

## Alexander Korittko

### *Pflegekinder zwischen zwei Familiensystemen: Wenn die Traumavergangenheit in die Gegenwart springt.*

Pflegekinder sind meist die traumatisierten Opfer innerfamiliärer Gewalt. Sie wurden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Jugendhilfe aus familiären Kontexten herausgenommen, die durch Misshandlung, Vernachlässigung, sexueller Gewalt oder andere Verhaltensweisen von Erwachsenen für die Kinder höchst gefährlich wurden. Alkohol- oder Drogenkonsum und/oder sich wiederholende Vorfälle von körperlicher Gewalt zwischen den Erwachsenen können für Kinder ebenso bedrohlich wirken, wie Gewalt gegen sie selbst. Einige Untersuchungen gehen sogar davon aus, dass die Bedrohung der engsten Bezugspersonen für Kinder traumatischer wirkt, als die Bedrohung der eigenen Unversehrtheit. Um die Kinder zu schützen, hat es in einigen Fällen vorher Bemühungen durch andere Maßnahmen der direkten Gefahrenabwehr oder Stabilisierung des familiären Systems gegeben. Durch sozialpädagogische Familienhilfe sollen z.B. Eltern dazu angeregt werden, sich zu verändern. Eine zeitweise Unterbringung in einer Tagesgruppe soll für das Kind einen äußeren sicheren Ort bieten und das Familiensystem entlasten.

Erst wenn alle anderen Maßnahmen nicht ausreichend waren, werden Kinder außerhalb ihrer Familie untergebracht. Sie haben vorher über einen langen Zeitraum damit umgehen müssen, misshandelt oder vernachlässigt zu werden, bzw. die Mutter oder beide Eltern in lebensbedrohlichen Zuständen zu erleben. Das bedeutet aber auch, dass sie Mechanismen entwickelt haben, um diese extrem traumatischen Situationen zu ertragen. Viele von ihnen haben gelernt, sich emotional empfindungslos zu machen, ihre Gefühle abzuschalten, in einen Zustand abzutauschen, den wir Dissoziation nennen. Andere haben gelernt, sich zu wehren und schlagen heute auch bei geringen Anlässen um sich.

In den meisten Situationen, in denen ich von Pflegeeltern um Hilfe gebeten werde, begegnet mir eine systemische Wechselwirkung, die Saxe, Ellis und Kaplow (2007) folgendermaßen beschreiben: Ein traumatisiertes Kind ist noch nicht in der Lage, seine emotionalen Zustände angemessen zu regulieren, wenn es mit einem Stressor konfrontiert wird. Die soziale Umgebung und/oder das Bezugssystem sind noch nicht in der Lage dem Kind angemessen zu helfen, mit diesen Zuständen umzugehen.

Wenn Pflegeeltern ein Kind zu sich nehmen, rechnen sie meist damit, dass es am Anfang, wenn es um die Anbahnung der Beziehung zueinander geht, zu Schwierigkeiten kommt. Schließlich müssen sich alle aneinander gewöhnen, das Kind muss lernen, dass es in der Familie sicher ist und dass neue, ihm unbekannt Regeln für das Zusammenleben gelten. Meist wissen die Pflegeeltern wenig von den Umständen der Traumatisierung, die das Kind erlitten hat. Sie sehen es zunächst als besonders schutzbedürftig an und geben sich besondere Mühe, dem Kind eine sichere und förderliche Umgebung zu schaffen. Treten aber auch nach mehreren Jahren Probleme auf, entwickeln Pflegeeltern manchmal sehr schnell das Gefühl, sie selbst hätten etwas falsch gemacht und ziehen sich in ihrer Unsicherheit ein wenig zurück.

Auf der anderen Seite bleibt das Kind sein Leben lang für die Erinnerung an sein Trauma sensibel. Der neuronale „Fahrstuhlschacht“ der Gefahrenabwehr bei Bedrohung der eigenen E-

xistenz ist strukturell gebahnt und kann schnell genutzt werden (Hüther et al., in Vorb.). Das Kind wird direkt oder indirekt durch nicht zu erkennende „Trigger“ (Erinnerungsauslöser) unbewusst mit seinem Trauma konfrontiert oder daran erinnert. Dies kann durch Kontakte mit der Herkunftsfamilie passieren, aber auch durch eigene Erinnerungen, die plötzlich durch irgendetwas hervorgerufen ganz lebendig den Moment bestimmen. Das Kind reagiert mit den Verhaltensweisen, die schon während der Traumatisierungen als passende Gefahrenabwehr dienten: Kampf, Flucht oder Dissoziation. Es gibt mit seinem Verhalten dafür ein Signal, dass es verstärkt Sicherheit und verlässliche Beziehungen im „Hier und Jetzt“ benötigt. Wenn aber die Pflegeeltern dieses Verhalten als Anzeichen dafür werten, dass die Einbettung in die Pflegefamilie (Assoziation) nicht gelungen ist, entwickeln sie manchmal eine vorsichtige Distanz. Dann fühlt sich das Kind unsicher, allein gelassen oder ungeliebt und reagiert verstärkt mit Kampf, Flucht und Dissoziation.

Diese Dynamik verstehen Pflegeeltern oft nicht. Sie sind so sehr mit dem Erfolg oder Misserfolg ihrer Erziehungsmaßnahmen beschäftigt, dass sie häufig zunächst nicht auf die Idee kommen, dass das Verhalten des Kindes mit seiner eigenen schmerzvollen Vergangenheit zu tun haben könnte. Es ist ja jetzt sicher und bräuchte nichts zu befürchten. Wenn dann aber die Pflegeeltern Hinweise darauf bekommen, dass das Verhalten des Kindes als eine Reaktion auf sein „angetriggert sein“ verstanden werden kann, fühlen sich die meisten sehr erleichtert.

Die 6-jährige Antonia<sup>1</sup> wurde von ihrem leiblichen Vater massiv geprügelt, als sie 4 Jahre alt war. Ihre Mutter konnte sie nicht vor ihm schützen, sie war selbst Opfer seiner Misshandlungen. Antonia wurde schließlich in eine Pflegefamilie gebracht, wo sich die Pflegeeltern liebevoll um sie kümmerten. Nach einer schwierigen Anfangszeit, in der Antonia fast täglich in dissoziative Zustände geriet, aus denen sie nur schwer zu befreien war, fasste sie Vertrauen zu den Pflegeeltern. Die Pflegeeltern berichteten vorher vom so genannten „Klappmesser-Zustand“: man könne mit Antonia machen was man wolle, sie saß wie abwesend auf ihrem Platz. Wenn sie müde wurde, kippte sie wie ein Klappmesser in sich zusammen und schlief. Die Erleichterung und Freude war groß, als Antonia sich von diesem Zustand scheinbar verabschiedet hatte. Als sie nach einigen Monaten jedoch wieder Kontakt zu ihrer Mutter aufnahm (diese hatte es geschafft, sich vom Vater zu trennen), verfiel Antonia nach den Besuchen wieder in einen dissoziativen Dämmerzustand. Die Pflegeeltern ließen sie dann in Ruhe und dachten, dass Antonia die Mutter wohl sehr vermissen würde. Sie stellten sich die Frage, ob es jetzt wohl besser sei, wenn das kleine Mädchen wieder bei ihrer Mutter leben würde. Tatsächlich stand dieser Weg jedoch nicht offen, da die Mutter nicht in der Lage war, das Kind angemessen zu versorgen. Erst als die Pflegeeltern in der Beratung erfuhren, dass Antonias Zustände auch eine erneute Anwendung der alten erfolgreichen Überlebensmechanismen sein könnte, und dass sie, die Pflegefamilie, für das Mädchen ja den sicheren äußeren und inneren Ort bieten würden, an dem sie sich von strapaziösen Erinnerungen erholen könnte, wurden die Pflegeeltern nach den Mutterkontakten Antonias mutiger und konnten sie durch aktives Ansprechen und freundliche Zugewandtheit wieder ins „Hier und Jetzt“ zurück holen. Antonia - so die Hypothese, die der Beratung zugrunde lag - vermisste nicht nur die abwesende Mutter, sondern war durch den Besuch der Mutter auch wieder lebhaft an die Gewalttaten des Vaters erinnert worden, vor denen die Mutter sie nicht hatte schützen können. Antonias Dissoziation konnte demzufolge mehr als eine Reaktion auf der „inneren Erinnerungsbühne“ begriffen werden, und weniger als Reaktion auf der „äußeren Bühne“.

Wenn Pflegeeltern diese Dynamik verstanden haben, werden sie weniger an ihren eigenen Fähigkeiten zweifeln, sondern Dinge tun, die ihnen schon zu Beginn des Zusammenlebens den Kontakt zum Kind und ein Herunterregulieren der Stressreaktionen des Kindes ermöglichen haben. Schwer traumatisierte Kinder geraten immer wieder in einem Zustand mit einem hohen Erregungsniveau, das Perry (1995) die sensibilisierte Hyperarousal-Reaktion nennt. Sie haben eine so intensive Wachsamkeit für anscheinend lebensbedrohliche Gefahren entwickelt, dass sie bei Irritation blitzartig auf „Alarm“ schalten.

Natalie wurde im Alter von 10 Wochen mit lebensgefährlichen Verletzungen einer Kinderklinik behandelt. Die Eltern konnten keine Erklärung für die Verletzungen nennen. Natalie wurde nach erfolgter Klinik-Behandlung in einer Pflegefamilie untergebracht. Nun begannen jedoch die Probleme, mit denen Mitarbeiterinnen der Jugend-

---

<sup>1</sup> Alle Namen zum Schutz der Betroffenen geändert

hilfe immer dann zu tun haben, wenn ein Kind zwar äußerlich sicher ist, die misshandelnden leiblichen Eltern aber ihr Recht auf Kontakt zum Kind durchsetzen, ohne dass sie ihr eigenes Verhalten kritisch hinterfragt oder geändert haben. Die Fragestellung an mich lautete: Wie können die Eltern den Kontakt zu Natalie so gestalten, dass es für die weitere Entwicklung des Kindes förderlich ist?

Natalie zeigte in der Bereitschaftspflege zunächst äußerst geringe motorische Lebendigkeit, Ablehnung von Körperkontakt, Vermeidung von Augenkontakt und Ausbleiben von alters angemessenen Zeichen bei Unbehagen (leises Jammern und Räuspern anstelle von Schreien). Besonders fiel sie durch körperliche Anspannung beim Trinken aus der Flasche (Durchbiegen der Wirbelsäule, Schlagen mit dem Kopf) und durch schreckensgeweitete Augen und „hysterisches“ Schreien beim Wickeln auf. Ansonsten lag sie auf ihrer Decke und machte einen teilnahmelosen Eindruck.

Ein solches Verhalten ist von Babys bekannt, die in ihrer bisherigen Entwicklung nicht gelernt haben, dass ihre Schreie bei leichtem und größerem Stress (Hunger, Bedürfnis nach Nähe, Störungen im Bedürfnis nach Kontakt und Fürsorge) zu dem gewünschten Erfolg geführt haben und von traumatisierten Babys, die lebensgefährliche Situationen bewältigen mussten. Die von Natalie gezeigte körperliche Unbeweglichkeit und Teilnahmslosigkeit deutet auf Dissoziation hin, die körperliche Anspannung, das Schlagen mit dem Kopf, die geweiteten Augen und die Ablehnung von Körperkontakt können als Anzeichen von Kampf und Flucht gewertet werden. Alle drei Reaktionsweisen lassen vermuten, dass Natalie bis zum damaligen Zeitpunkt nicht erlebt hatte, dass andere Menschen angemessen feinfühlig auf ihre Bedürfnisse eingehen konnten. Die Notfall-Reaktionen aus ihrer Angst-Vergangenheit sprangen in die Gegenwart.

Nach einem Monat in der Pflegefamilie hatte Natalie ihre Verhaltensmuster erweitert. Sie hatte mit der Bereitschaftspflegemutter gelernt, ruhig und gelassen ihre Flasche zu trinken. Dies gelang durch geduldiges Einstellen auf den Rhythmus von Natalie, die mit der Zeit immer weniger Entspannungspausen während der Nahrungsaufnahme benötigte. Auch ihr teilnahmeloser Zustand auf der Babydecke hatte sich verändert. Sie beteiligte sich am Familienleben alters entsprechend und nahm auch mit den anderen Familienmitgliedern Kontakt auf. Sie wurde als freundlich, aufgeschlossen, bewegungsfreudig, wach und interessiert beschrieben. Sie weinte bei Unwohlsein und Hunger. Sie benötigte allerdings beim Trinken eine absolut ruhige Situation und die mittlerweile bekannte Umgebung in der Wohnung der Pflegeeltern.

Hat ein Kind über lange Zeit die oben beschriebenen Notfall-Reaktionen anwenden müssen, dauert es lange Zeit, bevor es andere, „Nicht-Notfall-Reaktionen“ in sein Verhaltensrepertoire aufnehmen kann. Wenn dies durch Geduld und Einfühlsamkeit der Pflegepersonen gelingt, bleiben trotzdem die vorher intensiver genutzten Reaktionen schneller abrufbar, als die neuen Verhaltensweisen, besonders wenn ein Anblick, ein Geruch, ein Geräusch, eine Form des Hautkontaktes an die frühere lebensgefährliche Situation erinnert. Dieses „Körper-Erinnern“ findet in Hirnregionen statt, die schon vor der Geburt aktiv sind (Limbisches System), lange bevor das bewusste Erinnerungsvermögen des Gehirns (Neokortex) mit etwa drei Jahren ausgereift ist. Aus diesem Zusammenhang ist zu erklären, dass Natalie bei den Kontakten mit den Eltern im Jugendamt, besonders mit der Mutter, schnell wieder in alte Verhaltensweisen zurückfiel.

Sie bog beim Trinken auf dem Schoß der Mutter erneut ihren Rücken durch und verweigert die Nahrungsaufnahme. Die Mutter, eingeschränkt durch eine extreme Sehschwäche, nahm daraufhin noch intensiver mit Natalie Kontakt auf, redete ständig auf sie ein und ließ ihr keinen Bewegungsspielraum. Das Verhalten der Mutter stellte für das Kind eine nicht zu bewältigende Überstimulierung dar, die letztendlich die Gefahr in sich barg, dass Natalie wieder häufiger auf die beschriebenen Notfall-Reaktionen zurückgreifen musste: Kampf und Flucht - wenn das nicht zum Erfolg führt: Dissoziation. Nach den Kontakten war sie völlig erschöpft; ein Zeichen dafür, welch gewaltige Anstrengung sie bei den Kontakten unternehmen musste.

Kinder, die sich in der frühen Kindheit so verhalten mussten, um mit überwältigendem Stress umzugehen, fallen später durch eine extrem leichte Erregbarkeit auf – sie schreien und schlagen auch bei leichtem Stress um sich – oder durch schnelles „Abschalten“: sie lassen schein-

bar ohne emotionale Anteilnahme alles mit sich geschehen und verlieren den Kontakt zu sich selbst und ihren Mitmenschen.

Daher war für die Besuchskontakte dringend erforderlich, dass die Mutter in ihrem Bedürfnis nach ununterbrochener Nähe und Kontrolle gegenüber Natalie gestoppt wurde und dem Kind ähnlichen Freiraum gab, wie ihn der Vater nach Berichten der Begleitpersonen ermöglichte. Natalie benötigte eine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Feinfühligkeit, die es ihr erlaubt, in einem Wechseln von freundlicher Kontaktaufnahme und aus der Ferne begleiteter selbständiger Erkundung der Umwelt eine Balance zwischen Geborgenheit und eigener Kompetenz zu entwickeln, die Grundlage für die weitere psychische Gesundheit sind, wie aus der Bindungsforschung bekannt ist. Es war dabei von großer Bedeutung, dass die Mutter auch trotz ihrer starken Sehschwäche lernte, eine Distanz zwischen ihr und ihrer Tochter zu ermöglichen. Hier konnte sie vom Vater lernen, der ebenfalls in seinen visuellen Fähigkeiten extrem eingeschränkt war, aber sensibler mit Natalie umging.

Bei Natalie war es der tatsächliche Kontakt mit den Eltern, der die Alarmbereitschaft wieder erhöhte, die in der Pflegefamilie schon ein wenig an Bedeutung verloren hatte. Bei anderen traumatisierten Kindern kann die Alarmbereitschaft ein weitaus stabilerer Teil der Persönlichkeit geworden sein.

Meist haben traumatisierte Kinder komplexe Muster entwickelt, die sich auf die unterschiedlichen Ebenen der Wahrnehmung auswirken. Der Körper kann z.B. auf optimale Nutzung aller Organe zur Abwehr von Gefahr umschalten: hellwache Augen und Ohren, geschärfte Geschmacks- und Geruchs-Sinne, angespannte Muskeln, eine Körperhaltung die Kampf- oder Fluchtbereitschaft signalisiert. Die Gedanken können wie in einem Kreislauf immer wieder die gleichen zwei Sätze produzieren: „Diese Menschen hassen mich, ich werde das nicht überleben!“. Ein Gefühl von allumfassender Panik, Ohnmacht und Hilflosigkeit kann den ganzen Menschen erfassen. Und schließlich verdichtet sich dieser Zustand unter Umständen zu einem Verhaltensmuster, z. B. unkontrolliert um sich Schlagen in blinder Wut.

Diese komplexen neuronalen Muster (Körper-Kognition-Emotion-Verhalten) können durch einfache Erinnerungsreize („Trigger“) abgerufen werden. Das Gehirn hat Wahrnehmungs-Fragmente der damals tatsächlich lebensgefährlichen Situation unspezifisch gespeichert. Das kann ein Geräusch, ein Geruch, ein Anblick, ein Gefühl, ein Kontext oder eine Körpererinnerung sein. Es kommt dann zu einem Zustand mit intensiv erlebten Nachhall-Erinnerungen, die auch „Flashback“ (soviel wie „blitzartig zurück“) oder „State Dependent Memories“ (Erinnerungen abhängig vom damaligen Zustand) genannt werden. Das Kind wird also bei einem Reiz, der den gespeicherten Fragmenten ähnelt, aus dem „Hier und Jetzt“ in das „Dort und Damals“ zurück befördert und wendet das neuronale Muster an, das damals hilfreich war oder verhält sich so, wie es sich zur Abwehr der Gefahr gern verhalten hätte (Unterwerfung und Dissoziation oder Kampf und Flucht/Wutausbruch).

Je häufiger jedoch die Notfallschaltung des Gehirns genutzt werden muss, umso intensiver wird der Mensch für Stress und Stressreaktionen sensibilisiert. Dies ist ein Ergebnis der nutzungsbedingten Strukturierung des Gehirns. Das bedeutet, dass die neuronalen Muster, die besonders intensiv genutzt werden, sich zu schnell verfügbaren „Datenautobahnen“ verdichten. Ist eine solche Sensibilisierung eingetreten, kann die gleiche neuronale Aktivität (erhöhte Alarmbereitschaft oder Dissoziation) auch durch weniger bedrohliche Reize ausgelöst werden, als durch die gespeicherten Fragmente der damaligen traumatischen Situation (Perry, 1995). Auf diese Weise werden aus den ursprünglich sinnvoll entwickelten Mustern zur Bewältigung von lebensbedrohlichen Ereignissen Anteile der Persönlichkeit des Menschen. Wiederkehrende Stress-Situationen mit subjektiv erfahrbarer existenzieller Bedrohung führen so zu Persönlich-

keitsveränderungen, von denen die am häufigsten zu beobachtende Form „Ego State Disorder“ (Störung des Ich-Zustandes) genannt wird.

Junge Menschen, die Gefahr laufen, durch „Flashbacks“ oder „State Dependent Memories“ häufig in Situations-unangemessene Alarmbereitschaft zu geraten oder die generell in einfachen Alltagssituationen schnell auf Kampf, Flucht oder Dissoziation „schalten“, weil sie eine „Ego State Disorder“ entwickelt haben, leben immer zwischen zwei Welten. Ihre leidvolle Vergangenheit ist so lebhaft präsent, dass sie das Erleben der Gegenwart nachhaltig beeinflusst. Dies geschieht durch tatsächliche Kontakte zur Herkunftsfamilie, aber auch durch Erinnerungen daran. „Die Vergangenheit versaut ihnen die Gegenwart.“ sagt der Göttinger Arzt und Traumatherapeut Ulrich Sachsse. Je früher bei Pflegekindern mit therapeutischen Interventionen eine Beruhigung oder sogar eine Kontrolle der alten Muster erzielt werden kann, umso besser kann auch ein auf Alarmbereitschaft sensibilisiertes Gehirn neue, vielfältig nutzbare neuronale Strukturen herausbilden. Therapeutische Interventionen können durch das Trauma entstandene Datenautobahnen in den Gehirnen der Kinder auflösen oder durch neue Verschaltungsmuster überlagern. Dies gelingt allerdings nur, wenn die Pflegeeltern nach wie vor die Bereitschaft zeigen, dem Kind ein sicheres und emotional stabiles Umfeld zu bieten. Die besten Absichten und passgenauen Interventionen in der Therapie können nur wirksam werden, solange es Mütter und Väter gibt, die mutig sind und deren Entschiedenheit, einem Kind ein liebevolles Zuhause anzubieten, größer ist, als ihre Furcht, zu versagen. Dann können auch schwer traumatisierte Kinder die Hoffnung wieder finden, dass es Menschen gibt, die es gut mit ihnen meinen. Neurobiologische Erklärungsmodelle bieten eine wertvolle Unterstützung für all jene Behandlungsansätze, deren Ziel es ist, die Entwicklung Sicherheit bietender und heilender Interaktionen zwischen Pflegeeltern und Kindern zu ermöglichen

### **Literatur**

- Hüther, G., Besser, L., Korittko, A., Wolfrum, G. (in Vorb.) Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung Psychotrauma bedingter Symptomatiken.
- Perry, B. D., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W., Vigilante, D. (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use-dependent' development of the brain: how "states" become "traits". *Infant Mental Health*, 16 (4), 271-291
- Saxe, G., Ellis, H., Kaplow, J. (2007) Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens. *The Trauma Systems Therapy Approach*. New York: Guilford Press