

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	1
1. Einleitung	2
1.1. Der Begriff des „Entwicklungstraumas“	2
1.2. Der Begriff der „transgenerationalen Weitergabe“	3
1.3. Herleitung der Fragestellung	3
1.4. Herangehensweise an die Beantwortung der Fragestellung	5
2. Ein Überblick über gesunde Entwicklung und Bindungsmuster	6
2.1. Die pränatale Entwicklung	6
2.2. Die psychische Entwicklung in der frühen Kindheit	8
2.3. Bindungsqualitäten des Kindes	9
3. Das Entwicklungstrauma.....	12
3.1. Kategorisierung von Traumata	12
3.2. Ursachen und Entstehungsweisen von Entwicklungstraumata	12
3.2.1. Ursache: Psychische und physische Gewalt	13
3.2.2. Ursache: Sexueller Missbrauch	14
3.2.3. Ursache: Vernachlässigung.....	15
3.2.4. Ursache: Bindungsabbrüche.....	16
3.3. Physiologie eines Traumas	17
3.3.1. Veränderte Stressreaktion durch andauernde traumatische Verhältnisse	18
3.3.2. Verarbeitung traumatischer Ereignisse im Gehirn	19
3.4. Folgen und Auswirkungen des Entwicklungstraumas	20
4. Formen der Weitergabe eines Entwicklungstraumas von der Mutter bzw. den Bezugspersonen an das Kind.....	23
4.1. Übertragungswege von Entwicklungstraumata von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft.....	24
4.2. Der Einfluss eines mütterlichen Entwicklungstraumas auf die Geburt.....	26

4.3.	Übertragungswege von Entwicklungs Traumata von den Bezugspersonen auf das Kind während der frühen Kindheit.....	28
4.3.1.	Die Auswirkungen einer postpartalen Depression.....	28
4.3.2.	Empathieverlust durch Entwicklungs Traumatisierung	29
4.3.3.	Die Weitergabe der elterlichen Bindungsmuster an das Kind	30
4.3.4.	Das kindliche Verhalten als Trigger von traumatischen Erinnerungen	31
5.	Sozialpädagogische Familienhilfe zur Durchbrechung des Kreislaufs der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungs Traumata.....	34
5.1.	Definition Familienhilfe	34
5.2.	Der Blick der Sozialpädagogischen Familienhilfe auf Entwicklungs Traumata	35
5.3.	Traumaisensible Sozialpädagogische Familienhilfe	37
5.3.1.	Notwendige Voraussetzungen für eine gezielte Intervention durch SPFH.....	37
5.3.2.	Traumaisensible Diagnostik: Der entwicklungs traumatischen Vergangenheit eine Sprache geben und Trigger vermeiden	39
5.3.3.	Psychoedukation und Mentalisierung zur Vermeidung erneuter Entwicklungs Traumatisierung der Kinder	42
5.3.4.	Bindungstheorie-basierte Arbeit mit entwicklungs traumatisierten Bezugspersonen und ihren Kindern.....	43
5.4.	Bestehende Interventionsprogramme	44
5.4.1.	„Traumapädagogische Familienhilfe“ - eine Fortbildung der Welle gGmbH.....	44
5.4.2.	„SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern“ - ein Präventionsprogramm von Karl Heinz Brisch	46
5.4.3.	Weitere Programme videogestützter Elternarbeit	50
5.4.4.	Fazit über die vorgestellten Interventionsprogramme	53
6.	Diskussion und Fazit.....	55
	Literaturverzeichnis.....	60
	Eidesstattliche Erklärung.....	67

Abkürzungsverzeichnis

EPB	Entwicklungspsychologische Beratung
KWG	Kindeswohlgefährdung
SAFE®	Sichere Ausbildung für Eltern
SPFH	Sozialpädagogische Familienhilfe
STEEP™	Steps Toward Effective Enjoyable Parenting

1. Einleitung

Eine sichere Bindung in der frühen Kindheit ist Voraussetzung für eine gute emotionale und kognitive Entwicklung des Kindes (vgl. Möhler 2020: 15). Erlebt das Kind früh ambivalentes, vernachlässigendes oder bedrohliches Verhalten der Eltern, so entwickelt es einen unsicheren oder einen desorganisierten Bindungsstil (vgl. Ainsworth 1985: 322–324). Der in der frühen Kindheit entwickelte Bindungsstil wird in 75 % der Fälle später an die eigenen Kinder weitergegeben (vgl. Brisch 2008: 96).

Menschen, die bereits in früher Kindheit Vernachlässigung, Gewalt oder Missbrauch erlebt haben, leiden häufig unter den psychosozialen Folgen dieser Erlebnisse (vgl. Witt et al. 2019: 640). Die oft über einen sehr langen Zeitraum anhaltenden negativen Erfahrungen, ausgehend von den engsten Bindungspersonen, können zu einer komplexen Traumatisierung¹ des Kindes führen (vgl. Vliegen et al. 2021: 42).

1.1. Der Begriff des „Entwicklungstraumas“

Der Begriff der komplexen Traumatisierung beschreibt die Folge vom Erleben mehrerer verschiedener traumatischer Erfahrungen. Sie kann sowohl in der Kindheit, als auch später im Leben ausgelöst werden. Während das derzeit im deutschen Gesundheitssystem angewandte ICD-10 ausschließlich die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) aufführt (F43.1) (vgl. WHO 1992: 147–149), differenziert das 2022 erschienene ICD-11 die komplexe Traumatisierung (6B41) und macht sie damit erstmalig medizinisch diagnostizierbar. Es führt als mögliche Ursachen Folter, Versklavung, anhaltende häusliche Gewalt und wiederholten sexuellen oder körperlichen Missbrauch in der Kindheit auf (vgl. WHO 2022).

Die komplexe Traumatisierung, die durch Missbrauch in der Kindheit entsteht, ist damit eine wichtige Unterkategorie dieser Klassifikation. Da ihre Ursache meist im Verhalten der wichtigsten Bindungspersonen während der frühen Kindheit liegt und das Bindungsmuster des Kindes stark beeinflusst, bezeichnen einige Autoren sie als „Bindungstrauma“ (vgl. Vliegen et al. 2021: 42). Sie findet während wichtiger frühkindlicher Entwicklungsphasen statt und beeinflusst diese grundlegend. Daher wird in dieser Arbeit in Anlehnung an Autoren wie Garbe der Begriff „Entwicklungstrauma“ verwendet (vgl. Garbe 2015: 30).

¹ Die Begriffe Trauma bzw. Traumatisierung werden in der Literatur nicht einheitlich verwendet. In dieser Arbeit beziehen sie sich auf die Folgesymptomatik nach traumatischen Erlebnissen.

1.2. Der Begriff der „transgenerationalen Weitergabe“

Menschen, die unter einer Entwicklungstraumatisierung leiden, haben eine veränderte Stressphysiologie (vgl. Möhler 2020: 27–28). Diese kann später Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt der eigenen Kinder haben (vgl. Schultze-Kraft 2014: 84–86). Signale des Kleinkindes können als Triggerreiz für die unbehandelten eigenen Traumaerinnerungen wahrgenommen werden und unkontrollierte Reaktionen in den Eltern auslösen (vgl. Möhler 2020: 25). Dietrich et al. (vgl. 2018: 415) konnten nachweisen, dass es einen Zusammenhang zwischen frühkindlichen Gewalterfahrungen und späterer Misshandlung der eigenen Kinder gibt. Eine Entwicklungstraumatisierung in der Elterngeneration kann somit zu einer Entwicklungstraumatisierung der Kinder führen. Ein Kreislauf entsteht, in dem Traumatisierungen von Generation zu Generation weitergegeben werden.

1.3. Herleitung der Fragestellung

Wie kann dieser Kreislauf durchbrochen werden? Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe setzen oft beim traumatisierten Kind bzw. Jugendlichen an (vgl. Weiß 2003: 85–89). Die Kinder und Jugendlichen zeigen häufig auffälliges Verhalten und sind teilweise bereits aus ihrer Ursprungsfamilie herausgenommen worden. Die Fachliteratur richtet sich meist an Kita-Erzieher:innen, Lehrkräfte, Pflegeeltern und Mitarbeitende der stationären Kinder- und Jugendhilfe (z. B. vgl. Möhrlein/Hoffart 2014; vgl. Picard 2016; vgl. Tiefenthaler/Gahleitner 2016; vgl. Vliegen et al. 2021; vgl. Zitelmann 2016). Diese Konzepte sind wichtig für das Leben dieser Kinder und Jugendlichen. Sie können zu ihrer Stabilisierung und einer Korrektur der gemachten Erfahrungen beitragen. Die Begleitung der Kinder und Jugendlichen endet jedoch mit der Volljährigkeit und unterstützt somit selten eine spätere Elternschaft dieser Menschen. Ein Unterbrechen des Kreislaufs transgenerationaler Weitergabe von Entwicklungstraumatisierung steht daher nicht im Fokus.

Wie oben erwähnt können selbst erlebte Entwicklungstraumata bereits während der Schwangerschaft einen Einfluss auf diese haben. Der Säugling entwickelt über den affektiven Austausch mit nahen Bindungspersonen² ein eigenes Bindungs- und Beziehungsmuster. In den ersten Lebensjahren kann bei einer sicheren Bindung die Umgebung Schritt für Schritt von

² In der Literatur wird die nahe Bindungsperson im Säuglingsalter meist als Mutter benannt (vgl. bspw. Ainsworth 1985; Garbe 2015; Hüther/Krens 2008; Möhler 2020). Da diese Rolle aber ebenfalls durch den Vater, Pflege-, Adoptiveltern oder durch andere, das Kind eng betreuende Personen wie Großeltern oder ein Au-pair eingenommen werden kann, werden in dieser Arbeit vorrangig die Worte „Bindungs-“ oder „Bezugsperson“ verwendet.

dieser sicheren Basis aus erforscht werden. Das Kind lernt in den ersten drei Jahren über den Austausch mit der Bindungsperson wichtige Grundlagen für die eigene Affektregulation (vgl. Garbe 2015: 86–88). Ist der Austausch und Bindungsaufbau durch eine Entwicklungstraumatisierung eines Elternteils beeinträchtigt, kann das Kind diese wichtigen Entwicklungsschritte nicht uneingeschränkt durchlaufen. Treten in dieser Phase zusätzlich andauernde Vernachlässigung, Misshandlung oder sexueller Missbrauch auf, ist eine Entwicklungstraumatisierung des Kindes und damit die transgenerationale Weitergabe der Entwicklungstraumatisierung der Elterngeneration sehr wahrscheinlich (vgl. Garbe 2015: 97). Da bereits Prozesse während der Schwangerschaft eine Transmission der Entwicklungstraumatisierung in die nachfolgende Generation begünstigen, ist eine während der Schwangerschaft ansetzende, die Familie über die frühe Kindheit hinweg begleitende Intervention sinnvoll und notwendig, um eine Traumatransmission zu verhindern. Die unter § 31 SGB VIII geregelte Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) als Hilfe zur Erziehung erfüllt die Voraussetzungen für eine engmaschige Begleitung der Familie im eigenen familiären Umfeld. Durch eine frühe und intensive Intervention können mittels Psychoedukation der Eltern Traumatisierungen der Kinder vermieden werden. Bereits erfolgte negative Erfahrungen des Kindes werden innerhalb der Ursprungsfamilie korrigiert. Bindungsabbrüche, auch wenn es sich um eine unsichere Bindung handelt, verstärken eine bestehende Bindungsstörung (vgl. Garbe 2015: 47). Vor diesem Hintergrund ist die Arbeit mit den Bindungspersonen besonders wichtig und hat die Chance, die Notwendigkeit einer Herausnahme des Kindes aus der Familie zu verhindern.

Im Jahr 2021 wurden in Deutschland in über 59 900 Fällen eine Kindeswohlgefährdung (KWG) durch Vernachlässigung oder psychische, körperliche oder sexuelle Gewalt registriert. In über 47 520 Fällen erfolgte eine Inobhutnahme (vgl. Statistisches Bundesamt 2022b, 2022c). Im gleichen Jahr wurde in 14,7 % der Fälle, in denen – unabhängig von einer KWG-Feststellung – Hilfen zur Erziehung notwendig waren, eine SPFH eingerichtet. Der Einsatz einer SPFH stieg im Vergleich zum Vorjahr um 3,8 %, während sich die Anzahl der Hilfen zur Erziehung generell um 0,6 % verringerte (vgl. Statistisches Bundesamt 2022d). SPFHs wurden demnach im Vergleich zu anderen Hilfen zur Erziehung häufiger bewilligt. Sie dienen der Vorbeugung einer KWG, können aber auch im Nachgang einer KWG zur Stabilisierung der familiären Situation eingesetzt werden.

Die SPFH ist damit eine geeignete Intervention zur Vermeidung einer erneuten Entwicklungstraumatisierung der Kinder vorbelasteter Familien. Die Frage, die in der vorliegenden Thesis bearbeitet werden soll, lautet:

Wie kann die Sozialpädagogische Familienhilfe dazu beitragen, den Kreislauf der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungstraumata zu durchbrechen und eine erneute Entwicklungstraumatisierung der Kindergeneration zu verhindern?

1.4. Herangehensweise an die Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung wird in der vorliegenden Thesis literaturbasiert bearbeitet. Um die Entstehung eines Entwicklungstraumas nachvollziehen zu können, ist zunächst ein Verständnis der gesunden Entwicklung und der Ausbildung unterschiedlicher Bindungsmuster wichtig. Das 2. Kapitel gibt hierzu einen kurzen Überblick. In Kapitel 3 werden zunächst mögliche Ursachen eines Entwicklungstraumas erläutert, um dann auf die Auswirkungen dessen einzugehen. Kapitel 4 beschäftigt sich mit den Formen der transgenerationalen Weitergabe von der Eltern- an die Kindergeneration. Hierbei wird insbesondere auf die Zeit der Schwangerschaft und die frühe Kindheit eingegangen, da eine Übertragung in dieser Zeit sehr wahrscheinlich ist. Im 5. Kapitel wird zunächst die Sozialpädagogische Familienhilfe definiert und ihr Blick auf Entwicklungstraumata erläutert. Die Voraussetzungen und möglichen Anknüpfungspunkte für Interventionsmöglichkeiten werden diskutiert, um anschließend bereits bestehende Interventionskonzepte und -programme vorzustellen und gegenüberzustellen. In Diskussion und Fazit (6. Kapitel) wird schließlich zusammengefasst, was für eine Durchbrechung des Kreislaufs transgenerationaler Weitergabe von Entwicklungstraumata notwendig ist und wie weit die vorgestellten Programme und Konzepte diese Ansatzpunkte abdecken. Als Ausblick wird dargelegt, welche Voraussetzungen in der Sozialpädagogischen Familienhilfe geschaffen werden müssen, um eine gelingende Umsetzung der Konzepte zu ermöglichen.

2. Ein Überblick über gesunde Entwicklung und Bindungsmuster

Ein grundlegendes Verständnis von gesunder Entwicklung und Bindungsmustern ist wichtig, um die weitreichenden Folgen eines Entwicklungstraumas erfassen zu können. Daher werden im Folgenden zunächst einige für die Beantwortung der Fragestellung bedeutsame Aspekte der pränatalen Entwicklung vorgestellt. Anschließend wird auf die frühe Entwicklung des Selbst eingegangen, dessen psychische Grundlagen bereits in den ersten Lebensmonaten gelegt werden (vgl. Garbe 2015: 86). Schlussendlich werden die Bindungsmuster beschrieben, die ein Säugling aus seinen Interaktionen mit den Bezugspersonen entwickelt (vgl. Grossmann/Grossmann 2003: 99).

2.1. Die pränatale Entwicklung

„Das ungeborene Kind ist ein lebendiges Wesen, dessen Entwicklung nur dadurch möglich ist, dass es mit seiner mütterlichen Umgebung in ständiger Kommunikation steht. Von Beginn an findet komplexe Interaktion statt.“ (Hüther/Krens 2008: 8)

Hüther und Krens betonen mit dieser Aussage, dass die Prägung eines Kindes bereits während der Zeit im Mutterleib beginnt. In ihrem Buch „Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen.“ (vgl. Hüther/Krens 2008) vernetzen sie Erkenntnisse der Evolutionsbiologie und der zellbiologischen Embryonalentwicklung mit der Entwicklung psychologischer Grundlagen durch vorgeburtliche Erfahrungen.

Das Gehirn des Menschen entwickelt sich, anders als bei vielen Tieren, sehr langsam und ist auch bei Geburt noch nicht voll ausgereift. Diese Entschleunigung öffnet den Prozess für Einflüsse aus der Umwelt und ermöglicht komplexeres Lernen. Die menschliche Gehirnentwicklung ist genetisch nicht bis ins Detail vorprogrammiert und so kann sich der Mensch besser an die jeweiligen Bedingungen anpassen, unter denen er sich entwickelt. Verbindungen im Gehirn, die häufiger genutzt werden, haben eine stärkere Ausprägung, während sich ungenutzte Verschaltungen zurückentwickeln. Jeder individuelle Mensch ist so durch seine ganz eigenen Erfahrungen geprägt (vgl. Hüther/Krens 2008: 63–65, 104).

Das lernende Gehirn braucht Reize von außen, um sich entwickeln zu können. Diese Reize nimmt der Fötus über seine Sinnesorgane wahr, die Teile ihrer Funktion bereits während ihrer Entwicklung ausführen können. Je weiter das Gehirn entwickelt ist, desto besser funktionieren auch die Sinnesorgane. Entwicklung und Reize von außen stehen somit in einer Wechselwirkung (vgl. Hüther/Krens 2008: 77–79).

Die Haut des Fötus spielt bei der Wahrnehmung bereits früh eine Rolle. Über sie lernt der Fötus seine eigene körperliche Begrenzung kennen und kann aktiv Kontakt mit seiner Umwelt aufnehmen. Es ist bekannt, dass sich Föten im Bauch der Mutter an die Plazenta oder an eine auf den Bauch gelegte Hand anschmiegen, mit der Nabelschnur spielen und an ihren eigenen Fingern lutschen (vgl. Hüther/Krens 2008: 81). Über das Gehör nimmt der Fötus die inneren Geräusche der Mutter wie beispielsweise ihren Herzschlag, aber auch äußere Geräusche wie Stimmen wahr. Die Geschmacksrichtung des Fruchtwassers verändert sich je nach Ernährung der Mutter und das Baby lernt über seine Geschmacksnerven die Pheromone der Mutter kennen, die es nach der Geburt als Geruch wiedererkennen wird. Bereits früh bewertet der Fötus das körperliche Empfinden und unterscheidet zwischen angenehmen und unangenehmen Reizen (vgl. Hüther/Krens 2008: 80–84, 86).

Die direkte Umwelt des Ungeborenen ist durch die Mutter bestimmt. Sie ist „körperliche[s], psychische[s] und soziale[s] System“ des Fötus (Hüther/Krens 2008: 26). Ihre Ernährung bestimmt auch über die Nährstoffe, die der Fötus erhält, er erlebt ihre emotionale Verfassung über Hormone, die Qualität der Sauerstoffzufuhr, die Herzfrequenz und ihre Stimmlage. Ist die Mutter in einem ruhigen Zustand, beruhigt sich auch der Fötus. Ist sie jedoch angespannt, zeigt auch der Fötus Zeichen der Unruhe. Die Welt außerhalb der Mutter berührt den Fötus zwar noch nicht direkt, insbesondere über Geräusche erlebt er sie aber dennoch teilweise bereits mit. Stimmen in tiefen Tonlagen, beispielsweise die des Vaters, dringen besonders gut bis zu ihm vor (vgl. Hüther/Krens 2008: 26, 35-36, 108-112; Schultze-Kraft 2014: 84).

Die äußeren Umstände der Mutter wie ihr sozioökonomischer Status, ihre Gesundheit und die Qualität ihrer partnerschaftlichen Beziehung beeinflussen über diese Wege auch den Fötus mit. Das Kind erlebt die Gefühle mit, die die Mutter gegenüber ihrer Schwangerschaft hat. Glücksgefühle oder Angst können sich so auf das Kind übertragen (vgl. Hüther/Krens 2008: 26–27, 113–114; Schultze-Kraft 2014: 84–85). Befindet sich die Mutter in einer unsicheren Lage durch Ambivalenzen in der Partnerschaft und ein nicht-unterstützendes soziales Umfeld, so steht sie während der Schwangerschaft vermutlich unter großem Stress. Kinder, die so in der pränatalen Phase indirekt vielen Stressoren ausgesetzt sind, zeigen als Säuglinge häufiger Verhaltensregulationsstörungen, die sich auf die Interaktion mit der Bezugsperson auswirken können (vgl. Brisch 2009: 55).

Die Entwicklung des Fötus verläuft umso entspannter, je entspannter insbesondere die Mutter ist. Der zweite Elternteil trägt durch seine/ihre partnerschaftliche Funktion viel zur

Entspannung bzw. Anspannung der Mutter bei und spielt somit bereits während der Schwangerschaft eine wichtige Rolle für die Entwicklung des Kindes (vgl. Brisch 2013: 30–31). Um sich auf die neue Mutterrolle einzustellen, muss sich die Psyche der Mutter öffnen und verändern. Sie sucht nach bekannten Mustern, an denen sie sich orientieren kann. Die von ihrer eigenen Mutter übertragenen Gefühle aus der eigenen vorgeburtlichen Phase können hier aufkommen und die Beziehung zum/zur Partner:in oder zur eigenen Mutter positiv oder negativ beeinflussen (vgl. Hüther/Krens 2008: 28–30).

2.2. Die psychische Entwicklung in der frühen Kindheit

Ein Säugling kann seine Affekte noch nicht selbst regulieren. Er spürt beispielsweise Unwohlsein durch Hunger oder Müdigkeit, kann dieses Gefühl aber nicht einordnen und durch seine Vorsprachlichkeit auch nicht symbolisieren. Es kommt zu einer generalisierten sensomotorischen Verarbeitung der Emotion, indem das Baby schreit oder strampelt (vgl. Garbe 2015: 87–88). Es ist auf die Co-Regulation durch die Bezugspersonen angewiesen, welche feinfühlig auf die Signale des Säuglings reagieren und ihm dabei durch Beruhigen oder Änderung der äußeren Umstände (z. B. Füttern, in den Schlaf wiegen) bei der Überwindung der negativen Gefühle helfen. Das Kind speichert die Erfahrung der Beruhigung ab und kann sie bei häufiger erfolgreicher Wiederholung irgendwann selbst abrufen (vgl. Vliegen et al. 2021: 50).

Der Säugling hat vielfältige Möglichkeiten, mit seiner Umwelt zu kommunizieren. Empfindet er Freude, lächelt, lacht oder gluckst er. Er kann Augenkontakt zu seinen Betreuungspersonen aufnehmen oder sich von ihnen wegrehen. Bei Unwohlsein kann er weinen oder strampeln. Auch in seinem Ess- und Schlafverhalten können Bezugspersonen Informationen über seinen Zustand erkennen. Neben diesen Kommunikationsformen sorgt auch das Kindchenschema über die großen Augen, die weiche Haut und den typischen Babygeruch für die Fürsorge der Erwachsenen (vgl. Vliegen et al. 2021: 48–49, 65).

Der Säugling ist bereits aktiver Interaktionspartner, der mit seinen Bezugspersonen in einen affektiven Austausch tritt. Lächelt die Bezugsperson den Säugling an, so empfindet auch dieser Freude und lächelt zurück. Zeigt sich die Bezugsperson ärgerlich, steigt die Erregung des Babys und es empfindet Angst. Auf diese Weise lernt der Säugling bereits erste Grundzüge des Einfühlens in andere Menschen. Eine Basis für Empathie wird gelegt. Durch diese frühen Interaktionen entwickelt der Säugling ein Verhältnis zu sich selbst und anderen, das ihn sein Leben lang prägen wird (vgl. Garbe 2015: 86–87). Möhler ist daher der Ansicht, dass „die

Beziehung zwischen Bezugsperson und dem Säugling die erste und wahrscheinlich wichtigste Beziehung im Leben eines Menschen ist“ (Möhler 2020: 13), die jede weitere kognitive und emotionale Entwicklung des Kindes beeinflusst.

In den ersten drei Jahren seines Lebens muss das Kind viele Entwicklungsaufgaben durchlaufen. Es muss ein eigenes Körperschema und ein Selbstgefühl entwickeln, um eine klare Unterscheidung zwischen Innen und Außen, sich selbst und anderen treffen zu können (vgl. Garbe 2015: 89). Durch eine gesunde Entwicklung lernt es, sich in leichten Stressreaktionen selbst zu regulieren. Es erkennt, dass ein bestimmtes Verhalten mit dem inneren Erleben zusammenhängt und dass andere Menschen ein eigenes inneres Erleben haben, das nicht identisch mit dem seinen ist. Es lernt dabei, über sich selbst und andere nachzudenken und das Verhalten anderer Personen zu interpretieren, also eine erste Basis der Mentalisierung. Durch diese Interaktionen mit den Bezugspersonen übt und festigt das Kind Bindungs- und Beziehungsmuster (vgl. Garbe 2015: 86; Vliegen et al. 2021: 67–69).

Über diese Verbundenheit mit anderen Personen kann es auch Autonomie entwickeln. Je stärker die Beziehung ist, desto weiter kann sich das Kind auf seiner Entdeckungstour entfernen. Es weiß, dass die Bezugsperson noch da sein wird, wenn es zurückkehrt und kann die neuen Erfahrungen mit ihr teilen (vgl. Vliegen et al. 2021: 63).

2.3. Bindungsqualitäten des Kindes

Bereits 1958 schlussfolgerte Bowlby aus zahlreichen Studien, dass die psychologische Bindung eines Kindes an seine Bezugsperson nicht im Zusammenhang mit der physiologischen Abhängigkeit eines Säuglings steht, der Betreuungspersonen beispielsweise für die Nahrungsaufnahme benötigt (vgl. Bowlby 1958: 371). Mithilfe des Experiments „Die Fremde Situation“³ konnte Ainsworth in vielen Versuchsreihen drei Bindungsqualitäten identifizieren, die einjährige Säuglinge zeigen (vgl. Ainsworth 1985: 321–322). Während des Experiments wird durch wiederholte Trennung und Wiedervereinigung mit der Mutter unter Beteiligung einer fremden Person das Bindungssystem des Kindes aktiviert. Das vom Kind gezeigte Bindungsverhalten lässt dabei auf die jeweilige Bindungsqualität des Kindes schließen (vgl. Ainsworth 1985: 324–327).

³ Aufgrund der Bekanntheit des Experiments der Fremden Situation soll dieses hier nicht im Detail beschrieben werden. Die Vorgehensweise ist von Mary Ainsworth vielfach ausgeführt worden und kann beispielsweise nachgelesen werden in „Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation“ (Ainsworth/Wittig 1969: 114–124).

Sicher gebundene Kinder zeigen ein deutliches Bindungsverhalten, wenn die Mutter den Raum verlässt. Meist suchen sie die Mutter, sind gestresst und weinen. Kommt die Mutter zurück, begrüßen sie sie freudig, suchen engen Körperkontakt zu ihr und lassen sich trösten. Nach kurzer Zeit können sie das Spiel wieder aufnehmen (vgl. Ainsworth 1985: 324–325; Brisch 2009: 51). Sie haben die Erfahrung gemacht, dass ihre Bezugsperson feinfühlig auf ihre Bedürfnisse eingeht. Daher suchen sie in Momenten erhöhten Stresses die Nähe der Bezugsperson, da sie von ihr ein helfendes Verhalten erwarten können (vgl. Sroufe 2022: 88). Unsicher vermeidend gebundene Kinder bleiben vermeintlich ruhig bei Trennung von der Mutter und zeigen kein deutliches Bindungsverhalten. Spätere Studien konnten jedoch nachweisen, dass diese Kinder im Vergleich zu sicher gebundenen Kindern physiologisch höhere Stresslevel bei der Trennung aufweisen. Bei der Wiederkehr der Mutter zeigen sie Ablehnung ihr gegenüber und lassen sich nicht trösten (vgl. Ainsworth 1985: 325; Brisch 2009: 51–52). Die unsicher vermeidend gebundenen Kinder zeigen damit das gegenteilige Verhalten der sicher gebundenen Kinder. In ihrer Vergangenheit sind sie von ihren Bezugspersonen immer wieder zurückgewiesen worden. Durch den geringen Kontakt in Stresssituationen versuchen sie, erneute Ablehnung zu vermeiden (vgl. Sroufe 2022: 89).

Unsicher ambivalent gebundene Kinder zeigen großen Stress, wenn die Mutter geht. Sie weinen heftig und lassen sich auch von der Mutter nach deren Rückkehr nicht beruhigen. Sie zeigen den Wunsch nach körperlichem Kontakt mit der Mutter, reagieren aber gleichzeitig aggressiv auf sie (vgl. Ainsworth 1985: 325; Brisch 2009: 52). Diese Kinder haben die Erfahrung gemacht, dass die Fürsorge ihrer Bezugspersonen unbeständig ist. Mal gehen sie liebevoll auf die Bedürfnisse des Kindes ein, ein anderes Mal sind sie nicht erreichbar oder reagieren abwehrend auf das Kind. Das Kind hat daher gelernt, dass auf die Zuwendung der Bezugsperson kein Verlass ist. Bei Trennung ist es daher stark gestresst und muss lautstark auf sich aufmerksam machen, da es nicht auf das Wiederkommen der Person vertrauen kann (vgl. Sroufe 2022: 88).

Manche Kinder konnten keiner dieser Bindungsqualitäten zugeordnet werden und so wurde dem Konzept später eine weitere Kategorie hinzugefügt: das unsicher desorganisierte Bindungsmuster. Bei diesen Kindern wird das Bindungsverhalten aktiviert, es zeigt sich aber nicht in eindeutigen Verhalten (vgl. Brisch 2009: 52–53). Während die von Mary Ainsworth identifizierten Bindungsmuster kohärente Reaktionsweisen und damit eine Organisation aufweisen, ist dies in dieser vierten Kategorie nicht der Fall. Sie kann entstehen, wenn von der

Bezugsperson eine Gefahr ausgeht, denn das Kind möchte sich von der Bedrohung abwenden und Schutz bei der Bezugsperson finden. „Wenn die Bindungsperson selbst die Quelle der Angst ist, steht das Kind vor einem unlösbaren Widerspruch“, konstatiert Sroufe (2022: 89), denn beides ist dann nicht möglich. Die Folge sind widersprüchliche Verhaltensweisen, beispielsweise das Annähern an die Bezugsperson mit plötzlicher Erstarrung oder Umkehr der Bewegung (vgl. Sroufe 2022: 89).

Unterschiedliche Längsschnittstudien haben gezeigt, dass ca. 50-60 % der teilnehmenden Kinder ein sicheres, ca. 30-40 % ein unsicher vermeidendes und ca. 10-20 % unsicher-ambivalentes Bindungsmuster aufweisen (vgl. Brisch 2009: 54). Der Anteil der Kinder mit unsicher desorganisiertem Bindungsverhalten variiert je nach Zusammensetzung der Testgruppe stark. Gesunde Kinder, deren Eltern keine frühen Gewalterfahrungen gemacht haben, zeigen in 15 % der Fälle diesen Bindungsstil (vgl. Brisch 2020: 39).

3. Das Entwicklungstrauma

Vielfältige Ursachen in der frühen Kindheit können die psychologische Entwicklung des Kindes beeinflussen und zu einem Entwicklungstrauma führen. In diesem Kapitel werden, nach einer Einführung in die Kategorisierung von Traumata generell, deren Ursachen und ihre Wirkung auf die kindliche Entwicklung näher ausgeführt. Anschließend werden die langfristigen Folgen der Entwicklungstraumatisierung thematisiert.

3.1. Kategorisierung von Traumata

Wie in Kapitel 1.1 beschrieben ist das Entwicklungstrauma eine wichtige Unterkategorie der komplexen Traumatisierung. Traumata werden in drei Typen eingeteilt. Bei einem Typ-I-Trauma handelt es sich um eine Monotraumatisierung. Ein einzelnes traumatisches Ereignis in einem ansonsten nicht traumatisch verlaufenden Leben führt zu einer Belastung der betroffenen Person. Es kann beispielsweise durch Naturkatastrophen oder Unfälle ausgelöst werden (vgl. Garbe 2015: 29; Vliegen et al. 2021: 38–42).

Ein Typ-II-Trauma wird auch komplexe Traumatisierung genannt. Es kann durch das Erleben mehrerer traumatischer Erfahrungen ausgelöst werden. Häufig halten diese Erfahrungen, beispielsweise Misshandlungen oder Vernachlässigung über Jahre an und bestimmen das tägliche Leben. Diese Art der Traumatisierung wird durch Menschen ausgelöst (vgl. Garbe 2015: 30–31; Vliegen et al. 2021: 38–42). Vliegen et al. berichten, dass ca. 95 % der Typ-II-Traumatisierungen bei Kindern durch deren Bezugspersonen ausgelöst werden und damit in Beziehungen stattfinden (vgl. Vliegen et al. 2021: 38–39).

Die Literatur verwendet die Kategorie des Typ-III-Traumas nicht einheitlich. Während Garbe sich auf Typ-I- und Typ-II-Traumata beschränkt, formulieren Vliegen et al. das Typ-III-Trauma als eine Kombination des Typ-II-Traumas mit wiederholten Bindungsabbrüchen, was zu einer besonders schweren Folgestörung führen kann (vgl. Garbe 2015: 29–31; Vliegen et al. 2021: 28–42).

3.2. Ursachen und Entstehungsweisen von Entwicklungstraumata

Damit eine SPFH wirksam eine erneute Entwicklungstraumatisierung des Kindes verhindern kann, sind Kenntnisse über die Entstehungsweisen von Entwicklungstraumatisierungen wichtig. So kann die SPFH Risiken innerhalb einer Familie erkennen und ihnen aktiv entgegenwirken.

Als Sozialpädagogin und Kinder- und Jugendpsychotherapeutin steht Garbe an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Therapie. In ihrem Buch „Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen.“ erläutert sie anschaulich die der Problematik zugrundeliegende Theorie, um dann sowohl auf sozialpädagogische als auch therapeutische Zugänge einzugehen (vgl. Garbe 2015). Misshandlungen an Kindern sind ihr zufolge eine der Hauptursachen für die Entstehung von Entwicklungstraumata (vgl. Garbe 2015: 41–51). Pekarsky definiert Kindesmisshandlung als „ein Verhalten gegenüber einem Kind, das außerhalb der Norm liegt und ein beträchtliches Risiko für eine körperliche oder seelische Schädigung des Kindes birgt“ (Pekarsky 2020: 1). Die Bundesärztekammer unterscheidet hierbei zwischen vier Formen: körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Vernachlässigung und psychische Misshandlung (vgl. Bundesärztekammer o. J.).

Im Folgenden werden die von Garbe aufgegriffenen Ursachen für Entwicklungstraumata näher beleuchtet. Neben den oben unter Kindesmisshandlung gefassten Ursachen - psychische und physische Gewalt, sexueller Missbrauch und Vernachlässigung - zählt Garbe, im Einklang mit der Definition von Typ-III-Traumata von Vliegen et al., auch Bindungsabbrüche zu den möglichen Ursachen (vgl. Garbe 2015: 41–48; Vliegen et al. 2021: 28–42).

Während Garbe auch Flucht als eine mögliche Ursache für Entwicklungstraumata angibt (vgl. Garbe 2015: 48–51), wird sich die vorliegende Arbeit auf die eben genannten Ursprungsmöglichkeiten konzentrieren. Obwohl das Thema Flucht auch zum jetzigen Zeitpunkt in Deutschland eine große Rolle spielt, so ist doch davon auszugehen, dass der Anteil derer, die selbst in ihrer familiären Geschichte Flucht in der frühen Kindheit erlebt, diese Erfahrung heute als unverarbeitetes Entwicklungstrauma auf ihre Kinder übertragen und in einer SPFH angebunden sind, verhältnismäßig gering ist. Dennoch sollte die SPFH in der Arbeit mit geflüchteten Familien eine mögliche erstmalige Entwicklungstraumatisierung heute geflüchteter Kinder im Blick behalten.

3.2.1. Ursache: Psychische und physische Gewalt

Physische Gewalt als Ursache von Entwicklungstraumata umfasst jede körperliche Gewalt gegenüber dem Kind. Dies kann Schlagen, Verbrennen, Schubsen, aber auch Einsperren des Kindes bedeuten. Psychische Gewalt schließt beispielsweise Abwerten, Beschimpfen und Bloßstellen des Kindes, aber auch es immer wieder zu ignorieren und mit Schweigen zu strafen, ein. Es wird davon ausgegangen, dass die Auswirkungen psychischer Gewalt auf den

emotionalen Zustand der Kinder deutlich größer sind, als die körperlicher Gewalt (vgl. Garbe 2015: 41–42).

Im Jahr 2021 kam es in Deutschland laut Polizeilicher Kriminalstatistik zu 4 465 Opfern von Kindesmisshandlung nach § 225 StGB, wobei die Dunkelziffer weitaus höher liegen dürfte. Über 86 % der Kinder waren mit den Täter:innen verwandt, lediglich 1,2 % der Kinder hatten keinerlei persönliche Beziehung mit den Täter:innen (vgl. Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes 2022).

Häufig handeln die Eltern im Affekt. Es gelingt ihnen nicht, das kindliche Verhalten auszuhalten, sie sind hilflos, wütend und ohnmächtig. Mittels Gewalt versuchen sie, sich bei den Kindern durchzusetzen und sich selbst wieder zu regulieren. Es ist wahrscheinlich, dass Eltern mit unverarbeiteten Misshandlungserfahrungen aus der eigenen Kindheit ihren Kindern gegenüber gewalttätig werden (vgl. Dittrich et al. 2018: 415). Insbesondere wenn die ihnen gegenüber angewandte Gewalt als Erziehungsmittel eingesetzt und ihnen als Kind rationalisierend erklärt wurde, wird sie leicht als adäquates und angebrachtes Mittel in der Kindererziehung verinnerlicht (vgl. Garbe 2015: 41–42).

Menschen, die auf sich alleine gestellt sind, neigen eher zu der Anwendung von Gewalt ihren Kindern gegenüber, als in einem funktionierenden sozialen Netzwerk eingebettete Menschen. Ein solches Netzwerk scheint den Eltern ausreichend Entlastung zu bieten, um Überforderung und daraus resultierende Affekthandlungen den Kindern gegenüber zu verringern (vgl. Garbe 2015: 42–43).

Für die SPFH ist es wichtig zu erkennen, dass Gewaltanwendung gegenüber dem Kind häufig aus einer Ohnmacht und Hilflosigkeit der Bezugspersonen heraus resultiert. Sie kann dem durch Hilfestellung in Erziehungsfragen, Entlastung der Bezugspersonen und Aufbau eines sozialen Netzwerkes entgegenwirken.

3.2.2. Ursache: Sexueller Missbrauch

Die Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs definiert sexuellen Kindesmissbrauch wie folgt:

„Jede sexuelle Handlung, die an Mädchen und Jungen gegen ihren Willen vorgenommen wird oder der sie aufgrund körperlicher, seelischer, geistiger oder sprachlicher Unterlegenheit nicht wissentlich zustimmen können. Täter und Täterinnen nutzen dabei Macht- und Autoritätspositionen aus, um eigene Bedürfnisse auf Kosten des betroffenen Kindes zu befriedigen.“ (Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs o. J.)

Das Strafrecht definiert dabei, dass Kinder unter 14 Jahren entwicklungsbedingt nicht in der Lage sind, sexuellen Handlungen zuzustimmen und somit jede sexuelle Handlung an ihnen strafbar ist (§ 176 Abs. 1 StGB, Stand 2022). Auch sexuelle Handlungen vor dem Kind ohne Körperkontakt zählen als sexueller Missbrauch. Im Jahr 2021 kam es in Deutschland in über 15 500 Fällen zu einem polizeilich bekannten sexuellen Kindesmissbrauch (Bundeskriminalamt 2022).

Sexueller Kindesmissbrauch kann sowohl im Privaten, als auch in Institutionen stattfinden. Anders als körperliche und psychische Gewalt findet er meist nicht im Affekt statt, sondern wird vom Täter schleichend in die Beziehung eingebracht. Der Täter baut zunächst eine Bindung zu dem Kind auf, auf die sich das Kind gerne einlässt. Im Laufe der Zeit fühlt sich das Kind immer unwohler in der Beziehung. Das Bild, das der Täter aufbaut, stellt seine Handlungen als richtig dar. Gleichzeitig muss das Kind darüber schweigen (vgl. Garbe 2015: 43–45).

Die Bindung, die das Kind erfährt, ist gekoppelt an die sexuelle Lust des Täters, Schamgefühl und Wunsch nach Bindung werden im Kind gleichzeitig aktiv. Oft können diese Kinder auch später diese beiden Gefühle nicht voneinander trennen, was ihre eigenen Beziehungen im Erwachsenenalter beeinflusst (vgl. Garbe 2015: 43–45).

In diesem Zusammenhang wichtig für die SPFH ist, dass sexueller Missbrauch meist keine Affekthandlung ist und die betroffenen Kinder in eine Schuld- und Schamspirale geraten können. Reine Aufklärung der missbrauchenden Personen über ihre Handlungen ist nicht ausreichend. Die SPFH muss den möglicherweise betroffenen Kindern als Vertrauensperson zur Verfügung stehen, ansprechbar sein und die Aussagen der Kinder ernst nehmen. Die Kinder müssen vor Täter:innen durch räumliche Trennung geschützt werden.

3.2.3. Ursache: Vernachlässigung

Wie bereits in Kapitel 2.1 erwähnt, benötigt das Gehirn für seine Entwicklung Reize aus der Umgebung (vgl. Hüther/Krens 2008: 77–79). Säuglinge und Kleinkinder stillen mithilfe angemessener Stimulation durch die Bezugspersonen ihr Bedürfnis nach Exploration und Bindung. Während zu viel Stimulation zu einer Überreizung des Kindes führt, kann zu wenig körperliche und emotionale Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind traumatisch wirken. Die physische Unterversorgung eines Säuglings kann schnell lebensbedrohlich werden. Das Kind spürt dies und entwickelt neuronale Systeme, die schnell auf Stress anspringen. Diese können das Leben lang frühzeitig aktiviert werden, wodurch diese Menschen auch als

Erwachsene früher und stärker auf Stressoren reagieren. Durch das geringe Level an Stimulation kann es zu einer mangelnden Entwicklung des Gehirns kommen, was zu bleibenden kognitiven Schäden führen kann (vgl. Garbe 2015: 45–46).

Diese Kinder lernen, dass auf ihre Signale niemand reagiert und begrenzen ihre Kommunikationsversuche. Dies zeigt sich häufig in besonders ruhigem Verhalten der Kinder. Sie weinen nicht, zeigen keine Angst oder Affekte. Oft weisen diese Kinder eine unsichere Bindungsqualität auf. Langfristig können sie geringere Empathiefähigkeit, Lernschwierigkeiten und Bindungsstörungen entwickeln (vgl. Garbe 2015: 45–46).

Unter Umständen ist eine Vernachlässigung des Kindes nicht auf den ersten Blick erkennbar. Die SPFH muss hier bei auffällig ruhigem Verhalten des Kindes aufmerksam werden und die Bezugspersonen psychoedukativ über die Bedürfnisse des Kindes aufklären.

3.2.4. Ursache: Bindungsabbrüche

Bindungsverhalt ist essenziell wichtig für die Entwicklung des Kindes. Sichere Bindungen sorgen dabei für eine gesunde Entwicklung. Ohne diese zeigt das Kind unsicheres oder desorganisiertes Bindungsverhalten (siehe Kapitel 2.3) und bildet evtl. Bindungsstörungen aus. Im Falle einer sicheren Bindung kann ein Abbruch dieser zu der Ausbildung einer Bindungssymptomatik (beispielsweise eine unsichere Bindungsqualität) führen, bei einer bereits bestehenden Symptomatik kann sich diese durch Trennung von der Bezugsperson verstärken. Die Wahrscheinlichkeit hierfür ist besonders hoch, wenn das Kind mehrere Bindungsabbrüche im Laufe seines Lebens erlebt (vgl. Garbe 2015: 47–48).

Bindungsabbrüche können durch Tod einer Bezugsperson oder deutlich geringeren Kontakt des Kindes zu einem Elternteil nach Trennung der Eltern zustande kommen. Doch Bindungsabbrüche sind auch Folge der Herausnahme des Kindes aus der Ursprungsfamilie durch das Jugendamt. Im späteren Hilfeverlauf kann es zu einem Wechsel in eine andere Pflegefamilie oder in eine andere stationäre Jugendhilfeeinrichtung kommen, der erneute Abbrüche der neu aufgebauten Bindungen zur Folge hat. 31 % der in Deutschland in 2021 ca. 47 500 durch das Jugendamt in Obhut genommenen Kinder (siehe Kapitel 1.3) wurden in einem neuen Zuhause untergebracht (Statistisches Bundesamt 2022a). In ca. 2/3 der Fälle werden die Kinder nach Klärung der Verhältnisse in ihre Ursprungsfamilien zurückgeführt. Doch auch in diesen Fällen kann die Klärung der familiären Verhältnisse insbesondere bei kleinen Kindern mehrere Monate dauern, manchmal sogar ein ganzes Jahr. Während dieser Zeit sind die Kinder von den Bezugspersonen getrennt. Ihr zukünftiger Aufenthalt ist jedoch

noch ungeklärt, weshalb ihre Unterbringung nicht auf die Ausbildung neuer Bindungen zielt (vgl. Ziegenhain et al. 2014: 248). 2021 dauerte es bis zur Entscheidung über den langfristigen Verbleib der Kinder in 12 % der Fälle länger als drei Monate (vgl. Statistisches Bundesamt 2022a).

Ziegenhain et al. schätzen die Zeit der Trennung von Säuglingen und Kleinkindern von ihren Bezugspersonen nach Inobhutnahme bezogen auf die dadurch entstehende psychische Belastung des Kindes als deutlich zu lang ein. Die negativen Folgen können verringert werden, wenn das kleine Kind durch eine konstante neue Bezugsperson betreut wird, wie es in der Bereitschaftspflege der Fall ist. Hier werden die Kinder in einer kurzfristig zur Verfügung stehenden Pflegefamilie untergebracht, anstatt in einem Heim von verschiedenen Erzieher:innen im Schichtsystem betreut zu werden. Die Beziehungen zu den Eltern sollte über regelmäßige Kontakte aufrechterhalten werden (vgl. Ziegenhain et al. 2014: 254–256).

Für die Beantwortung der Forschungsfrage ist die Thematik des Bindungsabbruchs von hoher Bedeutung. Sozialpädagogische Familienhilfe wird häufig in hoch belasteten Familien eingesetzt. Verbessert sich die Lage in der Familie durch die SPFH nicht, so droht die Herausnahme und Fremdunterbringung der Kinder. Neben den Verhältnissen in der Familie belastet eine solche Herausnahme, wie eben dargelegt, die Kinder zusätzlich in erheblichem Maß. Durch eine traumasensible SPFH, die traumaspezifische Verhaltensweisen der Eltern erkennt und Interventionen frühzeitig einleiten kann, kann im besten Fall eine Inobhutnahme und Fremdunterbringung der Kinder vermieden werden. Sollte eine Herausnahme unumgänglich sein, so kann eine SPFH mit Kenntnissen über die Entstehungsweisen von Entwicklungstraumata auf einen bindungssensiblen Prozess hinwirken. Insbesondere bei Kleinkindern und Säuglingen ist hier, wie eben herausgearbeitet, eine Unterbringung in einer Bereitschaftspflege der in einer stationären Kinder- und Jugendhilfeeinrichtung vorzuziehen, selbst wenn es sich nur um einen verhältnismäßig kurzen Aufenthalt handelt. Die Anwesenheit alternativer Bindungspersonen wie andere Verwandte oder Freunde der Familie kann den Kindern die Trennung von den Eltern erleichtern (vgl. Ziegenhain et al. 2014: 254). Arbeitet die SPFH mit der Pflegefamilie, so kann sie einen regelmäßigen Kontakt der Kinder mit der Ursprungsfamilie fördern und so einen Bindungsabbruch vermeiden.

3.3. Physiologie eines Traumas

Um die körperlichen Übertragungswege eines Entwicklungstraumas von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft verstehen zu können, ist es wichtig, sich die

physiologischen Abläufe im Körper bei der Entstehung des Entwicklungstraumas anzusehen. Ein Verständnis der Vorgänge im Gehirn ist insbesondere zur Erklärung von (vermeintlichen) Überreaktionen der Eltern auf Säuglings- und Kleinkindverhalten unabdingbar und unterstützt die Helferpersonen in ihrer wertschätzenden Haltung der Familie gegenüber. Psychoedukation der Betroffenen ist ebenfalls eine wichtige Aufgabe der SPFH, die ein Grundverständnis der im Körper ablaufenden Prozesse voraussetzt. Diese hilft den Betroffenen zu einem besseren Selbstverständnis, welches zu mehr Kontrolle über ihr Verhalten führen kann.

3.3.1. Veränderte Stressreaktion durch andauernde traumatische Verhältnisse

Säuglinge senden Signale nach Fürsorge aus, wenn sie z. B. hungrig, müde oder beunruhigt sind (siehe Kapitel 2.2). Unabhängig von der Ursache des Unwohlseins des Babys bedeutet es Stress für das Kind. Es muss durch eine Betreuungsperson beruhigt werden, um sich wieder regulieren zu können. Bleiben diese Signale über einen längeren Zeitraum unbeantwortet, so wird das Stressreaktionssystem des Säuglings überlastet (vgl. Vliegen et al. 2021: 57).

Durch Stress werden unterschiedliche Stresshormone ausgeschüttet, unter anderem Noradrenalin, Adrenalin und Cortisol, welche den Körper in Bereitschaft versetzen und ihn darauf vorbereiten, Gefahren zu überwinden (vgl. Garbe 2015: 73). Ist der Körper des Säuglings durch unzureichende Versorgung oder Angst vor Misshandlung häufig dieser Überbelastung ausgesetzt, so kann sich durch den chronischen Stress die neuroendokrine Stressreaktion langfristig verändern. Die Ausschüttung von Stresshormonen kann dann dauerhaft hochreguliert sein, wodurch der Säugling ständig unter Spannung steht und früher auf eine neue Belastung reagiert. Chronischer Stress kann somit die Selbstregulationsfähigkeit des Kindes beeinflussen (vgl. Möhler 2020: 27–28).

Die Dauererregung und damit einhergehenden Schwierigkeiten bei der Selbstregulation können beispielsweise zu Schrei-, Fütterungs- und Schlafproblemen führen (vgl. Vliegen et al. 2021: 57–58). Die dauerhafte Stressreaktion wird außerdem generell mit beeinträchtigter Emotionsregulation, Impulskontrolle und der Ausbildung psychischer Erkrankungen im späteren Leben in Verbindung gebracht (vgl. Möhler 2020: 27–29).

Dauerhafter Stress führt zu einer Herunterregulierung der Ausschüttung von den Hormonen Serotonin und Oxytocin, welche für den Aufbau und Erhalt von Bindungen wichtig sind (vgl. Garbe 2015: 75). Die ohnehin durch die nicht ausreichend gute Versorgung des Kindes vorbelastete Bindungsentwicklung zwischen Bezugsperson und Kind wird also zusätzlich durch

niedrige Bindungshormonlevel im gestressten Säugling weiter erschwert. Zu vermuten ist ebenfalls, dass bei Vorliegen eines unbehandelten Entwicklungstraumas in der Bezugsperson auch deren Bindungshormonlevel verringert sind und somit der Bindungsaufbau auch von der Bezugsperson aus gehemmt ist.

3.3.2. Verarbeitung traumatischer Ereignisse im Gehirn

Möhler beschreibt ein „psychisches Trauma als [ein] Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichem Ereignis und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (Möhler 2020: 26). Die betroffene Person hat also keine Möglichkeiten, mit der traumatischen Erfahrung konstruktiv umzugehen. Sie erlebt sich als hilflos der Situation ausgeliefert. Insbesondere kleine Kinder können Gefahren nur mit Hilfe ihrer Bezugspersonen bewältigen und suchen daher in bedrohlichen Situationen deren Rückhalt. Geht nun aber die Bedrohung von der Bezugsperson aus oder reagiert die Bezugsperson nicht auf die Signale des Säuglings oder Kleinkindes, so haben sie oft keine Möglichkeit der Bewältigung. Daher sind sie besonders vulnerabel.

Das Gehirn kann in drei große Bereiche eingeteilt werden, die evolutionsbiologisch zu unterschiedlichen Zeiten entstanden sind. Der jüngste Teil des Gehirns ist das Großhirn, auch Kortex genannt. Er ist beispielsweise für das bewusste Wahrnehmen, Denken, differenziertes Fühlen und das Sprechen zuständig und damit auch für die Entstehung eines Narratives von Ereignissen (vgl. Garbe 2015: 77).

Das Stammhirn ist der älteste Teil des Gehirns. Er reguliert das vegetative Nervensystem und damit beispielsweise die Atmung und den Herzschlag. Außerdem ist er für die Reflexe verantwortlich und kann so schnell auf Reize reagieren. Anschließend sorgt er für Erholung des Organismus (vgl. Garbe 2015: 71–72).

Das limbische System, zu dem auch die Amygdala gehört, nimmt Gefühle wahr und entscheidet, ob Reize als gefährlich oder ungefährlich eingestuft werden. Wenn die Amygdala einen Reiz als lebensgefährlich einstuft, so wird bei der Reaktion auf den Reiz der Kortex und damit das aktive und bewusste Denken umgangen. Die Amygdala meldet die Gefahr an das Stammhirn, aktiviert die Stressreaktion im Körper und bereitet ihn so auf eine „Flucht- oder Kampfreaktion“ vor. Durch die fehlende Beteiligung des Kortex ist ein bewusstes Steuern dieser Reaktion nicht möglich. Je häufiger ein bestimmter Reiz zu dieser Reaktion führt, desto einprägsamer speichert die Amygdala ihn in Kombination mit der entstehenden Angst ab. Reize können hierbei beispielsweise bestimmte Geräusche oder Gerüche sein. Die Abspeicherung findet dann im impliziten Gedächtnis statt, da die Stresshormone den

Hippocampus als explizites Gedächtnis hemmen. Das bedeutet, dass die Erlebnisse anstatt zeitlich eingebettet in die Biografie der betroffenen Person und ausgestattet mit einem erzählbaren Narrativ als Gefühle, Sinneseindrücke und körperliche Reaktionen gespeichert werden. Ähnliche Reize, die vielleicht ungefährlich sind, werden dann mit dieser Erinnerung in Verbindung gebracht und auf die gleiche Art beantwortet (vgl. Garbe 2015: 72-73,78-82; Möhler 2020: 24–26).

Wenn der lebensgefährlichen Situation durch Flucht oder Kampf nicht entkommen werden kann, können auch die Stresshormone nicht abgebaut werden. Dennoch kommt es zur zeitgleichen Ausschüttung von beruhigenden Stoffen wie Endorphinen. Insbesondere durch die meist langanhaltenden Ursachen von Entwicklungstraumata kommt es durch die gleichzeitig auftretenden hohen Level von Stress- und Beruhigungshormonen zu einem „innere[n] Dauerzustand von Überregung und Erschöpfung“ (Garbe 2015: 80–81).

Im Extremfall führen diese Vorgänge zu einem Totstellen der betroffenen Person. Die äußeren Reize sind dann nicht mehr wahrnehmbar, die Person spürt keinen Schmerz und keine Panik mehr. Für Außenstehende kann das entsprechende Verhalten der Person als Gleichgültigkeit gewertet werden. Tatsächlich befindet sie sich aber in einem dissoziativen Zustand, den Garbe als „innere Flucht“ bezeichnet. Die Dissoziation bedeutet eine Aufspaltung des Bewusstseins, unter der bestimmte Teile des Erlebens nicht mehr fühlbar sind (Garbe 2015: 81–82, 119). Durch diesen Vorgang verändert sich auch das Zeiterleben der betroffenen Person. Das traumatische Erlebnis wird nicht zu einer Erinnerung der Vergangenheit, sondern bleibt durch oben genannte Schlüsselreize, auch Trigger genannt, aktivierbar. Die getriggerte Person kann später nicht zwischen der vergangenen traumatischen Erinnerung und der aktuell erlebten Situation unterscheiden und befindet sich emotional im traumatischen Erleben. Dies wird als Retraumatisierung bezeichnet (vgl. Unfried 2020: 48).

3.4. Folgen und Auswirkungen des Entwicklungstraumas

Lebt ein Kind dauerhaft unter traumatischen Bedingungen, führt dies immer wieder zu einem Ausschluss des Kortex in der Verarbeitung von Reizen. Die Organisation des limbischen Systems und dessen Verbindung zum Kortex wird in diesem Fall nicht optimal gefördert und kann sich entsprechend nicht ausreichend entwickeln. Beim Kleinkind führt dies sehr wahrscheinlich zu Regulationsstörungen, die sich in Wutausbrüchen, Trennungsangst, geringer Frustrationstoleranz, Schlaf- und Konzentrationsstörungen zeigen können (vgl. Möhler 2020: 14-16,21-23).

Durch eine sichere Bindung werden das Explorationsverhalten und damit die kognitive Entwicklung gefördert. Bei unsicher bzw. desorganisiert gebundenen Kindern ist dieses Explorationsverhalten gehemmt. Insofern ist davon auszugehen, dass auch die kognitive Entwicklung durch eine unsichere bzw. desorganisierte Bindung beeinträchtigt ist, was sich auf die Lernfähigkeit des Kindes auswirkt (vgl. Möhler 2020: 14-16,21-23). Insbesondere desorganisiert unsicher gebundene Kinder laufen Gefahr, später eine Bindungsstörung zu entwickeln (vgl. Brisch 2009: 95).

Ältere Kinder sind häufig von Alpträumen betroffen und inszenieren traumatische Erlebnisse immer wieder im Spiel. Sie können eine reduzierte Belastungstoleranz aufweisen, in dissoziative Zustände verfallen und Flashbacks haben, wenn sie an die traumatisierende Situation erinnernden Schlüsselreizen ausgesetzt sind. Diese Trigger lösen die in Kapitel 3.3 beschriebenen körperlichen Reaktionen aus und führen zur Aktivierung von Bewältigungsstrukturen, die in der früheren, lebensgefährlichen Situation dem Überleben gedient hat (vgl. Möhler 2020: 14-16,21-23).

Dissoziation kann mit einer Persönlichkeitsteilung einhergehen, bei der Persönlichkeitsanteile voneinander abgespalten werden. Während die unterschiedlichen Anteile einer gesunden Persönlichkeit miteinander in Kommunikation stehen, kann es zu kompletter Verbindungslosigkeit abgespaltenen Anteile untereinander kommen. Je nach Situation können unterschiedliche Persönlichkeitsanteile aktiv sein und nach außen als eigenständige Persönlichkeiten auftreten (vgl. Garbe 2015: 119–120)

Im Extremfall kann die Entwicklungstraumatisierung zu einem „Steckenbleiben“ des Kindes in der Entwicklungsstufe, auf der das traumatisierende Ereignis zum ersten Mal stattfand, führen. In dem Fall wird die Person auch im späteren Leben kindliche Bewältigungsstrategien anwenden (vgl. Garbe 2015: 39–40). Auch wenn nicht die gesamte Entwicklung auf einer jüngeren Stufe stehen bleibt, ist ein Rückfall in kleinkindliche Verhaltensweisen in manchen Situationen für entwicklungstraumatisierte Kinder typisch (vgl. Möhler 2020: 22).

Für eine traumasensitive SPFH ist das Wissen über die möglichen Auswirkungen einer Entwicklungstraumatisierung wichtig für das Verständnis von Verhaltensweisen der Betroffenen. Die SPFH sollte bei Auffälligkeiten des Kindes wie die oben genannten Regulationsstörungen, wiederkehrenden Alpträume und Inszenierung traumatischer Erlebnisse im Spiel aufmerksam werden, eine mögliche Entwicklungstraumatisierung genauer untersuchen und gegenwirkende Maßnahmen ergreifen. Auch auffällige Handlungen der

erwachsenen Bezugspersonen können so erkannt und erklärt werden. Zeigen die Eltern in bestimmten Situationen kindliches Verhalten, so kann dies auf eine Entwicklungstraumatisierung hindeuten. Auch in der heutigen Zeit reagiert die Person durch Schlüsselreize wie damals als Kind in der traumatischen Situation. Widersprüchliches Verhalten kann auf unterschiedliche Persönlichkeitsanteile durch dissoziative Vorgänge hinweisen. Mithilfe von Kenntnissen über diese Hintergründe kann die SPFH elterliches und kindliches Verhalten einordnen und auch den Betroffenen erklärbar machen.

4. Formen der Weitergabe eines Entwicklungstraumas von der Mutter⁴ bzw. den Bezugspersonen an das Kind

Um den Kreislauf der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungstraumata durchbrechen zu können, ist ein Verständnis der Übertragungswege von den Bezugspersonen auf das Kind unerlässlich. Durch ambivalentes, zurückweisendes oder bedrohliches Verhalten der Bezugsperson können Kinder, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, einen unsicheren oder desorganisierten Bindungsstil entwickeln, der im Extremfall zu einer Bindungsstörung werden kann. In ihrer über 40 Jahre andauernden Längsschnittstudie, bekannt als „Minnesota-Studie“, beobachteten Alan Sroufe et al. Familien über zwei Generationen hinweg. Sie stellten den Bindungsstil der Eltern im Kleinkindalter fest und konnten Jahrzehnte später beobachten, dass deren Kinder signifikant häufig den gleichen Bindungsstil aufwiesen. Die Qualität der Bindung wird also von Generation zu Generation weiter getragen (vgl. Sroufe 2022: 125).

Ein desorganisierter Bindungsstil weist darauf hin, dass die Bezugspersonen bedrohliches Verhalten dem Kind gegenüber zeigen. Es ist daher naheliegend, dass desorganisiert gebundene Kinder durch ihre Bezugspersonen in potentiell traumatisierende Situationen gebracht werden und ein Entwicklungstrauma erleiden. Auch ein unsicheres Bindungsverhalten des Kindes zeigt an, dass das Kind in der Verbindung mit der Bezugsperson unvorhersehbare oder ablehnende Interaktion erfährt. Auch diese kann, je nach Intensität des negativen elterlichen Verhaltens, potentiell zu einem Entwicklungstrauma führen.

Ein nicht verarbeitetes Trauma der Bezugsperson wird mit einer höheren Wahrscheinlichkeit eines desorganisierten Bindungsstils des Kindes assoziiert. Das Trauma der Bezugsperson kann einen Einfluss auf ihr Verhalten dem Kind gegenüber und damit eine direkte Auswirkung auf die Bindungsqualität des Kindes haben (vgl. Lyons-Ruth/Jacobvitz 1999: 528–529).

Um Möglichkeiten zu finden, wie die SPFH die Weitergabe von Entwicklungstraumata von einer Generation in die nächste unterbrechen kann, werden die Übertragungswege in den folgenden Unterkapiteln näher beleuchtet.

⁴ Da die Traumatransmission bereits in der pränatalen Phase beginnen kann, wird hier konkret auf die leibliche Mutter verwiesen. Eine Transmission nach der Geburt kann unabhängig von leiblicher Elternschaft durch jede enge Bezugsperson erfolgen.

4.1. Übertragungswege von Entwicklungs Traumata von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft

Während der Schwangerschaft wirkt das Hormonsystem der Mutter auf das des Fötus ein. Wie in Kapitel 3.3.1 beschrieben, können frühe Gewalterfahrungen die neuroendokrine Stressreaktion des Körpers langfristig verändern. Diese Veränderungen können bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben, wodurch Mütter mit eigenen frühen Gewalterfahrungen auch während der Schwangerschaft erhöhte Stresshormonlevel haben können und dadurch schneller und stärker auf einen neuen Stressor reagieren (vgl. Möhler 2020: 34–35). Es konnte herausgefunden werden, dass Kinder von Müttern, die im Kindesalter Misshandlungen erlebt haben, ebenfalls traumatische hormonelle Veränderungen beispielsweise der Cortisollevel aufweisen (vgl. Varadarajan et al. 2022: 84).

Hüther und Krens (vgl. 2008: 29) berichten von dem möglichen Erwachen eigener vorgeburtlicher Emotionen während der Schwangerschaft in der Mutter (siehe Kapitel 2.1). In 50 % der Misshandlungsfälle findet auch in der nächsten Generation Misshandlung statt (vgl. Möhler 2020: 38). Es ist also nicht unwahrscheinlich, dass die Mütter von Müttern mit frühen Gewalterfahrungen ebenfalls als Kind misshandelt wurden. Die eigenen vorgeburtlichen Gefühle der schwangeren Mütter können also durchaus von Ängsten und Unsicherheiten geprägt sein.

Die Psychotherapeutin Alice Schultze-Kraft geht sogar so weit zu sagen, eine fehlende psychische Annahme durch die Mutter während der Schwangerschaft sei eine „immense Bedrohung für das Kind“, welche sich ein Leben lang auf das „gesamte spätere Erleben seiner selbst, den Kontakt mit anderen Menschen, seine Beziehungen und seine Haltung zum Leben überhaupt auswirken kann“ (Schultze-Kraft 2014: 81). Werden diese eigenen kindlichen Gefühle der fehlenden psychischen Annahme der eigenen Mutter nun in der schwangeren Frau erneut wach, so können sie sich über die in Kapitel 2.1 beschriebenen Mechanismen auf den Fetus übertragen.

Aus der Interaktion mit der eigenen Bezugsperson als Säugling und Kleinkind wird ein „Arbeitsmodell“ (Ainsworth 1985: 319) der Bezugsperson aufgebaut, also eine Erwartung an die Verfügbarkeit, Ansprechbarkeit und Fürsorglichkeit der Bezugsperson und damit eine Vorstellung von Beziehungen generell (Ainsworth 1985: 324–327). Bei erfahrenen Misshandlungen in der Kindheit kann es zu einer Täter- oder Opferidentifikation der Person kommen, die sie auch später im Leben Bindungen zu potentiellen Opfern oder Täter:innen

aufbauen lässt (vgl. Garbe 2015: 47–48). Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass Frauen mit Gewalterfahrungen in der Kindheit auch in ihrem Erwachsenenleben Bindungen mit gewalttätigen Partner:innen eingehen. Wird die Mutter während der Schwangerschaft misshandelt, so kann das Kind ebenfalls physischen Schaden nehmen. Mindestens aber erlebt es psychisch die Misshandlung der Mutter über deren physische und emotionale Reaktion mit. Angst und Anspannung erfüllen dann ebenfalls das ungeborene Kind (siehe Kapitel 2.1).

Traumatypische epigenetische Veränderungen, also reversibler Modellierungen der DNA wie beispielsweise Methylierungen, die ein variiertes Ablesemuster dieser Gene zur Folge haben, wurden in als Kind misshandelten Müttern und ihren Säuglingen untersucht. Es konnte festgestellt werden, dass die Gene für Oxytocin und seinen Rezeptor in Mutter und Kind auf die gleiche, vermutlich traumatypische, Art methyliert vorlagen. Wie in 3.3.1 erläutert, ist Oxytocin an der Regulierung der Mutter-Kind-Bindung beteiligt (vgl. Varadarajan et al. 2022: 85).

Jüngste Studien haben festgestellt, dass Kindesmisshandlung der Mutter zu einer Veränderung der bakteriellen Besiedlung ihres Darms und ihrer Haut während der Schwangerschaft führen kann. Da der Darm des Kindes erst nach der Geburt durch die Bakterien der Mutter besiedelt wird, kann sich auch die typische Darmflora des Kindes verändern hin zu einer Besiedlung, die normalerweise mit einer Entzündung in Verbindung gebracht wird. Dies wiederum kann zu einem veränderten Immunsystem des Kindes führen (vgl. Varadarajan et al. 2022: 91–92).

Drogenkonsum kann eine der späteren Folgen von frühen traumatischen Erfahrungen sein (vgl. Möhler 2020: 22). Es ist weithin bekannt, dass der Konsum von Drogen während der Schwangerschaft weitreichende Auswirkungen auf das ungeborene Kind haben kann (vgl. Bailey/Diaz-Barbosa 2018). Daher sollte jede SPFH einen möglichen Drogenkonsum der Mutter während der Schwangerschaft im Blick haben. Das Feld „Drogenmissbrauch in Familien“ ist eine spezielle Thematik, die nicht nur entwicklungs-traumatisierte Familien betrifft. Obwohl sie generell eine enorme Bedeutung in der SPFH hat, hat sie ihre eigenen Spezifika und kann daher in diesem Rahmen nicht weiter betrachtet werden.

Eine traumasensitive SPFH, die über das Wissen der Übertragungswege von Entwicklungs-traumata von der Mutter auf das Kind während der Schwangerschaft verfügt, kann entsprechende Gegenmaßnahmen ergreifen. Die Mutter muss vor physischer und psychischer (Partner:innen-)Gewalt geschützt werden. Der frühen und starken Reaktion der

Mutter auf Stressoren kann durch verstärkte Entlastung und die Anwendung von Entspannungsverfahren entgegengewirkt werden. Die SPFH sollte als Ansprechpartner:in für eine Reflexion der eigenen Mutter-Kind-Bindung von früher zur Verfügung stehen, um die werdende Mutter in der Annahme ihres Kindes zu unterstützen und eine eventuelle Verfestigung aufkommender negativer Gefühle der Schwangerschaft gegenüber zu verhindern. Das Wissen über eine möglicherweise erschwerte Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung durch veränderte Oxytocinregulierung sollte zu einem Bindungsfokus in der Intervention nach der Geburt des Kindes führen.

4.2. Der Einfluss eines mütterlichen Entwicklungstraumas auf die Geburt

Die Geburt verursacht natürlicherweise eine gesunde Stressreaktion, die für mehr Aktivität und Leistungsfähigkeit von Mutter und Kind sorgt. Ist das Kind jedoch bereits während der Zeit im Mutterleib von Stresshormonen überflutet worden, so wird es auf die Wehen ähnlich reagieren, wie auf zuvor erlebten Stress. Anstatt als hilfreich für den Geburtsvorgang erlebt es sie als lebensbedrohlich. Dies wird dadurch verstärkt, dass auch die Stressreaktion der Mutter negativ vorbeeinflusst ist und sie vermutlich mehr Angst empfindet, als Mütter mit einer normal regulierten Stressreaktion. Die Kooperation zwischen Mutter und Kind unter der Geburt kann so nicht stattfinden und es kommt vermehrt zu wehenfördernden Mitteln oder einem Kaiserschnitt (vgl. Schultze-Kraft 2014: 84–85).

Ein häufig eingesetztes wehenförderndes Mittel ist synthetisch hergestelltes Oxytocin, welches in seiner körpereigenen Form auch natürlicherweise unter der Geburt ausgeschüttet wird. In Deutschland wurde synthetisches Oxytocin 2014 bei mehr als einem Drittel aller natürlicher Geburten eingesetzt (vgl. Filsinger 2019: 15). Da durch dieses Mittel die Wehen deutlich verstärkt werden, ist ein paralleler Einsatz von Schmerzmitteln wahrscheinlich. Obwohl Oxytocin im Volksmund auch als „Kuschelhormon“ bezeichnet wird und nach der Geburt wichtig für den Aufbau der Mutter-Kind-Bindung ist, gibt es Hinweise auf einen Einfluss der Gabe synthetischem Oxytocins unter Geburt auf das kindliche Verhalten nach der Entbindung (vgl. Brimdyr et al. 2019: 34–35; Steinbach/Maasen 2018: 2).

Brimdyr et al. (vgl. 2019: 34–35) konnten herausfinden, dass sich Neugeborene in der ersten Stunde nach der Geburt anders verhalten, wenn die Mutter zuvor Oxytocin alleine oder in Kombination mit dem Schmerzmittel Fentanyl bekam. Der natürliche Prozess, den Neugeborene durchlaufen, um die Brust der Mutter zu finden und mit dem Saugen zu beginnen, ist durch den Einsatz dieser Medikamente beeinträchtigt. So brauchten Säuglinge

nach Gabe von synthetischem Oxytocin signifikant länger, bis sie die Brust erreichten. Wenn beide Medikamente gegeben wurden, war die Zeit, in der sie sich nach Erreichen dieser mit der Brust vertraut machten, signifikant kürzer als ohne die Medikamente. Diese Zeit ist für die Mutter wichtig, da durch die Berührung der Brust durch das Baby natürliches Oxytocin und Prolaktin im Körper der Mutter ausgeschüttet wird, was wiederum wichtig für den Bindungsaufbau von Seiten der Mutter und die Milchproduktion ist (vgl. Brimdyr et al. 2019: 34–35). Die Gabe von Oxytocin unter der Geburt könnte durch ein verändertes Verhalten des Säuglings die erste Kontaktaufnahme zwischen Mutter und Kind und damit diese Phase der Entwicklung der Mutter-Kind-Bindung beeinträchtigen.

Die Ursache dieses Effekts könnte daher rühren, dass Zellen bei einer zweiten Oxytocin-Exposition in deutlich abgeschwächter Form auf das Hormon reagieren. Der Haut-zu-Haut-Kontakt mit der Mutter nach der Geburt löst eine Oxytocin-Ausschüttung im Säugling aus. Sind die Zellen des Säuglings allerdings direkt vor der Entbindung mit dem synthetischen Oxytocin geflutet worden, so verringert sich die Wirkung des körpereigenen Oxytocins (vgl. Robinson et al. 2003: 501).

Das veränderte Verhalten des Säuglings in der ersten Stunde nach der Geburt könnte ein Hinweis auf eine langfristige Wirkung von synthetischem Oxytocin auf das Verhalten oder die Bindung des Säuglings zur Bezugsperson sein. In ihrer in Japan durchgeführten Studie konnten Kunimi et al. (vgl. 2022: 42) jedoch kürzlich zeigen, dass die Mutter-Kind-Bindung im ersten Lebensjahr des Kindes nicht durch das Medikament beeinflusst wird. Zu dieser Studie sei allerdings anzumerken, dass die Bindungsqualität zwischen Mutter und Kind lediglich durch Fragebögen festgestellt wurde und nicht durch Beobachtungen von Mutter-Kind-Interaktionen durch geschultes Personal. Ob eine Langzeitwirkung auf die Bindungsqualität des Säuglings durch die Gabe von synthetischem Oxytocin unter der Geburt vorliegt, muss daher in weiteren Studien validiert werden.

Vor dem Hintergrund der erhöhten Stresslevel unter der Geburt von Mutter und Kind ist die Unterstützung einer entspannten Schwangerschaft durch die SPFH besonders wichtig. Durch gute Aufklärung der Mutter über die Geburtsvorgänge, Mitentscheidungsmöglichkeiten über Maßnahmen während der Geburt und guter Planung der äußeren Umstände, beispielsweise vorheriges Kennenlernen der Hebamme und gute Versorgung der Geschwisterkinder, kann die SPFH zu einer Entspannung der Geburtssituation beitragen.

4.3. Übertragungswege von Entwicklungstraumata von den Bezugspersonen auf das Kind während der frühen Kindheit

Die möglichen Ursachen, die in einem Kind ein Entwicklungstrauma auslösen können, wurden in Kapitel 3.2 näher beschrieben. Doch wie kommt es überhaupt zu psychischer und physischer Gewalt, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern in Familien, die dann zum Schutz des Kindes oder später wegen daraus resultierender Verhaltensauffälligkeiten des Kindes immer wieder auch zu Bindungsabbrüchen führen? Die Beantwortung dieser Frage ist wichtig, um das Auftreten der Ursachen und damit eine Entwicklungstraumatisierung des Kindes verhindern zu können.

4.3.1. Die Auswirkungen einer postpartalen Depression

Während eine postpartale Depression bei jedem Menschen auftreten kann, gibt es Risikofaktoren, die diese wahrscheinlicher werden lassen. Da, wie im Folgenden beschrieben, einige der Risikofaktoren durch das Vorhandensein einer Entwicklungstraumatisierung gegeben sind, wird eine postpartale Depression bei entwicklungs-traumatisierten Menschen begünstigt. Für das Durchbrechen des Kreislaufes der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungstraumata ist daher die Kenntnis möglicher Auswirkungen einer postpartalen Depression wichtig. Durch das Wissen um diese kann das Helfersystem ein Augenmerk auf die Symptome einer postpartalen Depression legen, um möglichen Folgen frühzeitig entgegenzuwirken.

Risikofaktoren für eine postpartale Depression sind eine geringe Beziehungsqualität mit dem/der Partner:in, Persönlichkeitsschwierigkeiten und wenig soziale Unterstützung (vgl. Buist 1998: 486). Wie in 4.1 beschrieben, gehen Menschen mit Misshandlungserfahrungen in der Kindheit auch im Erwachsenenleben häufiger Bindungen zu misshandelnden Personen ein. Aufgrund der eigenen negativen Kindheitserfahrungen können oder wollen diese Menschen unter Umständen nicht die Hilfe der Verwandten annehmen, wenn sie selbst Eltern werden und haben aufgrund ihrer meist unsicheren Bindungsstile Schwierigkeiten mit dem Aufbau eines sozialen Netzwerks (vgl. Sroufe 2022: 181–183). Dies lässt darauf schließen, dass Eltern mit eigenen frühen Misshandlungserfahrungen häufiger an einer postpartalen Depression leiden. Übereinstimmend damit konnten Belete et al. (vgl. 2020: 1274) herausfinden, dass Frauen mit sexuellen Missbrauchserfahrungen in über 55 % eine postpartale Depression entwickeln, während die Prävalenz in ihrer gesamten Kohorte nur bei gut einem Drittel lag.

Mütter, die sich in Ruhe und entspannt emotional auf die Mutterschaft vorbereiten und einstellen können, reagieren mit intuitivem Verhalten auf ihren neugeborenen Säugling. Sie passen sich an die Fähigkeiten des Säuglings an, indem sie beispielsweise in höherer Stimmlage und langsam mit dem Baby sprechen und ihr Gesicht in einen bestimmten Abstand von dem des Kindes bringen, in welchem es die Mutter gut sehen und beobachten kann. Diese Fähigkeiten sind durch eine postpartale Depression beeinträchtigt oder nicht vorhanden. Murray et al. (vgl. 2011: 54–56, 63–64) konnten feststellen, dass Mütter mit postpartaler Depression mit ihren Säuglingen ebenso sprachen, wie mit Erwachsenen. Ihre Sprechweise zeigte ihre Traurigkeit und ihr Befassen mit eigenen Sorgen, anstatt dem Wohl des Kindes. Die Mütter bemerkten häufig Signale des Säuglings nicht und wirkten abwesend, manche zeigten sogar Feindseligkeit gegenüber dem Kind. In Einklang damit konnte beobachtet werden, dass die Kinder von Müttern mit postpartaler Depression fast viermal häufiger einen unsicheren Bindungsstil entwickelten, in 83 % dieser Fälle waren die Kinder unsicher-vermeidend gebunden. Auch nach Abklingen der mütterlichen Depression zeigten die Kinder weiterhin einen unsicheren Bindungsstil, der sich auch auf ihre Interaktion mit Gleichaltrigen negativ auswirkte (vgl. Murray 2011: 54–56, 63–64). Bleibt der Bindungsstil bis ins Erwachsenenalter unsicher, so hat dies ebenfalls eine Auswirkung auf den Umgang mit den eigenen Kindern (siehe Kapitel 4.3.3).

4.3.2. Empathieverlust durch Entwicklungstraumatisierung

Unabhängig davon, ob die Mutter eine postpartale Depression entwickelt oder nicht, konnte bei entwicklungstraumatisierten Bezugspersonen eine geringere Empathiefähigkeit festgestellt werden. Im Allgemeinen konnten sie die Signale des Säuglings seltener akkurat interpretieren und entsprechend darauf reagieren. Während Bezugspersonen ohne eigene frühe Gewalterfahrungen affektiv auf ihr Kind reagierten, basierte ein feinfühliges Verhalten von entwicklungstraumatisierten Personen auf einer kognitiven Interpretation des kindlichen Verhaltens (vgl. Möhler 2020: 32, 35–36).

Auch wenn eine gefühlsmäßige Reaktion nur schwer erlernbar ist lassen diese Ergebnisse dennoch den Rückschluss, dass ein feinfühliges Verhalten auch über eine Mentalisierung erreicht werden kann. Dies bedeutet ein kognitives Erlernen von kindlichen Signalen und angemessenen Reaktionsweisen, die die Bezugsperson dann einsetzen kann. Hier kann eine traumasensitive SPFH ansetzen. Durch Begleitung der Eltern-Kind-Interaktion kann sie

regulierend eingreifen und den Bezugspersonen die Erkennung kindlicher Signale über kognitives Verständnis näher bringen.

4.3.3. Die Weitergabe der elterlichen Bindungsmuster an das Kind

Wie oben erwähnt, konnten Sroufe et al. (vgl. 2022: 185–187) eine Übertragung elterlicher Bindungsmuster auf das Kind feststellen. Sie konnten anhand der im Kleinkindalter festgestellten Bindungsqualität der Versuchsperson vorhersagen, ob sich diese später gegenüber ihren eigenen Kindern feinfühlig verhalten wird oder nicht. Die Bindungsqualität entwickelt sich in einem Alter, an das der Mensch sich nicht bewusst erinnern kann. Dennoch wiederholen sich Verhaltensmuster zwischen Eltern und Kind in der nächsten Generation. Sroufe et al. erklären dies mit dem impliziten Gedächtnis. Abläufe werden hier abgespeichert und können wieder abgerufen werden, ohne dass sich die Person an den Lernprozess derer bewusst erinnert. Diese Abläufe werden im Laufe des Lebens meist nicht wieder verlernt. „[D]ie sich wiederholenden verhaltensmäßigen und emotionalen Interaktionsabfolgen mit der Bezugsperson [werden] auf einer tiefen emotionalen Ebene verinnerlicht“, schreibt Sroufe (2022: 187). Durch die Interaktion mit den eigenen Kindern werden sie später wieder reaktiviert (vgl. Sroufe 2022: 185–187).

Im Kontext dieser Arbeit ist die Übertragung des desorganisierten Bindungsstils auf die Folgegeneration besonders interessant. Wie in Kapitel 2.3 beschrieben, entsteht er, wenn von der Bezugsperson eine Gefahr ausgeht und somit ein unauflösbarer Widerspruch entsteht: Bei einer Bedrohung sucht das Kind Schutz über Verbindung mit der Bezugsperson. Beides gleichzeitig ist bei Gefahr durch eben diese Person aber nicht möglich. Bei Misshandlung des Kindes durch die Bezugsperson ist dieser Widerspruch immer gegeben. Während gesunde Kinder mit Eltern ohne eigene Gewalterfahrungen in der Kindheit in etwa 15 % der Fälle einen desorganisierten Bindungsstil aufweisen, zeigen ihn bis zu 80 % der misshandelten, vernachlässigten oder missbrauchten Kinder (vgl. Brisch 2020: 39). Es ist also sehr wahrscheinlich, dass ein entwicklungs-traumatisiertes Kind einen desorganisierten Bindungsstil aufweist.

Es konnte gezeigt werden, dass ein desorganisierter Bindungsstil in der frühen Kindheit in einem Zusammenhang mit der Entwicklung einer dissoziativen Störung im späteren Leben steht. Wie in Kapitel 3.3.2 handelt es dabei um „dramatische Bewusstseinsveränderungen“ (Sroufe 2022: 173), durch die man Teile des Erlebten abspaltet und diese nicht mehr

wahrnehmen kann. Entsprechend kann das Erlebte später auch nur schwer verarbeitet werden.

Diese Vorgänge beginnen bereits als Kleinkind: Da sowohl die Flucht vor der Gefahr, als auch das Schutzsuchen bei der Bezugsperson nicht gleichzeitig möglich sind, muss das Kind eines der beiden Bedürfnisse von sich abspalten. Im späteren Leben wird erneuten traumatischen Erlebnissen mit größerer Wahrscheinlichkeit abermals dissoziativ statt verarbeitend begegnet. Häufig zeigt sich dies in Logikfehlern beim Erzählen biografischer Ereignisse, da die Betroffenen Vergangenes und Gegenwart nicht auseinanderhalten können (vgl. Sroufe 2022: 172–174, 187–189).

Bezugspersonen mit unverarbeiteten Traumata erleben Angst in Verbindung mit ihren traumatischen Erinnerungen. Sie zeigen dann häufig Verhaltensweisen, die für einen Säugling oder Kleinkind beängstigend wirken. So konnte beobachtet werden, wie Mütter mit unverarbeiteten Traumata auf dem Weg zu ihrem Säugling plötzlich erstarren und abwesend wirken. Beim Füttern kommt es teilweise zum Zähneblecken oder Knurren der Mutter. In der weiteren Entwicklung des Kindes entwickelt sich auch dieses beängstigende Verhalten der Mutter weiter und sie zeigt es nun auch sprachlich und im Spiel (vgl. Jacobvitz/Reisz 2018: 174). Das Kind befindet sich durch dieses angsteinflößende Verhalten der Bezugsperson in dem oben beschriebenen Widerspruch und entwickelt nun ebenfalls einen desorganisierten Bindungsstil mit Prädisposition für eine dissoziative Störung.

Vor dem Hintergrund des Wissens über die Weitergabe der Bindungsqualitäten von den Bezugspersonen an das Kind ist eine Intervention durch die SPFH notwendig, die die Ausbildung einer sicheren Bindung fördert. Doch auch, wenn das Kind bereits einen unsicheren Bindungsstil aufweist, ist eine entsprechende Intervention sinnvoll, da sich die Bindungsqualität des Kindes durch veränderte äußere Umstände positiv entwickeln kann (vgl. Sroufe 2022: 84–85).

4.3.4. Das kindliche Verhalten als Trigger von traumatischen Erinnerungen

Trigger sind, wie in Kapitel 3.4 beschrieben, Schlüsselreize, die eine traumatische Erinnerung auslösen. Ohne Beteiligung des Kortex löst der Reiz ungefiltert den gleichen Überlebensmechanismus aus, der der Person in der damaligen lebensbedrohlichen Situation zum Überleben verholfen hat (siehe Kapitel 3.3). Bei entwicklungs-traumatisierten Bezugspersonen bedeutet dies, dass sie auch als Erwachsene wie das misshandelte Kind, das sie einst waren, auf den Reiz reagieren.

Das Verhalten des Säuglings oder Kleinkindes kann unter Umständen ein Triggerreiz für die entwicklungs-traumatisierte Bezugsperson darstellen. Das Weinen des Kindes erinnert beispielsweise an das selbst erlebte Leid und kann so dissoziative Zustände oder beängstigendes Verhalten auslösen (vgl. Brisch 2009: 95).

Ein Säugling schreit und bewegt sich, eventuell schlägt oder tritt er unkoordiniert. Dies kann die Bezugsperson an die eigenen Misshandlungserfahrungen ihrer Kindheit erinnern, wo evtl. die eigenen Eltern die Person schlugen und anschrien. Möhler et al. (vgl. 2020: 29–30) konnten herausfinden, dass traumareaktive Verhaltensweisen der Bezugspersonen, gepaart mit geringerer Sensitivität und erhöhter Feindseligkeit, insbesondere im zweiten und dritten Lebensjahr des Kindes beobachtet werden konnte. In dieser Zeit ist das Kind mobil geworden und entwickelt einen eigenen Willen, kann dies aber unter Umständen noch nicht sprachlich ausdrücken. Durch die in Kapitel 4.3.2 beschriebene eingeschränkte Empathiefähigkeit entwicklungs-traumatisierter Menschen ist diese Phase der nonverbalen Kommunikation besonders schwierig (vgl. Möhler 2020: 29–30).

Bei der Interaktion mit traumatisierten Menschen kann es zu einem Phänomen kommen, das in der Psychoanalyse „Übertragung“ genannt wird. Es bedeutet, dass die traumatisierte Person ihrem Gegenüber Eigenschaften zuschreibt, die sie in Interaktion mit einer anderen Bindungsperson erlebt hat. Meist handelt es sich hier bei entwicklungs-traumatisierten Menschen um Eigenschaften der eigenen misshandelnden Eltern. Es kann nun passieren, dass diese entwicklungs-traumatisierten Bezugspersonen diese Erlebnisse auf ihre Kinder übertragen. Als Folge erleben sie ihre eigenen Kinder als Täter:innen und deren kindliches Verhalten als Bedrohung (vgl. Garbe 2015: 135–137). Sie interpretieren das explorierende, vielleicht wilde Verhalten des Kindes als sie absichtsvoll schädigend. Kinder, die diese Zuschreibungen der Eltern erfüllen, erhalten mehr Aufmerksamkeit durch ihre Bezugspersonen. Daher kann es passieren, dass das Kind hierdurch tatsächlich zum/zur „Täter:in“ wird und sich aggressive Verhaltensformen festigen (vgl. Möhler 2020: 32–33, 37–38).

In einer Misshandlungssituation nimmt das Kind das gewalttätige Verhalten des Täters/der Täterin mit erhöhter Aufmerksamkeit bis ins kleinste Detail wahr und speichert die Beobachtung als Traumaerinnerung ab. Die Situation ist für das Kind nicht bewältigbar und so kommt es zur Abspaltung dieser Anteile, wie in Kapitel 3.4 beschrieben. Das Kind schützt sich so vor Überflutung, bei erneutem Eintreten einer bedrohlichen Situation kann die Erinnerung

aber wieder wachgerufen werden. Täter:inneneigenschaften und -verhaltensweisen können auf diese Art übernommen werden. Werden diese entwicklungs-traumatisierten Menschen später selbst Eltern, so kann das kindliche Verhalten als Schlüsselreiz diese übernommenen Täter:inneneigenschaften in der Bezugsperson wach rufen. Hierdurch kann es zu Misshandlung und damit zu Traumatisierung der eigenen Kinder kommen (vgl. Garbe 2015: 124–130).

Die Reaktion von entwicklungs-traumatisierten Bezugspersonen auf das Verhalten ihrer Kinder ist durch das Triggern der Traumaerinnerung hervorgerufen. Sie kann durch behutsame Edukation aber durchbrochen werden. Wie in Kapitel 4.3.2 beschrieben, kann Feinfühligkeit gegenüber des Kindes erlernt werden. Ebenso kann die intuitive Interpretation des kindlichen Verhaltens entwicklungs-traumatisierter Menschen umgelernt werden hin zu einem Verständnis der kindlichen Verhaltensweisen und Signale. Über entwicklungspsychologisches Wissen kann die Möglichkeit und Unmöglichkeit von Absicht hinter den Handlungen des Kindes verstanden werden. Wie das folgende Kapitel erläutert, bieten sich hier Ansatzpunkte für die SPFH.

5. Sozialpädagogische Familienhilfe zur Durchbrechung des Kreislaufs der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungstraumata

Wächst ein Kind durch Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch unter traumatischen Bedingungen auf, so kann dies, wie in Kapitel 3 beschrieben, verheerende Folgen für das gesamte Leben dieses Kindes haben. Kapitel 4 zeigt auf, wie sich der Einfluss dessen auch in die nächste Generation erstreckt. Wird diese Weitergabe des Entwicklungstraumas über die Generationsgrenzen hinweg nicht unterbrochen, so kann sich daraus ein Kreislauf entwickeln, der Familien über viele Generationen hinweg prägen kann. Eine umfassende Verarbeitung eines bestehenden Entwicklungstraumas ist oft nur schwer möglich. Daher ist es wichtig, die Weitergabe vor einer erneuten Entwicklungstraumatisierung der Kinder zu verhindern.

In Kapitel 4.1 und 4.2 zeigt sich, dass die traumatischen Erfahrungen in der Kindheit der Mutter bereits einen Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt haben können. Die frühe Kindheit ist besonders prägend und so ist der Einfluss von Gewalterfahrungen der Bezugspersonen hier besonders groß (siehe Kapitel 4.3). Eine frühe Intervention, die bereits während der Schwangerschaft, spätestens aber in der frühen Kindheit einsetzt, ist daher für das Verhindern einer Weitergabe entwicklungs-traumatischer Erfahrungen an die Folgegeneration essentiell. Wie in Kapitel 1.3 hergeleitet, eignet sich insbesondere die Sozialpädagogische Familienhilfe als eine solche Intervention.

5.1. Definition Familienhilfe

Familienhilfe ist in § 31 SGB VIII definiert als:

„Sozialpädagogische Familienhilfe soll durch intensive Betreuung und Begleitung Familien in ihren Erziehungsaufgaben, bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, der Lösung von Konflikten und Krisen sowie im Kontakt mit Ämtern und Institutionen unterstützen und Hilfe zur Selbsthilfe geben. Sie ist in der Regel auf längere Dauer angelegt und erfordert die Mitarbeit der Familie.“ (§ 31 SGB VIII, Stand 2022)

Sie gehört als ambulante Leistung der Kinder- und Jugendhilfe zu den durch das Jugendamt nach § 27 SGB VIII eingesetzten möglichen Hilfen zur Erziehung. Auf diese haben Personensorgeberechtigte (im Regelfall die Eltern) ein Anrecht, sofern eine „dem Wohl des Kindes oder des Jugendlichen entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist und die Hilfe für seine Entwicklung geeignet und notwendig ist“ (§ 27 SGB VIII, Stand 2022).

SPFH ist aufsuchend, sie findet also im sozialen und räumlichen Umfeld der Familie statt. Zielgruppe der Hilfe sind Familien in schwierigen Lebenslagen, die sich Unterstützung bei der

Bewältigung des Alltags wünschen. Besonders im Fokus steht dabei die Elternarbeit. Die Eltern sollen im Laufe der Hilfe befähigt werden, das familiäre Leben zu meistern und ihren Fürsorgeaufgaben für die Kinder angemessen nachzukommen. Im Zentrum steht dabei, das Familiensystem ausreichend zu stabilisieren, um eine Herausnahme der Kinder zu verhindern und ihren Verbleib in der Ursprungsfamilie zu gewährleisten (vgl. Rätz et al. 2021: 15–17).

Die SPFH nahm 2020 insgesamt 23,7 % der Hilfen zur Erziehung ein und wurde damit nach der Erziehungsberatung am zweithäufigsten eingesetzt. Ambulante Hilfen werden insbesondere von Familien mit jüngeren Kindern unter 14 in Anspruch genommen. Obwohl Familien mit Kindern zwischen 0 und 6 Jahren auch bei den ambulanten Hilfen im Jahr 2020 mit 138,2 je 10.000 Gleichaltriger den geringsten Anteil der inanspruchnehmenden Familien ausmachten, lag diese Zahl deutlich über denen der Erziehungsberatung oder einer Fremdunterbringung. Familien mit Kindern zwischen 0 und 6 Jahren nehmen also im Vergleich zu anderen Hilfen am häufigsten ambulante Hilfen zur Erziehung wahr (vgl. akjstat 2021).

Die SPFH ist damit eine der Hilfen, die am häufigsten in Familien mit Säuglingen und kleinen Kindern bis zum Vorschulalter eingesetzt wird. Sie findet im Zuhause der Familie statt und umfasst häufig mehrere Besuche pro Woche. Diese Rahmenbedingungen eignen sich zum Aufbau einer stabilen Beziehung zu allen Familienmitgliedern und kann so regulierend insbesondere in Erziehungsfragen eingreifen. Die SPFH erfüllt damit gute Voraussetzungen, um den Kreislauf der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungs Traumata zu durchbrechen.

5.2. Der Blick der Sozialpädagogischen Familienhilfe auf Entwicklungs Traumata

Während die SPFH einen wichtigen Anteil an der Vermeidung einer Entwicklungs Traumaweitergabe an die Folgegeneration hat, arbeitet sie nicht psychotherapeutisch und kann nicht primär die Verarbeitung und damit Heilung des Entwicklungs Traumas in der Eltern generation als Ziel ihrer Arbeit haben. Dennoch kann sie an die Heilung unterstützenden Prozessen mitarbeiten. Durch ihre Nähe zum Familienleben kann sie Symptome eines Entwicklungs Traumas in der Eltern generation erkennen und auf den Beginn einer Traumatherapie hinarbeiten.

Ein erster Schritt der Beruhigung der familiären Situation ist das Herstellen äußerer Sicherheit (vgl. Garbe 2015: 191). Grundlegend gehört dazu zunächst einmal das Sicherstellen der materiellen Versorgung der Familie. Müssen Eltern sich Sorgen um ausreichend Nahrung, angemessene Kleidung und eine unsichere Wohnsituation machen, bleibt wenig Raum für die

Reflexion psychosozialer Probleme. Die SPFH hilft bei der Antragstellung für Sozialleistungen, Anbindung an Institutionen und Fragen zu kindgerechter Einrichtung der Wohnung, Ernährung und alltagstauglicher Kleidung und kann so zur Stressreduktion im Familienleben beitragen. Durch ihren ressourcenorientierten Blick kann sie dabei helfen, soziale Netzwerke der Familie neu aufzubauen, zu reaktivieren und zu stabilisieren (vgl. Rätz et al. 2021: 102). Sroufe et al. (vgl. 2022: 84–85) konnten diese beiden Faktoren als maßgeblich für die Bindungsqualität des Kindes identifizieren. In einigen Fällen konnte bei Kindern, die zuvor einen unsicheren Bindungsstil aufwiesen, nach Reduktion des familiären Stresses und Aufbau eines unterstützenden sozialen Netzwerkes ein sicherer Bindungsstil nachgewiesen werden.

Wie in Kapitel 4.1 ausgeführt, ist nach Gewalterfahrungen in der Kindheit eine erneute Bindung an gewalttätige Partner:innen im Erwachsenenleben nicht unwahrscheinlich. Bei Vorliegen von Partner:innengewalt unter den Eltern kann die SPFH auf eine (vorläufige) räumliche Trennung des/der Partner:in hinwirken, um die Gefahr einer Retraumatisierung der Mutter während der Schwangerschaft bzw. eines Erlebens der Gewalt durch das Kind zu verhindern.

Die SPFH erlebt die Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind im Alltag und im häuslichen Umfeld mit und kann auch hier regulierend und psychoedukativ eingreifen. Sie kann den Bezugspersonen helfen, das kindliche Verhalten zu interpretieren und angemessen darauf zu reagieren. Obwohl entwicklungs-traumatisierte Menschen meist weniger empathisch die emotionalen Signale anderer und damit auch ihrer eigenen Kinder interpretieren können, haben sie die Möglichkeit, eine kognitive Interpretation (Mentalisierung) zu erlernen und entsprechend feinfühlig zu reagieren (siehe Kapitel 4.3.2) (vgl. Möhler 2020: 35–36).

„Prävention ist die wirksamste Waffe gegen das so weitverbreitete Phänomen aversiver Kindheitserfahrungen“, schreibt Teresa Ngigi (2022: 133). Während eine Traumatherapie der entwicklungs-traumatisierten Elterngeneration bzw. später der entwicklungs-traumatisierten Kinder rückblickend das Erlebte verarbeitet, kann die SPFH aktiv an der Vermeidung solcher Erfahrungen des Kindes arbeiten. Weiß weist darauf hin, dass eine traumasensible sozialpädagogische Familienhilfe, im Gegensatz zur Therapie, die „vielen Möglichkeiten der Unterstützung des Systems im Lebensalltag“ (Weiß 2014: 146) erkennt und damit zeitnah zur Korrektur von durch das Trauma beeinflussten Handlungsweisen beitragen kann.

Nicht zuletzt kann die SPFH durch ihren ressourcenorientierten Blick und ihre Nähe zum familiären Alltag für eine Vernetzung beteiligter Institutionen sorgen. Sie kann Kita, Schule,

Kinderarzt/Kinderärztin und Psychotherapeut:in (der Eltern und/oder des Kindes) zusammenbringen, um die Probleme und Ressourcen der Familie unter Einbezug dieser von verschiedenen Blickwinkeln zu erörtern und so ein umfassendes Gesamtbild zu bekommen. Hilfen können so optimal auf die individuelle Lage der Familie abgestimmt werden. Für den/die Psychotherapeut:in kann es wichtig sein, mehr Einblick in das Alltagsleben der Familie zu bekommen. Erzieher:innen und Lehrkräfte können das Verhalten des Kindes außerhalb der Familie besonders gut einschätzen und als weitere Bezugspersonen wichtige Unterstützung für das Kind bieten. Mit dem Kinderarzt/der Kinderärztin können Anzeichen körperlicher Misshandlungen abgeklärt werden. Sie können ebenfalls zur Aufklärung der Eltern über den Entwicklungsstand des Kindes und damit über sein kindliches Verhalten beitragen (vgl. Rätz et al. 2021: 147–149).

5.3. Traumasensible Sozialpädagogische Familienhilfe

Für gelingende präventive Maßnahmen müssen die individuellen Bedürfnisse mit der betroffenen Familie gemeinsam offengelegt werden. Psychosoziale Unterstützung muss zügig verfügbar sein, um die Familie in den wichtigen Lebensphasen der möglichen Transmission einer Entwicklungstraumatisierung zu erreichen (vgl. Ngigi 2022: 132–133).

Die folgenden Unterkapitel verdeutlichen, was die SPFH für eine gelungene Intervention benötigt und was für die praktische Arbeit wichtig ist, um ein Entwicklungstrauma der Elterngeneration zu erkennen und eine transgenerationale Weitergabe dessen an die Kinder zu verhindern.

5.3.1. Notwendige Voraussetzungen für eine gezielte Intervention durch SPFH

Um den Kreislauf der Weitergabe eines Entwicklungstraumas an das Kind unterbrechen zu können, ist das Einverständnis und die Mitarbeit der Eltern unbedingt notwendig. Zu Beginn einer SPFH ist meist nicht bekannt, ob in der Familie ein Entwicklungstrauma in der Elterngeneration vorliegt. Da die Akzeptanz durch die Eltern jedoch in jeglicher SPFH eine entscheidende Rolle spielt, unterscheidet sich die SPFH mit Fokus auf transgenerationaler Entwicklungstraumatisierung in der Anfangsphase nicht von einer SPFH in einer Familie ohne Entwicklungstraumatisierung in der Elterngeneration. Die Kennenlernphase zwischen SPFH und Familie ist essentiell wichtig, um das Vertrauen der Eltern zu gewinnen. Zu Beginn sollte der Fokus der Hilfe auf der Anerkennung und Wertschätzung der familiären Lebenslage liegen (vgl. Rätz et al. 2021: 49–50). Dem Ansatz der Lebensweltorientierung von Hans Thiersch

folgend, sollte die Familie hierbei als Experten ihrer Lebenswelt gesehen werden, die der SPFH bisher nicht bekannt ist (vgl. Thiersch 2015: 297–298).

Für eine sensible und wertschätzende Haltung der Familie gegenüber ist es wichtig anzuerkennen, dass zu Täter:innen werdende Eltern aller Wahrscheinlichkeit nach selbst Opfer von Gewalt in ihrer Kindheit geworden sind. Als Kinder und Jugendliche haben sie überlebenssichernde Handlungsstrukturen entwickeln müssen, die bis in die heutige Zeit wirken. Hilflosigkeit und traumabedingte Verhaltensweisen lassen sie nun (potentiell) zu Täter:innen gegenüber ihren eigenen Kindern werden. Trotz Verständnis für diese Mechanismen darf auch eine traumasensible SPFH Misshandlungen der Kinder nicht akzeptieren und muss sich immer für die Rechte der Kinder einsetzen. Um sowohl die Wertschätzung für die Geschichte der Eltern, als auch die Parteilichkeit für die Kinder aufrecht erhalten zu können, ist eine getrennte Begleitung der Eltern und Kinder von zwei unterschiedlichen Helferpersonen sinnvoll. Weiß spricht in diesem Zuge von einer „Zwei-Wege-Begleitung“ (Weiß 2014: 147).

Es ist wichtig, dass die SPFH-Fachkräfte über Zusatzwissen verfügen. Sie sollten sich in den Bereichen Bindungstheorie und Traumapädagogik auskennen, Methoden zur traumabezogenen sozialpädagogischen Diagnostik anwenden können und Wissen über von Psychotherapeut:innen und Kliniken angebotene therapeutische Verfahren haben, um notfalls an die richtigen Angebote weitervermitteln zu können. Um sich dieses Wissen aneignen zu können, müssen die jeweiligen SPFH-anbietenden Organisationen Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung für ihre Mitarbeitenden anbieten (vgl. Reinshagen 2016: 194; Weiß 2014: 148–149).

Die SPFH-Fachkräfte müssen über Geduld und die Fähigkeit zur Selbstreflexion verfügen. Sie müssen sich eventueller eigener (entwicklungs-)traumatischer Erfahrungen bewusst sein und diese möglichst verarbeitet haben, so dass diese ihre Arbeit nicht unkontrolliert beeinflussen. Eine Reflexion über die eigene Herkunftsfamilie und das eigene Bindungsverhalten ist ebenfalls sinnvoll (vgl. Reinshagen 2016: 194; Weiß 2014: 148–149). Reinshagen betont, dass „Achtsamkeit, Wertschätzung und Einfühlungsvermögen [...] im Arbeitskontext nicht als einseitig zielgerichtet zu verstehen“ (Reinshagen 2016: 195) seien. Dieser Umgang sei auch mit sich selbst als Form der Selbstfürsorge essenziell, um die Arbeit in diesen hoch belasteten Systemen für die Helferson aushaltbar zu machen.

In Kapitel 4.3.4 wurde der Vorgang der Übertragung von Erinnerungen an Erfahrungen mit einer Bezugsperson auf eine andere Person beschrieben. Während es in Kapitel 4.3.4 um die Übertragung der traumatisierenden Erfahrungen mit den eigenen Eltern auf das eigene Kind geht, kann diese Übertragung ebenso auf eine Helferperson stattfinden. Die Übertragung der traumatisierten Person löst dabei eine Gegenreaktion in der Person aus, auf die die Erfahrung übertragen wurde. Als Helferperson ist es daher wichtig, theoretische Kenntnisse über diese Vorgänge zu besitzen, um sie im Hilfeverlauf erkennen und gegensteuern zu können. Andernfalls ist eine Wiederholung spezifischer Beziehungsmuster des Familiensystems und damit traumareaktiver Verhaltensweisen durch das Helfersystem möglich. Um all diesen reflexiven Anforderungen gerecht zu werden, ist eine häufige Supervision des Hilfeprozesses durch eine auf diesem Themengebiet geschulte Person wichtig (vgl. Reinshagen 2016: 194; Weiß 2014: 148–149). Eine Sensibilisierung von Jugendamtsmitarbeiter:innen auf die Thematik von Entwicklungstraumatisierungen ist essentiell, um Betroffene in spezialisierte Angebote zu überführen und den Hilfen genügend finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen, um ausreichend Fortbildungen und Supervision zu ermöglichen.

5.3.2. Traumasensible Diagnostik: Der entwicklungs-traumatischen Vergangenheit eine Sprache geben und Trigger vermeiden

Zu Beginn einer SPFH ist ein traumatischer Hintergrund in der Familiengeschichte meist nicht bekannt. Die geschulte Helferperson erkennt Anzeichen möglicher Entwicklungstraumata der Eltern und führt eine entsprechende Diagnostik durch. Unerklärliche Verhaltensweisen oder Beziehungsproblematiken können in dem traumatischen Erleben der Elternvergangenheit ihren Ursprung haben. Laut Korittko (vgl. 2016: 186) kann sich traumaspezifisches Handeln in drei Formen zeigen: Das betroffene Elternteil kann sich so verhalten, wie es sich in der traumatischen Situation in seiner Kindheit verhalten hat. Beispiele dafür sind unter anderem unkontrollierte Wutausbrüche, fluchtartiges Verlassen der Situation oder das Verfallen in dissoziative Zustände (siehe Kapitel 3.3). Das Elternteil könnte ebenso ein Verhalten zeigen, was in der erlebten traumatischen Situation als Kind sinnvoll gewesen wäre, es damals aber nicht umsetzen konnte. Auch hier kann sich dies beispielsweise in Wutausbrüchen zeigen, wenn Wut gegen den Täter als Kind nicht ausdrückbar war. Das Zeigen starker Emotionen wie Trauer und Angst kann ebenfalls ein Symptom sein, wenn das Kind von damals in Dissoziation seine Emotionen nicht mehr wahrnehmen konnte. Die dritte Verhaltensform, die auf eine traumatische Vorgeschichte eines Elternteils hinweisen kann, ist kompensatorisch. Sie dient

dem Verbleiben im Hier und Jetzt, dem Vermeiden von Flashbacks und Dissoziation durch gewalttätiges Verhalten gegen sich selbst oder andere. Auch das Betäuben durch Drogen zählt hier dazu (vgl. Korittko 2016: 186).

Traumabezogene Verhaltensweisen haben in der traumatischen Situation zum Überleben der betroffenen Person beigetragen. Heutiges kompensatorisches Verhalten verhindert das erneute Erleben der traumatischen Situation durch Flashbacks und damit eine Retraumatisierung. Gleichzeitig bleibt das Trauma der Person meist unausgesprochen. Gründe dafür sind einerseits die Tabuisierung des Themas, in der betroffenen Person ungeklärte Schuldfragen, Unwissen über die Tragweite der in der Kindheit gemachten Erfahrungen, aber auch aktive Vermeidung der Erinnerung an die Erlebnisse. Die betroffene Person und damit auch ihre Familie haben keine Sprache für das erlebte Trauma. Während Kinder mit erkennbaren Widersprüchen relativ gut umgehen können, können diese unausgesprochen eine stark verstörende Wirkung haben. Kinder spüren dann eine Diskrepanz zwischen dem, was sie selbst erleben und den Emotionen, die sie von den Eltern wahrnehmen (vgl. Reinshagen 2016: 196–197). Eine der wichtigsten Aufgaben einer traumasensiblen SPFH ist daher, die traumatischen Erfahrungen in der Familiengeschichte zu benennen und gemeinsam mit der Familie eine Sprache für die Traumatisierung zu finden.

Die Diagnostik des Entwicklungstraumas der Bezugsperson ist also nicht nur für das weitere Vorgehen im Hilfeprozess wichtig, sondern dient ebenfalls dem Verständnis der traumabezogenen Verhaltensweisen im Heute für Familie und Helferpersonen. Gahleitner et al. (vgl. 2017b: 253–254) postulieren in ihrer Beschreibung der Wichtigkeit einer diagnostischen Biografiearbeit, dass diese als Mittel zum Selbstverständnis gleichzeitig auch eine Interventionsform darstelle. Während sie sich hier auf die stationäre Kinder- und Jugendarbeit beziehen, lässt sich diese Aussage ebenso auf die Arbeit mit ganzen Familien übertragen.

Biografiearbeit hilft sowohl der Helferperson, als auch den Familienmitgliedern, traumatische Erfahrungen im Familiensystem zu erkennen. Damit das Aufdecken dieser Erinnerungen nicht zu einer Retraumatisierung der betroffenen Person führt, muss der Fokus auf den hilfreichen Bewältigungsfaktoren in der damaligen Situation liegen, die bis in das heutige Verhalten hinein wirken. Auch wenn sie heute nicht mehr sinnvoll erscheinen ist es wichtig, dass alle Familienmitglieder und die Helferperson deren überlebenswichtige Bedeutung im Damals verstehen und anerkennen. Während der Biografiearbeit geht es lediglich um das Verstehen

des heutigen Verhaltens. Ein tieferes Einsteigen in das Trauma und eine Verarbeitung dessen sind nicht Ziel des Prozesses (vgl. Gahleitner 2017a: 145–146).

Die Diagnostik der traumatischen familiären Vorgeschichte dient also dem Verständnis heutiger traumareaktiver Verhaltensweisen als überlebensnotwendig für die damalige traumatische Situation für die Familienmitglieder und die SPFH-Fachkraft. Über eine sprachliche Einordnung wird das Entwicklungstrauma greifbar und dadurch weniger bedrohlich.

Neben der Untersuchung der elterlichen Vorgeschichte ist eine genauere Betrachtung eskalierender Familiensituationen sinnvoll. Insbesondere geht es hierbei um Momente, in denen das kindliche Verhalten als Trigger traumatischer Erinnerungen bei der Bezugsperson wirken könnte (siehe Kapitel 4.3.4). Anzeichen hierfür können Überreaktionen der Bezugsperson und starke negative Absichtsinterpretationen bei normalen bzw. als wild verstandenen und explorierenden kindlichen Handlungen sein. Hier sollte die Bezugsperson dazu befragt werden, welche Gefühle das Verhalten des Kindes in ihr wach ruft und ob sie diese Gefühle aus anderen Situationen in ihrem Leben kennt. Nicht selten können entwicklungstraumatisierte Bezugspersonen die aufkommenden Gefühle mit Erlebnissen mit ihren eigenen Eltern in ihrer Kindheit in Verbindung bringen (vgl. Möhler 2020: 37).

Diese Schlüsselreize können über jede Form der Sinneswahrnehmung an die Person gelangen, also über riechen, schmecken, hören, fühlen oder sehen und plötzliche Erinnerungen an traumatische Situationen auslösen (siehe Kapitel 3.3.2 und 3.4). Betroffene Familien wohnen teilweise noch in Wohnungen, in denen Traumatisierungen erlebt wurden. Andere besitzen vielleicht Erbstücke einer gewalttätigen Großelterngeneration, die im Zuhause präsent sind. Eine traumasensitive SPFH sollte gemeinsam mit der entwicklungstraumatisierten Person feinfühlig jede Sinneswahrnehmung auf mögliche Trigger hin untersuchen. Möglicherweise gibt es bestimmte Geräusche in der Wohnung, bestimmte Lebensmittel oder Gerüche von Parfum oder Waschmittel, die an das Zuhause der eigenen Kindheit erinnern. Der Identifikation dieser Dinge wird meist nicht ausreichend Bedeutung beigemessen. Ihr Austausch hingegen kann bereits Entlastung in den Alltag der entwicklungstraumatisierten Person und damit in das Familienleben bringen (vgl. Reinshagen 2016: 197).

5.3.3. Psychoedukation und Mentalisierung zur Vermeidung erneuter Entwicklungstraumatisierung der Kinder

Die Biografiearbeit im Zuge der Diagnostik trägt, wie in Kapitel 5.3.2 beschrieben, bereits zum eigenen Verständnis der betroffenen Person und ihrer Handlungsweisen bei. Für ein allgemeineres Verständnis der Traumathematik schlägt Weiß vor, den Klient:innen ein vereinfachtes Wissen über die Vorgänge im Gehirn bei traumatischen Erfahrungen zu vermitteln. Sie spricht in diesem Zuge vom „dreigliedrige[n] Gehirn“ (Weiß 2014: 147). Gemeint ist damit das Stammhirn, also das entwicklungsbiologisch zuerst entstandene Gehirn, auch Reptiliengehirn genannt, das limbische System, das sich entwicklungsbiologisch früh in Säugetieren entwickelte, und der entwicklungsbiologisch spät entwickelte Kortex. Die Abläufe im Gehirn unter traumatischen Bedingungen sind in Kapitel 3.3.2 erklärt. Für Klient:innen kann dieses Wissen weiter heruntergebrochen werden: Das limbische System ist für die Gefühle zuständig, der Kortex für durchdachte Reaktionen und das „Reptiliengehirn“ für reflexartige Überlebensreaktionen. Bei einer traumatischen Erfahrung meldet das limbische System großen Stress und verbindet sich sofort mit dem „Reptiliengehirn“, ohne den bewusst denkenden Kortex einzuschalten. Korittko bringt die daraus resultierende Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsreaktion mit gut nachvollziehbarer, alltäglicher Sprache in Verbindung: „[J]emandem [gehen] die Pferde durch.“, „starr vor Schreck“, jemand „steht neben sich“ (Korittko 2016: 185). Über die Nutzung solcher gebräuchlicher Redewendungen entwickeln Betroffene und Angehörige ein Bild traumareaktiver Muster und können diese besser einordnen.

Möglichst früh im Hilfeprozess sollte ebenfalls Wissen über das in der Psychoanalyse als „Übertragung“ bezeichnete Phänomen (siehe Kapitel 4.3.4) vermittelt werden. Die Überlagerung von Erinnerungen an eine andere Person, beispielsweise die eigenen misshandelnden Eltern, kann in Bezug auf die Helferperson geschehen. Die frühzeitige Kenntnis dessen, sowieso das Finden gemeinsamer Wege zur Transparenzmachung dieser Vorgänge trägt zu dessen Reduktion bei (vgl. Gahleitner 2017a: 146).

Eine solche Übertragung ist auch auf die Kinder wahrscheinlich. Zur psychoedukativen Aufgabe der traumasensiblen SPFH gehört hier die Korrektur der Wahrnehmung von kindlichem Verhalten durch die Bezugsperson. Entwicklungstraumatisierte Bezugspersonen erleben exploratives Verhalten ihres Kindes häufig als belastend (siehe Kapitel 4.3.4). Die Bezugspersonen müssen hier von der Helferperson besonders gestützt und entlastet werden,

um dieses Verhalten des Kindes aushalten zu können. Zuschreibungen von Täter:inneneigenschaften durch die Bezugsperson können eine Identifikation des Kindes mit diesen hervorrufen. Verstärkt wird dies insbesondere durch eine erhöhte Aufmerksamkeit von aggressivem Verhalten des Kindes durch die Bezugsperson. Die SPFH muss hier auf eine Umlenkung dieser Aufmerksamkeit auf das gewünschte Verhalten des Kleinkindes durch die Bezugsperson hinwirken. Aufklärung über entwicklungspsychologische Schritte im Kindesalter und damit Fähigkeiten des eigenen Kindes ist hier wichtig. Durch die Nähe der SPFH zum familiären Alltagsgeschehen kann sie konkret in Situationen eingreifen, kindliches Verhalten erklären und so korrigierend hin zu feinfühligem Reaktionen der Bezugsperson wirken (vgl. Möhler 2020: 61–62).

5.3.4. Bindungstheorie-basierte Arbeit mit entwicklungsstraumatisierten Bezugspersonen und ihren Kindern

Kinder zeigen meist die gleiche Bindungsqualität, die bereits ihre Eltern in deren frühen Kindheit aufwiesen (siehe Kapitel 4.3.3). Während ein unsicherer Bindungsstil nicht förderlich für die Entwicklung des Kindes ist, zeigen Kinder mit einem unsicher-desorganisierten Bindungsstil bereits früh Anzeichen von dissoziativem Verhalten. Durch die Förderung einer sicheren Bindung zur primären Bezugsperson kann ein unsicherer Bindungsstil vermieden werden.

Wie in Kapitel 5.2 aufgezeigt, konnten Sroufe et al. (vgl. 2022: 84–85) zeigen, dass sich unsichere Bindungsstile von Säuglingen durch geringeren Stress der Familie und mehr soziale Unterstützung hin zu sicheren Bindungsstilen entwickeln konnten. Eltern können also aus sich selbst heraus und intuitiv feinfühligere Umgangsweisen mit ihrem Kind entwickeln, wenn ihnen durch äußere Umstände die Ruhe dafür zur Verfügung steht. Neben der Unterstützung zur Schaffung dieser vorteilhaften äußeren Umstände verhilft die SPFH durch die eben beschriebene Bildung über kindliches Verhalten zu einem besseren Verständnis des Kindes durch die Bezugsperson. Jede Bezugsperson verhält sich, manchmal nur in wenigen Momenten, auch feinfühlig dem Kind gegenüber. Es hat sich als besonders wirkungsvoll erwiesen, diesen Momenten besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Mithilfe von Videoaufzeichnungen der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind können sie identifiziert werden. So kann den Eltern das eigene feinfühlig, intuitive Verhalten aufgezeigt und somit verstärkt werden (vgl. Möhler 2020: 66–67). Je besser die Bezugsperson die Signale des Kindes

verstehen und je feinfühlicher sie auf die so gezeigten Bedürfnisse eingehen kann, desto wahrscheinlicher ist die Entwicklung einer sicheren Bindung des Kindes.

5.4. Bestehende Interventionsprogramme

Sozialpädagogische Interventionsprogramme, die zu einem Durchbrechen des Zyklus der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungs Traumata beitragen, können auf mehreren Ebenen des Hilfeprozesses ansetzen. Auf Seiten der Sozialpädagogen ist eine Weiterbildung im traumapädagogischen Bereich essentiell, um eine SPFH traumasensibel auszurichten. Hierfür müssen entsprechende Fort- und Weiterbildungsprogramme angeboten werden. Auf der anderen Seite braucht es Methoden für die direkte Elternarbeit. Hier bieten sich insbesondere „Elternausbildungen“ und videogestützte Elternarbeit an. Im Folgenden werden einige der bereits bestehenden Interventionsprogramme näher betrachtet. Neben dem Konzept der „Traumapädagogischen Familienhilfe“ wird das „SAFE®“-Programm als eine mögliche Elternschulung beispielhaft näher beschrieben, um dann die Programme „STEEP™“, „Entwicklungspsychologische Beratung“ und „Marte Meo“ kurz zu umreißen. Die Programme werden im deutschen Raum eingesetzt und insbesondere zu SAFE® und STEEP™ existieren Evaluationsstudien, die deren Wirksamkeit belegen. Die ausgewählten Programme eignen sich für die Arbeit mit traumatisierten Familien und sollen die Bindungsqualität des Kindes bzw. die Kommunikationsqualität zwischen den Bezugspersonen und dem Kind verbessern.

5.4.1. „Traumapädagogische Familienhilfe“ - eine Fortbildung der Welle gGmbH

Der gemeinnützige Träger Welle gGmbH für Jugend- und Familienhilfe hat erkannt, dass die Berührung mit Traumatisierungen in Familiengeschichten „maßgeblicher Bestandteil der Sozialpädagogischen Familienhilfe“ (Welle gGmbH 2022) ist. Basierend darauf haben sie eine Fortbildung entwickelt, die eine mehrdimensionale Annäherung an das Thema erlaubt: Sowohl der Blick auf die Kinder und Jugendlichen, als auch der auf die Erwachsenen soll geschärft werden. Besonders im Mittelpunkt stehen dabei die transgenerationale Weitergabe von Traumata und die Auswirkung eines Traumas einzelner Personen auf das Familiensystem. Weiß (2014: 147) bezieht sich in ihren Ausführungen auf das Konzept für Traumapädagogische Familienhilfe der Welle gGmbH. Nach Ausschluss einer Kindeswohlgefährdung empfiehlt sie fünf Phasen für den Hilfeprozess in traumabelasteten Familien: Zunächst sollte allen Familienmitgliedern psychotraumatologisches Wissen vermittelt werden. Hierbei geht es um das in Kapitel 5.3.3 beschriebene „dreigliedrige Gehirn“, aber auch um Kenntnisse über

transgenerationale Weitergabe von Traumata und der Möglichkeit der Kindeswohlgefährdung durch traumareaktives Verhalten der Bezugsperson.

Die zweite Phase beinhaltet die traumabezogene Diagnostik. Hier wird mit der ganzen Familie nach traumareaktiven Mustern im Verhalten aller Familienmitglieder geforscht. Auch das soziale Umfeld der Familie sollte in den Prozess der Psychoedukation mit einbezogen werden, um auch im Außen ein Verständnis für die Problematik zu schaffen und manche Verhaltensweisen der Betroffenen nachvollziehbar werden zu lassen. Kinder und Eltern lernen, Stressbelastungen zu erkennen und ihre körperlichen Reaktionen darauf wahrnehmen und beschreiben zu können (Weiß 2014: 147–148). Die Betrachtung der Physiologie des Traumas (Kapitel 3.3) zeigt, dass sich viele Anzeichen für eine traumabezogene Reaktion im Körper wieder finden. Betroffene können sich den traumabezogenen Handlungen nach der Wahrnehmung von Schlüsselreizen ohnmächtig ausgesetzt fühlen. Über die aktive Wahrnehmung der körperlichen Symptome wie Herzrasen oder Schwitzen kann ein sich anbahnendes traumabezogenes Verhalten jedoch erkannt und eventuell in eine gesteuerte Handlung überführt werden. Die traumatisierte Person kann so lernen, auch nach einem Trigger den Kortex wieder anzusteuern und die eigene Reaktion kognitiv zu kontrollieren. Sie ist damit ihrem Körper nicht mehr hilflos ausgeliefert, das Ohnmachtsgefühl reduziert sich. Auch „Dissoziationsstopps“ können erlernt werden (vgl. Korittko 2016: 188). Insbesondere für Bezugspersonen von Säuglingen und Kleinkindern ist es wichtig, dissoziative Zustände umgehen zu lernen. Kleine Kinder können nicht begreifen, warum die Bezugsperson plötzlich emotional nicht mehr erreichbar ist. Diese Momente wirken sehr verstörend und ängstigend auf sie, was die Ausbildung eines desorganisierten Bindungsstils begünstigt (siehe Kapitel 4.3.3).

In Phase Drei werden das Familiensystem und ihre beteiligten Personen stabilisiert. Dies gelingt, indem sie eine Regulation ihrer wahrgenommenen traumabezogenen Reaktionen erlernen und dadurch Selbstwirksamkeit erfahren. Nach vorhergegangener Analyse der Stressoren, die traumareaktive Muster hervorrufen, können diese nach und nach beseitigt oder abgemildert werden. In Phase Vier geht es um die „Traumabegegnung“ (Weiß 2014: 147). Weiß betont in dieser Phase die Notwendigkeit der Anwesenheit einer/eines therapeutische:n Psychotraumatologin/Psychotraumatologen, die SPFH kann hier nur begleitend wirken. Sie kann jedoch die Stabilitätsentwicklung der Familie während des Hilfeprozesses einschätzen und so eine Überleitung in die Traumatherapie zum rechten

Zeitpunkt anregen. Während der therapeutischen Phase kann sie, wie in Kapitel 5.2 beschrieben, durch ihre Nähe zum Alltag und Umfeld der Familie, auf weitere, den therapeutischen Prozess unterstützende Faktoren hinwirken. In der fünften und letzten Phase geht es um die Integration des Traumas, indem es als Teil der eigenen Geschichte begriffen wird und den Alltag nicht mehr bestimmt. Letztendlich begleitet die SPFH in dieser Phase auch den Abschied von den Helferpersonen wie des/der Therapeuten/Therapeutin, aber letztendlich auch der SPFH selbst (vgl. Weiß 2014: 147–148).

Während sich die Fortbildung auf jegliche Traumata in der Familiengeschichte bezieht, dient entsprechendes Wissen natürlich auch der Vermeidung von Entwicklungstraumata in der Folgegeneration.

Die Fortbildung zur „Traumapädagogischen Familienhilfe“ dauert drei Tage und wird im Jahr 2023 einmal von der Welle gGmbH angeboten (vgl. Welle gGmbH 2022). Die von Weiß mit Bezug auf das Konzept der Welle gGmbH formulierten Vorschläge und Ansprüche wirken sinnvoll und angemessen für eine traumasensible SPFH und entsprechen weitgehend den in Kapitel 5.3 aufgestellten Anforderungen. Ob sie sich umfassend in drei Tagen vermitteln lassen, erscheint fragwürdig. Für eine traumapädagogisch gebildete Fachperson ist eine solche Fortbildung als Ergänzung für den besonderen Bereich der Arbeit mit ganzen Familien jedoch durchaus sinnvoll. Auch für auf dem traumapädagogischen Gebiet neues Fachpersonal kann die Fortbildung einen ersten Schritt hin zu einem Verständnis von Traumata im Familienbezug bieten. Für eine umfassende Tätigkeit als traumasensible SPFH ist jedoch weiterführende Bildung auf dem Gebiet zu empfehlen.

5.4.2. „SAFE® - Sichere Ausbildung für Eltern“ - ein Präventionsprogramm von Karl Heinz Brisch

Das Präventionsprogramm „SAFE®“ richtet sich an werdende Eltern ab der 20. Schwangerschaftswoche bis zum ersten Geburtstag des Kindes. Der Fokus des Programms liegt auf der Entwicklung einer sicheren Bindung zwischen Kind und Bezugspersonen. Es unterstützt das Verständnis der kindlichen Signale und wirkt direkt gegen die Weitergabe von unsicheren Bindungsmustern von der Bezugsperson auf das Kind (vgl. Brisch 2009: 296–297). Während das Programm alleinstehend als Prävention eingesetzt und von Eltern besucht werden kann, ist auch eine Einbettung in eine bestehende SPFH denkbar. SPFH-Fachkräfte können sich in einer viertägigen Fortbildung zu SAFE®-Mentor:innen ausbilden lassen und das SAFE®-Präventionsprogramm im Anschluss bei ihren Trägern anbieten (vgl. Brisch o. J. b).

Wie in Kapitel 2.1 dargestellt, befassen sich werdende Eltern vermehrt mit den eigenen frühen Erlebnissen und den Vorstellungen über Elternschaft, die sie selbst entwickelt haben. Die mittlere Schwangerschaft ist daher ein guter Ansatzpunkt für den Beginn des Programms. Der Kurs findet in einer Gruppe von Paaren oder Alleinerziehenden statt, die sich alle ungefähr im gleichen Stadium der Schwangerschaft befinden. So können die werdenden Eltern von den Erfahrungen der anderen profitieren und sich gegenseitig stützen. Inhaltlich geht es um Wissen über die Fähigkeiten des Säuglings und den Aufbau von Bindung, die bereits im Mutterleib beginnt (siehe Kapitel 2.1). Erwartungen und Ängste der werdenden Eltern sind ebenfalls Thema der Treffen und können mit der Fachperson und den anderen Teilnehmer:innen besprochen werden. Auch Entspannungsverfahren sind Teil des pränatalen Kurses. Einerseits ist Entspannung während der Schwangerschaft wichtig für das sich entwickelnde Kind (Kapitel 2.1), andererseits können die Eltern die Verfahren auch nach der Geburt anwenden, wenn sie durch das Leben mit Säugling erhöhtem Stress ausgesetzt sind (vgl. Brisch 2009: 298–299).

Während der Kurs in der Gruppe alle vier Wochen stattfindet, kann eine begleitende SPFH in den Zwischenzeiten außerhalb des Kurses gemeinsam mit den werdenden Eltern über das Gelernte reflektieren, zur Anwendung der Entspannungsverfahren anregen und individuell auf die alltäglichen Bedürfnisse der Eltern eingehen. Sind ältere Geschwister vorhanden, so kann sie die Eltern dabei unterstützen, auch diese behutsam auf ihre neue Rolle als große Schwester oder großen Bruder vorzubereiten. Die SPFH behält die älteren Geschwister auch im Hinblick auf Erziehungsfragen und einer möglichen bereits begonnen Übertragung von entwicklungs-traumatischen Erlebnissen der Eltern auf das Kind im Blick. Sie unterstützt dabei, das im Kurs gelernte Wissen über Feinfühligkeit und Bindung auch auf die älteren Kinder der Familie zu übertragen und so auch deren Bindung zu stärken.

Nach der Geburt des Kindes umfasst der SAFE®-Kurs sechs weitere Treffen, zunächst weiterhin alle vier Wochen, in der zweiten Lebensjahreshälfte dann alle drei Monate. Themen sind insbesondere der Aufbau einer emotionalen Beziehung zwischen Eltern und Säugling, aber auch Säuglingspflege und die Veränderungen in der Partnerschaft. In dieser Zeit werden im Zuge des SAFE®-Programms außerhalb der Gruppentreffen individuelle Videoaufnahmen der Mutter- bzw. Vater-Säuglings-Interaktion gemacht. Anhand dieser Aufnahmen werden die individuellen Signale des Säuglings und besonders gute Interaktionsmomente besprochen, doch auch Fehlinterpretationen des kindlichen Verhaltens sowieso Übertragungen auf das

Kind (siehe Kapitel 4.3.4) können so früh erkannt und ihnen entgegengesteuert werden (vgl. Brisch 2009: 299–301). Die Videoaufnahmen und -auswertung können von der zur SAFE®-Mentor:in geschulten SPFH gemacht werden, die bereits das Vertrauen der Familie besitzt.

Ein weiterer Teil des Präventionsprogramms ist eine Hotline, bei der Eltern in Notsituationen, beispielsweise wenn der Säugling lange weint und sich nicht beruhigen lässt, anrufen und durch die Kursleiter:innen, die die Familie bereits länger kennen, beraten lassen können (vgl. Brisch 2009: 301–302). Ist der/die Kursleiter:in ebenfalls die SPFH, so kann er/sie auch die Aufgabe der Beratung über die Hotline übernehmen. Hier zeigt sich erneut die Wichtigkeit einer Arbeit im Tandem, wie sie in Kapitel 5.3.1 erwähnt ist. Eine einzelne Fachperson wäre schnell überfordert, wenn sie Kurse leiten, Einzeltermine mit der Familie umsetzen und rund um die Uhr an der Hotline verfügbar sein soll. Die Verteilung der Verantwortung auf mindestens zwei Personen ist daher unerlässlich.

Liegen unbearbeitete Entwicklungstraumata in der Geschichte eines Elternteils, ist der SAFE®-Kurs nicht ausreichend, um eine transgenerationale Weitergabe dessen mit Sicherheit verhindern zu können. Noch während der Schwangerschaft wird ein Erwachsenen-Bindungsinterview mit den Eltern durchgeführt, das deren Bindungsressourcen offenlegt, aber auch Hinweise auf traumatische eigene Bindungserfahrungen gibt. Bei unbearbeiteten Entwicklungstraumata kann so frühzeitig in eine Traumatherapie vermittelt werden (vgl. Brisch 2009: 302–303). Wie auch bei der „Traumapädagogischen Familienhilfe“ (Kapitel 5.4.1) kann die traumasensitive SPFH diesen Prozess unterstützen und gleichzeitig gemeinsam mit der Familie Ressourcen in deren Alltag und Umfeld mobilisieren.

Eine evaluative Längsschnittstudie, die die Wirksamkeit des SAFE®-Programms erforschte, zeigt signifikant häufiger sichere Bindungen der Kinder an die am Programm teilnehmenden Eltern, als in der Allgemeinbevölkerung. Je häufiger die Eltern an den Kurstagen teilgenommen hatten, desto wahrscheinlicher waren ihre Kinder sicher an sie gebunden. Kinder von Eltern, die am Anfang des Kurses Schwierigkeiten bei der Reflexion ihrer eigenen Bindungserfahrung hatten, waren zum Ende des Kurses mit hoher Wahrscheinlichkeit sicher an diese gebunden. Die Interaktion zwischen am SAFE®-Kurs teilnehmenden Eltern und ihren Säuglingen nach der Geburt war deutlich feinfühlicher, strukturierter und respektvoller, als die von Eltern-Kind-Paaren der Vergleichsgruppe, die in gleichem Umfang einen nicht-bindungsorientierten Vorbereitungskurs besuchten. Während psychisch belastete Mütter und Väter in der Vergleichsgruppe eine weniger positive Interaktion mit ihren Säuglingen zeigten, waren Eltern

der SAFE®-Gruppe trotz problematischer Beziehungserfahrungen in der Vorgeschichte, einer schwierigen Geburt oder einer postpartalen Depression in ihrem Umgang mit dem Kind ebenso feinfühlig wie Eltern ohne solche Schwierigkeiten. Das SAFE®-Programm bezieht die Väter bereits ab der Schwangerschaft aktiv mit ein. Der positive Effekt zeigt sich in der im Gegensatz zur Vergleichsgruppe signifikant höheren Wahrscheinlichkeit für eine sichere Bindung der Kinder an die Väter zum Ende des Programms (vgl. Brisch et al. 2016: 96–99).

Insbesondere vor dem Hintergrund der Evaluationsstudie lässt sich das SAFE®-Programm als eindeutig förderlich für die Entwicklung einer sicheren Bindung der Kinder an beide Elternteile einstufen. Die Weitergabe von unsicheren Bindungsqualitäten von den Eltern an das Kind (siehe Kapitel 4.3.3) wird mit hoher Wahrscheinlichkeit verhindert. Eine sichere Bindung des Kindes an seine primären Bezugspersonen gilt als Schutzfaktor gegen eine psychopathologische Entwicklung und ist für eine lebenslange psychische Gesundheit des Kindes förderlich (vgl. Ziegenhain 2020: 1). Durch die positive Interaktion zwischen Eltern und Kind und das verbesserte Verständnis des kindlichen Verhaltens reduziert sich die Wahrscheinlichkeit für Gewalt gegen das Kind oder Vernachlässigung dessen.

Das erste Lebensjahr, während dessen der SAFE®-Kurs die Eltern noch begleitet, ist das für die Entwicklung der Bindungsqualität entscheidende. Es wird vermutet, dass die positive Wirkung der elterlichen Teilnahme am SAFE®-Kurs bis in die Grundschulzeit hinein wirken. Die Ergebnisse der entsprechenden Längsschnittstudie sind bisher jedoch noch nicht veröffentlicht. In Studien mit Müttern mit nicht aufgearbeitetem Misshandlungshintergrund, die an keinem präventiven Kurs teilnahmen, konnte gezeigt werden, dass sich die Mutter-Kind-Interaktion im zweiten und dritten Lebensjahr des Kindes signifikant verschlechtert (vgl. Möhler 2020: 30). Dies könnte mit dem verstärkten Explorationsverhalten in diesem Lebensalter zu tun haben, welches für belastete Eltern häufig schwer ertragbar ist (siehe Kapitel 4.3.4). Es ist zu vermuten, dass die Teilnahme am SAFE®-Kurs gepaart mit einer Überführung des betroffenen Elternteils in eine Traumatherapie ausreichend ist, um die Eltern-Kind-Interaktion auch nach Beendigung des Kurses positiv zu gestalten. Insbesondere in Fällen schwerer traumatischer Vorerfahrungen erscheint es jedoch sinnvoll, die Familie über einen längeren Zeitraum professionell zu betreuen. Eine Einbettung des Kurs-Besuches in eine traumasensitive SPFH kann hier eine solche Begleitung darstellen. Die SPFH unterstützt, wie oben beschrieben, bei der Implementierung des im Kurs Gelernten in den Alltag und bei der Aufrechterhaltung der positiven Eltern-Kind-Interaktion nach Ende des

Kurses und behält auch Geschwisterkinder im Blick. Insbesondere wenn das Kind im zweiten und dritten Lebensjahr ein größeres Explorationsverhalten entwickelt ist weitere Psychoedukation der Eltern über die Entwicklungsschritte des Kindes und eine Unterstützung dieser für die Eltern vielleicht belastenden Phase sinnvoll.

5.4.3. Weitere Programme videogestützter Elternarbeit

Videogestützte Elternarbeit, wie sie im eben beschriebenen SAFE®-Programm eingesetzt wird, hat sich als überaus hilfreich für die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion erwiesen. So gibt es weitere Programme, die sich auf diese Technik stützen.

Aus der Minnesota-Längsschnitt-Studie von Alan Sroufe et al. heraus haben Martha Erickson und Byron Egeland das Frühinterventionsprogramm „STEEP™ - Steps Toward Effective Enjoyable Parenting“ entwickelt. Ebenso wie SAFE® basiert es auf der Bindungstheorie und setzt bereits während der Schwangerschaft an, geht jedoch, anders als SAFE®, bis zum dritten Lebensjahr des Kindes. Zielgruppe des Programms sind insbesondere psychosozial hochbelastete Familien. Es soll die Bezugspersonen gerade in Krisensituationen dabei unterstützen, eine gelingende Beziehung zu ihrem Säugling bzw. Kleinkind aufzubauen und feinfühlig auf dessen Bedürfnisse einzugehen. Hierbei spielt die Beziehung der professionellen Person zu den Bezugspersonen im Sinne eines positiven Beispiels eine tragende Rolle. Im häuslichen Setting werden Videoaufnahmen der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind in alltäglichen Situationen angefertigt, und anschließend analysiert. Im Fokus stehen dabei die eigenen in der Kindheit erlernten Bindungsmodelle der Eltern und der Einfluss dieser auf ihr Verhalten ihren Kindern gegenüber. So wird die Biografie der Bezugspersonen anhand der Beobachtung alltäglicher Situationen mit den Personen selbst reflektiert. Ziel ist es, Kindeswohlgefährdung zu verhindern und eine sichere Bindung zwischen Kind und Bezugsperson zu fördern. Neben den Hausbesuchen mit videogestützter Beratung gehören auch Elterntreffs und Familienaktionen zum Programm. Dies soll die soziale Unterstützung der betroffenen Familien außerhalb des professionellen Helfersystems fördern (vgl. Suess o. J. b). STEEP™ erscheint sinnvoll für eine frühe Intervention in belasteten Familien zur Förderung einer sicheren Bindung des Kindes an seine Bezugspersonen. Entsprechend konnte eine Wirksamkeitsstudie zeigen, dass Kinder im STEEP™-Programm im Alter von 12 Monaten signifikant häufiger eine sichere Bindung zu ihren Bezugspersonen ausgebildet hatten, als die Kinder der Kontrollgruppe ohne videogestützte Intervention (Suess et al. 2010: 1146). Ebenso wie SAFE® bietet es auch Gruppenangebote, wodurch die Eltern Kontakte zu Menschen in

ähnlichen Lebenslagen aufbauen können. Der Fokus liegt ebenfalls darauf, einen Einfluss negativer Erfahrungen aus der Kindheit der Bezugspersonen auf die Interaktion mit dem Kind zu vermeiden und die Entwicklung einer sicheren Bindung zu fördern. STEEP™ vermittelt betroffene Bezugspersonen nicht primär, wie SAFE®, auch in eine Traumatherapie. Im Zuge einer Anbindung an weitere Hilfsangebote wäre dies aber, je nach Einschätzung des/der Beraters/Beraterin, ebenfalls denkbar. Anders als SAFE® ist das STEEP™-Programm nicht am ersten Geburtstag des Kindes beendet, sondern läuft bis ins dritte Lebensjahr. Es erscheint daher besser geeignet, die Bezugspersonen auch während der aufgrund eines gesteigerten explorativen Verhaltens des Kindes herausfordernden Phase des zweiten Lebensjahres zu begleiten. Ebenso wie SAFE® kann auch STEEP™ in die SPFH eingebaut werden, wenn der/die Sozialpädagog:in über die entsprechende Weiterbildung verfügt. Zusätzlich zu der STEEP™-Fortbildung, in der es um die Bindungstheorie, den Bindungshintergrund des/der Berater:in, Entwicklungspsychologie, frühe Traumata und den methodischen Hintergrund geht, erscheint eine weiterführende Vertiefung im traumapädagogischen Bereich für eine traumasensitive SPFH sinnvoll. Im Vergleich zu der 4-tägigen Fortbildung zur SAFE®-Mentor:in ist die, über den Verlauf von 1,5 Jahren, 20-tägige Fortbildung zur STEEP™-Berater:in deutlich umfangreicher (vgl. Suess o. J. a).

Annähernd so umfangreich mit 16 Kurstagen innerhalb eines Jahres ist die Fortbildung zum/zur Entwicklungspsychologischen Berater:in für Familien mit Kindern zwischen null und drei Jahren. „Entwicklungspsychologische Beratung“ (EPB) wurde von Ute Ziegenhain entwickelt und basiert ebenso wie die beiden vorhergehenden Programme auf der Bindungstheorie. Die Beratung richtet sich sowohl an entwicklungspsychologisch interessierte Bezugspersonen von Säuglingen und Kleinkindern, als auch an psychosozial belastete Familien. Grundlage der Arbeit sind, wie auch in den beiden zuvor beschriebenen Programmen, Videoaufnahmen der Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind in alltäglichen Situationen. Anhand der Aufnahmen kann Beratung zum Erkennen der kindlichen Signale und feinfühligere Reaktion darauf stattfinden, die dann gemeinsam mit der beratenden Person direkt im Umgang mit dem Kind geübt werden kann. EPB kann insbesondere auch bei Familien mit Kindern mit besonderen Bedürfnissen angewandt werden, beispielsweise bei frühgeborenen Kindern und Kindern mit chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Die Fortbildung bereitet ebenfalls auf die Arbeit mit psychisch kranken Eltern vor. Anders als SAFE® und STEEP™ steht die EPB nicht alleine als umfassendes Programm, sondern wird

immer als Methode in eine Hilfsform, beispielsweise die SPFH, eingebettet. Daher wird hier auch kein bestimmter Anwendungszeitraum vorgeschlagen. Auch Gruppenangebote sind nicht Teil einer EPB (vgl. Ziegenhain o. J.).

Als Methode einer bindungsorientierten, videogestützten Intervention erscheint die EPB als eine sinnvolle Ergänzung zur Durchbrechung des Kreislaufs einer Weitergabe von Entwicklungstraumatisierung innerhalb einer traumasensitiven SPFH. Anhand der Videoanalyse können entwicklungstraumatische Muster aufgedeckt und reflektiert werden. Für das notwendige Fachwissen hierfür bedarf es jedoch weiterer Fortbildung im traumapädagogischen Bereich. Die EPB als alleinstehende Methode in einer SPFH ist nicht ausreichend.

Eine weitere videogestützte Methode ist das von der Niederländerin Maria Aarts entwickelte „Marte Meo“. Der Name kommt aus dem Lateinischen und bedeutet übersetzt so viel wie „Aus eigener Kraft“. Ziel von Marte Meo ist, die eigenen Fähigkeiten der Eltern zu wecken, um die Interaktion mit ihrem Kind zu verbessern und so die Entwicklung zu fördern. Die professionellen Begleiter analysieren Videoaufnahmen der Eltern-Kind-Interaktion in Bezug auf besonders positive Momente, um mögliche Ressourcen zu erkennen. Aarts legt in ihrem international angewendeten Programm den Fokus auf in den jeweiligen Kulturen gut funktionierende Interaktionen und geht somit sensibel auf die unterschiedlichen Gegebenheiten vor Ort ein. Das Programm ist dabei nicht speziell auf die Interaktion mit kleinen Kindern ausgerichtet, sondern kann während der gesamten Entwicklung des Kindes bis ins Jugendalter Anwendung finden (vgl. Aarts o. J.). Die Eltern entscheiden dabei über die Ziele der Beratung. Belastete Eltern können sich durch gezielte Videoaufnahmen als gute Mütter und Väter wahrnehmen, wodurch ihr Selbstwertgefühl gesteigert wird und sie Selbstwirksamkeit erfahren. Die emotionale Stabilisierung der Eltern, gepaart mit dem Wissen über eigenständig positiv gestaltete Situationen und damit konkrete Handlungshinweise, trägt zu einer besseren Eltern-Kind-Interaktion bei und ist somit förderlich für die Entwicklung des Kindes (vgl. Bündler/Sirringhaus-Bündler 2008: 335).

Marte Meo orientiert sich nicht aktiv an der Bindungstheorie und bezieht sich nicht explizit auf die ersten Lebensjahre des Kindes. Frühere Bindungserfahrungen der Eltern und eventuell traumatische familiäre Vorgeschichten werden nicht reflektiert. Dennoch kann Marte Meo als unterstützende Methode während einer traumasensitiven SPFH angewandt werden, um

Ressourcen in der Interaktion zwischen Bezugsperson und Säugling bzw. Kleinkind zu erkennen und diese so zu verbessern.

5.4.4. Fazit über die vorgestellten Interventionsprogramme

Alle hauptsächlich zum Einsatz kommenden frühen Interventionsprogramme stützen sich auf die Analyse von Eltern-Kind-Interaktionen in Videoaufnahmen. SAFE® und STEEP™ sind zwei umfangreiche, auf der Bindungstheorie basierende Programme, die neben der Analyse und einer ausführlichen Beratung zur Interpretation kindlicher Signale und feinfühligem Verhalten der Bezugsperson auch einen Fokus auf sozialer Stabilisation durch Gruppenarbeit und die Vermittlung in weitere Hilfsangebote legen. Sie sind speziell zur Verhinderung von Kindesmisshandlung und damit einer erneuten Entwicklungstraumatisierung entwickelt worden. In beiden Programmen werden die Eltern ab der Schwangerschaft über einen langen Zeitraum begleitet, wobei die Unterstützung durch STEEP™ über mindestens ein Jahr länger bis ins dritte Lebensjahr des Kindes erfolgt. Anhand der Evaluationsstudien zu den Programmen zeigt sich bereits alleinstehend eine gute Wirksamkeit hin zu einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit der Ausbildung einer sicheren Bindung des Kindes an seine Bezugspersonen. Es ist zu vermuten, dass eine Einbindung der Programme in eine traumasensitive SPFH zu sehr guten Ergebnissen führen und die transgenerationale Weitergabe von Entwicklungstraumata verhindern kann. Die Umsetzung der im Programm gelernten Verhaltensweisen kann durch eine traumasensitive SPFH engmaschig begleitet werden. Die SPFH behält auch ältere Geschwisterkinder im Blick und kann hier bei problematischem Erziehungsverhalten intervenieren. Probleme auf Beziehungsebene der Eltern können ebenfalls mit einer SPFH besprochen werden. EPB und Marte Meo sind eher als Methoden anzusehen, können als solche in einer umfassenden traumasensitiven SPFH aber durchaus für ein Durchbrechen des Kreislaufs der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungstraumata hilfreich sein.

Unabhängig davon, welches Programm angewendet wird, muss eine SPFH-Fachkraft für die Durchbrechung des Kreislaufs traumapädagogisch gebildet sein. Inhaltlich geeignet erscheinen die in Kapitel 5.4.1 erläuterten Vorschläge zu einer Traumapädagogischen Familienhilfe, wobei eine entsprechende Fortbildung, wie oben erwähnt, sicherlich umfangreicher gestaltet werden muss, als von der Welle gGmbH angedacht. Im Zuge der traumabezogenen Diagnostik (Phase 2) ist eine videogestützte Analyse von alltäglichen

Interaktionsmomenten zwischen Bezugsperson und Kind, insbesondere durch die oben genannten Programme und Methoden, sinnvoll.

6. Diskussion und Fazit

Nach einer kurzen Einführung zu den unterschiedlichen Bindungsqualitäten und gesunder Entwicklung wurden in dieser Arbeit zunächst die Aspekte eines Entwicklungstraumas näher erläutert, um dann auf die unterschiedlichen Möglichkeiten der Weitergabe eines solchen von einer Generation in die nächste einzugehen. In Kapitel 5 wurden Ansatzpunkte für eine traumasensitive SPFH diskutiert, die für ein Durchbrechen des Kreislaufs der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungstraumata und ein Verhindern einer erneuten Entwicklungstraumatisierung der Kindergeneration von Bedeutung sind.

Für eine gelingende Intervention müssen der SPFH-anbietende Träger und die Fachkräfte viele Ressourcen mitbringen (siehe Kapitel 5.3.1). Die Möglichkeit zur umfassenden Fortbildung auf den Gebieten Traumapädagogik inklusive Diagnostik von Entwicklungstraumata, transgenerationaler Weitergabe von Traumata, Bindungstheorie und im methodischen Bereich, vornehmlich in der Videoaufnahme und -auswertung, muss gegeben sein. Dies bezieht sich sowohl auf die finanziellen Möglichkeiten des Trägers, als auch auf das tatsächliche Angebot entsprechender Fortbildungen. Für eine ausreichende Reflexion des Helferprozesses und die Selbstfürsorge der Helferpersonen ist eine engmaschige Supervision unabdingbar. Auch hier müssen sowohl finanzielle Mittel durch den Träger bereitgestellt werden, als auch eine entsprechend ausgebildete Person zur Durchführung der Supervision zur Verfügung stehen. Neben Spenden finanzieren sich Kinder- und Jugendhilfeträger hauptsächlich über das Jugendamt. Eine Sensibilisierung der Jugendamtsmitarbeiter:innen auf die Thematik der Entwicklungstraumatisierung ist essentiell. Zunächst einmal müssen Jugendämter die Notwendigkeit spezieller Fortbildungen erkennen und durch eine angemessene Vergütung der durch die Träger angebotenen Hilfen ermöglichen. Häufig kann durch die dem Jugendamt bekannte Vorgeschichte der Familie eine Entwicklungstraumatisierung in der Elterngeneration vermutet werden. Sensibilisierte Jugendamtsmitarbeiter:innen erkennen dies und können diese Familien, bei Vorhandensein entsprechender Angebote, direkt in eine traumasensible SPFH vermitteln. Die Thematik der Entwicklungstraumatisierung ist in allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe, einer der größten Bereiche Sozialer Arbeit, relevant. Daher ist eine umfassende Sensibilisierung auf diese Thematik aller Sozialpädagogen sinnvoll und könnte bereits über eine Vertiefung im Sozialarbeitsstudium erreicht werden.

Neben diesen Voraussetzungen lässt sich die in Kapitel 1.3 aufgestellten Frage: „Wie kann die Sozialpädagogische Familienhilfe dazu beitragen, den Kreislauf der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungstraumata zu durchbrechen und eine erneute Entwicklungstraumatisierung der Kindergeneration zu verhindern?“, wie folgt beantworten: Damit die Familie und die Helferpersonen die entwicklungs-traumatische Vergangenheit der Eltern-Generation erkennen und eine Sprache dafür entwickeln können, ist eine traumasensible Diagnostik durch die SPFH notwendig (siehe Kapitel 5.3.2). Durch Psychoedukation sowohl zur traumabezogenen Thematik, als auch zu kindlichen Verhaltensweisen, wird ein besseres Verständnis der eigenen entwicklungs-traumabezogenen Handlungen und der Entwicklungsschritte des Kindes durch die Eltern ermöglicht (siehe Kapitel 5.3.3). Dieses Wissen kann genutzt werden, um eine triggerarme Umgebung zu schaffen (siehe Kapitel 5.3.2). Das bessere Verständnis der kindlichen Entwicklung und entsprechend seines Verhaltens, gepaart mit dem Feedback zur Reaktion der Bezugspersonen auf das Kind durch die Helferperson, führt zu einem feinfühligere Erfüllen der kindlichen Bedürfnisse und erhöht damit die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung einer sicheren Bindung des Kindes an seine Bezugspersonen (siehe Kapitel 5.3.4). Eine sichere Bindung des Kindes wiederum ist ein guter Schutzfaktor gegen eine unvorteilhafte Entwicklung. Eine feinfühligere Haltung der Eltern wirkt möglichen Misshandlungen und Vernachlässigung des Kindes entgegen. Gemeinsam verringern diese Faktoren die Wahrscheinlichkeit für eine Entwicklungstraumatisierung des Kindes. Der Kreislauf der transgenerationalen Weitergabe von Entwicklungstraumata ist damit durchbrochen.

Das Konzept der Traumapädagogischen Familienhilfe der Welle gGmbH (siehe Kapitel 5.4.1) umfasst die meisten dieser als wichtig identifizierten Punkte. Wie bereits oben erörtert, bedarf es für eine umfassende Umsetzung des Konzepts aber vermutlich mehr traumapädagogisches Wissen und methodische Kenntnisse, als in der entsprechenden, relativ kurzen Fortbildung vermittelt werden kann. Die Notwendigkeit eines traumapädagogischen Ansatzes in der Kinder- und Jugendhilfe wird immer bekannter. Viele Träger setzen in der direkten Arbeit mit Kindern und Jugendlichen auf traumapädagogische Konzepte, um von Entwicklungstraumatisierung Betroffene besser unterstützen zu können und frühzeitige Beendigungen von Hilfsangeboten, die durch Interpretation der traumareaktiven Handlungsweisen als Verweigerung der Hilfe zustande kommen, zu vermeiden. Auch im Bereich der ambulanten SPFH haben bereits einige Träger das Wissen über transgenerationale

Weitergabe von Entwicklungstraumata zur Grundlage ihrer Arbeit gemacht. Beispiel hierfür sind die „Praxis Zirkel GbR“, die „quer gedacht UG“ und die „DIS & Das GbR“ (vgl. Gösch/Weinrebe o. J.; quergedacht. o. J.; Seiler/Neumann o. J.).

Die in Kapitel 5.4 vorgestellten Programme videogestützter Intervention setzen insbesondere an der Psychoedukation über das kindliche Verhalten an und geben Feedback zur Reaktion der Eltern auf dieses. So kann positives elterliches Verhalten gestärkt und Ressourcen in der Interaktion erkannt und gefördert werden. Die umfassenderen Programme SAFE® und STEEP™ beinhalten zusätzlich zu der Einzelarbeit auch Gruppenangebote für die Bezugspersonen, wodurch Einbindung in soziale Kontexte gefördert wird. Die Teilnehmer der Gruppe befinden sich in ähnlichen Lebenslagen, können sich gegenseitig stützen und so ein soziales Netzwerk aufbauen. Hierdurch kann sich der familiäre Stress reduzieren, was die Wahrscheinlichkeit einer Kindesmisshandlung verringert und den Aufbau einer sicheren Bindung des Kindes zu seinen Bezugspersonen erhöht (siehe Kapitel 5.2). Der Fokus von SAFE®, STEEP™ und EPB liegt auf der Entwicklung einer sicheren Bindung des Kindes zu seinen Bezugspersonen. Mit ihrer Hilfe sollen die Eltern hin zu einem feinfühligem Verhalten ihren Kindern gegenüber geschult werden. Hierzu gehört mindestens im Falle von SAFE® auch die Reflexion der eigenen Bindungsvergangenheit. Nicht im Fokus der Programme steht jedoch eine umfassende Psychoedukation über eigene Entwicklungstraumatisierungen und heutige traumabezogene Handlungsweisen. In Bezug auf den Umgang mit dem Kind werden letztere jedoch aufgegriffen, um mögliche Fehlinterpretationen des kindlichen Verhaltens zu vermeiden. Dies unterstützt insbesondere darin, das kindliche Verhalten nicht zum Schlüsselreiz für die Aktivierung einer traumatischen Erinnerung werden zu lassen. Finden die Programme, wie vorgeschlagen, innerhalb einer traumasensitiven SPFH statt, darf neben den Programminhalten die traumasensitive Diagnostik und entsprechende Anpassungen im familiären Alltag zur Reduzierung möglicher Trigger nicht zu kurz kommen.

Weder das Konzept einer Traumapädagogischen Familienhilfe noch die vorgestellten videogestützten Interventionsformen sehen eine Aufarbeitung des Entwicklungstraumas durch die betroffenen Eltern vor. Hier zeigt sich eine Grenze der Sozialpädagogischen Familienhilfe: Sie arbeitet alltagsbasiert und präventiv, sie kann die Interaktion zwischen Bezugsperson und Kind beeinflussen, das Familiensystem stabilisieren und beratend in allen Fragen rund um Kindesentwicklung, Erziehung und Familiendynamiken zur Seite stehen. Sie kann jedoch nicht therapeutisch intervenieren und die traumatische Geschichte der

Betroffenen aufarbeiten. Hierfür braucht es speziell ausgebildete Traumatherapeut:innen. Insbesondere das Konzept von SAFE® sieht eine Überführung in eine Traumatherapie von betroffenen Elternteilen vor. Die traumasensitive SPFH erkennt sowohl diese eigene Grenze, als auch die Umstände, unter denen eine solche Überführung sinnvoll ist. Sie unterstützt die betroffene Person bei dem Finden eines geeigneten Angebots und kann den therapeutischen Prozess begleiten. Hierzu gehören insbesondere auch das Erkennen von Ressourcen im familiären Alltag, die den Prozess erleichtern und die Implementierung der therapeutischen Erkenntnisse in das tägliche Leben.

Für eine großflächige Wirksamkeit von Interventionen braucht es vor allem entsprechende Angebote. Wie oben erwähnt, gibt es bereits einige SPFH-Träger, die traumapädagogisch arbeiten. Die Homepage des SAFE®-Programms von Karl Heinz Brisch nennt in ihrer Übersicht über Anbieter des Kurses vier Orte in Deutschland, in denen SAFE®-Kurse oder sehr ähnliche Programme angeboten werden (vgl. Brisch o. J. a). Drei dieser Orte (Vaterstetten, Oberteuringen, Ulm) liegen weit im Süden Deutschlands, ein weiteres in Erfurt. Zwei der Angebote sind ausschließlich für Selbstzahler, ein Anbieter gibt keine Auskunft über die Finanzierung. Das vierte Angebot verläuft im Zuge eines Ulmer Projektes und ist für Ulmer Eltern kostenfrei (vgl. Herter o. J.; Markurt o. J.; Peters o. J.; Steffen o. J.). Brisch selbst gibt an, seit 2006 über 7000 internationale SAFE®-Mentor:innen ausgebildet zu haben. Es ist also davon auszugehen, dass sich auch in Deutschland weit mehr geschulte Fachkräfte befinden, als es auf den ersten Blick erscheint. Das Kurskonzept scheint aber bisher nur an wenigen Standorten umfangreich umgesetzt worden zu sein.

Zur Verbreitung des STEEP™-Programms sind weniger eindeutige Zahlen zu finden, es scheint jedoch über Deutschland hinweg an einigen Standorten verbreitet zu sein. Die Evaluationsstudie wurde in Hamburg, Frankfurt und Offenbach durchgeführt (vgl. Suess et al. 2010: 1144). Gemeinsam mit der HAW Hamburg ist die Fachhochschule Potsdam für die Einführung in Praxiseinrichtungen verantwortlich (vgl. Nationales Zentrum Frühe Hilfen o. J.). In Berlin gibt es ebenfalls Anbieter des Kurses (vgl. Frühe Hilfen Treptow-Köpenick o. J.). Auch SOS-Kinderdörfer nutzen den Kurs für ihre Arbeit (vgl. SOS Kinderdorf o. J.). STEEP™ wird als Leistung des Jugendamtes angeboten und ist daher keine Selbstzahlerleistung (vgl. Suess et al. 2010: 1144). In jeder gesellschaftlichen Schicht können Menschen von Entwicklungs Traumata betroffen sein. Die Übernahme der Kosten für eine Intervention durch

das Jugendamt ist daher für die breite Zugänglichkeit essentiell und sollte auch auf das SAFE®-Programm ausgeweitet werden.

Allgemein kann gesagt werden, dass durch die beschriebenen Programme und die Ausrichtung von Einrichtungen der SPFH an traumapädagogischen Konzepten bereits einiger Fortschritt hin zu Angeboten einer traumasensiblen SPFH mit der Kompetenz, den Kreislauf transgenerationaler Weitergabe von Entwicklungstraumata zu durchbrechen, erfolgt ist. Entsprechende Angebote werden jedoch bei weitem noch nicht flächendeckend in Deutschland angeboten. Im besten Fall wäre ein Großteil der Fachkräfte in der SPFH traumapädagogisch fortgebildet. Programme wie SAFE® und STEEP™ sollten in jeder größeren Stadt angeboten und die Kosten für die Teilnahme vom Jugendamt übernommen werden. Nur so kann eine großflächige Einbindung dieser bindungsfördernden Schulungen in eine traumasensitive SPFH gelingen. Traumapädagogische Fortbildungen sollten zum Standardprogramm der Einarbeitung neuer Fachkräfte der SPFH werden. Hierbei sollte der Fokus insbesondere auf transgenerationaler Weitergabe von Entwicklungstraumata und den entsprechenden, zuvor erläuterten Interventionsmaßnahmen liegen. Erst wenn ein breites Bewusstsein über die Symptome eines Entwicklungstraumas und die Möglichkeit der Übertragung dessen auf die Folgegeneration in allen Feldern der Kinder- und Jugendhilfe, insbesondere auch im Jugendamt, geschaffen wurde, kann zuverlässig in entsprechende Angebote vermittelt und der Kreislauf transgenerationaler Weitergabe von Entwicklungstraumata verlässlich durchbrochen werden.

Literaturverzeichnis

Aarts, Maria (o. J.): Marte Meo International. Die Marte Meo Methode. Text abrufbar unter: <https://www.martemeo.com/de/uber-marte-meo/die-marte-meo-methode/> (Zugriff am 16.12.2022).

Ainsworth, Mary (1985): Mutter-Kind-Bindungsmuster: Vorausgegangene Ereignisse und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung. In: Grossmann, Klaus E./Grossmann, Karin (Hrsg.), Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 6. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta, 317–340.

Ainsworth, Mary/Wittig, Barbara (1969): Bindungs- und Explorationsverhalten einjähriger Kinder in einer Fremden Situation. In: Grossmann, Klaus E./Grossmann, Karin (Hrsg.), Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 6. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta, 112–145.

akjstat (2021): Monitor Hilfen zur Erziehung. 2. Inanspruchnahme und Adressat:innen der erzieherischen Hilfen. Text abrufbar unter: www.hzemonitor.akjstat.tu-dortmund.de (Zugriff am 29.11.2022).

Bailey, Nicole A./Diaz-Barbosa, Magaly (2018): Effect of Maternal Substance Abuse on the Fetus, Neonate, and Child. In: *Pediatrics In Review*, 39 (11), 550–559.

Belete, Habte/Misgan, Eyaya/Mihret, Muhabaw Shumye (2020): The Effect of Early Childhood Sexual Abuse on Mental Health Among Postpartum Women Visiting Public Health Facilities in Bahir Dar City, Ethiopia: Multicenter Study. In: *International Journal of Women's Health*, 12, 1271–1281.

Bowlby, John (1958): The Nature of the Child's Tie to His Mother. In: *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350–373.

Brimdyr, Kajsa/Cadwell, Karin/Widström, Ann-Marie/Svensson, Kristin/Phillips, Rayle (2019): The Effect of Labor Medications on Normal Newborn Behavior in the First Hour after Birth: A Prospective Cohort Study. In: *Early Human Development*, 132, 30–36.

Brisch, Karl Heinz (2008): Bindung und Umgang. In: Deutscher Familiengerichtstag e.V. (Hrsg.), Siebzehnter Deutscher Familiengerichtstag vom 12. bis 15. September 2007 in Brühl, Bd. 15. Bielefeld: Verlag Ernst und Werner Giesecking, 89–135.

Brisch, Karl Heinz (2009): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 15. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, Karl Heinz (2013): Schwangerschaft und Geburt. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brisch, Karl Heinz (2020): Die Weitergabe von traumatischen Erfahrungen von Bindungspersonen an die Kinder. In: Rauwald, Marianne (Hrsg.), Vererbte Wunden: transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen. 2. Auflage. Weinheim Basel: Beltz, 38–46.

Brisch, Karl Heinz (o. J. a): Anbieter von Kursen für SAFE, B.B.T. und B.A.S.E. finden. Text abrufbar unter: <https://www.khbrisch.de/fortbildungen/therapeuten-finden.html> (Zugriff am 21.12.2022).

Brisch, Karl Heinz (o. J. b): SAFE®-MentorInnen Kurse. Text abrufbar unter: <https://www.khbrisch.de/safe/safer-mentorinnen-kurs.html> (Zugriff am 13.12.2022).

Brisch, Karl Heinz/Landers, Swinde/Trost, Katharina/Quehenberger, Julia/Forstner, Brigitte/Walter, Isabelle/Beck, Alena (2016): Sichere Ausbildung für Eltern. Text abrufbar unter: https://www.khbrisch.de/fileadmin/user_upload/safe_internet_v2_broschuere.pdf.

Buist, A. (1998): Childhood Abuse, Parenting and Postpartum Depression. In: *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32 (4), 479–487.

Bünder, Peter/Sirringhaus-Bünder, Annegret (2008): Elterliche Kompetenzen nachhaltig fördern mit Hilfe von Videoberatung: Die Arbeitsweise der Marte Meo-Methode. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 57 (5), 330–345.

Bundesärztekammer (o. J.): Vernachlässigung und Misshandlung von Kindern: Früherkennung und Prävention als ärztliche Aufgabe. Text abrufbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/public-health/praevention/vernachlaessigung-und-misshandlung-von-kindern-frueherkennung-und-praevention-als-aerztliche-aufgabe> (Zugriff am 18.11.2022).

Bundeskriminalamt (2022): BKA - Meldungen. Anstieg bei Verbreitung, Erwerb, Besitz und Herstellung von Darstellungen sexualisierter Gewalt gegen Kinder im Jahr 2021. Text abrufbar unter: https://www.bka.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/Kurzmeldungen/220530_PK_KindlicheGewaltopfer2021.html (Zugriff am 18.11.2022).

Dittrich, Katja/Boedeker, Katja/Kluczniok, Dorothea/Jaite, Charlotte/Hindi Attar, Catherine/Fuehrer, Daniel/Herpertz, Sabine/Brunner, Romuald/Winter, Sibylle Maria/Heinz, Andreas/et al. (2018): Child Abuse Potential in Mothers with Early Life Maltreatment, Borderline Personality Disorder and Depression. In: *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 213 (1), 412–418.

Filsinger, Barbara (2019): Oxytocin bei der Geburt – wann und wie viel? In: *Die Hebamme*, 32 (4), 14–22.

Frühe Hilfen Treptow-Köpenick (o. J.): Frühen Hilfen nach STEEP™. Text abrufbar unter: <https://www.fruehehilfen-tk.de/nach-der-geburt/fruehe-hilfen-nach-steep/> (Zugriff am 21.12.2022).

Gahleitner, Silke Birgitta (2017a): Biografiearbeit und Trauma. In: Miethe, Ingrid (Hrsg.), *Biografiearbeit*. 3. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa, 142–152.

Gahleitner, Silke Birgitta/Andrae de Hair, Ingeborg/Weinberg, Dorothea/Weiß, Wilma (2017b): Traumapädagogische Diagnostik und Intervention. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hrsg.), *Traumapädagogik*

in psychosozialen Handlungsfeldern: ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 2. Auflage. Göttingen Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht, 251–279.

Garbe, Elke (2015): Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen. 3. Auflage. Klett-Cotta.

Gösch, Heike/Weinrebe, Anke (o. J.): Praxis Zirkel. Über uns. Text abrufbar unter: <https://www.praxis-zirkel.com/ueber-uns/> (Zugriff am 21.12.2022).

Grossmann, Klaus E./Grossmann, Karin (Hrsg.) (2003): Bindung und menschliche Entwicklung: John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. 6. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Herter, Nina (o. J.): Mama sein. Schwangerschafts- und Mamabegleitung. Meine online Kursreihe. Schritt für Schritt ins Mamaglück. Text abrufbar unter: <https://www.achtsam-mama-sein.com/mamaglueck> (Zugriff am 21.12.2022).

Hüther, Gerald/Krens, Inge (2008): Das Geheimnis der ersten neun Monate unsere frühesten Prägungen. 5. Auflage. Weinheim Basel: Beltz.

Jacobvitz, Deborah/Reisz, Samantha (2018): Disorganized and Unresolved States in Adulthood. In: *Current Opinion in Psychology*, 25, 172–176.

Korittko, Alexander (2016): Der gute Grund im Dort und Damals. Traumasensible pädagogische Arbeit mit Familien. In: Weiß, Wilma (Hrsg.), Handbuch Traumapädagogik. Weinheim; Basel: Beltz, 184–192.

Kunimi, Yusuke/Minami, Marina/Muchanga, Sifa Marie Joelle/Eitoku, Masamitsu/Hayashi, Kazutoshi/Fujieda, Mikiya/Suganuma, Narufumi/Maeda, Nagamasa (2022): Exogenous Oxytocin Used to Induce Labor Has No Long-Term Adverse Effect on Maternal-Infant Bonding: Findings from the Japan Environment and Children's Study. In: *Journal of Affective Disorders*, 299, 37–44.

Lyons-Ruth, Karlen/Jacobvitz, Deborah (1999): Attachment Disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In: Cassidy, Jude/Shaver, Phillip (Hrsg.), Handbook of attachment. Theory, research and clinical applications. New York, London: Guilford Press, 520–554.

Markurt, Franziska (o. J.): Bindung. Leben. SAFE® - Kurs. Text abrufbar unter: <https://bindunglebenerfurt.com/#safe-%C2%AE-kurs> (Zugriff am 21.12.2022).

Möhler, Eva (2020): Transmission von Trauma, Zur Psychodynamik und Neurobiologie dysfunktionaler Eltern-Kind-Beziehungen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Möhrlein, Gerald/Hoffart, Eva-Maria (2014): Traumapädagogische Konzepte in der Schule. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hrsg.), Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern: ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 2. Auflage. Göttingen Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht, 91–102.

Murray, Lynne (2011): Die Entwicklung von Kindern postpartal depressiver Mütter: Befunde der Cambridge-Längsschnittstudie. In: Brisch, Karl Heinz (Hrsg.), Bindung und frühe Störungen der Entwicklung. Stuttgart: Klett-Cotta, 51–71.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (o. J.): Wie Elternschaft gelingt (WIEGE - STEEP™) (Intervention) (Hamburg). Text abrufbar unter: <https://www.fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/erreichbarkeit-und-effektivitaet-der-angebote-in-den-fruehen-hilfen/modellprojekte-in-den-laendern/wie-elternschaft-gelingt-wiege-steep-hamburg/> (Zugriff am 21.12.2022).

Ngigi, Teresa W. (2022): Entwicklungstraumata und das Durchbrechen des Zyklus. In: Brisch, Karl Heinz (Hrsg.), Trauma und Bindung zwischen den Generationen: vererbte Wunden und Resilienz in Therapie, Beratung und Prävention. Stuttgart: Klett-Cotta, 121–139.

Pekarsky, Alicia R (2020): MSD Manual. Ausgabe für medizinische Fachkreise. Kindesmisshandlung im Überblick. Kindesmissbrauch. Text abrufbar unter: <https://www.msdmanuals.com/de-de/profi/p%C3%A4diatrie/kindesmisshandlung/kindesmisshandlung-im-%C3%BCberblick>.

Peters, Kathrin (o. J.): Heilpraktikerin für Psychotherapie. Meine Seminare. Text abrufbar unter: <https://therapie-kathrin-peters.de/> (Zugriff am 21.12.2022).

Picard, Eva (2016): Da hilft nur Geduld und Spucke. Traumapädagogik in Kindertageseinrichtungen. In: Weiß, Wilma/Gahleitner, Silke Birgitta/Kessler, Tanja (Hrsg.), Handbuch Traumapädagogik. Weinheim; Basel: Beltz, 165–175.

Polizeiliche Kriminalprävention der Länder und des Bundes (2022): Polizeiliche Kriminalstatistik 2021. Kindesmisshandlung in Deutschland (nach § 225 StGB). Text abrufbar unter: <https://www.lka.polizei-nds.de/download/75592> (Zugriff am 18.11.2022).

quergedacht. (o. J.): Unsere Angebote. Text abrufbar unter: <https://quergedacht.nrw/angebote/> (Zugriff am 21.12.2022).

Rätz, Regina/Biere, Axel/Reichmann, Ute/Krause, Hans-Ullrich/Ramin, Sibylle (2021): Sozialpädagogische Familienhilfe ein Lehr- und Praxisbuch. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Reinshagen, Jürgen (2016): Traumapädagogische Familienhilfe. Alltagsentlastendes Arbeiten in traumatisierten Systemen. In: Weiß, Wilma (Hrsg.), Handbuch Traumapädagogik. Weinheim; Basel: Beltz, 193–199.

Robinson, Christopher/Schumann, Ralph/Zhang, Peisheng/Young, Roger (2003): Oxytocin-Induced Desensitization of the Oxytocin Receptor. In: *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188 (2), 497–502.

Schultze-Kraft, Alice (2014): Mütterliche Ambivalenz in der Schwangerschaft. In: Ruppert, Franz (Hrsg.), Frühes Trauma: Schwangerschaft, Geburt und erste Lebensjahre. Klett-Cotta, 81–90.

Seiler, Tina/Neumann, Britta (o. J.): DIS & Das GbR (traumaspezifische) ambulante Hilfen. Systemische Traumapädagogik. Text abrufbar unter: http://www.disunddas-gbr.de/index.php?site=systemisch_tp (Zugriff am 21.12.2022).

SOS Kinderdorf (o. J.): „Das Schönste ist, verschüttete Stärken gemeinsam aufzudecken“. Text abrufbar unter: <https://www.sos-kinderdorf.de/portal/paedagogik/fachthemen/fruehehilfen/videobasierte-arbeit-steep> (Zugriff am 21.12.2022).

Sroufe, Alan (2022): Der Weg zur eigenen Persönlichkeit. Wie Bindungserfahrungen uns lebenslang prägen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Statistisches Bundesamt (2022a): Kinderschutz: Jugendämter nahmen 2021 5 % mehr Kinder und Jugendliche in Obhut. Text abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/07/PD22_315_225.html (Zugriff am 19.11.2022).

Statistisches Bundesamt (2022b): Vorläufige Schutzmaßnahmen - Zeitreihe. Text abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/Tabellen/schutzmassnahmen.html> (Zugriff am 6.11.2022).

Statistisches Bundesamt (2022c): Kinderschutz und Kindeswohl. Text abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kinderschutz/_inhalt.html (Zugriff am 6.11.2022).

Statistisches Bundesamt (2022d): Hilfen zur Erziehung, einschließlich Hilfen für junge Volljährige in Deutschland nach Art der Hilfe. Text abrufbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Jugendarbeit/Tabellen/hilfen-erziehung-jungevolljaehrige.html> (Zugriff am 6.11.2022).

Steffen, Cordula (o. J.): Beratung in Bewegung - Eltern. Text abrufbar unter: <https://www.beratung-in-bewegung.net/eltern/> (Zugriff am 21.12.2022).

Steinbach, Xenia/Maasen, Sabine (2018): Oxytocin: Vom Geburts- zum Sozialhormon. In: *NTM Zeitschrift für Geschichte der Wissenschaften, Technik und Medizin*, 26 (1), 1–30.

Suess, Gerhard J. (o. J. a): Weiterbildung zur STEEPTM-Beraterin: Curriculum. Text abrufbar unter: <https://steep-qualifizierung.de/kurs/curriculum/> (Zugriff am 19.12.2022).

Suess, Gerhard J. (o. J. b): Weiterbildung zur STEEPTM-Beraterin: Was ist STEEPTM? Text abrufbar unter: <https://steep-qualifizierung.de/was-ist-steeptm/> (Zugriff am 19.12.2022).

Suess, G.J./Bohlen, U./Mali, A./Frumentia Maier, M. (2010): Erste Ergebnisse zur Wirksamkeit Früher Hilfen aus dem STEEP-Praxisforschungsprojekt „WiEge“1. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 53 (11), 1143–1149.

Thiersch, Hans (2015): Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte, Bd. 1. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Tiefenthaler, Sabine/Gahleitner, Silke Birgitta (2016): Traumapädagogik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In: Weiß, Wilma/Gahleitner, Silke Birgitta/Kessler, Tanja (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik*. Weinheim; Basel: Beltz, 176–183.

Unabhängige Kommission zur Aufarbeitung sexuellen Kindesmissbrauchs (o. J.): Sexueller Kindesmissbrauch. Definition sexueller Kindesmissbrauch und Begriffsbestimmungen. Text abrufbar unter: <https://www.aufarbeitungskommission.de/kommission/aufarbeitung/sexueller-kindesmissbrauch/> (Zugriff am 18.11.2022).

Unfried, Natascha (2020): Biologische und neurobiologische Hintergründe der Traumatisierung. In: Rauwald, Marianne (Hrsg.), *Vererbte Wunden: transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen*. 2. Auflage. Weinheim Basel: Beltz, 47–56.

Varadarajan, Suchithra/Gumpp, Anja/Kolassa, Iris-Tatjana (2022): Biomolekulare Spuren von traumatischem Stress. Eine intergenerationale Perspektive und innovative therapeutische Ansätze. In: Brisch, Karl Heinz (Hrsg.), *Trauma und Bindung zwischen den Generationen: vererbte Wunden und Resilienz in Therapie, Beratung und Prävention*. Stuttgart: Klett-Cotta, 82–105.

Vliegen, Nicole/Tang, Eileen/Meurs, Patrick (2021): *Bindungstraumatisierungen bei Kindern und Jugendlichen ein Leitfaden für Betreuungspersonen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Weiß, Wilma (2003): *Philipp sucht sein Ich: zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*. 8. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Weiß, Wilma (2014): Traumasensible Familienhilfe: Ein Beitrag zur Psychosozialen Traumatologie. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (Hrsg.), *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern: ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*. 2. Auflage. Göttingen Bristol: Vandenhoeck & Ruprecht, 142–150.

Welle gGmbH (2022): Informationen und Anmeldung. 30. Oktober - 01. November 2023 „Traumapädagogische Familienhilfe“. Text abrufbar unter: <https://www.traumapaedagogik-ztp.de/2023/10/30/09-11-juni-2021-traumapaedagogische-familienhilfe/> (Zugriff am 13.12.2022).

WHO (Hrsg.) (1992): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

WHO (2022): ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 6B41 Complex post traumatic stress disorder. Text abrufbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f585833559> (Zugriff am 5.11.2022).

Witt, Andreas/Sachser, Cedric/Plener, Paul L./Brähler, Elmar/Fegert, Jörg M. (2019): The Prevalence and Consequences of Adverse Childhood Experiences in the German Population. In: *Deutsches Ärzteblatt international*, Text abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2019.0635> (Zugriff am 31.10.2022).

Ziegenhain, Ute (2020): Bindung im Kindes- und Jugendalter. In: Fegert, Jörg/Resch, Franz/Plener, Paul/Kaess, Michael/Döpfner, Manfred/Konrad, Kerstin/Legenbauer, Tanja (Hrsg.), *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 1–14.

Ziegenhain, Ute (o. J.): EPBTW e.V. Weiterbildung - EPB⁰⁻³. Text abrufbar unter: <https://www.epb-verein.de/weiterbildung/epbsup0-3-sup/> (Zugriff am 19.12.2022).

Ziegenhain, Ute/Fegert, Jörg M./Petermann, Franz/Schneider-Haßloff, Henriette/Künster, Anne Katrin (2014): Inobhutnahme und Bindung. In: *Kindheit und Entwicklung*, 23 (4), 248–259.

Zitelmann, Maud (2016): Pflegekindschaft als Chance für traumatisierte Kinder. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik*. Weinheim; Basel: Beltz, 220–231.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 17.01.2023

Ort, Datum

Unterschrift