirkt es extrem hilflos und neigt zur Selbstaufgabe. Es hält sich für schlecht (ich bin wertlos), „ich bin an allem Schuld,“ (Übernahme der Verantwortung), „ich möchte sterben“ „(Selbstaufgabe), es geschieht mir recht“ (Opferbereitschaft als Folg eines „Täterintroyektes“¹⁹ : „Du bist es nicht Wert zu leben“), „Ich gehöre nicht dazu“ (Vereinsamung), usw.

Pflegeeltern haben immer das Problem, in extremen Phasen des Kindes die Verantwortung aus der „Traumatischen Situation“ übertragen zu bekommen und angemessen zu reagieren. Eine fachliche Begleitung ist daher unerlässlich.

¹⁸ Vgl. Seite 7

¹⁹ Gefühle, Gedanken und Verhalten einer anderen Person, hier der Täter, werden übernommen (vergleiche: www.diedelsche.de)

Arbeitsthesen

- 1) Bin ich im Kontakt mit dem Pflegekind, so gibt es Möglichkeiten zur Entwicklung gemeinsamer Handlungsstrategien in Bezug auf alltagstaugliche Verhaltensmuster. Diese können z.B.
 - der Kompensation von belastenden Erfahrungen dienen,
 - Angstvermeidung sein,
 - Zukunftsorientiert sein,
 - Überlegungen zu Planungen und Umsetzungen von Zielen oder auch
 - Absprachen zu Verhaltensmustern der Beteiligten in der Krise betreffen.
- 2) Bin ich nicht im Kontakt, hat das Kind den Point of no return überschritten, so habe ich keine Möglichkeit zur direkten Einflussnahme auf den Verlauf, den das Kind durchlebt. **Ich kann mit meinem Verhalten helfen:**
 - Schaden zu vermeiden,
 - das Kind in der Situation schützen,
 - es begleiten,
 - ihm einen sicheren, Halt bietenden Rahmen geben,
 - ausschließlich auf die Situation bezogene, beruhigende und stabilisierende Maßnahmen treffen.

Das ist so lange erforderlich, bis die Situation abgelaufen ist und sich das Kind wieder beruhigt hat.
- 3) Unmittelbar nach einer Situation von Kontaktverlust kann nicht erzieherisch eingewirkt werden.
- 4) Alle Maßnahmen, die das Kind auf positive Weise wieder stabilisieren, sollten genutzt werden um einen möglichst sicheren Zustand zu erreichen.
- 5) In ruhigen, entspannten Situationen sollte mit dem Kind ein Verstehen seiner Gefühle, der Abläufe und seiner Haltung zu dem Geschehen, erreicht werden.
- 6) Es sollte mit ihm überlegt werden, was es selbst und die Pflegefamilie tun kann, wenn eine Wiederholung dieses Geschehens in Sicht ist. Hierbei können Maßstäbe sein:
 - Stabilisierung während des Verlaufes: Frage: „Kannst du dir vorstellen, was ich dann am besten tun soll?“
 - Rahmenbedingungen sollten bestimmt werden: „Was hilft dir dann mehr: wenn Du bei mir bist oder wenn du in deinem Zimmer bist?“
 - Beruhigende Maßnahmen: „wenn Du auf deinem Zimmer bist, soll ich dann nach dir schauen? Oder: „Soll ich schon mal eine Tasse Kakao machen wenn es dir so geht?“
- 7) Verhaltensunsicherheiten der Erwachsenen verstärken die Symptome. Sie führen zu einer zusätzlichen Destabilisierung des Kindes. Unverständnis und Zwangsmaßnahmen schaffen sehr viele Widerstände. Die ohnehin extreme Energie im Kind wird weiter gesteigert.
- 8) Konsequenz und Souveränität der betreuenden Erwachsenen können leicht in zwanghaftes und unterdrückendes Verhalten übergehen. Das hätte eine erneute Verletzung des Kindes zur Folge.
- 9) Mit Betroffenen sollte an Handlungsstrategien während der Krisenverläufe gearbeitet werden. Pflegeeltern können versuchen, so früh wie möglich den Ablauf, wie oben beschrieben, wahrzunehmen, zu verstehen und das eigene Verhalten darauf abzustimmen.

Die Beteiligten haben oft eine Vielfalt an Ideen, wenn sie erst einmal beginnen, über die Beruhigungs- und Stabilisierungsmöglichkeiten in solchen Situationen gemeinsam nachzudenken. Wichtig ist, dass es zwischen dem betroffenen Kind und den Pflegeeltern gemeinsam geschieht. Stellen Sie sich vor, bei einem Kind stand während

einer erlebten Misshandlung häufig eine Tasse dampfenden Kakaos im Zimmer. Dann kann der bloße Geruch des Kakaos ein Trigger sein und dazu führen, dass es sich immer wieder in seiner Misshandlungssituation befindet (Intrusion / Dissoziation) wenn Kakao in seiner Nähe ist. Das wäre dann das denkbar ungeeignete Mittel zur Beruhigung und Stabilisierung.²⁰

Der Maßstab für das Verhalten ist die Beruhigung und Stabilisierung des Kindes. Am Ende sollte sich das Kind so weit erholen, dass die Erregungskurve deutlich abflacht und nicht jede Stresssituation zu Kontaktverlust und den damit verbundenen Folgen führt.

Pflegeeltern haben die Aufgabe, diesen Prozess aktiv steuernd zu unterstützen. Insbesondere die auslösenden Faktoren für Kontrollverlust scheinen beeinflussbar. Hierbei spielt die Vermeidung sowie das Erlernen des Umganges mit Triggern und Destabilisierung eine bedeutsame Rolle.

Von besonderer Bedeutung sind aber vor allem gelungene Kriseninterventionen und -Präventionen.

Das bedeutet:

- Nicht mit dem Muster: Gewalt, schreien, usw. auf Situationen von Kontrollverlust reagieren;
- Das Kind trotz seiner Ausfälle ernst nehmen „es leidet an sich und seiner Erfahrung“
- Da sein, Aufmerksam sein, nicht belasten
- Auf dem Rückzug der Spannung das „Fenster der Erreichbarkeit“ abwarten
- Im Kontakt sein, wenn der Gegenüber wieder im Kontakt ist
- Klarheit in der Grenzsetzung
- Klarheit im Verhalten

Einwirken:

„Wir kriegen das schon hin“.

- Situationen besprechen, wenn eine Beruhigung eingetreten ist und zu der Krise ausreichende Distanz besteht
- nicht bestrafen
- Keine den Selbstwert zerstörenden Äußerungen
- Mit dem Gegenüber verstehen lernen, was geschieht (es geht nicht um Schuld)
- Das nächste Mal ansehen und planen (keine Bestrafung planen)
- Lösungen gemeinsam suchen, z. B.: Merkst Du es, ob es Dir gut geht oder nicht? Wie merkst Du es? Kann oder soll ich irgendetwas tun, was helfen könnte?
- Grenzen besprechen und gemeinsam festlegen
- Konsequenzen für gelungene Situationen überlegen
- Nicht gelungene Situationen immer wieder aufgreifen, Konsequenzen gemeinsam überlegen
- Kind / Jugendlichen in die Verantwortung und damit in die Pflicht nehmen

Eines der Ziele ist:

Das Kind soll die Kontrolle über seine Reaktionen wieder erhalten.

²⁰ Jo Eckard beschreibt in seinem Buch „Kinder und Trauma“, aus 2005, eine Vielzahl an Beruhigungs- und Stabilisierungstechniken für Kinder (allerdings nicht Kleinkinder).

Zusammenfassung

Kinder, deren Verhaltensmuster durch frühe Verwahrlosung oder Verletzung geprägt sind können nicht aus eigener Einsicht in Grenzen handeln lernen. Der Führende, die Leitfigur und dessen / deren Stellvertreter, z.B. die Pflegeeltern, müssen die Steuerung übernehmen.

Fachberater im Pflegekinderdienst sind bemüht, Pflegeeltern und Pflegekind ein hohes Maß an Sicherheit in Bezug auf die ungewöhnlichen Situationen entwickeln zu lassen. Immer wiederkehrende Handlungsprinzipien geben dem Kind und den Pflegeeltern die Möglichkeit, Situationen zu kontrollieren und damit Sicherheit. Voraussetzung hierfür sind konzeptionelle Überlegungen und das Verstehen des Phänomenes.

Klare Rahmenbedingungen wie: Orte, Räume, aber auch Menschen, Rollen, allgemein gültige Regeln usw., stabilisieren.

Fachberater erleben, dass im Alltag Situationen für alle Beteiligten leichter, überschaubarer und damit auch handhabbarer werden, wenn sie gut strukturiert sind. Das erscheint mir sehr menschlich.

Mit Pflegekindern leben bedeutet immer auch mit extremen emotionalen Schwankungen leben. Das muss zum Teil, wenn noch nicht gekonnt, gelernt werden.

Das vorgestellte Modell soll helfen, den Prozess des Kindes in der Krise zu verstehen. Es ist sicher weiter entwickelbar und bezieht sich im Wesentlichen auf die bei dem betreuten Kind wahrnehmbaren Phänomene. Angegebene Hintergrundinformationen oder Ableitungen sollen helfen, das Kind und die Ursachen seines Handelns oder seines Erscheinungsbildes zu verstehen, um angemessene Reaktionsweisen entwickeln zu können.

Eine Bearbeitung traumatisch bedingter Störungen des Kindes kann / soll ergänzend zum Alltag in Form von Traumatherapie und wenn möglich in Verbindung mit körpertherapeutischen²¹ Interventionen geschehen.

²¹ z. B.: CranioSacrale Therapie, Osteopathie, Shiatsu, Kinesologie,

Schlussbemerkung

Trotz aller heute bekannten Interventionsmöglichkeiten ist es nicht so, dass ein Kind mit seelischen Belastungen jemals frei von diesen wird. Es kann lernen, damit zu leben.

Pflegeeltern und Fachberater erleben immer wieder, dass Kinder nicht das Maß an Entwicklung erreichen, das sie nach ihrer Auffassung erreichen sollten oder von dem sie glauben, dass es diese Entwicklung ohne massive Verletzungen erreicht hätte. Sie werden akzeptieren müssen, dass dieses auch Teil eines persönlichen Schicksals ist, das nur begrenzt beeinflussbar ist. Als Fachberater kann ich mir, trotz aller enttäuschter Erwartungen, Respekt und Achtung vor dem Kind und der Leistung der Pflegeeltern bewahren. Ich hoffe, das geschieht gegenseitig.

In sehr vielen Fällen müssen Pflegeeltern wie Fachberater am Ende ihrer Verantwortlichkeit für das nachwachsende Leben erfahren, dass dieses vielleicht mit unvollkommenen Fähigkeiten gerüstet ist. Es hat daher auch weiterhin Anspruch auf unseren besonderen Respekt und Schutz.

Werner Frieling

Diplom Sozialarbeiter
Fachberater für Psychotraumatologie (DIPT)
Fachberater für FBB und Vollzeitpflege
Konzeptentwicklung, Aufbau und Beratung von Erziehungsstellen
ehem. Lehrbeauftragter FH
Veröffentlichungen:

„Das Herz des Steines“, Fachbuch Pflegekinder, 2004

„Verlaufsmodell zur Inobhutnahme von Kindern in Familiärer Bereitschaftsbetreuung (FBB)“, Frieling/Väthjunker 2007/ 08

„Der kleine Zauberer von Wunderland“, (ein Märchen), 1984