

Gendererklärung

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Bachelorarbeit die gewohnte männliche Sprachform bei personenbezogenen Substantiven und Pronomen verwendet. Dies impliziert jedoch keine Benachteiligung des weiblichen Geschlechts, sondern soll im Sinne der sprachlichen Vereinfachung als geschlechtsneutral zu verstehen sein.

I. Inhaltsverzeichnis

II. **Abbildungsverzeichnis** III

III. **Abkürzungsverzeichnis** IV

1. **Einleitung** 1

 1.1. **Ziel der Arbeit**..... 2

 1.2. **Gang der Untersuchung** 3

2. **Frühkindliche Traumatisierung** 5

 2.1. **Definition von Trauma** 6

 2.2. **Einfluss auf die frühkindliche Hirnentwicklung** 7

 2.3. **Arten von Traumata** 10

 2.4. **Ursachen von Traumata** 10

 2.4.1. Vernachlässigung.....12

 2.4.2. Körperliche Misshandlung13

 2.4.3. Psychische Misshandlung13

 2.4.4. Sexueller Missbrauch14

 2.4.5. Häusliche Gewalt14

3. **Bindungstheorie** 16

 3.1. **John Bowlby**..... 16

 3.2. **Mary Ainsworth** 17

 3.3. **Bindungsentwicklung**..... 18

 3.4. **Arten von Bindung**..... 20

4. **Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit durch Traumata** 23

 4.1. **Bindungsstörung laut dem ICD-10** 23

 4.2. **Arten der Bindungsstörung durch Traumata** 24

 4.3. **Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)** 27

 4.4. **Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)**..... 29

5. **Einführung in das Fallbeispiel**..... 33

 5.1. **Biografie** 33

 5.2. **Gesundheit** 37

 5.3. **Sozialverhalten**..... 39

6. **Ableitung möglicher Hilfemaßnahmen in Anlehnung an das Fallbeispiel..** 43

 6.1. **Kinder- und Jugendhilfe** 43

 6.2. **Case-Management** 44

 6.2.1. Intake.....45

 6.2.2. Assessment45

 6.2.3. Ziel- und Hilfeplanung47

 6.2.4. Umsetzung und Monitoring.....52

 6.2.5. Beendigung der Unterstützung53

 6.3. **Traumatherapie** 54

6.3.1. Stabilisierung	56
6.3.2. Traumabearbeitung	57
6.3.3. Integration.....	61
6.4. Vernetzung zwischen Traumatherapie und Traumapädagogik	62
7. Fazit	64
IV. Literaturverzeichnis	V
V. Eidesstattliche Erklärung	XII

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das Zwiebelschalenmodell des Gehirns (Hüther et al. 2010, 21)	8
Abbildung 2: Komponenten der Tf-KVT (Sachser et al. 2016, 481).....	59

III. Abkürzungsverzeichnis

AACAP	American Association for Child and Adolescent Psychiatry
APA	American Psychiatric Association
BPS	Borderline- Persönlichkeitsstörung
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Classification of Diseases
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB	Sozialgesetzbuch
Tf-KVT	Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Für die psychische Gesundheit eines Menschen ist gerade in den ersten Lebensjahren eine empathische, intensive und beständige Bindung zu dessen Bezugspersonen von großer Bedeutung. Diese Bindung zu den Bezugspersonen wird von dem Kind direkt nach der Geburt benötigt. Ist das Kind etwa ängstlich oder fühlt es sich unsicher, sucht es fortan die Interaktion mit den Bezugspersonen und damit ein Gefühl von Schutz, Geborgenheit und/oder Trost. (vgl. Huber 2012, 88) Ob und wie die Bezugspersonen mit dem Kind interagieren, und damit das allgemeine Verständnis dieser Beziehung für beide Parteien, hat nicht nur großen Einfluss auf das gegenwärtige Wohl des Kindes, sondern prägt vielmehr das komplette zukünftige Bindungsverhalten des Kindes. Ist die Beziehung zu den Bezugspersonen in gewisser Weise gestört, von Gewalt geprägt und/oder erfährt das Kind in diesem Rahmen eine andere Art von Traumata, so wird die psychische Entwicklung des Kindes beeinträchtigt und das Resultat können Bindungs- sowie Traumafolgestörungen sein. Jede Form von Traumata ist für das Kind und dessen Bindungssystem sowie die allgemeine psychische Entwicklung somit in starkem Maße belastend. Noch erschütternder und unverständlicher ist es für Heranwachsende, wenn der Aggressor als Urheber eines Traumas eine Bindungsperson ist, von der das Kind eigentlich einen unterstützenden und vertrauensvollen Umgang erwartet bzw. erwarten kann. (vgl. Brisch 2015, 24)

Eine frühkindliche Traumatisierung wird von der Mehrheit der Menschen oft zu Unrecht verharmlost bzw. als „gewöhnlicher Vorfall“ wahrgenommen. Dadurch werden die teils gravierenden Auswirkungen mitunter relativiert und ein langfristiger psychischer und/oder physischer Einfluss durch das Erlebte wird im Hinblick auf den Betroffenen zu selten in Betracht gezogen. Da die Vernetzung der Gehirnstrukturen bei Kindern jedoch noch nicht komplett ausgeprägt ist, wie dies bei einem Erwachsenen der Fall ist, ist die Verharmlosung von frühkindlichen Traumatisierungen fatal. Zum einen werden Situationen von Kindern anders wahrgenommen als von Erwachsenen, wodurch eine Gefahrensituation von Ersteren bspw. eher als traumatisch eingestuft wird. Zum anderen ist das Erlebte für Kinder aufgrund ihrer unausgeprägten Hirnvernetzung viel schwieriger zu verarbeiten bzw. zu bewältigen als von Erwachsenen. (vgl. Hüther 2019, 102) Bedauerlicherweise wird dem Thema der frühkindlichen Traumatisierung und den daraus resultierenden Folgen aufgrund von Fehleinschätzungen bis dato nicht

genügend Beachtung zuteil. Die Missstände werden von der Gesellschaft vielmehr erst dann wahrgenommen und thematisiert, wenn wieder einmal schwere Fälle von Kindesmisshandlung in den Medien thematisiert und verbreitet werden. Dies birgt zugleich die Gefahr, dass die Gesellschaft keinerlei Sensibilisierung für die Missstände in alltäglichen Familiensituationen (mehr) besitzt und nur noch schwer einschätzen kann, welches Fehlverhalten der Bezugspersonen bei einem Kind bereits zu einem Trauma führen kann.

Um die komplexe Thematik der Traumatisierung und die daraus resultierenden Auswirkungen zu verstehen, ist es von enormer Wichtigkeit, die Bedeutung der eingangs aufgezeigten Bindung zwischen einem Kind und seinen Bezugspersonen nachzuvollziehen und den Begriff der frühkindlichen Traumatisierung im vollen Umfang darzustellen.

1.1. Ziel der Arbeit

Das übergeordnete Ziel dieser Arbeit ist es, dem Leser Einblick in die Thematik der frühkindlichen Traumatisierung zu gewähren und die damit verbundene Bindungstheorie vorzustellen. Dadurch soll zum einen der Zusammenhang zwischen Traumata und der Bindungsfähigkeit eines Heranwachsenden aufgezeigt und zum anderen die Auswirkung eines Traumas auf dessen psychische Entwicklung thematisiert werden. Anschließend wird eine Vernetzung zwischen Theorie und Praxis vollzogen, indem der zuvor dargestellte Stand der Wissenschaft bezüglich frühkindlicher Traumatisierung und Bindungsfähigkeit anhand eines praktischen Fallbeispiels aus der Kinder- und Jugendhilfe auf ein reales Szenario angewendet wird. Dies dient u. a. dem besseren Verständnis und der übersichtlichen Einordnung der komplexen Thematik. Abschließend werden angemessene Hilfemaßnahmen in Bezug auf Traumata und die daraus potenziell resultierenden Bindungsstörungen vorgestellt und damit Therapiemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche allgemein wie auch für die Jugendliche Lisa im konkreten Fallbeispiel aufgezeigt.

1.2. Gang der Untersuchung

Zu Beginn des ersten Kapitels der vorliegenden Arbeit (1.1.) wurde einleitend ein kurzer Überblick über das Themenfeld der frühkindlichen Traumatisierung und die Bedeutung einer vertrauensvollen Bindung zwischen dem Kind und seinen Bezugspersonen aufgezeigt. Zusätzlich wurden in diesem Kapitel die Ziele und damit die Relevanz der Arbeit dargelegt.

Das zweite Kapitel dient der Einführung in die Thematik der frühkindlichen Traumatisierung und die Darstellung der Hirnentwicklung, unter dem Einfluss einer frühkindlichen Traumatisierung. Außerdem werden die verschiedenen Arten von Traumata sowie die Ursachen für Traumata definiert und vorgestellt.

Im dritten Kapitel wird die Bindungstheorie nach John Bowlby (1958) und Mary Ainsworth (1960) vorgestellt. Darüber hinaus wird die Bindungsentwicklung – eingeteilt in vier Phasen – beschrieben. Abschließend werden die vier Bindungsarten resultierend aus einem von Mary Ainsworth (1960) durchgeführten Experiment hergeleitet und vorgestellt.

Den Inhalt von Kapitel vier bilden die Auswirkungen der zuvor vorgestellten frühkindlichen Traumatisierung auf die Bindungsfähigkeit. Zu Beginn wird die Bindungsstörung laut dem ICD-10 erläutert. Im weiteren Verlauf des Kapitels wird speziell auf die Traumafolgestörungen sowie die posttraumatische Belastungsstörung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung eingegangen.

Im fünften Kapitel wird die zuvor dargestellte Theorie auf ein konkretes Fallbeispiel der Kinder- und Jugendhilfe angewendet. In dem Fallbeispiel werden die Biografie, die physische und psychische Gesundheit sowie das Sozialverhalten der, von den frühkindlichen Traumatisierungen und Bindungsstörungen, betroffenen jungen Frau Lisa erläutert.

Das sechste Kapitel beinhaltet die Hilfemaßnahmen und damit die Therapiemöglichkeiten in Bezug auf die Betroffenen einer frühkindlichen Traumatisierung. Hierbei wird näher auf die Kinder- und Jugendhilfe eingegangen und ein Konzept der sozialen

Arbeit, das Case-Management, auf das Fallbeispiel von Lisa angewendet. Anschließend wird die Traumatherapie erläutert und in der Folge auf die Vernetzung zwischen Traumatherapie und Traumapädagogik eingegangen.

Die Arbeit endet in Kapitel 7 mit einem Fazit, welches die im Rahmen dieser zusammengestellten Erkenntnisse bezogen auf die Forschungsfrage wiedergibt und damit die Ergebnisse nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft sowie bezogen auf das Fallbeispiel zusammenfasst.

2. Frühkindliche Traumatisierung

45 % aller Menschen weltweit erleben laut Huber (2012) in ihrem Leben mindestens eine unerträgliche körperliche oder seelisch todesnahe Situation wie z.B. einen Unfall. Zwei Drittel von ihnen überwinden ein derartiges Trauma, ohne langfristige Schäden zu erleiden. Ein Drittel dieser Menschen haben hingegen ihr Leben lang mit den Konsequenzen dieses traumatischen Ereignisses zu kämpfen. (vgl. Huber 2012, 22)

Auch Kinder und Jugendliche weltweit durchleben traumatische Situationen und diese Erfahrungen wirken sich wiederum auf die Entwicklung der Heranwachsenden aus. Somit beeinflussen Traumata die psychische, körperliche und physiologische Wahrnehmung eines Kindes. (vgl. Streeck-Fischer 2014, 2) Die Fähigkeiten bis zu diesem traumatischen Ereignis und die Erwartungen, welche Heranwachsende in Bezug auf ihre Zukunft hatten, werden dadurch ebenfalls beeinträchtigt. Ein psychisches Trauma hat bei einem Kind oder Jugendlichen zur Folge, dass die Empfindung von Sicherheit und Geborgenheit verloren geht bzw. stark beeinträchtigt wird. Das Kind ist somit fortan oder zumindest vorübergehend von Hilflosigkeit und/oder Angst geplagt. Letzteres wird im Laufe des Lebens als Normalzustand wahrgenommen. Besonders schwerwiegend wirkt sich ein Trauma auf ein Kind aus, wenn dies durch eine Vertrauensperson wie einem Elternteil oder einer anderen nahestehenden Person hervorgerufen wird. Dadurch kann ein Heranwachsender sämtliche für ihn bis dahin gewohnte Unterstützung verlieren. Dabei hängt es vom Entwicklungszustand des Heranwachsenden und seinem Umfeld ab, ob und wie das traumatische Geschehnis die Entwicklung fortan beeinflusst. (vgl. Streeck-Fischer 2014, 3)

Darüber hinaus haben dramatische Erfahrungen Einfluss auf die Hirnentwicklung des Kindes, denn das menschliche Gehirn verarbeitet und verinnerlicht Traumata (vgl. Perry et al. 1995, 272 f.). Um die frühkindliche Traumatisierung nachvollziehen zu können, wird aus diesem Grund in Kapitel 2.2 die Entwicklung des menschlichen Gehirns unter Einfluss einer Traumatisierung erläutert. Zuvor jedoch wird auf den Begriff Trauma selbst eingegangen.

2.1. Definition von Trauma

Der Begriff Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“. Der Begriff und dessen Bedeutung haben sich über die Jahre hinweg verändert. Zum Grundverständnis zählt jedoch weiterhin, dass durch ein Trauma eine Verletzung bzw. eine seelische Wunde entsteht, auch als „psychisches Trauma“ bezeichnet (vgl. Pausch/Matten 2018, 4).

So definiert die Weltgesundheitsorganisation (WHO) in dem ICD-10 diesen Begriff als

„ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ (Dilling/Freyberger 2019, 173)

Das Klassifikationssystem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM, Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen) der American Psychiatric Association (APA, US-amerikanische psychiatrische Gesellschaft) von 2018 bezeichnet ein Trauma als

„Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf ein oder mehrere folgenden Arten: Direktes Erleben eines oder mehrere traumatische Ereignisse. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischen Ereignisse bei anderen Personen. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind [...]. Die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen [,,]“ (Falkai et al. 2018, 369)

Fischer und Riedesser (2009) definieren ein Trauma wie folgt als

„vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer/Riedesser 2009, 84)

Anhand der zuvor angeführten drei Definitionen wird deutlich, dass das Trauma stets mit einer Bedrohung identifiziert wird. Die WHO (Dilling/Freyberger 2019) spricht diesbezüglich von Verzweiflung, die aus dem Trauma resultiert. Laut Fischer und Riedesser (2009) ist der Mensch in der traumatischen Situation hilflos. Die DSM (2018) geht noch konkreter auf den Begriff ein und entwickelt Traumakriterien, wodurch dahingehend differenziert wird, ob eine Person selbst unter dem Trauma leidet oder dies ein anderer tut. Demnach muss ein Trauma nicht jemanden selbst treffen, sondern kann

z. B. auch die Beobachtung einer Gewalttat zu einer Traumatisierung führen. Außerdem kann durch den unerwarteten Tod einer Bezugsperson oder eine tödliche Erkrankung ein Trauma entstehen. (vgl. Pausch/Matten 2018, 4)

Kinder können durchaus Ereignisse als traumatisch erachten, welche von einem Erwachsenen und/oder einem anderen Kind nicht als traumatisch eingeschätzt werden. Für ein Kind kann z. B. ein Unfall, ein Angriff durch ein Tier oder ein Sturz von der Treppe ein Trauma bedeuten. Außerdem können Krankheiten, hohes Fieber, der Verlust eines geliebten Menschen oder ein medizinischer Eingriff wie eine Zahnarztbehandlung oder eine Operation in der Kindheit ein Auslöser für ein Trauma sein. Demnach lösen nicht nur sexuelle und physische Gewalt ein Trauma aus. (vgl. Krüger/Reddemann 2016, 64) Somit kann ein Trauma durch eine Vielzahl von Ereignissen ausgelöst werden. Dabei gibt es unterschiedliche Arten von Traumata, worauf nachfolgend in Kapitel 2.3 eingegangen wird. In Kapitel 2.2 wird zunächst der Einfluss der Traumata auf die frühkindliche Hirnentwicklung erläutert.

2.2. Einfluss auf die frühkindliche Hirnentwicklung

Das menschliche Gehirn besitzt Milliarden von Neuronen und Nervenzellen. Die Neuronen sind zu Netzwerken verbunden und diese Netzwerke zu Systemen; die Systeme agieren wiederum gemeinsam, um bestimmte Funktionen wie das Sehen zu ermöglichen. Die Systeme im frontalen Kortex sind z. B. für die Handlungssteuerung zuständig. Die Systeme im Hirnstamm (siehe Abb. 1) sind hingegen für die Herzfrequenz und Atmung verantwortlich, während die Systeme im limbischen Bereich für die Emotionen und die Bindungsentwicklung relevant sind. Die Neuronen im menschlichen Gehirn verändern sich durch äußere Impulse und die Systeme unterscheiden sich in Bezug auf ihre Funktionen. (vgl. Perry et al. 1995, 275 ff.) Die nachfolgende Abb. 1 verdeutlicht die Struktur des Gehirns, welches Hüther et al. (2010) anhand eines Zwiebelschalenmodells beschreiben.

Durch neue Interaktionen und äußere Einflüsse kann sich das kindliche Gehirn in Bezug auf die neuronalen Verbindungen und synaptischen Verschaltungen immer weiterentwickeln: Das Gehirn entwickelt sich immer dann weiter, wenn es vor neue Herausforderungen gestellt wird. Je mehr Interaktionen und Herausforderungen stattfinden bzw. bestehen, umso selbstständiger und eigendynamischer entwickelt sich das Gehirn weiter. Wenn das Wachstum des Gehirns stoppt, entfällt die Eigendynamik des Wachstums, dementsprechend sind die Verschaltungen und Erregungsmuster von außen beeinflussbar. (vgl. Hüther 2019, 95)

Im kindlichen Gehirn ist nur die innerste Schicht ausgereift, dabei handelt es sich um den Hirnstamm und das limbische System. Darüber hinaus sind die Netzwerke miteinander verknüpft. Die außen liegenden Schichten sind noch nicht stabilisiert; dies kann erst dann erfolgen, wenn einem Kind genug Freiraum gewährt wird, um selbstständig Entdeckungen zu tätigen und Herausforderungen zu meistern. Wichtige Voraussetzungen dafür sind die Ermutigung sowie das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit durch feste Bindungspersonen und/oder Vorbilder. Je positiver die Erfahrungen eines Kindes in Bezug auf die Bewältigung von Problemen sind, desto besser gelingen ihm die Sinneswahrnehmung und die Lebensbewältigung. Wenn ein Kind hingegen ohne feste Bindungspersonen oder mit frühen Gewalterfahrungen und Misshandlungen aufwächst, wird die Notfallreaktion bei ihm viel früher auftreten als bei Erwachsenen. Das Kinderhirn ist in dem Fall nicht stabil vernetzt und dadurch manifestieren sich frühkindliche Traumatisierungen in den vorhandenen Strukturen. Das Trauma selbst bildet in dem Fall die Grundlage weiterer Strukturen. Nach der Notfall- und Angstreaktion werden Emotionen wie Wachsamkeit, Anspannung und Erregung wieder aktiviert, wenn ein Kind einer bestimmten traumatischen Erinnerung ausgesetzt ist. Das bedeutet, dass sich das Kind nicht von dem Trauma distanzieren kann und die Systeme dadurch immer wieder aktiviert werden, welches als dissoziative Störung bezeichnet wird. Ein Kind kann im weiteren Verlauf verschiedene negative Folgen entwickeln wie Schlafprobleme und/oder motorische Hyperaktivität. Langfristig sind bei solchen Kindern emotionale, Verhaltens- oder kognitive Probleme vorzufinden. (vgl. Perry et al. 1995, 278) Demzufolge hat ein frühkindliches Trauma erhebliche negative Folgen für die Hirnentwicklung und die daraus resultierende Lebensbewältigung. Das nachfolgende Kapitel geht auf verschiedene Arten von Traumata ein.

2.3. Arten von Traumata

Nach dem US-amerikanischen Psychiater L. Terr (1995) gibt es zwei Ausprägungen eines traumatischen Ereignisses: zum einen das traumatische Ereignis, welches einmal geschieht (Typ-I-Trauma), auch als Monotraumatisierung bezeichnet. Zum anderen gibt es das Typ-II-Trauma, auch Komplextraumatisierung genannt, welches langandauernd ist und sich wiederholt. (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 288)

Typ-I-Traumata geschehen nur einmal und besitzen ein Ende und einen Anfang. Dementsprechend sind diese Traumata von ihrer Auswirkung her eher kurzfristig (vgl. Garbe 2018, 29):

„Dazu gehören z. B. Unfälle, Operationen, Naturkatastrophen, einmalige Misshandlungen, Überfälle, Vergewaltigungen.“ (Garbe 2019, 29)

Zusätzlich folgt eine Unterscheidung zwischen den Ereignissen der Traumata, zum einen gibt es die non-intentionale/akzidentielle Traumata, dies sind traumatische Geschehnisse, die zufällig passieren oder durch die Natur, wie zum Beispiel Verkehrsunfälle oder Erdbeben entstehen können. Zum anderen gibt es Intentionale Traumata, diese Traumatisierungen, werden absichtlich durch Menschen verursacht. Oftmals wird das Trauma durch die Bindungsperson verursacht, dies wird als “man made disaster“ bezeichnet und ist eine sogenannte Beziehungstraumatisierung. (vgl. Pausch/Matten 2018,4)

Im nachfolgenden Kapitel wird auf die unterschiedlichen Ursachen von Traumata eingegangen.

2.4. Ursachen von Traumata

Traumatische Gewalterfahrungen ziehen sich häufig über Generationen hinweg:

„75 % aller Straftäter, die sexualisierte Gewalt verübt hatten, waren einer Untersuchung von Romano (1997) nach selbst Opfer sexualisierter Gewalt im Kindesalter gewesen.“ (Krüger/Reddemann 2016, 52)

Eltern, die in ihrer eigenen Kindheit Vernachlässigung, Missbrauch und/oder Misshandlung erfahren mussten, sind in der Regel eher dazu geneigt, keine stabile Bindung zu ihren eigenen Kindern zu haben. Eltern mit Traumaerfahrungen sind häufig andauernd vorsichtig, weil sie nicht wollen, dass ihre traumatische Bindungserfahrung reaktiviert wird. Deshalb werden von ihnen bestimmte Themen, Beschäftigungen und/oder Personen vermieden, um keinen sog. Triggermoment hervorzurufen (vgl. Kapitel 2.2.)

(vgl. Brisch 2015, 107). Eltern können durch unterschiedliche Alltagssituationen mit ihrem Kind an ihr eigenes Trauma und den damit verbundenen Schmerz erinnert werden, wie wenn das eigene Baby ununterbrochen schreit (vgl. Kavemann/Kreyssig 2013, 177).

Gleichzeitig sind nach Engfer (2000) Eltern, die in ihrer Kindheit selbst Opfer von Gewalttaten waren, eher dazu geneigt, ihre eigenen Kinder zu misshandeln. Darüber hinaus können Persönlichkeitsprobleme, wie Depression und andere psychische Labilitäten ein Grund für entsprechende Gewalttaten sein, aber auch soziologische Faktoren, wie Armut und/oder Arbeitslosigkeit. (vgl. Engfer 2000, 29) Misshandlungen kommen oft dann zustande, wenn Eltern überfordert sind und das Verhalten des Kindes daher nicht tolerieren können bzw. nicht tolerieren wollen. Um sich zu behaupten und ihre Wut zu steuern, misshandeln sie ihre Kinder auf körperliche und/oder emotionale Art und Weise. Außerdem kommt es häufig dann zu Gewalttaten gegenüber Kindern, wenn diese eine geistige oder körperliche Unreife oder eine Entwicklungsstörung aufzeigen. (vgl. Garbe 2018, 42)

Im Folgenden werden verschiedene Formen von psychischer und physischer Gewalt dargestellt. Unter einer Misshandlung werden Worte und/oder offensichtliche Taten verstanden, die einem Kind Schaden zufügen. Darüber hinaus sind potenzielle Schäden oder auch drohende Handlungen Misshandlungen, auch wenn dies keine beabsichtigte Folge ist. Die Absicht bezieht sich nur auf die Handlungen der Bezugsperson oder des Erziehungsberechtigten, nicht auf die Folgen seiner Handlungen. Wenn eine Bezugsperson die Absicht hat, einem Kind zu schaden, z. B. durch körperliche Gewalt, dann ist dies eine absichtliche Handlung. Gleichzeitig besteht die Möglichkeit, dass es nicht ihre Absicht ist, dem Kind z. B. eine Gehirnerschütterung zuzufügen. Eine solche Kindesmisshandlung wird als physische bzw. körperliche Misshandlung verstanden. Des Weiteren gibt es die emotionale, auch psychische bzw. seelische Misshandlung genannt. Dabei fällt der sexuelle Missbrauch unter die körperliche und seelische Misshandlung. (vgl. Leeb et al. 2008, 11)

Es ist schwierig eine Grenze zwischen den einzelnen Arten von Misshandlung und Missbrauch darzustellen, denn diese greifen meist ineinander. Für ein besseres Verständnis wird nachfolgend auf einige Arten der Misshandlung eingegangen.

2.4.1. Vernachlässigung

Kindesvernachlässigung oder auch unterlassene Handlungen beziehen sich auf das Versagen, für die elementaren körperlichen, emotionalen und/oder erzieherischen Bedürfnisse eines Kindes zu sorgen oder ein Kind vor Gefahr oder möglicher Gefahr zu bewahren. Demzufolge sind die nachfolgend aufgeführten Arten von Misshandlung Unterlassungshandlungen wie unterlassene Fürsorge oder unterlassene Beaufsichtigung. Unter die unterlassene Fürsorge fallen die physische, emotionale und erzieherische Vernachlässigung. Infolgedessen fallen unter die unterlassene Beaufsichtigung die mangelnde Betreuung der Kinder und der fahrlässige Umgang mit einer gewalttätigen Umgebung. (vgl. Leeb et al. 2008, 11) Somit sorgt die Bezugsperson oder sorgen die jeweiligen Erziehungsberechtigten in dem Fall nicht für eine ausreichende Ernährung, Hygiene und/oder Unterbringung. Des Weiteren wird dem Kind u. U. keine angemessene Kleidung zur Verfügung gestellt, die sauber, groß genug und für das jeweilige Wetter geeignet ist. (vgl. Leeb et al. 2008, 18)

Vernachlässigung ist eine massive Gefahr für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Im Zuge der Vernachlässigung können enorme Risikofaktoren auftreten, wie eine fehlende Deckung der Grundbedürfnisse, kein intaktes Familienverhältnis und/oder Drogenkonsum. (vgl. Streeck-Fischer 2014, 106) Außerdem sind Kinder, die vernachlässigt werden, oft still sowie unscheinbar und isolieren sich ihrem Umfeld gegenüber. Sie wollen nicht im Mittelpunkt stehen, wodurch es mitunter den Anschein hat, dass sie sich jedem anpassen und unkompliziert sind. Sie besitzen ein geringes Selbstwertgefühl und dies kann zu einer inneren Gleichgültigkeit dem Umfeld gegenüber führen. Der Unterschied zwischen der Vernachlässigung sowie sexuellem Missbrauch und Misshandlungen ist, dass letztere Verhaltensweisen eine Überstimulierung gegenüber dem Kind bedeuten. Wenn ein Kind hingegen vernachlässigt wird, besteht Desinteresse an ihm seitens der Bezugsperson. Dadurch findet kaum emotionaler und/oder körperlicher Kontakt statt, was wiederum zu einer nicht ausreichenden Beaufsichtigung des Kindes und einer Missachtung des Kindeswohls führt. (vgl. Garbe 2018, 46)

2.4.2. Körperliche Misshandlung

Im Kontext der körperlichen Misshandlung wird wie folgt zwischen engerer und weiterer Misshandlung unterschieden: Unter engerer Misshandlung werden Fälle verstanden, in denen ein Kind körperlich verwundet wird. Mit weiterer Misshandlung sind Handlungen gemeint, die weder mit körperlicher noch psychischer Misshandlung im Zusammenhang stehen. Weitere Misshandlung bezieht sich auf Beschimpfungen und Bestrafungen z. B. durch Entzug der Besitztümer, die ein Kind erfährt. Letzteres ist in der Kindererziehung geläufig. (vgl. Engfer 2002, 803 f.) Körperliche Misshandlung beschreibt die gezielte Verwendung körperlicher Gewalt gegenüber dem Kind, was zu einer physischen Verletzung führen kann. Körperliche Misshandlung beinhaltet ebenfalls Misshandlungen, die keine Spuren am Körper zurücklassen bis hin zu physischen Übergriffen, die zu einer Missbildung führen können, z. B. Schlagen, Treten, Stechen, Beißen, Stoßen, Schütteln, Würgen, Erstickern, Verbrennen und Vergiften. (vgl. Leeb et al. 2008, 14)

2.4.3. Psychische Misshandlung

Liegt eine psychische Misshandlung vor, wird ein Kind emotional misshandelt. Dabei wird das Kind bspw. ignoriert, beschimpft, terrorisiert oder ausgegrenzt. Diese Art von Misshandlung sollte nicht verharmlost werden, da diese emotionalen Auswirkungen zur Folge haben kann und sich negativ auf das Selbstbewusstsein des Kindes auswirken kann. Mütter, die ihre Kinder emotional abweisen oder ignorieren, haben in der Kindheit oft selbst keine positive emotionale Bindung zu ihren Elternteilen verspürt. (vgl. Garbe 2018, 41 ff.)

Dem Kind wird durch die Bezugsperson dabei außerdem vermittelt, dass es unerwünscht ist und/oder nur dann geschätzt wird, wenn es z. B. die Wünsche einer anderen Person erfüllt. Ist dies nicht der Fall und werden stattdessen unrealistische Erwartungen an das Kind gerichtet und von diesem nicht erfüllt, dann wird dem Kind z. B. mit dem Entzug von Besitztümern gedroht. Dadurch wird dem Kind ein Gefühl von Angst vermittelt, welches von dem Verhalten der Bezugsperson ausgeht. (vgl. Leeb et al. 2008, 16)

2.4.4. Sexueller Missbrauch

Unter sexuellen Missbrauch fallen dabei auch sexuelle Handlungen ohne Körperkontakt, z. B. Exhibitionismus. Sexueller Missbrauch ist zumeist anders als Misshandlungen, denn Ersterer entsteht in der Regel langsam und geplant. Zwischen Kind und Täter besteht meist eine Vertrauensbeziehung, wodurch die unangemessene Annäherung für das Kind zumindest anfangs kaum ersichtlich ist. Im weiteren Verlauf wird die Annäherung vom Kind hingegen als komisch und unangenehm empfunden. Durch die vorhandene Beziehung versucht der Täter dem Kind zu suggerieren, dass der sexuelle Missbrauch etwas Schönes ist und das Kind zugleich keinem davon berichten soll. Das Kind befindet sich dadurch in einem Zwiespalt, denn zum einen hat es das Gefühl von Scham und Schuld, zugleich hat es ein Bedürfnis nach Bindung und Zuwendung. Die Beziehung und auch die Bindung zum Kind werden somit gezielt missbraucht. Des Weiteren redet der Täter dem Opfer meist ein, dass es für die Tat sowie die Folgen selbst verantwortlich ist. Opfern von sexuellem Missbrauch fällt es im späteren Leben oft schwer, stabile Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und ihnen Vertrauen zu schenken. (vgl. Garbe 2018, 44) Unter sexuellen Missbrauch fallen, wie erwähnt, auch berührungslose Handlungen, wie Pornografie, wobei das Opfer auf sexuelle Weise berührungslos gefilmt wird. (vgl. Leeb et al. 2008, 15)

Im Jahr 2019 waren in Deutschland 15.701 Kinder Opfer sexuellen Missbrauchs; dies ist der höchste Wert in den Jahren von 2008 bis 2019. Jedoch werden dabei laut Statista (2020) kaum alle Missbräuche gemeldet, denn Kinder erkennen diese Übergriffe oft nicht frühzeitig und erzählen davon häufig auch keinem Dritten. (vgl. Statista 2020)

2.4.5. Häusliche Gewalt

Meist wird Gewalt zwischen den Bezugspersonen (z. B. Eltern) eines Kindes als häusliche Gewalt verstanden. Das Kind ist während der Gewalttat unmittelbar anwesend oder in einem Nebenraum und erfährt dadurch psychische Gewalt (vgl. Weiß 2016, 33). In den meisten Fällen erfolgt die Gewalttat durch Männer gegenüber Frauen. Durch die miterlebte Gewalt entwickeln sich bei den Kindern Angst und Hilflosigkeit. Um die Mutter nicht noch mehr zu beanspruchen, versuchen einige dieser Kinder fortan, auf die Deckung ihrer eigenen Bedürfnisse und Gefühle zu verzichten und stattdessen für die Mutter Verantwortung zu übernehmen. Häusliche Gewalt beschreibt

jedoch auch die körperliche oder sexuelle Misshandlung eines Kindes. (vgl. Weiß 2016, 34)

„Viele Kinder beschreiben darüber hinaus Versuche, sich innerlich vom Geschehen zu distanzieren und sich selbst abzulenken bzw. zu beruhigen, manche versuchen schlichtend oder schützend einzugreifen oder zumindest im Nachhinein zu trösten bzw. zu helfen“ (Kavemann/Kreyssig 2013, 27).

Ein Kind ist in einem solchen Umfeld nicht dazu in der Lage, sich selbst altersgerecht zu entfalten, denn es ist von ständiger Angst geprägt. Wenn sich das Kind über einen längeren Zeitraum häuslicher Gewalt ausgesetzt sieht, kann es dadurch ein Trauma davontragen. (vgl. Weiß 2016, 34) Die Kinder erhalten keinen Schutz in ihrem Zuhause und kommen kaum zur Ruhe (vgl. Dlugosch 2010, 54).

Traumatisierungen in der Kindheit, die durch Bindungspersonen geschehen, haben großen Einfluss auf die Entwicklung des Kindes. Sie führen dazu, dass ein solches Kind nur schrittweise und mühevoll durch das Leben kommt. Entsprechende Kinder sind nicht dazu in der Lage, sich selbst vor einer Traumatisierung zu schützen, sie sind grundsätzlich auf eine Bezugsperson angewiesen. Falls ebendiese Bezugsperson das Trauma auslöst, bricht das Bindungssystem für das Kind zusammen. (vgl. Garbe 2018, 18) Um die Wichtigkeit einer solchen Bindung für das Kind zu verdeutlichen, werden im nachfolgenden die Bindungsentwicklung und die Arten von Bindung erläutert.

3. Bindungstheorie

Die Bindungstheorie thematisiert die verschiedenen Arten von Sozialbeziehungen und die sich daraus im Idealfall entwickelnde emotionale Vertrautheit und Sicherheit. Diese Bindungsbeziehungen beziehen sich zunächst auf die primäre Bezugsperson, was im weiteren Verlauf des Lebens auf andere Menschen im Umfeld erweitert wird. (vgl. Ahnert/Spangler 2014, 404) Außerdem belegt die Bindungstheorie wissenschaftlich, weshalb Menschen dazu geneigt sind, emotionale Beziehungen aufzubauen, und wie diese Bindungen Einfluss auf ihre psychische Gesundheit nehmen. (vgl. Lengening/Lüpschen 2019, 9).

Im Folgenden wird die Bindungstheorie nach John Bowlby (1958) und Mary Ainsworth (1960) dargestellt und es werden die daraus resultierende Bindungsentwicklung und die vier Arten von Bindung thematisiert.

3.1. John Bowlby

Die Bindungstheorie bezieht sich auf die emotionale Entwicklung, die in den 1950er-Jahren von dem britischen Psychiater und Psychoanalytiker John Bowlby begründet wurde. (vgl. Heinemann/ Hopf 2015, 83)

Laut Bowlby (1958) ist das wesentliche Merkmal der Bindungstheorie die „sichere Bindung“. Die Grundlage der sicheren Bindung ist es, dass jedes Kind mindestens eine Bezugsperson besitzt, welche ihm ein Gefühl von Sicherheit bietet. Dadurch ist es dem Kind möglich, eigene Erfahrungen zu machen, weil es sich beim Gefühl von Unsicherheit oder einer Bedrohung stets auf die Bezugsperson verlassen kann (vgl. Siegler et al. 2016, 400).

Die Bindungstheorie kann als sogenannte „Raumtheorie“ verstanden werden, sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinne: Besitzt ein Kind eine feste sowie empathische Bezugsperson, ist Ersteres glücklich und fühlt sich wohl, in deren Nähe zu sein. Ist die Bezugsperson nicht in der Nähe, ist das Kind hingegen unruhig, ängstlich, traurig und/oder einsam. Ist das Kind von zu Hause und der Bezugsperson entfernt, spielt es fröhlich, bis zu dem Zeitpunkt, an dem es sich z. B. verletzt oder zu Bett gehen muss. Dies sind Situationen, in denen das Kind ein Gefühl von Heimweh überkommt.

Die Bindung zwischen dem Kind und der Bezugsperson kann durch Sehen, Hören und körperlicher Nähe aufgebaut werden. Durch Letzteres wird bspw. ein Gefühl von Sicherheit, Nähe und Geborgenheit geweckt bzw. verstärkt. (vgl. Holmes 2014, 175).

Außerdem geht die Bindungstheorie nach Bowlby (1958) davon aus, dass sich Menschen seit jeher in verwandtschaftlichen Gruppen entwickelt haben und dass in der ursprünglichen Umgebung der evolutionären Anpassungsfähigkeit das Überleben durch die Aufrechterhaltung sicherer Bindungen zwischen ihren Mitgliedern, vor allem, aber keineswegs ausschließlich, zwischen Eltern und Kindern, verbessert wurde. (vgl. Holmes 2014, 446) Laut Bowlby (1958) ist eine Bindung „monotropisch“, d. h., dass sich ein Säugling an nur eine einzige Person binden kann und dies ist meistens die Mutter. Diese Bindung hat tiefgreifende Auswirkungen auf die psychische Entwicklung im Laufe des ganzen Lebens. Die Monotropie ist jedoch nicht zwingend, die Bindung eines Kleinkindes wird vielmehr wie folgt als Hierarchie dargestellt: An der Spitze steht die Mutter, eng gefolgt vom Vater, den Großeltern, Geschwistern, Tanten und so weiter. Die Bindungstheorie laut Bowlby geht demnach davon aus, dass die Mutter die primäre Bezugsperson ist, jedoch können heutzutage Väter mit gleicher Wahrscheinlichkeit die Rolle der primären Bezugsperson einnehmen. (vgl. Holmes 2014, 179 ff.) Kinder müssen im Laufe der Zeit erst lernen, dass die Person, an der sie hängen, nicht ihr „Eigentum“ und zeitweise vielleicht nicht vorhanden ist. Das Problem laut Bowlby (1958) ist, dass eine Bindung nie ganz verlässlich sein kann, notwendigerweise geteilt werden muss und letztendlich durch die Bindungsperson verloren geht. Dies kann u. U. verfrüht geschehen, bevor das Kind dazu „bereit“ ist. Eine Entwicklungsherausforderung für junge Menschen in der Adoleszenz ist die Fähigkeit, sich von Bindungspersonen zu trennen und neue Bindungen aufzubauen. (vgl. Holmes 2014, 181 f.)

3.2. Mary Ainsworth

Die US-amerikanisch-kanadische Entwicklungspsychologin Mary Ainsworth war die Mitbegründerin der Bindungstheorie und entwickelte den Begriff der „sicheren Basis“ für die Rolle des Bindungsträgers. Dieser Ausdruck bezieht sich auf das Gefühl der Geborgenheit und soll als Ausgangsbasis für Entdeckungen und Erforschungen der Bindungstheorie Bowlbys dienen (vgl. Holmes 2014, 181 f.). Ainsworth entwickelte in den späten 1960er-Jahren ein psychologisches Experiment namens „Fremde

Situation“ als Teil ihrer Studien zur Mutter-Kind-Interaktion im ersten Lebensjahr. (vgl. Holmes 2014, 257)

Bei diesem Experiment geht es darum, dass eine Mutter und ihr einjähriges Kind in einem Spielzimmer mit einer fremden Person, dem Experimentator, sitzen. Die Mutter wird von dem Versuchsleiter dazu aufgefordert, den Raum zu verlassen, dadurch bleibt das Kind mit der fremden Person dort zurück. Nach ihrer Rückkehr nach drei Minuten und dem Wiedersehen mit dem Kind verlassen dann die Mutter und der Experimentator gemeinsam drei Minuten lang das Zimmer. Danach sind die Mutter und das Kind wieder vereint und die Reaktion des Kindes bei der Trennung und der Wiedervereinigung wird untersucht. Das Ziel des Experimentes ist es, individuelle Unterschiede bei der Bewältigung des damit potenziell verbundenen Trennungsstressses herauszuarbeiten. (vgl. Holmes 2014, 259 f.)

Darüber hinaus spielte bei Ainsworth' Forschung die Feinfühligkeit eine große Rolle, denn sie fand heraus, dass Mütter, die gegenüber ihren Kindern ein feinfühliges Verhalten aufweisen, eine sichere Bindung zu diesen besitzen. Mütter, die eine unsichere Bindung zu dem Kind haben, sind hingegen weniger feinfühlig. Eine genauere Definition von dem Begriff sichere/unsichere Bindung wird im Kapitel 3.4 erläutert. Laut Ainsworth wird unter einem feinfühligem Verhalten verstanden, dass die Mutter gut nachvollziehen kann, welche Signale das Kind ihr vermittelt. Dazu folgendes Beispiel: Wenn ein Säugling schreit, sollte die Bedeutung dieses Signals ermittelt und versucht werden, darauf angemessen zu reagieren. Die Mutter sollte in dem Fall darauf achten, dass sie möglichst schnell reagiert, denn ein Säugling besitzt noch nicht die Geduld, um z. B. lange Zeit auf das Stillen zu warten. (vgl. Brisch 2015, 45)

3.3. Bindungsentwicklung

Laut Bowlby 1969 findet die Entwicklung der Bindung des Kindes zu der Bindungsperson in Form der folgenden vier Phasen statt:

- Vorphase der Bindung (Geburt bis 6 Wochen danach): In dieser Phase kommuniziert das Kind durch Schreien und versucht dadurch, die Bindungsperson zu sich zu rufen. Wenn sich Letzterer dadurch mit dem Säugling beschäftigt

und ihn z. B. in den Arm nimmt, entsteht durch diese Interaktion für das Säugling das Empfinden getröstet zu werden.

- **Entstehende Bindung (6 Wochen bis 6/8 Monate):** Kinder entwickeln in dieser Phase ein gewisses Vertrauen zu ihrer Bezugsperson und reagieren auf diese mit einem Lächeln bzw. Lachen oder geben Geräusche von sich, wenn sie diese sehen. Darüber hinaus lassen sie sich von ihrer Bezugsperson eher beruhigen als von einer fremden Person. Kinder entwickeln gleichzeitig Erwartungen gegenüber ihren Bezugspersonen und beobachten, wie diese angesichts ihrer Bedürfnisse handeln, um anschließend instinktiv zu entscheiden, ob sie ihnen vertrauen können oder nicht.
- **Ausgeprägte Bindung (zwischen 6/8 Monaten und 1,5 Jahren):** Kinder suchen in dieser Phase aktiv Kontakt zu ihrer Bezugsperson; beim Erscheinen der Mutter, begrüßen sie diese und beim Verlassenwerden durch die Mutter entwickeln sie Trennungsangst und ein unangenehmes Gefühl.
- **Reziproke Beziehungen (ab 1,5 oder 2 Jahren):** Dies ist die vierte und letzte Phase, in der Kinder ihre geistigen und sprachlichen Fähigkeiten entwickeln. Dies bildet für die Kinder die Grundlage, um die Gefühle und Handlungen der Eltern nachvollziehen zu können. Dieses Verständnis hilft ihnen, die Trennungsangst nach und nach abzulegen.
(vgl. Siegler et al. 2016, 401)

Ein Kind entwickelt in den verschiedenen Phasen ein inneres Arbeitsmodell von Bindung und davon, wie im Allgemeinen eine Beziehung ist bzw. sein sollte. Dieses Arbeitsmodell beruht auf den vorherigen Erfahrungen des Kindes mit seiner Bezugsperson. Ein Kind kann dann seine Bezugsperson verlassen, wenn Letztere die Bedürfnisse des Kindes hinreichend befriedigt. Da der Mensch innerhalb seiner sozialen Beziehungen stets die Befriedigung der Bezugsperson erwartet, ist laut Bowlby (1973 / 1980) das sogenannte innere Arbeitsmodell ein Leben lang beständig. (vgl. Siegler et al. 2016, 401)

Ist die Bezugsperson dem Kind gegenüber aufgeschlossen und schenkt Letzterem ein Gefühl der Wertschätzung, so lernt das Kind von Anfang an, dass Beziehungen etwas Schönes sind und dass Kinder es wert sind, Zuneigung und Aufmerksamkeit zu erhalten. Wenn dies dem Kind hingegen nicht geboten wird, entwickelt es eher ein negatives Verständnis von Beziehungen und sieht sich selbst als nicht wert an, geliebt zu werden. (vgl. Siegler et al. 2016, 401)

Durch die Forschungen von Bowlby und Ainsworth ergaben sich im späteren Verlauf verschiedene Bindungstypen, die aus dem Experiment „Fremde Situation“ resultieren. Diese beschreiben, wie sich das Kind gegenüber seinen Bindungspersonen verhält und weshalb dabei bestimmte Reaktionen resultieren. Hierbei wurde von Ainsworth zu Beginn (1973) drei und von der US-amerikanischen Entwicklungspsychologin Mary Main (1990) später das vierte Hauptreaktionsmuster identifiziert, die nachfolgend dargestellt werden.

3.4. Arten von Bindung

Von Ainsworth (1973) werden zwei Bindungstypen unterschieden: sichere und unsichere Bindung. Darüber hinaus gibt es bei der unsicheren Bindung weitere Ausprägungsformen.

Bei der sicheren Bindung (secure attachment) weisen die Kinder ein intaktes Bindungsverhältnis zu ihrer Bezugsperson auf. Wenn sie einmal oder mehrmals von ihrer Bezugsperson getrennt werden, wird sie von ihnen gesucht und sie sind unruhig gestresst, wenn sie nicht zu finden ist. Infolgedessen freuen sie sich umso mehr, wenn die Bezugsperson wieder auftaucht, suchen in dem Fall kurz Körperkontakt und wenden sich nach kurzer Zeit beispielsweise wieder dem Spielen zu.

Unsicher-vermeidend gebundene Kinder (avoidant attachment) reagieren in dem Fall kaum auf die Trennung der Bindungsperson und spielen einfach weiter. Trotzdem schauen sie ab und zu der Bindungsperson nach, wenn sie den Raum verlässt, wollen jedoch von ihr nicht in den Arm genommen werden, wenn die Bezugsperson den Raum wieder betritt. (vgl. Brisch 2015, 51f.)

Unsicher-ambivalent gebundene Kinder (ambivalent attachment) sind enorm gestresst, wenn sie von ihrer Bezugsperson getrennt werden. Sie hören dann nicht zu weinen auf, auch wenn Letztere wieder zurückkehrt. Ein solches Kind benötigt eine längere Zeit, um sich zu beruhigen, auch wenn die Bezugsperson das Kind in den Arm nimmt und dieses zu trösten versucht. Das Kind ist auf der einen Seite anhänglich, auf der anderen Seite gegenüber der Bezugsperson aggressiv. (vgl. Brisch 2015, 52)

Im weiteren Verlauf der Untersuchung von Bindungstypen wurde von Main (1990) das unsicher-desorganisierte Bindungsmuster erforscht. Dieses Bindungsmuster kann zusätzlich zu den oben genannten Bindungsmustern auftauchen. Entsprechende Kinder lehnen die Nähe der Mutter ab, während sie zeitgleich das Verlangen nach Nähe verspüren. Demzufolge liegt bei einem solchen Kind ein widersprüchliches Verhalten vor. Charakteristisch für dieses Bindungsmuster ist z. B., dass ein Kind zur Mutter hinläuft, mitten auf dem Weg dann jedoch stehenbleibt, sich von der Mutter wegdreht und wegläuft. Die Bewegungen erstarren quasi „auf halber Strecke“ und es scheint so, als ob das Kind „einfriert“ (freezing). Des Weiteren ist das Bindungssystem entsprechender Kinder zwar aktiviert, jedoch zeigen sie keinerlei Bindungsverhalten und das Kind hat zusätzlich ähnliche Verhaltensweisen und Symptome wie bei der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). (vgl. Brisch 2015, 53 f.)

Anhand der vier zuvor aufgezeigten Bindungstypen ist zu erkennen, dass sicher gebundene Mütter empfänglicher für die Bedürfnisse ihrer Babys bzw. Kinder sind als unsicher gebundene. Sie sind in diesem Fall dazu in der Lage, Letztere zu halten, sich an ihnen zu erfreuen sowie mit der eigenen Unzufriedenheit und Aggression in angemessener Weise umzugehen. Mütter und Kinder verfügen in diesem Idealfall zugleich über eine gut entwickelte Fähigkeit zur Selbstreflexion. Unsicher gebundene Kinder, deren Mutter keinen Körperkontakt wollte und/oder nicht auf ihre Bedürfnisse reagiert hat, neigen dazu, die Beziehung zu ihren Eltern zu vernachlässigen. Je älter sie werden, desto mehr neigen sie zudem dazu, sich sozial zu isolieren, Wutausbrüche zu haben und sich selbst nicht wertzuschätzen. (vgl. Holmes 2014, 304 f.)

Ein Kind, welches eine sichere Bindung erfahren hat, wird die Liebe, Zuverlässigkeit und Aufmerksamkeit, die es durch seine Bindungsperson kennengelernt hat, in der Regel auf andere Beziehungen übertragen. Im Gegensatz dazu mag ein unsicher

gebundenes Kind seine Umwelt als einen gefährlichen Ort ansehen, an dem andere Menschen mit besonderer Vorsicht zu behandeln sind, und sich selbst hingegen als unfähig und nicht bzw. wenig liebenswert ansehen. (vgl. Holmes 2014, 202 f.)

Dementsprechend haben die verschiedenen Arten von Bindung jeweils andere Auswirkungen auf die weitere Entwicklung von Bindungen. Durch die unsicher-desorganisierte Bindung entsteht z. B. eine Bindungsstörung, auf die im in Kapitel 4.1 näher eingegangen wird.

4. Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit durch Traumata

Die in Kapitel 2 vorgestellten Traumata und eine nicht vorhandene sichere Bindung haben in starkem Maße negative Auswirkungen auf die Bindungsfähigkeit eines Kindes. Diese Auswirkungen in Form von Bindungs- und Traumafolgestörungen werden nachfolgend thematisiert. Zu Beginn wird auf die Bindungsstörung laut dem ICD-10 eingegangen, um nachfolgend die zwei Arten von Bindungsstörungen vorzustellen. Abschließend werden die zwei Traumafolgestörungen: Posttraumatische Belastungsstörung und Borderline-Persönlichkeitsstörung dargestellt.

4.1. Bindungsstörung laut dem ICD-10

Laut dem ICD-10 gibt es folgende zwei Typen der Bindungsstörung: die reaktive Bindungsstörung ICD-10 F94.1 („gehemmte Form“ im DSM-IV) und die Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung ICD-10 F94.2. („ungehemmte Form“ im DSM-IV).

Die erstgenannte reaktive Bindungsstörung tritt in den ersten fünf Lebensjahren eines Kindes auf und entsteht durch verschiedene Gewalttaten z. B. Vernachlässigung, Missbrauch und Misshandlung vonseiten der Bindungspersonen. Außerdem liegt dabei eine Störung im sozialen und emotionalen Bereich, durch einen möglichen Umgebungswechsel, vor.

Die Diagnosekriterien der reaktiven Bindungsstörung im ICD-10 lauten wie folgt:

- A. „Beginn vor dem fünften Lebensjahr.
 - B. Deutlich widersprüchliche oder ambivalente soziale Reaktionen in verschiedenen sozialen Situationen (mit Variationen von Beziehung zu Beziehung).
 - C. Emotionale Störung mit Verlust emotionaler Ansprechbarkeit, sozialem Rückzug, mit aggressiven Reaktionen auf eigenes Unglücklichsein oder das anderer und/oder ängstliche Überempfindlichkeit.
 - D. Nachweis, dass soziale Gegenseitigkeit und Ansprechbarkeit möglich ist, durch Elemente normalen Bezogenseins in Interaktionen mit gesunden Erwachsenen.
 - E. Die Kriterien für eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84) werden nicht erfüllt.“
- (Dilling/Freyberger 2019, 333)

Die Bindungsstörung mit Enthemmung entsteht auch in den ersten fünf Lebensjahren und ist eine Weiterführung der reaktiven Bindungsstörung. Bei der Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung hatten die davon betroffenen Kinder keine

Möglichkeit, um eine stabile emotionale Bindung zu einer Bindungsperson aufzubauen. Deshalb sind sie entweder abgeneigt, getröstet zu werden, oder eher aufmerksamkeitsuchend und in der Folge willkürlich freundlich zu fremden Personen oder Gleichaltrigen. Dies wird auch als „wenig modulierte Interaktion“ verstanden. (vgl. Dilling/Freyberger 2019, 333)

Die diagnostischen Kriterien des ICD-10 unterscheiden hierbei die Kindheitsstufen in Abhängigkeit des Alters eines Kindes. Unter der Kleinkindzeit wird das zweite und dritte Lebensjahr verstanden. Anschließend folgt die frühe Kindheit vom vierten bis zum sechsten Lebensjahr und die mittlere Kindheit vom siebten bis zum zehnten Lebensjahr. Als letzte Kindheitsstufe folgt die späte Kindheit vom elften bis zum vollendeten vierzehnten Lebensjahr und anschließend folgt das Jugendalter (vgl. Siegler et al. 2016, 589)

Die diagnostischen Kriterien der Bindungsstörung mit Enthemmung lauten gemäß dem ICD-10 wie folgt:

- A. „Diffuse Bindungen sind ein anhaltendes Merkmal während der ersten fünf Lebensjahre (nicht notwendigerweise bis in die mittlere Kindheit andauernd). Die Diagnose fordert ein relatives Fehlen selektiver sozialer Bindungen mit:
 - 1. Der normalen Tendenz, beim Unglücklichsein Trost bei anderen zu suchen
 - 2. Abnorme (relative) Wahllosigkeit bezüglich der Personen, bei denen Trost gesucht wird
- B. Wenig modulierte soziale Interaktionen mit unvertrauten Personen.
- C. Die Diagnose erfordert mindestens eins der folgenden Merkmale:
 - 1. Allgemeines Anklammerungsverhalten in der Kleinkindzeit
 - 2. Aufmerksamkeitsabweichendes und unterschiedslos freundliches Verhalten in der frühen oder mittleren Kindheit
- D. Eindeutig keine Situationsspezifität im Sinne der oben angegebenen Merkmale. Die Diagnose fordert, dass sich die beiden Merkmale A. und B. in einem großen Bereich des sozialen Umfelds des Kindes manifestieren.“
(Dilling/Freyberger 2019, 334)

4.2. Arten der Bindungsstörung durch Traumata

Wie dem ICD-10 F94.1 und dem ICD-10 F94.2 zu entnehmen ist, hängen Bindungsstörungen und diejenigen Traumata, die einem Kind zugefügt werden, zusammen. Kinder sind nicht dazu in der Lage, sich selbst vor einer Traumatisierung zu schützen, sie sind vielmehr auf feste Bezugspersonen angewiesen, wie in dem Zitat von Brisch 2015 bestätigt wird. Falls die Bezugsperson selbst das Trauma auslöst, bricht das

betreffende Bindungssystem für das Kind zusammen. Infolgedessen befindet sich das Kind in einer für ihn hoffnungslosen Situation, wodurch es sich in sich selbst zurückzieht. (vgl. Garbe 2018, 97)

„Grundlegend bei allen Bindungsstörungen ist, dass frühe Bedürfnisse nach Nähe und Schutz in Bedrohungssituationen und bei einer Aktivierung der Bindungsbedürfnisse in ängstigenden Situationen in einem extremen Ausmaß nicht adäquat, unzureichend oder widersprüchlich beantwortet wurden.“ (vgl. Brisch 2015, 60)

Es gibt verschiedene Formen der Traumatisierung, die in Kapitel 2.4 vorgestellt wurden. Bei sexuellem Missbrauch (vgl. Kapitel 2.4.4.) entsteht eine sogenannte Bindungsstörung mit Hemmung. Bei beängstigenden Situationen will sich das Kind den Eltern nähern, um dort Schutz und Hilfe zu erhalten, gleichzeitig hat Ersteres Angst vor Übergriffen. Das Kind ist somit in einem nicht lösbaren Bindungskonflikt gefangen. Dieser Konflikt wird deutlich, wenn das Kind seine eigenen Bindungswünsche nicht äußern und sein Bindungsverhalten nicht darstellen kann. Es entwickelt in dem Fall eine Hemmung gegenüber den Eltern, aber auch anderen Menschen. (vgl. Brisch 2019, 111) Des Weiteren entstehen bei anderen Misshandlungen Bindungsstörungen; bei der körperlichen Misshandlung (vgl. Kapitel 2.4.2.) folgt eine Form von Bindungsstörung als Rollenumkehr. Die davon betroffenen Kinder versuchen dabei, ihre eigenen Bedürfnisse zu verdrängen und stattdessen die Wünsche ihrer Eltern zu erfüllen. Bei späteren Beziehungen im Erwachsenenalter kann es vorkommen, dass sich diese Personen nur dann sicher fühlen, wenn sie sich um das Gegenüber kümmern können. Ein Grund hierfür ist die Furcht davor, wieder misshandelt zu werden. (vgl. Brisch 2019, 112)

Durch eine Bindungsstörung sind die Bedürfnisse des Kindes nicht mehr wahrnehmbar, wodurch psychische Krankheiten (vgl. Kapitel 4.3. & 4.4.) auftreten können. Infolgedessen ist es für das Kind schwierig, sich sozial zu integrieren. Zusätzlich führt das desorganisierte Bindungsmuster zu emotionaler und sozialer Ablehnung: Das Kind wird ausgegrenzt und es kommt zu einem aggressiven Verhalten, bei dem die Bindungswünsche des Kindes durch sein desorganisiertes Verhalten nicht erkannt werden. (vgl. Brisch 2015, 62)

Solche Kinder erkennen, dass ihr Wunsch nach Nähe zu den Bezugspersonen eher reserviert angenommen wird, und deshalb lernen sie Bindungsreaktionen, wie das Verfolgen beim Verlassenwerden durch einen Elternteil, Weinen und Klammern. Gleichzeitig versuchen sie, ihr Bedürfnis nicht auszudrücken und eine gewisse Distanz zu der Bezugsperson zu halten, da sie wissen, dass ihr Bedürfnis nach Nähe nicht befriedigt wird. Dies geschieht aus Selbstschutz, um nicht mit einer ablehnenden Reaktion konfrontiert zu werden. (vgl. Brisch 2015, 96)

Laut Bowlby (1969) ist der Bindungsstatus einer Person eine grundlegende Voraussetzung für die Qualität der von ihr geführten Beziehungen. Abgesehen davon, ob sie problemlos funktionieren oder problematisch sind, haben grundlegende Bindungsmuster starken Einfluss darauf, wie jemand die Welt sieht und wie er sich im Alltag verhält. Wenn eine Person sichere Bindungen besitzt, hat sie in der Regel auch ein sicheres Gefühl in Bezug auf sich selbst und ihre Fähigkeiten. Eine Person, deren Grundzustand unsicher ist, besitzt hingegen Verteidigungsstrategien, um auch die Nähe zu abweisenden oder unzuverlässigen Bindungspersonen aufrechtzuerhalten. (vgl. Holmes 2014, 368 f.) Zum einen gibt es die Verteidigungsstrategie, bei der das Kind in der Nähe der Bezugsperson sein möchte, um sich sicher zu fühlen. Dabei könnte Ersteres eigene Annäherungsversuche unterlassen, sodass es diese Bedürfnisse vor sich selbst und vor der Bezugsperson unterdrückt. Auf der anderen Seite gibt es die ambivalente Strategie, bei der das Kind ebenfalls in der Nähe der Bezugsperson sein möchte. Die Bezugsperson reagiert jedoch nicht auf den Wunsch des Kindes. Dadurch fühlt sich das Kind dazu gezwungen, sich an die Bezugsperson zu klammern und sich dieser aufzudrängen. Beide Strategien führen zu einer Beeinträchtigung der Persönlichkeitsfunktion sowie einer Verdrängung der Aggressionen. Zusätzlich ist bei der ambivalenten Strategie die Entwicklung von eigenen Erkundungen eingeschränkt. (vgl. Holmes 2014, 369 f.)

Von den Psychologen Jude A. Cassidy und Rogers R. Kobak (1988) wird davon ausgegangen, dass das soziale Leben auf einem Gefühlsaustausch beruht. Wenn Menschen keine Emotionen haben bzw. verspüren, dann sind sie nicht dazu in der Lage, die Beziehungen zu anderen Menschen angemessen einzuschätzen, sich zu binden, zusammenzuarbeiten sowie zu streiten und sich zu versöhnen. Die „Regulierung“ von Emotionen beinhaltet die Fähigkeit, die eigenen Gefühle und die Gefühle anderer zu

„lesen“ und sie in dem sich ständig verändernden affektiven Wechselspiel, welches das Wesen intimer Beziehungen ausmacht, anzupassen. Emotionen wie Fröhlichkeit, Trauer und Wut werden durch Gesichts- und Körperausdruck, Gestik, den Tonfall sowie den spezifischen Inhalt der Sprache vermittelt. Ein Merkmal der sicher Verbundenen ist die Fähigkeit, Emotionen offen und direkt zu artikulieren und die eigenen sowie die der anderen zu verstehen. Bei unsicheren und besonders bei desorganisierten Kindern (vgl. Kapitel 3.4.) ist dieses affektive Verstehen hingegen beeinträchtigt. (vgl. Holmes 2014, 411)

Manche Kinder entwickeln durch traumatische Erfahrungen und/oder einen fehlenden Rückhalt durch Bindungspersonen eine emotionale Entwicklungsstörung. Durch eine solche Störung entsteht eine Beeinträchtigung der kognitiven und somatischen Entwicklung. Dementsprechend haben traumatische Ereignisse in Verbindung mit den Symptomen von Bindungsstörungen gravierenden negativen Einfluss auf die emotionale Stabilität. (vgl. Brisch 2015, 114)

Der niederländische Psychiater B. van der Kolk hat 2005 den Begriff Developmental Trauma Disorder, auch „entwicklungsbezogene Trauma-Folgestörungen“ genannt, eingeführt. Dieser Begriff beschreibt die Symptomatik von Kindern und Jugendlichen, die einem Trauma ausgesetzt waren und dies immer noch sind. Es gibt verschiedene Definitionsansätze für den Begriff der Traumafolgestörung, wie „komplexe Traumafolgestörung“ oder „komplexe Präsentation einer ‚posttraumatischen Belastungsstörung‘“. (vgl. Krüger/Reddermann 2007, 66) Im nachfolgenden Kapitel 4.3 & 4.4 werden zwei Traumafolgestörungen erläutert, die ebenso Relevanz für das Fallbeispiel (vgl. Kapitel 5) und die darauffolgenden Hilfemaßnahmen (vgl. Kapitel 6) haben.

4.3. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wird eine Folgereaktion verstanden, die durch ein Trauma oder mehrere Traumata entsteht. Die PTBS hat die folgenden drei Symptomgruppen, welche diese Störung kennzeichnen:

- Symptome des Wiedererlebens: Hierbei können durch verschiedene Erinnerungen Flashbacks (intrusive Erinnerungen) hervorgerufen werden. Diese Erinnerungen können auf verschiedene Art und Weise auftreten, z. B. im

Bewusstseinszustand, aber auch im Schlaf. Die Flashbacks können jederzeit entstehen, was zu einem enormen Belastungsgefühl führt. (vgl. Maercker 2013, 17)

- Symptome der Vermeidung: Bei dem Betroffenen entsteht ein Vermeidungsverhalten, wobei die betroffene Person bspw. alle Reize, Orte und/oder Geräusche zu vermeiden versucht, die an das traumatische Ereignis erinnern könnten. (vgl. Breuer/Krischer 2015, 258)

Durch den Versuch des Betroffenen, alle Gedanken an das traumatische Ereignis zu vermeiden, kann es zu einem dissoziativen Zustand (vgl. Kapitel 2.2.) und einer Teilamnesie kommen. Dadurch kann sich die betroffene Person nicht mehr konkret an das traumatische Ereignis erinnern. Durch die Vermeidung sollen sogenannte Triggermomente reduziert sowie z. B. die damit verbundene Nähe, Bindung, Sexualität und/oder Gefühle vermieden werden (vgl. Maercker 2013, 17).

- Übererregungssymptome: Die betroffene Person unterliegt Übererregungssymptomen, wodurch sie im Alltag schreckhaft ist und sich nicht entspannen kann. Dadurch kann es bei den betroffenen Menschen zu Schlafstörungen kommen. Die Betroffenen nehmen Reize wie z.B. Geräusche über den Tag verstärkt wahr, wodurch es zu einer Übererregung kommt. Dies geschieht, da es ihnen schwerfällt, einzuschlafen, wobei ihnen auch das Durchschlafen nur selten gelingt. Dadurch treten bei den entsprechenden Kindern und Jugendlichen Konzentrations- und Gedächtnisprobleme sowie eine erhöhte Reizbarkeit auf. (vgl. Breuer/Krischer 2015, 258) Liegt eine posttraumatische Belastungsstörung vor, können die genannten Symptome auch gleichzeitig auftreten (vgl. Maercker 2013, 20; Garbe 2018, 25).

Im Jahre 1998 hat die American Association for Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) im Hinblick auf Symptomatik der PTBS folgende Diagnosekriterien für Kinder und Jugendliche dargestellt:

1. „Kinder und Jugendliche mit einer klinischen PTBS erfüllen selten alle formalen Kriterien posttraumatischer Belastungsstörungen.
2. Der Wechsel der Symptome ist deutlich schneller und stärker ausgeprägt als bei Erwachsenen (z. B. Wechsel von Übererregung und Dissoziation).

3. Die bei vielen Erwachsenen sehr auffällige Symptomatik der Flashbacks (intrusive Erinnerungen) ist bei Kindern und Jugendlichen viel versteckter und kann häufig erst bei genauerer Untersuchung herausgefunden werden.
4. Kinder und Jugendliche zeigen häufig andere Gruppen von Symptomen als Erwachsene. Diese Symptomausprägungen hängen dabei eng mit dem Entwicklungsstand und der Altersgruppe der betroffenen Kinder zusammen und verändern sich auch bei der weiteren Entwicklung entsprechend (z. B. Übererregungs- und Schreisymptomatik bei sehr kleinen Kindern oder aggressives Externalisieren [bzw. Verlagern innerer Einstellungen nach außen] bei älteren Kindern).
5. Insgesamt wird von der AACAP die Empfehlung gegeben, ein Kind oder einen Jugendlichen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung dann als behandlungswürdig anzusehen, wenn das Alltagsleben des Kindes oder Jugendlichen beeinträchtigt ist, auch wenn nur ein einziges Kriterium erfüllt ist.“
(Hofmann/Besser 2019, 174)

Chronisch traumatisierte Kinder und Jugendliche haben zusätzlich zu der PTBS-Kernsymptomatik weitere Symptome, auch Komorbidität genannt. Dazu zählen dissoziative Angst und aggressive Störungen. Bei älteren Kindern und Jugendlichen kann es zusätzlich zu selbstverletzendem Verhalten sowie Alkohol- und Drogensucht kommen. (vgl. Hofmann/Besser 2019, 175)

Eine weitere Traumafolgestörung ist die sogenannte Borderline-Persönlichkeitsstörung, die im folgenden Kapitel 4.4 thematisiert wird.

4.4. Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Der Begriff „Borderline“ (zu dt. Grenzlinie) wurde in den 70er- und 80er-Jahren von der damaligen psychiatrischen Krankheitslehre als Form der schizophrenen Psychose¹ definiert (vgl. Sendera/Sendera 2016, 9). Laut dem ICD-10 gilt die Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31) heutzutage hingegen als Untergruppe der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3). Zwei der häufigsten Symptome einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind Impulsivität und affektive Instabilität. Dabei ist diese Instabilität sowohl im Selbstbild als auch den zwischenmenschlichen Verhältnissen vorhanden. Jugendliche, die von einer Borderline-Persönlichkeitsstörung betroffen sind, haben kein stabiles Identitätsgefühl. Ein solches Identitätsgefühl hat zugleich jedoch enorme Wichtigkeit für das Selbstbild und dadurch entsteht Unsicherheit,

¹ „[...] charakterische Störungen von Denken und Wahrnehmungen sowie inadäquate oder verflachte Affektion[...]“ (Dilling/Freyberger 2019, 93)

in Bezug auf den beruflichen Werdegang, in Beziehungen und/oder bezüglich der sexuellen Orientierung. (vgl. Fleischhaker et al. 2010, 48)

Borderline-Patienten empfinden oft inneres Chaos und haben extreme Stimmungsschwankungen (vgl. Schäfer et al. 2007, 15). Sie haben ein Bedürfnis nach Nähe und Sicherheit, jedoch kann zu viel Nähe auch als Gefahr für sich selbst angesehen werden. Aus diesem Grund kann der Betroffene die Entscheidung treffen, aufkommende Gefühle direkt zu unterbinden. Darüber hinaus ist diesbezüglich oft von einer inneren Leere, hoher Anspannung und Unruhe die Rede. Dadurch fühlen sich entsprechende Menschen ausgelaugt und entwickeln mitunter ein depressives Verhalten, welches wiederum zu Suizidgedanken führen kann. Diese Anspannung kann ebenfalls zu einem selbstverletzenden Verhalten führen, wie Schneiden oder Ritzen. Dieses Verhalten soll eine Spannungsabfuhr bewirken, jedoch kann es erneut zu einem Gefühl von Scham und Schuld führen. Dadurch sinkt das Selbstwertgefühl und es kommt zu erneuter Anspannung. Um die Anspannung abzubauen, kann es vermehrt zu Alkohol- und Drogenkonsum kommen. (vgl. Schäfer et al. 2007, 156)

Laut dem ICD-10 wird der Borderline-Typus folgendermaßen definiert:

„[E]in Borderline-Typus [...] ist gekennzeichnet durch Störungen des Selbstbildes, der Ziele und der inneren Präferenzen, durch chronische Gefühle, innere Leere, durch intensive, aber unbeständige soziale Beziehungen und eine Neigung zu selbstdestruktivem Verhalten mit parasuizidalen² Handlungen und Suizidversuchen.“ (Dilling/Freyberger 2019, 240)

Das DSM- IV geht konkret auf die Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein, diese lauten demnach wie folgt:

1. „verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden. [...]
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen der Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist.
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung.
4. Impulsivität in mindestens zwei potentiell selbstschädigenden Bereichen

² „Definiert als jegliches akute, intendierte Verhalten, durch das eine psychische Schädigung erfolgt, mit oder ohne der Intention zu sterben.“ (Fleischhaker/Schulz 2011, 64)

(Geldausgaben, Sexualität, Substanzmißbrauch, rücksichtsloses Fahren, ‚Essanfälle‘). [...]

5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten.
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie³, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmungen gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern).
7. Chronisches Gefühl von Leere.
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen).
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome.“
(Falkai et al. 2018, 909)

Jugendliche, bei denen eine Borderline-Persönlichkeitsstörung diagnostiziert wurde, weisen in ihrer früheren Kindheit allesamt unterschiedliche traumatische Erfahrungen auf.

Laut dem US-amerikanischen Psychiater O. F. Kernberg (1999) stehen chronische Aggressionen seitens der Kinder in der frühen Entwicklung im Mittelpunkt, diese können später zu einer Borderline-Störung führen. Durch sexuellen oder anderen körperlichen Missbrauch bzw. sexuelle Gewalt kommt es bei den Betroffenen zu Aggressionen, wodurch sich eine Persönlichkeitsstörung entwickeln kann. Darüber hinaus haben die verschiedenen Traumata gravierende negative Folgen für die Möglichkeit zur Integration einer Person in die Gesellschaft. (vgl. Streeck-Fischer 2014, 89)

J. B. Bryer et al. (1987) stellten fest, dass der Großteil der stationären psychiatrischen Patienten mit der Diagnose BPS über sexuellen Missbrauch berichtete. Unter den ambulanten psychiatrischen Patienten stellten die US-amerikanische Psychiaterin J. L. Herman et al. (1989) fest, dass 81 % dieser sexuellen oder körperliche Missbrauch erlitten hatten und/oder Zeugen häuslicher Gewalt gewesen waren. Von denjenigen, die im Alter von unter sechs Jahren auf diese Weise traumatisiert worden waren, wiesen mehr als die Hälfte die Diagnose BPS und der Rest andere Traumafolgestörungen auf (vgl. Holmes 2014, 479)

³ Gelegentliche Stimmungslage, die gereizt, ängstlich, traurig oder bedrückt ist. (vgl. Sendera/Sendera 2016, 54)

Durch die verschiedenen Studien von O.F.Kernberg (1999), J. B. Bryer et al. (1987) und J. L. Herman et al. (1989) stellte sich heraus, dass die von der Borderline- Persönlichkeitsstörung Betroffenen fast immer gravierende Traumata erlebt haben. (vgl. Holmes 2014, 479 ; Streeck-Fischer 2014, 89)

Um den Zusammenhang zwischen traumatischen Ereignissen in der Kindheit und der daraus resultierenden Bindungsfähigkeit anschaulich zu erläutern, wird nachfolgend ein reales Fallbeispiel aus der Jugendhilfe dargestellt.

5. Einführung in das Fallbeispiel

Die Informationen zu diesem realen Fall stammen aus den Unterlagen des Hilfeplangesprächs am 15.12.2018, verschiedenen ärztlichen Akten und Gesprächen mit der Klientin in der Zeit von September 2018 bis Februar 2019. Die Angaben sind anonymisiert worden und alle genannten Namen sind fiktiv. Das Fallbeispiel beginnt mit der Erläuterung der Biografie von Lisa. Dieses Kapitel beinhaltet die chronologische Reihenfolge vom Eintritt Lisas in den Kindergarten (3 Jahre) bis hin zum Erleben der traumatischen Ereignisse im Alter von 10 bzw. 16 Jahren. Darüber hinaus werden in einem weiteren Kapitel (5.2.) die Auswirkungen der traumatischen Ereignisse näher betrachtet und in dem letzten Kapitel (5.3.) wird das daraus resultierende Verhalten der Klientin beschrieben.

5.1. Biografie

Lisa ist 1998 in einer Stadt in Baden-Württemberg geboren. Ihre Mutter stammt nicht aus Deutschland, jedoch der Vater. Die Eltern haben sich über Bekannte kennengelernt und anschließend ist die Mutter aufgrund der Partnerschaft nach Deutschland gezogen. Im Kindergarten, welchen Lisa ab ihrem dritten Lebensjahr besucht hat, war sie gut integriert. Seit der Geburt der zwei Jahre jüngeren Schwester ist es in der Folge zu viel Eifersucht und Streitereien zwischen Lisa und ihrer Schwester sowie ihren Eltern gekommen. In dieser Zeit war die Atmosphäre im Elternhaus oft angespannt. Die Mutter wird von Lisa rückblickend als emotional, impulsiv und oft traurig beschrieben. Lisa suchte häufig die Nähe der Mutter und versuchte, ihren Erwartungen gerecht zu werden, z. B. in der Schule. Wurden die Erwartungen der Mutter von Lisa nicht erfüllt, bekam Letztere die Enttäuschung der Mutter deutlich zu spüren. Lisa wurde von ihr beschimpft und während ihrer darauffolgenden emotionalen Zusammenbrüche allein gelassen. Dabei kam es zugleich jedoch nie zu körperlicher Misshandlung vonseiten der Mutter. Zugleich nahm Letztere die Bedürfnisse von Lisa nicht wahr und wollte stattdessen stets ihren eigenen Willen durchsetzen. Den Vater schildert Lisa rückblickend auf diese Zeit zunächst als liebevoll und gutmütig. Er tröstete sie demnach und versuchte, Lisa die Sicherheit und Geborgenheit zu schenken, welche ihr die Mutter nicht gab. Im vierten Lebensjahr von Lisa ist die Familie in eine Stadt in einem anderen Bundesland umgezogen. Lisa berichtet daraufhin von Mobbing in der Grundschule. Sie war die einzige Schülerin mit Migrationshintergrund in ihrer Klasse. Von den

Lehrkräften hat sie sich nicht unterstützt gefühlt und sich ihnen gegenüber daraufhin nicht geöffnet. In der Folge ist die Schule für sie mit hoher Anspannung verbunden gewesen. Sie habe sich kaum mehr am Unterricht beteiligt und sich sozial zurückgezogen. Aufgrund der Schwierigkeiten in der Schule erfolgte erstmals im Dezember 2002 die Vorstellung zu einer kinderneurologischen Untersuchung. Dabei wurden Dyskalkulie und ADHS diagnostiziert.

Im weiteren Verlauf ihres Lebens wurde der Vater jedoch kaltherziger und übergriffig wie z.B. belästigend. Ab dem Alter von zehn Jahren kam es dann mehrmals zum sexuellen Missbrauch seitens ihres Vaters. Ihr Vater sagte Lisa deutlich, dass ihr dies keiner glauben würde und dass es daher nichts bringe, es jemandem zu erzählen (vgl. Kapitel 2.4.4). Lisa wurde von ihrem Vater außerdem mitgeteilt, sie sei selbst Schuld an der Situation. Dennoch hat sie sich ihrer Mutter anvertraut, welche ihr zunächst nicht glauben wollte und aufgrund der finanziellen Abhängigkeit zum Vater sich nicht in der Lage dazu sah, ihre Tochter zu schützen. Infolge des beginnenden selbstverletzenden Verhaltens von Lisa wie z.B. das mehrfache Ritzen ihrer Arme, hat die Mutter die Not ihrer Tochter erkannt und sich von dem übergriffigen Vater getrennt. Lisa war zu diesem Zeitpunkt 13 Jahre alt.

Nach der Trennung der Eltern lebte Lisa zunächst in einem Haushalt mit der Mutter und ihrer jüngeren Schwester. Aufgrund zunehmender Aggressionen und dissozialen Verhaltens ist die Schwester unter Einbezug des Jugendamtes zum Vater gezogen. Dies wurde von den Behörden bewilligt, da die Familie dem Jugendamt von dem sexuellen Missbrauch nicht berichtet hatte. In der Folge eines Burnouts der Mutter habe sich zwischen Lisa und dieser fortan ein Rollenwechsel vollzogen. Dadurch kam es zu einem Verzicht auf Lisas eigene Bedürfnisse. Sie war fortan nicht mehr dazu in der Lage, ihre eigenen Wünsche zu äußern, dies ist ebenfalls ein Symptom der Bindungsstörung mit Hemmung (vgl. Kapitel 4.1.). Lisa hat sich zunehmend für die Mutter verantwortlich gefühlt und war in dieser Rolle überfordert. In dieser Zeit, im Alter von 15 Jahren, begann Lisa damit, regelmäßig Alkohol und Drogen zu konsumieren. Sie hat in dieser Phase eine Beziehung zu einem gewalttätigen Mann gehabt, welcher sie und ihre Mutter bedrohte. Außerdem kam es vonseiten dessen zur körperlichen Misshandlung von Lisa, woraufhin der Mann schließlich von Lisa und der Mutter angezeigt wurde. Zu der Schwester und dem Vater bestand zu dem Zeitpunkt schon keinerlei Kontakt mehr.

Mit großen Schwierigkeiten ist es Lisa dennoch gelungen, mit 16 Jahren den Real-schulabschluss zu absolvieren. Da sie keinen Ausbildungsplatz gefunden hat, hat sie zunächst über eine Zeitarbeitsfirma in einem Betrieb gearbeitet. Dort hat sich im Laufe dieser Tätigkeit die Möglichkeit ergeben, eine Ausbildung zu beginnen, was sie auch tat, bis es in Lisas Leben zu einem weiteren traumatischen Ereignis kam: auf einer Feier in einem Lokal wurde sie von einem jungen Mann vergewaltigt. Die Erinnerungen an diese Nacht sind bruchstückhaft und meist weiß Lisa nicht, wie dies passiert ist, weil sie zu dem Zeitpunkt unter Alkohol- und Drogeneinfluss stand. Dadurch, dass Lisa früh traumatisiert wurde, ist ihr Gehirn nicht stabil vernetzt, dementsprechend tritt die Notfallreaktion bei ihr viel früher auf. Aus der erneuten Traumatisierung, die Lisa zugefügt wurde, resultiert die Dissoziation und deshalb ist ihre Erinnerung an das Geschehen bruchstückhaft (vgl. Kapitel 2.2.).

Die Biografie von Lisa zeigt, dass es in ihrem Leben viele traumatische Erlebnisse gab. Die Bindung zur Mutter war seit der Geburt der Schwester durch psychische Misshandlung und Vernachlässigung geprägt. Der Vater nutzte die Beziehung aus und missbrauchte Lisa sexuell; im weiteren Verlauf ihres Lebens erlitt sie zudem körperliche Misshandlungen im Rahmen einer Partnerschaft und wurde zudem auf einer Party vergewaltigt.

Die Mutter hat Lisa nicht hinreichend wertgeschätzt, sondern psychisch misshandelt und emotional vernachlässigt (vgl. Kapitel 2.4.1., 2.4.3.). Zugleich kann davon ausgegangen werden, dass die Mutter selbst psychisch labil war, denn Lisa beschrieb sie oft als traurig. Laut Engfer (2000) (vgl. Kapitel 2.4.) sind Eltern, die selbst psychisch labil sind, eher zu Gewalttaten oder anderen Formen von Misshandlung gegenüber ihren Kindern geneigt. Außerdem scheint es so, dass Lisas Mutter mit der Situation zuhause überfordert war, und dies verstärkt die Neigung zu Gewalttaten (vgl. Kapitel 2.4.).

Eine sichere Bindung von Lisa zu der jüngeren Schwester war ebenfalls nicht gegeben, denn sie stritten sich oft und haben sich als Konkurrentinnen angesehen, was zu Eifersucht führte. Durch die psychische Misshandlung, die von der Mutter ausgeübt wurde, sank Lisas Selbstwertgefühl immer mehr. Der Schulwechsel verschlimmerte dies und Lisa isolierte sich in der Folge sozial. Dadurch kann davon ausgegangen

werden, dass eine Bindungsstörung laut dem ICD-10 F94.1 entstanden ist, denn ein wesentliches Symptom einer reaktiven Bindungsstörung ist der soziale Rückzug durch einen Umgebungswechsel (vgl. Kapitel 4.1.). Durch die verschiedenen Traumata, die Lisa zugefügt wurden, entwickelte sie Verhaltens- und kognitive Probleme, die in der Kinderneurologischen Untersuchung als ADHS und Dyskalkulie diagnostiziert wurden (vgl. Kapitel 2.2.).

Die einzige Bindungsperson, die Lisa hatte und die ihr zumindest anfangs Geborgenheit und Sicherheit gab, war der Vater. Der Vater war liebevoll und Lisa vertraute ihm, er gab ihr den Halt, den sie benötigte, bis es durch ihn zum sexuellen Missbrauch kam. Lisa war dadurch in einem Zwiespalt, denn sie wollte die sichere Bindung zu ihrem Vater aufrechterhalten, da dies mit der Mutter nicht möglich war (vgl. Kapitel 2.4.4.). So entstand eine Komplextraumatisierung, denn der sexuelle Missbrauch zog sich über mehrere Jahre hinweg (vgl. Kapitel 2.3.). Außerdem entwickelte sich durch den sexuellen Missbrauch eine Bindungsstörung mit Hemmung (vgl. Kapitel 4.1.), weshalb sich Lisa anfangs keinem anvertrauen mochte, denn sie wollte den vermeintlichen Schutz durch den Vater nicht verlieren. Aus diesem Grund vertraute sich Lisa erst drei Jahre nach dem sexuellen Missbrauch der Mutter an.

Lisa tat dies in der Hoffnung, von ihr das Gefühl von Sicherheit und Schutz zu erfahren. Durch das Misstrauen vonseiten der Mutter und die nicht sofortige Hilfe brach das Bindungssystem für Lisa jedoch völlig zusammen. Auf der einen Seite war ihr Vater ihre einzige Bindungsperson, der ihr ein Gefühl von Sicherheit gab, die sie benötigte, auf der anderen Seite entwickelte sich das traumatische Ereignis des sexuellen Missbrauchs. Lisa war verzweifelt, da sie dadurch keine Bindungsperson mehr hatte. Dies führte zu dem selbstverletzenden Verhalten, welches die Mutter schließlich als Warnsignal verstand und schließlich zum Anlass nahm, sich von dem Vater zu trennen.

Folglich entwickelten sich, infolge der Traumata und der Bindungsstörung, bei Lisa verschiedene psychische Krankheiten, die in den Kapiteln 5.2 bis 5.3 thematisiert werden.

5.2. Gesundheit

Lisa ging mit 16 Jahren zu einer ambulanten Psychotherapeutin, dort wurde mit verschiedenen Maßnahmen, wie psychotherapeutischen Gesprächen und kognitiven Methoden, gearbeitet. Im Alter von 17 Jahren erfolgte eine stationäre Aufnahme in einer psychosomatischen Klinik, bei der eine Rundum-Betreuung stattfand. Gemeinsam mit der Mutter und dem Therapeuten wurden Therapieziele formuliert. Lisa hatte in der Klinik einen geregelten Alltag und bekam ein Antidepressivum, um ihre emotionalen Überreaktionen zu regulieren, welche ein weiteres Symptom der BPS und der PTBS sind (vgl. Kapitel 4.3. & 4.4.). Lisa wurde in dieser Klinik auf eine Wohngruppe aufmerksam und bemühte sich um einen Wohnplatz in einer Jugendhilfe, um einen begleitenden Alltag zu haben sowie um nicht in ihre alten Verhaltens- und Denkmuster zu verfallen. Dort wurde sie auch zeitnah angenommen.

Als Lisa aus der psychosomatischen Klinik entlassen wurde, wurden folgende Diagnosen aufgestellt:

- Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (ICD 10 F60.31)
- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD 10 F43.1)

Anhand der Biografie von Lisa wird deutlich, dass sie unter unterschiedlichen Belastungen leidet. Durch die traumatischen Ereignisse und die Bindungsstörung, die Lisa in ihrer frühen Kindheit erlitten hat, hat sie im weiteren Verlauf psychische Störungen entwickelt. Die posttraumatische Belastungsstörung wird von den Betreuern der Jugendhilfe im Alltag deutlich wahrgenommen, denn sie leidet unter Panik- und Angstatacken. Außerdem hat sie ausgeprägte Schlafprobleme, was dazu führt, dass sie sich nie vollkommen ausgeruht fühlt (vgl. Kapitel 4.3.). Die Besuche bei einer ambulanten Psychotherapie wurden nach dem Einzug in der Wohngruppe wieder aufgenommen, wobei Lisa aktuelle Ereignisse wie Impulskontrollschwierigkeiten und die Selbstwertproblematik besprach. Dies ist ein weiteres Symptom der BPS, denn das Identitätsgefühl ist bei entsprechenden Menschen nicht dauerhaft vorhanden und dadurch entwickelt sich Unsicherheit bezüglich des Selbstwertes. Darüber hinaus entstehen durch das innere Chaos Impulskontrollschwierigkeiten, denn Borderline-Patienten haben Schwierigkeiten, ihre Gefühle zu regulieren (vgl. Kapitel 4.4.).

Lisa hat die Psychotherapie jedoch zwei Monate nach Beginn abgebrochen, aufgrund der Entfernung zwischen Wohngruppe, Schule und Therapeuten. Um ein Pendeln von mehr als zwei Stunden zu vermeiden, hat Lisa öfters bei ihrer Mutter übernachtet, um die Therapietermine wahrnehmen zu können. Da diese Termine stets mit einem Besuch bei ihrer Mutter verknüpft waren, hielt es Lisa für das Beste die Therapie abzubrechen. Lisa wollte eine psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeit in der Nähe der Wohngruppe finden, jedoch hat sie ein Erstgespräch bei einer tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapeutin kurzfristig abgesagt. Sie hatte die Befürchtung, dass es auf sie eine destabilisierende Wirkung hat, wenn sie sich einer neuen Therapeutin vorstellen und ihre Vergangenheit schildern muss. Lisa will sich stattdessen auf die Schule konzentrieren und hat die Sorge, dass dies nicht mehr möglich ist, wenn sie eine tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeutin in Anspruch nimmt. Dies ist ein weiteres Symptom der PTBS; Lisa möchte nicht mehr an ihre Vergangenheit erinnert werden und versucht daher mit allen Mitteln, die Erinnerung daran zu vermeiden (vgl. Kapitel 4.3.).

Lisa hat sich bewusst für eine Wohngruppe entschieden, die weiter von ihrer Mutter entfernt ist, in der Hoffnung ein weniger belastetes Verhältnis zur Mutter zu entwickeln. Durch die räumliche Trennung ist Lisa zwar erleichtert, aber es besteht dennoch ein belastetes Verhältnis zur Mutter. Lisa fühlt sich oft für die Mutter verantwortlich und hat ein schlechtes Gewissen, weil sie das Gefühl hat, ihre Mutter allein zu lassen. Gleichzeitig bestehen durch die Distanz jedoch weniger Konfliktpunkte zwischen Lisa und der Mutter. Die Mutter ist zugleich fordernd in Bezug auf Lisas Leistungen und hat kein Verständnis für die psychische Erkrankung.

Es ist deutlich zu erkennen, dass Lisa sich von ihrer Mutter zu isolieren versucht, denn es besteht keine sichere Bindung zwischen den beiden. Sie lehnt die Mutter ab, gleichzeitig hat sie ein schlechtes Gewissen, dass sie sie allein lässt. Dieses Verhalten ist bei einem desorganisierten Bindungsmuster zu erkennen (vgl. Kapitel 3.4.). Trotzdem wünscht sich Lisa ein klärendes Gespräch mit ihrer Mutter, um die gegenseitigen Erwartungen und kontinuierlichen Streitigkeiten zu klären.

Lisa hat im Mai 2018 die von der Klinik eingeleitete Medikation auf eigenen Wunsch hin abgesetzt. Sie ist der Meinung, die Medikamente nicht weiter zu benötigen. Sie

wolle langfristig ohne Medikamente leben. Deswegen sollte Lisa aus Sicht der Sozialarbeiter der Wohngruppe einen Facharzt besuchen, dies will sie jedoch nicht tun. Sie berichtet von gelegentlichen emotionalen Überreaktionen, will es allerdings weiterhin ohne medikamentöse Unterstützung im Alltag versuchen. Durch die Anspannung, die sich bei Borderline-Patienten aufbaut, kann es zu einem selbstverletzenden Verhalten kommen. Das Bedarfsmedikament half Lisa, ihre Anspannung zu regulieren, dies ist notwendig, denn Anspannung kann, wie auch in der Vergangenheit, erneut bei ihr zu einem selbstverletzenden Verhalten führen (vgl. Kapitel 4.4.).

Wie in Lisas Biografie beschrieben spielte dabei der Drogen- und Alkoholkonsum eine wichtige Rolle. Laut dem DSM-5 ist eine weitere Symptomatik der BPS die Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen, wie Substanzmissbrauch (vgl. Kapitel 4.4.). Lisa war durch Unterdrückung ihrer eigenen Gefühle der Verzweiflung und Überforderung zeitweise einem massiven Alkohol- und Drogenkonsum verfallen. Dies sah sie als einzigen Weg, um ihre Anspannung zu regulieren, denn ihre Mutter hatte und hat ihr gegenüber viele Anforderungen (vgl. Kapitel 5.1.). In der Wohngruppe ist der Konsum von Alkohol und Drogen nicht erlaubt. Als Lisa in die Wohngruppe kam, betonte sie ihre Distanz gegenüber dem Suchtmittelkonsum und dementsprechend will sie ihr Leben weiter abstinent führen.

5.3. Sozialverhalten

Lisa verhält sich in den zweimal pro Woche stattfindenden Gruppensitzungen der Wohngemeinschaft gelegentlich provokant und unsensibel. Sie beteiligt sich zugleich häufig daran und liefert dabei wertvolle Beiträge. Bei einem Streit fällt es Lisa schwer, sich zu entschuldigen und ihr Verhalten zu reflektieren. Es braucht eine gewisse Zeit und bedarf eines ausführlichen Gesprächs, in dem ihr das eigene Verhalten aufgezeigt werden muss, um die Situation im Nachhinein nachzuvollziehen. Gleichzeitig ist Lisa offen und humorvoll, wodurch sie schnell Kontakt zu den Bewohnern der Wohngruppe aufgebaut hat.

Trotz der Offenheit und Geborgenheit, die sie gegenüber der Wohngruppe empfindet, traut sich Lisa nicht, von ihrer Vergangenheit zu berichten, weil sie die Befürchtung hat, dass diese sie wieder überwältigen könnte. Hinzu kommt, dass sie sich für ihre

Vergangenheit schämt, weshalb sie nur ungern mit jemandem darüber sprechen möchte was ihr widerfahren ist.

Verschiedene wichtige Bezugspersonen für Lisa sind ihre Freunde, mit denen sie sich verabredet, regelmäßig zu Aktivitäten trifft und gern mit ihnen Zeit verbringt. Außerdem gehören dazu die Betreuer der Wohngruppe und die Bewohner, mit denen sie oft gemeinsam Zeit verbringt. Mit Letzteren gestaltet sie ebenfalls gern ihre Freizeit. Darüber hinaus besucht sie ein Fitnessstudio, denn dies hilft ihr laut eigener Aussage dabei, die Anspannung abzubauen. Lisa ist in optimaler körperlicher Verfassung und hat keine körperlichen Beeinträchtigungen. Ein ganz besonderes und freundschaftliches Verhältnis hat Lisa zu einer Mitbewohnerin. Die Bindung zwischen beiden ist sehr eng und deshalb treten dabei oft problematische Verhaltensweisen auf. Es kommt bei Lisa und/oder der Mitbewohnerin häufig zu Eifersucht und massiven impulsiven Reaktionen, dies erinnert an ihr Verhältnis zur eigenen Schwester (vgl. Kapitel 5.1.)

Gegebenenfalls verbringt Lisa Zeit mit ihrer Mutter. Zwischen den beiden hat sich das Verhältnis seit dem Auszug deutlich verbessert, trotzdem gibt es ab und zu angespannte Situationen zwischen Mutter und Tochter. Oft kehrt Lisa voller Wut und Enttäuschung von den Treffen mit ihrer Mutter zurück. Ein weiteres Symptom der Bindungsstörung nach Brisch (2015) ist es, eine gewisse Distanz zur Bezugsperson zu halten, um weder unter Druck gesetzt zu werden noch eine ablehnende Reaktion in Bezug auf ihre Bindungswünsche zu erhalten (vgl. Kapitel 4.2.).

Darüber hinaus hat Lisa eine Tante, die nicht in Deutschland wohnt, diese besucht sie alle zwei Monate mit ihrer Mutter zusammen. Lisa hat dabei ein ambivalentes Verhältnis zu ihrer Tante und deren Familie: Auf der einen Seite freut sie sich, Zeit mit ihrer Familie zu verbringen, auf der anderen Seite wachsen die Erwartungen der Familie gegenüber Lisa, diesen kann sie jedoch nicht genügen. Sie wird von der Familie ständig unter Druck gesetzt, da ihre schulischen Erfolge nicht den Erwartungen ihrer Familie entsprechen. Außerdem wird von der Familie ständig ihr Aussehen kritisiert, weshalb sie jeweils kurz vor einem solchen Besuch hungert, um nicht wieder negativ bewertet und für ihr Aussehen verurteilt zu werden. Des Weiteren besteht aufseiten der Familie kein Verständnis für Lisas psychische Erkrankungen, diese werden vielmehr als Übertreibung angesehen. Ein weiterer Kritikpunkt aus Sicht der Familie ist die

berufliche Perspektive von Lisa. Des Öfteren bekommt sie von der Tante demzufolge zu hören, dass sie faul sei, nur ihr Leben genießen wolle und deshalb keinen vernünftigen beruflichen Weg einschlage.

Bei Lisas Verhalten ist eine deutliche Bindungsstörung zu erkennen, denn sie versucht demnach ihr bestes, den Anforderungen der Familie gerecht zu werden. Damit schadet sie sich jedoch selbst, z. B. durch das Hungern. Sie will ihre Familie keinesfalls enttäuschen bzw. den Erwartungen dieser entsprechen. Dadurch verdrängt Lisa ihre eigenen Wünsche (vgl. Kapitel 4.1.). Die Bezugspersonen, die Lisa hat, sind ihre Freunde, die Bewohner der Wohngruppe und die Betreuer; mit Letzteren führt sie regelmäßig Einzelgespräche und fühlt sich bei ihnen geborgen sowie verstanden. Dementsprechend bemüht sie sich mit aller Macht, nicht von ihnen verlassen zu werden, auch dieses Symptom ist laut dem DSM-5 für die Borderline-Persönlichkeitsstörung charakteristisch (vgl. Kapitel 4.4.).

Die Erwartungen, die Lisa durch ihre Familie verspürt, machen sich auch in der Schule bemerkbar. Der Schultag ist sehr anstrengend für Lisa; sie verstellt sich vor ihren Mitschülern, denn sie hat das Gefühl, eine Rolle spielen zu müssen. Gemäß dieser Rolle ist sie eine starke und unabhängige Frau, die alles ohne sichtbare Schwierigkeiten im Alleingang meistert. Diese Rolle, die Lisa den ganzen Tag über in der Schule aufrechterhält, ist für sie sehr anstrengend, dementsprechend entwickeln sich über den Tag Druck und Anspannung. Dadurch ist sie am Abend voller Verzweiflung und hat mit emotionalen Ausbrüchen zu kämpfen. Diese Rolle muss Lisa in der Wohngemeinschaft hingegen nicht aufrechterhalten, dort kann sie so sein, wie sie ist, ohne verurteilt zu werden. Außerdem hat Lisa große Angst davor, die schulischen Anforderungen nicht erfolgreich zu erfüllen. Zudem ist ihr der Altersunterschied zu den Mitschülern unangenehm, denn diese sind mehrheitlich zwei bis drei Jahre jünger als sie. Lisa ist zugleich motiviert und zielstrebig dahingehend, die allgemeine Hochschulreife zu schaffen, obwohl an ihrer Schule auch die Fachhochschulreife oder eine schulische Ausbildung zur sozialpädagogischen Assistenz möglich sind.

Anhand von Lisas Verhalten wird deutlich, dass sie sich für ihr eigenes Selbstbild schämt, dies ist ein weiteres Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung laut dem ICD-10 F60.31 (vgl. Kapitel 4.4.). Sie versucht, in der Schule eine Fassade

aufrechtzuerhalten, dies verlangt ihr enorme Kraft ab. Wie erwähnt, ist es für Lisa schwierig, die erwünschten schulischen Leistungen zu erbringen, denn sie kann diesen Anforderungen oftmals nicht standhalten. Aufgrund der emotionalen Entwicklungsstörung, zum einen entstanden durch ihre Traumata und zum anderen durch die fehlenden Bezugspersonen aus der frühen Kindheit, kann es zu einer Beeinträchtigung kognitiver Funktionen kommen (vgl. Kapitel 4.2.). Dementsprechend kann dies die Ursache für das Gefühl der Überforderung bei nicht erbrachten schulischen Leistungen sein.

Die Biografie, die psychische Gesundheit und das Sozialverhalten von Lisa lassen erkennen, dass sie eine schwierige Kindheit hatte, die maßgeblich durch Traumata und Bindungsstörungen geprägt war. Sie entwickelte in der Folge Traumafolgestörungen, wodurch sie Schwierigkeiten hatte und hat, ihr Leben eigenständig zu bewältigen. Die aktuell wichtigen Bindungspersonen in Lisas Leben sind ihre Freunde, die Wohngruppenmitglieder und die Betreuer der Wohngruppe. Für Lisas weiteren Lebensweg ist es sehr wichtig, weitere Hilfemaßnahmen zu schaffen, um die Traumata zu bewältigen und damit sie nicht in alte Muster z. B. Alkohol- und Drogenkonsum verfällt. Im nachfolgenden Kapitel 6 werden entsprechende Hilfemaßnahmen dargestellt, die Lisa dabei unterstützen können, ein weitestgehend eigenständiges und ausgewogenes Leben zu führen.

6. Ableitung möglicher Hilfemaßnahmen in Anlehnung an das Fallbeispiel

Die verschiedenen Hilfemaßnahmen sollen Lisa Unterstützung bieten, ihren Alltag in der Zukunft so selbstständig wie möglich zu bewältigen. Nachfolgend wird die Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe dargestellt, die eben die Grundlage für die Unterstützung in Lisas Alltag bildet. Um Lisa die bestmögliche Hilfestellung zu bieten, wird ein Konzept der sozialen Arbeit vorgestellt, wobei verschiedene Professionen einbezogen werden. Ein weiterer wichtiger Schritt zu einem geregelten Alltag sollte der Beginn einer Traumatherapie sein, welche im Kapitel (6.3.) beschrieben wird und die Vernetzung zwischen Traumatherapie und Traumapädagogik, welche im letzten Kapitel dargestellt wird (6.4.).

6.1. Kinder- und Jugendhilfe

Die Kinder- und Jugendhilfe ist im achten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB VIII) gegliedert, welche u.a. die Hilfe zur Erziehung und staatliche Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe umfasst. Das SGB VIII hilft Kindern und Jugendlichen in Notsituationen; es bietet ihnen dabei nicht nur Schutz, sondern auch deren Eltern. Denn die Jugendämter sollen den Erziehungsberechtigten dabei helfen, nach dem Wohl des Kindes zu handeln. (vgl. BMFSJ Kinder- und Jugendhilfe 2014, 13 f.)

Jeder Jugendliche hat das Recht, seine Entwicklung zu fördern, um sein Leben eigenständig zu bewältigen. Wird dies nicht hinreichend von den Eltern unterstützt, sollen staatliche Institutionen wie die Kinder- und Jugendhilfe eingreifen. Letztere soll einem jungen Menschen eben dabei helfen, sich optimal und zu einem eigenständigen Individuum zu entwickeln. Dies bildet die Grundlage und gibt das Ziel vor sein Leben so selbstständig wie möglich zu bewältigen. Kinder und Jugendliche sollen sich in die Gesellschaft integrieren, um gleiche Lebenschancen wie alle anderen zu erhalten. Junge Menschen sollen gefördert werden, wenn Gefahr für sie besteht, geschützt werden, aber zugleich soll auch ein positiver Lebensraum geschaffen werden, worin sie sich wohlfühlen. (vgl. Stascheit 2017, 111)

Lisa wird im Rahmen der Jugendhilfe gemäß § 34 SGB VIII betreut, seit sie 17 Jahre alt ist. Anhand ihres Falls wird deutlich, dass sie mehrfach unter belastenden

Ereignissen und Situationen gelitten hat und immer noch leidet (vgl. Kapitel 5.1., 5.2. & 5.3.). Um ihr dabei zu helfen, diese belastenden Situationen bestmöglich zu bewältigen, muss vonseiten des Jugendamtes eine Unterstützungsleistung stattfinden und eine angemessene Struktur für das weitere Vorgehen erstellt werden. Diese Hilfestellung bietet das Case-Management, welches im nachfolgenden Kapitel dargestellt wird.

6.2. Case-Management

Case-Management, auch Unterstützungsmanagement genannt, ist eine seit Ende der 1990er Jahre erstmals vom Sozialarbeiter W. R. Wendt in Deutschland angewendete Arbeitsform der sozialen Arbeit. Die Case-Manager sind Sozialarbeiter, die mit dem Konzept des Case-Managements den Klienten die bestmögliche Hilfestellung bieten wollen. Im Fokus dieser Tätigkeit stehen der Fall eines Menschen und die bestmögliche Bearbeitung dieses Falls. Im Rahmen der Fallbearbeitung hat beim vorliegenden Beispiel das fallbezogene und personale Netzwerk von Lisa (vgl. Kapitel 5) eine große Bedeutung, diese werden als sozioökologische Ressourcen verstanden, welche wieder aktiviert bzw. hergestellt werden sollen. Das fallbezogene und personale Netzwerk bzw. die sozioökologischen Ressourcen werden im Kapitel 6.2.2 näher erläutert. (vgl. Neuffer 2013, 12) Darüber hinaus soll das Case-Management eine Hilfe anbieten, die nicht das Leben des Klienten steuert, sondern minimal in die vorhandene und vertraute Lebenswelt eingreift. Die eigenen Ressourcen und das soziale Netzwerk bilden bezüglich der Hilfen die Ausgangspunkte. Um die dabei im Vorfeld herausgearbeiteten Ziele (vgl. 6.2.3.) zu erreichen, sollten hierbei verschiedene Menschen bzw. Professionen wie Eltern, Therapeuten und Schule zusammenarbeiten. Beim Case-Management besteht eine laufende verantwortliche Beziehungs- und Koordinierungsarbeit, die den Klienten Lösungen, einen Anlaufpunkt und die notwendige Hilfe in Form von verschiedenen Dienstleistungen bietet. (vgl. Neuffer 2013, 21 f.)

Das Konzept des Case-Managements hat einen prozesshaften Verlauf, bestehend aus folgenden fünf Phasen: Intake, Assessment, Ziel- und Hilfeplanung, Umsetzung und Monitoring und Beendigung der Unterstützung (vgl. Kollak/Schmidt 2016, 10). Im Fall von Lisa wird der betreuende Sozialpädagoge in ihrer Jugendhilfeeinrichtung als Case-Manager verstanden. Die zuvor genannten fünf Phasen werden in den Kapiteln 6.2.1. bis 6.1.2.5. auf den Fall von Lisa übertragen. Dabei wird der Prozess des

Case-Managements, aufgrund der Datenlage, erst nach ihrem Aufenthalt in der stationären psychosomatischen Klinik angewendet (vgl. Kapitel 5.2.).

6.2.1. Intake

Unter dem Intake (zu dt. Aufnahme) wird im Hinblick auf den Klienten die sogenannte Klärungshilfe und Erstberatung verstanden. In dieser ersten Phase des Case-Managements muss Öffentlichkeitsarbeit betrieben werden, um die Klienten zu erreichen. Zusätzlich können andere Berufsgruppen wie z.B. Lehrer, Ärzte oder verschiedene Vereine den Klienten dabei helfen, die notwendigen Kontakte herzustellen. (vgl. Neuffer 2013, 74)

In der Phase des Intakes spielt das Engagement des Case-Managers eine große Rolle, denn durch seine Tätigkeit und sein Engagement soll eine vertrauensvolle Brücke zum Klienten aufgebaut werden. Dieses Engagement beinhaltet außerdem, dass für den jeweiligen Klienten und seine spezifischen Probleme die optimale Einrichtung gefunden wird. (vgl. Neuffer 2013, 74)

Im Fall von Lisa wird deutlich, dass die erste Phase des Case-Managements bereits vorbei ist. Sie wurde durch die Klinik, in der sie stationär war, auf eine Wohngruppe aufmerksam. Daher hatte Lisa bereits einen Erstkontakt und Erstgespräche mit einem Sozialarbeiter, wodurch sie einen Platz in der Wohngruppe erhalten hat (vgl. Kapitel 5.2.).

6.2.2. Assessment

In der zweiten Phase, der Phase des Assessments (zu dt. Bewertung), erfolgt eine Problem- und Ressourcenanalyse bezüglich der jeweiligen Situation des Klienten. Dabei werden familiäre und umfeldbezogene Faktoren, die biografischen Aspekte, die zu der jeweiligen Problemlage geführt haben (vgl. Kapitel 5.1.), und die bestehenden Lösungsversuche erfasst. Darüber hinaus wird in dieser Phase untersucht, welcher Hilfebedarf im jeweiligen Fall vorliegt, um weitere Maßnahmen zu treffen. (vgl. Kollak/Schmidt 2016, 11) Nachfolgend werden die Problemlagen und Ressourcen in den jeweiligen Lebensbereichen wie der Schule und dem Umfeld von Lisa dargestellt.

Lisas größte Sorge, aber auch ihr größter Wunsch ist es, die allgemeine Hochschulreife zu erlangen, da sie die hohen Erwartungen ihrer Familie erfüllen möchte. Der

daraus resultierende Druck hemmt jedoch die Leistungen von Lisa im Schulalltag, woraus die erläuterte Anspannung und die emotionalen Zusammenbrüche resultieren. (vgl. Kapitel 5.3.) Dadurch ist der Schulalltag für Lisa mit vielen Schwierigkeiten verbunden. Jedoch ist sie in Bezug auf die sozioökonomischen Ressourcen, wie die Schule, sehr engagiert sowie motiviert und verfolgt daher beharrlich ihre Ziele. Sie hat bereits den Realabschluss erhalten und lebt in einer Wohngruppe laut § 34 SGB VIII (vgl. Kapitel 5.1 & 6.1).

Lisa hat, wie erwähnt, Probleme in ihrem familiären Umfeld: Weder zu ihrem Vater noch zu ihrer Schwester besteht noch Kontakt (vgl. Kapitel 5.1.). Zu ihrer Mutter hat Lisa seit dem Auszug ein besseres Verhältnis aufgebaut, dennoch ist dieses aufgrund der Meinungsverschiedenheiten gelegentlich angespannt. Lisa hat trotzdem den Wunsch, ein aufgeschlossenes Verhältnis zu ihrer Mutter und die Möglichkeit zu haben, mit ihr klärende Gespräche zu führen (vgl. Kapitel 5.3.). Ein weiteres Problem in Lisas weiterem Umfeld bilden die Verwandten ihrer Mutter, die außerhalb von Deutschland wohnen und enormen Druck aufbauen sowie zu hohe Erwartungen an sie haben. Lisas Problem besteht darin, diesen Erwartungen gerecht werden zu wollen (vgl. Kapitel 5.3.).

Die familiären Ressourcen stellen für Lisa insofern nicht den gewünschten Halt oder die nötige Unterstützung dar, die sozioökologischen Ressourcen kompensieren dies jedoch teilweise und liefern dadurch den gewünschten Halt. Unter den sozioökologischen Ressourcen werden die personalen Netzwerke verstanden, dazu zählen vorliegend der Freundeskreis, die Betreuer der Wohngruppe und die Wohngruppe selbst. Lisa verfügt dadurch über einen konstanten, sicheren Freundeskreis, der sie stützt und ihr einen gewissen Halt gibt. Die Wohngruppe unterstützt sie zugleich dabei, den Alltag zu bestreiten und neue Beziehungen zu knüpfen. Durch diese Ressourcen fühlt sich Lisa im Alltag nicht allein gelassen, sondern kann zu jeder Zeit auf die geknüpften Beziehungen zurückgreifen. Die Sicherheit dieser Gruppe ist eine wichtige Ressource für Lisa, denn sie hat in ihrer Vergangenheit keine sicheren Beziehungen aufbauen können (vgl. Kapitel 5.1). Die Sicherheit durch ihre Wohngruppe und die Betreuer bietet ihr haltgebende Strukturen und hilft ihr dabei, in weiteren Reflexionsrunden ihre Wünsche, Bedürfnisse und Schwierigkeiten zu kommunizieren sowie dadurch diese selbst zu erkennen (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 83). Jedoch bestehen dort auch

gewisse Schwierigkeiten, wie aufgrund der engen Beziehung zu der in Kapitel 5.3 erwähnten Mitbewohnerin.

Zugleich besitzt Lisa viele persönliche Ressourcen: Sie hat eine humorvolle Art, was ihr dabei hilft, schnell Freundschaften zu schließen (vgl. Kapitel 5.3.). Außerdem wird – ebenfalls in Kapitel 5.3 – ersichtlich, dass Lisa wertvolle Beiträge in den Gruppensitzungen liefert, was eine Kommunikationsfähigkeit erkennen lässt, die ihre Mitmenschen wertschätzen. Eine weitere Bereicherung und Motivationsfähigkeit für Lisa ist der Sport im Fitnessstudio. Dadurch kann sie ihre Anspannung, die sich durch die Schule und den alltäglichen Stress aufbaut, senken, wodurch sie sich ausgeglichener fühlt. Dies sollte sie beibehalten, um eine Balance zwischen Anspannung und Entspannung im Alltag zu schaffen. Außerdem könnte es Lisa helfen, ressourcenorientierte Stressbewältigungstechniken zu erlernen, z. B. durch das Führen von Emotionsprotokollen. In einem solchen Protokoll soll versucht werden, die eigenen Gefühle zu erkennen und zu benennen. Die Regulierung der Emotionen soll innere Sicherheit und Stabilisierung gewährleisten. Dies ist erforderlich, um das Kontrollvermögen, die Handlungskompetenz im Alltag und die Betreuungsprozesse zu ermöglichen. (vgl. Tiefenthaler et al. 2016, 179 f.)

Nachfolgend wird die nächste Phase des Case-Managements und damit die Ziele definiert. Dies erfolgt, um Maßnahmen zu gestalten, die Lisa dabei helfen sollen, ihren weiteren Lebensweg so selbstständig wie möglich zu gestalten.

6.2.3. Ziel- und Hilfeplanung

Die Ziele sind ein wichtiger Auftrag des Case-Managements, sie helfen dabei, die verschiedenen Sichtweisen der Klienten im Hinblick auf die Zukunftsziele zu beachten, und bieten eine Vorgehensweise für das weitere professionelle Handeln (vgl. Neuffer 2013, 70). Durch die Phase des Assessments wird die Grundlage der Ziel- und Hilfeplanung geschaffen werden. Im weiteren Prozessverlauf werden Ziele als Meilensteine definiert, um daraus resultierend eine Hilfeplanung zu realisieren. (vgl. Kollak/Schmidt 2016, 21) Die Ziele dienen dabei zum einen der Reflexion der bis jetzt unternommenen Hilfemaßnahmen, zum anderen dem Verständnis beim Vorgehen und helfen den Klienten dabei, eine Motivation zu schaffen, um Erstere zu erreichen (vgl. Neuffer 2013, 107).

In dieser Phase soll eine Übersicht geschaffen werden, welche die Bedürfnisse von Lisa aufnimmt sowie dabei die gesundheitlichen, sozialen und ökonomischen Aspekte beachtet. Anhand von Lisas Fall ist deutlich zu erkennen, dass nicht nur pädagogische und therapeutische Maßnahmen für die Besserung ihres Zustandes ausschlaggebend sind, sondern auch und gerade die sozioökologischen sowie -ökonomischen Ressourcen (vgl. Kapitel 5).

Wie in Kapitel 5.2 beschrieben, hat Lisa große Angst davor, über ihre Vergangenheit zu sprechen, denn sie schämt sich dafür. Sie hat in der Vergangenheit die ambulante Psychotherapie aufgrund ihrer Angst und Scham abgebrochen. Ein längerfristiges Ziel von ihr ist eine Fortsetzung der Psychotherapie bzw. der Beginn einer Traumatherapie. Sie sollte durch den Case-Manager Unterstützung bei der Therapeutensuche sowie eine Begleitung zu den Terminen erhalten, was ihre Angst und Scham verringern könnte.

Eine wichtige Rolle bei dem Case-Management kommt der Elternarbeit zu, denn diese soll eine Erleichterung für die Beziehung von Lisa zu ihrer Mutter erzielen. Durch die Traumata, die Lisa erlebt hat (vgl. Kapitel 5.1.), ist es für sie umso schwieriger, unbelastet auf ihre Mutter zuzugehen. Deshalb sollte beiden nicht zugemutet werden, diese Herausforderung allein anzugehen. Um die Elternarbeit bzw. eine positive Beziehung zu ihrer Mutter voranzutreiben, sollte hierfür ein gemeinsames oder ein Einzelgespräch vereinbart werden, ganz so, wie Lisa sich das wünscht. Dabei sollte ebenfalls auf die Wünsche und Bedürfnisse der Mutter im Hinblick auf das Gespräch eingegangen werden, um eine bestmögliche Zusammenarbeit zu realisieren. Denn oft sind Eltern von traumatisierten Kindern bzw. Jugendlichen in Bezug auf ihre Taten bzw. unterlassene Hilfeleistung voller Scham- und Schuldgefühle, weshalb es ihnen möglicherweise schwerfällt, sich gegenüber dem Kind und dem Case-Manager zu öffnen und Erziehungsfehler einzugestehen. Zusätzlich muss ein gewisses Bewusstsein bei den Bezugspersonen bestehen, um solche Fehler sich eingestehen zu können. (vgl. Baierl 2014, 109) Bei der traumapädagogischen Arbeit, aber auch der Traumatherapie hilft oftmals eine Psychoedukation. Diese dient der Aufklärung der Klienten, aber auch den Angehörigen, um die Verhaltensweisen der Klienten besser nachvollziehen zu können (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 126). In Kapitel 5.2 wird ersichtlich, dass Lisas Mutter kein Verständnis für die psychische Erkrankung von Lisa hat. Psychoedukation kann

dazu dienen, dass Lisas Mutter ein Verständnis für die psychischen Störungen von Lisa erlangt. Dies könnte die Grundlage einer besseren Beziehung bilden, in der Lisas Mutter ihrer Tochter vor anderen Menschen sowie ihren Angehörigen schützt (vgl. Kapitel 5.3.). Eventuell würde in diesem Fall auch eine Familientherapie helfen, dies wäre jedoch eine nachgelagerte Option, denn die Traumatherapie sollte für Lisa Vorrang haben. Da Lisa oft voll Wut und Enttäuschung von den Treffen mit ihrer Mutter zurückkehrt (vgl. Kapitel 5.3.), sollte nachgelagert zu einem solchen Treffen stets ein Reflexionsgespräch stattfinden. Diese Reflexion soll Lisa dabei helfen, ihre eigenen Verhaltens- und Reaktionsweisen zu erkennen sowie besser zu verstehen. Des Weiteren sollte Lisa durch die Einzeltherapie, welche in der Einrichtung, der Wohngruppe, angeboten wird, lernen, ihre eigenen Bedürfnisse zu kommunizieren und damit die eigenen Wünsche stärker in den Mittelpunkt zu stellen.

Weitere Ziele von Lisa sollten das Erkennen der eigenen Ziele und die Abgrenzung von Fremdbestimmung sein (vgl. Kapitel 5.3.). Dieses Ziel kann dann erreicht werden, wenn eine Stärkung von Lisas Selbstwirksamkeitserleben erfolgt. Die Psychoedukation verhilft ihr im Idealfall zu einer größeren Selbstakzeptanz, um ihrem negativen Selbstbild entgegenzusteuern und ihre Selbstbemächtigung zu fördern. (vgl. Hoffmann/Besser 2019, 176) Die Selbstbemächtigung dient dazu, besser mit der Symptomatik, d. h. mit den Impulskontrollschwierigkeiten, dem fassadären Auftreten und der abstinenter Lebensführung (vgl. Kapitel 5), umzugehen. Außerdem spielt die Identitätsentwicklung in Bezug auf die Schule eine wichtige Rolle. Dies kann geschehen, indem Lisa ihre sozioökologischen Ressourcen und die damit verbundene Unterstützung vor Augen geführt werden. Lisa ist nur gegenüber der Wohngruppe, ihren Freunden und den Betreuern authentisch, auch dadurch wurde sie schnell in die Wohngruppe aufgenommen und dort eingebunden. Trotz dessen erzählt Lisa ihren Freunden und der Wohngruppe ungern etwas aus ihrer Vergangenheit. Lisa sollte verdeutlicht werden, dass ihr Umfeld sie aufgrund ihres Charakters wertschätzt. Innerhalb der Wohngruppe kann sie authentisch, d. h. ganz sie selbst sein und wird dafür gemocht. Diese positive Erfahrung sollte in einem Gespräch hervorgehoben werden, sodass Lisa das nötige Selbstvertrauen erlangt, bspw. auch in der Schule und/oder bei der Familie ihrer Mutter ganz sie selbst zu sein, und im Idealfall nicht mehr das Gefühl hat, dort eine Rolle spielen zu müssen (vgl. Kapitel 5.3.).

Lisa sollte weiterhin eine abstinente Lebensführung aufrechterhalten. Um dies beizubehalten, hilft es, Abstinenz und Verlangen zu thematisieren und alternative Entlastungsmöglichkeiten, wie den Sport, als persönliche Ressource auszuwählen bzw. beizubehalten (vgl. Kapitel 5.3.).

In Kapitel 5.3 wird ersichtlich, dass Lisa ihre eigenen Verhaltensmuster besser erkennen sollte, hierfür sind im Nachhinein eine Spiegelung und Reflexion der Gruppensitzung notwendig. Dadurch kann Lisa ihr eigenes Verhalten verdeutlicht und für sie nachvollziehbar thematisiert werden. Um ihre Impulse und Eifersucht in Bezug auf die Mitbewohnerin und ggf. auch andere Mitmenschen zu regulieren, sollte ein Nähe-und-Distanz-Konzept⁴ entwickelt werden, um eine gesunde Beziehung herzustellen.

Lisa schämt sich für ihre Vergangenheit und will weder der Wohngruppe davon berichten noch will sie mit jemand anderem darüber sprechen (vgl. Kapitel 5.3.). Das Ziel diesbezüglich sollte sein, Lisa verstehen zu geben, dass sie keine Schuld an ihrer Vergangenheit hat und deshalb auch keine Scham vor ihrer Vergangenheit haben muss. Zusätzlich sollte ihr klargemacht werden, dass viele andere Menschen von einer ähnlichen Vergangenheit betroffen sind und sie dementsprechend nicht allein ist. Dadurch sollten das Traumatheuma und das Thema der Gewalt enttabuisiert werden. Lisa sollte verdeutlicht werden, dass Gewalt ein generelles gesellschaftliches Problem ist und dass eine Vielzahl von Menschen darunter leiden. Durch diese Enttabuisierung sollen die Scham und die Schuldgefühle entsprechender Kinder und Jugendlicher verringert werden. Ihnen sollte aufgezeigt werden, dass nicht nur sie betroffen sind und gewiss nicht sie für das Trauma verantwortlich sind. Außerdem soll ihnen eine Möglichkeit geboten werden, offen über die traumatischen Erfahrungen zu sprechen. Das offene Gespräch über Traumata sind die Kinder und Jugendlichen nicht gewohnt, denn sie müssen die Traumatisierung aufgrund der Unterdrückung der Täter meist geheim halten, wie dies auch bei Lisa der Fall war. (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 130) Dies kann z. B. ein generelles Thema einer Gruppensitzung sein, welches die Sozialpädagogen bzw. der Case-Manager ansprechen sollten.

⁴ Unter Nähe wird das sogenannte „sich Einlassen und Verstehen“ in Bezug auf das emotionale, räumliche und soziale Verhältnis unter den Menschen verstanden. Die Distanz beschreibt den sogenannten Freiraum zu geben oder sich selbst vor physischen und psychischen Verletzungen zu schützen.

Das Ziel des allgemeinen Hochschulabschlusses hat für Lisa die größte Priorität; um sie dabei zu unterstützen, sollten entlastende Gespräche geführt werden. Darüber hinaus sollten Alternativen als Option betrachtet werden, falls es nicht zu dem geplanten Schulabschluss kommt. Lisas Schule bietet viele Alternativen bezüglich eines Abschlusses an. Außerdem wäre es sinnvoll, dass sich Lisa eine Nachhilfe suchen würde, um mehr Unterstützung für die schulischen Leistungen zu schaffen. (vgl. Kapitel 5.3.)

Durch die Auflistung der Ziele wird deutlich, dass Lisa verschiedene Bedürfnisse und Wünsche hat. Deshalb sollte ein Hilfeplan entwickelt werden, woran sich Lisa beteiligen soll. Außerdem entsteht durch den Case-Manager eine personenbezogene Netzwerkarbeit, wodurch die Ressourcen im Umfeld aktiviert und in die Hilfeplanung integriert werden. Wie in Lisas Fall deutlich wird, braucht sie Hilfe von verschiedenen Professionen. Dementsprechend sollten die Teilnehmer der Hilfeplanung aus verschiedenen Institutionen wie Schule, Jugendamt und/oder Therapeut stammen, um eine ganzheitliche Hilfestellung zu bieten. Dies kann nicht allein von der Schule oder der Wohngruppe erfüllt werden.

Im Fall von Lisa ist es wichtig, dass sich in Fachkonferenzen verschiedene Professionen, wie Traumatherapeut, Lehrer, das Jugendamt und der Case-Manager zusammensetzen sowie den Hilfeverlauf und die -maßnahmen besprechen. Die Mutter spielt ebenfalls eine große Rolle in Lisas Leben (vgl. Kapitel 5), jedoch sollten hier vorerst Einzel- oder Dreiergespräche erfolgen, um diese nicht zu stark mit der Situation zu belasten. Bei diesem Hilfeplangespräch werden vorher die Fallsituation von Lisa und die Ziele der Konferenz erläutert. Außerdem werden die Hilfebedarfe sowie Wünsche vorgestellt und die anderen Professionen bringen dabei ihre Sichtweise ein. Die Ziele, die vorher aufgestellt werden, werden dabei überprüft, zum Teil verändert oder bestätigt. Alle beteiligten Personen definieren die aus ihrer Sicht geeigneten Bewältigungsmaßnahmen für die jeweilige Problemlage und es werden Absprachen über weitere Hilfeplangespräche getroffen. Am Ende eines Hilfeplans ist es wichtig, die nachfolgenden Hilfeplangespräche zeitlich festzulegen, um in festen Abständen den Hilfeprozess regelmäßig gemeinsam zu überprüfen und zu reflektieren. (vgl. Neuffer 2013, 74)

6.2.4. Umsetzung und Monitoring

Wie bei der Ziel- und Hilfeplanung in Kapitel 6.2.3. erwähnt, sollten die verschiedenen Bereiche der professionellen Helfer vernetzt werden. Diese Hilfeprozesse müssen gesteuert und begleitet werden, worunter Monitoring verstanden wird. Dabei wird betrachtet, ob die Planung, die im Hilfeplangespräch erstellt wurde, eingehalten werden kann, dadurch eine Überforderung für Lisa entsteht und/oder ob die Fachlichkeit der Hilfemaßnahmen in Bezug auf die Erfüllung von Lisas Zielen genügt. (vgl. Neuffer 2013, 133)

Der Case-Manager ist demnach die Anlaufstelle bei Problemen, positiven Ereignissen und/oder Veränderungen von Lisa. Darüber hinaus muss überwacht werden, ob die Hilfen im Unterstützungsprozess, die Lisa von den verschiedenen Professionen erhält, eine hinreichende Deckung ihrer Bedürfnisse garantieren oder ob es Schwierigkeiten mit Lisa innerhalb des Hilfeprozesses gibt. Des Weiteren muss kontrolliert werden, ob die Hilfen in den Zeiträumen, die vorher besprochen wurden, erbracht werden können und ob diese ausreichen, um die definierten Ziele zu erreichen. (vgl. Kollak/Schmidt 2016, 23) Nach dem ersten Hilfeplangespräch entstehen weitere Hilfeplangespräche mit Lisa, in denen deren Erfahrungen mit den verschiedenen Professionen offen angesprochen werden. Falls Lisa nicht dazu in der Lage ist, ihre entsprechenden Erfahrungen offen darzustellen, übernimmt dies der Case-Manager. Die Ziele werden dabei kontrolliert, bestätigt oder neu ausgeführt. Zudem wird analysiert, ob die jeweiligen Hilfestellungen noch notwendig und relevant sind, falls dies nicht der Fall ist, werden diese eingestellt oder in passender Weise ersetzt.

Ein Ziel des sozialpädagogischen Arbeitsfeldes sollte sein, maximale Sicherheit für Lisa herzustellen, dementsprechend sollte ihr ein gewisser Schutz angeboten werden, dies ist ebenfalls ein wichtiger Schritt in der Traumapädagogik (vgl. Kapitel 6.4.) Menschen, die traumatische Erfahrungen (vgl. Kapitel 2) hatten, leben meist in ständiger Furcht und Verunsicherung. Ihre Umgebung wird von ihnen als gefährlicher Ort erlebt und deshalb ist es enorm wichtig, auch für Lisa einen sicheren Ort zu schaffen. Ein solcher Ort wird nicht nur von den pädagogischen Mitarbeitern entwickelt, sondern auch durch die strukturgebenden Instanzen wie z.B. die Schule und den Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 83) Außerdem sollte eine

Unterstützung bei der Entwicklung von sicheren Bindungen erfolgen, denn traumatisierte Menschen kennen meist keine sicheren Bindungen (vgl. Kapitel 4). Ein sicheres Bindungserlebnis ist zugleich jedoch der Grundbaustein für Lern- und Entwicklungsprozesse (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 73).

Eine Zusammenarbeit des Case-Managers mit der Schule ist für Lisa ein wichtiger Aspekt. In der Schule sollte die Sicherheit der Schüler im Vordergrund stehen und dementsprechend ein sicherer Ort für sie bestehen. Darüber hinaus sind das Wissen und Verständnis der Lehrkräfte für komplex traumatisierte Kinder und Jugendliche von großer Bedeutung für die angemessenen Hilfemaßnahmen. Die Lehrer sollten verstehen, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche besondere Unterstützung benötigen und erst die Selbstbemächtigung bzw. Selbstregulation (vgl. Kapitel 6.2.3.) erlernen müssen, um sich effektiv mit schulischen Inhalten beschäftigen zu können. Fortbildungen zum Thema „traumatisierte Kinder und Jugendliche“ könnten Lehrern dabei helfen, traumatische Verhaltensweisen zu erkennen und entsprechend adäquat darauf zu reagieren. Aus diesem Grund ist es auch wichtig, dass Lehrkräfte darüber in Kenntnis gesetzt werden, wenn bzw. dass Schüler in Jugendhilfeeinrichtungen leben oder spezielle Unterstützung erhalten, um ihren Alltag zu meistern. (vgl. Möhrlein/Hoffart 2017, 96) Ein Austausch zwischen beiden Institutionen – Schule und Kinder- und Jugendhilfe – sollte regelmäßig stattfinden, dies könnte auch in Form von Hilfeplankonferenzen durchgeführt werden. In Lisas Fall wäre ein offenes Gespräch mit den Lehrkräften und dem Case-Manager von Vorteil, um eventuell Alternativen im Hinblick auf ihren schulischen Abschluss zu finden (vgl. Kapitel 5.3.).

6.2.5. Beendigung der Unterstützung

Die Beendigung der Unterstützung ist die fünfte und letzte Phase des Case-Managements. Dabei wird analysiert, wie erfolgreich die theoretischen Hilfeplanungen und praktischen Hilfestellungen waren, um die aufgestellten Ziele zu erreichen. Anhand verschiedener Fragen soll dabei reflektiert werden, ob der Klient aus Sicht des Case-Managers fortan dazu in der Lage ist, die Versorgung für sich selbst zu übernehmen. Das Ziel des Case-Managers ist erreicht, wenn der Klient seinen eigenen Versorgungsprozess übernehmen kann und Ersteren demnach nicht mehr benötigt. Im Fall von Lisa bedeutete dies eine Beendigung der Hilfe zu Erziehung laut § 34 SGB VIII. Durch die Aussicht auf die Beendigung der Hilfe kann es bei Lisa zu Ängsten kommen,

da sie nie eine sichere Bindung hatte und diese neu aufgebaute Bindung zu ihren Betreuern bzw. zum Case-Manager daher vermutlich ungern aufgeben möchte (vgl. Kapitel 5). Um diese Angst und Unsicherheit zu mindern, ist ein lösungsorientiertes Gespräch notwendig. Außerdem hilft ein regelmäßiges Nachgespräch, um fortan die Hilfeleistungen auf Distanz zu gewährleisten. In diesem Gespräch sollten Erfolge, Krisen und Konflikte besprochen werden; dadurch erkennt der Case-Manager im Idealfall rechtzeitig, ob ein erneuter Hilfebedarf besteht, und kann, wenn nötig, frühzeitig entsprechend eingreifen. (vgl. Neuffer 2013, 139)

Wie in dem Konzept des Case-Managements in den Kapiteln 6.2.1. bis 6.2.4 erläutert, ist eine Traumatherapie für Lisa ein wichtiges Ziel. Sie hat bislang nicht hinreichend gelernt, mit ihren Traumata im Alltag konstruktiv umzugehen, und deshalb ist es perspektivisch dringend notwendig, eine entsprechende therapeutische Auseinandersetzung mit den von ihr erlebten Traumata (vgl. Kapitel 5.1.) zu gewährleisten. Aufgrund der Wichtigkeit bezogen auf das Fallbeispiel aber auch der allgemeinen Traumabewältigung wird im nachfolgenden Kapitel 6.3 die Traumatherapie und deren drei Phasen dargestellt. Darüber hinaus findet in Kapitel 6.4 eine explizite Verknüpfung zwischen der ambulanten Traumatherapie und der Traumapädagogik in Bezug auf den Fall von Lisa statt.

Die therapeutischen Maßnahmen haben in Lisas Fall ebenfalls eine große Bedeutung und werden deshalb ausführlich im nachfolgenden Kapitel 6.3 erläutert und auf den Fall von Lisa angewendet.

6.3. Traumatherapie

Kinder und Jugendliche, die traumatisiert worden sind, haben meist erhebliche Probleme damit, neue stabile Beziehungen zu knüpfen und/oder sich angemessen darauf einzulassen. Meist folgen Schwierigkeiten mit der Regulation von Nähe und Distanz sowie eine große allgemeine Vorsicht in Bezug auf Personen. Dementsprechend spielt die therapeutische Beziehung eine wichtige Rolle für die Traumatherapie, denn solche Kinder und Jugendlichen müssen sich in der Traumatherapie sicher fühlen und dem Therapeuten Vertrauen schenken. Dies bildet die Grundlage dafür, dass die Betroffenen angemessen von den verletzenden Traumata berichten können. Besonders vielfach traumatisierte Kinder und Jugendliche benötigen viel Zeit, um sich auf den

Therapeuten einzulassen, da ihr Bindungssystem beeinträchtigt ist. Erstere prüfen oftmals die Belastbarkeit der therapeutischen Beziehung und stellen diese auf Probe. (vgl. Landolt 2012, 122) Traumatisierte Kinder und Jugendliche sind früh mit einem Verlust der Kontrolle über ihr eigenes Leben konfrontiert; dadurch kommt der sicheren therapeutischen Beziehung eine wichtige Rolle zu, da sie die Grundlage für die Wiedererlangung der Kontrolle des Patienten über die Lebenssituation und der Selbstbemächtigung bildet (vgl. Hofmann/Besser 2019, 176). Wie in Kapitel 5.2 zu erkennen ist, hat Lisa die ambulante Psychotherapie abgebrochen und sich dadurch noch nie therapeutisch mit ihren Traumata auseinandergesetzt. Somit kann davon ausgegangen werden, dass es ihr schwerfallen wird, sich dem Therapeuten direkt zu öffnen. Jeder Patient bringt Misserfolge, Misstrauen und Verluste mit sich, die er im Laufe seines Lebens erlebt hat und diese in die Therapie ein. Die defensiven Formen der unsicheren Bindung – Vermeidung, Ambivalenz und Desorganisation (vgl. Kapitel 3.4.) – werden in Bezug auf den Therapeuten ins Spiel gebracht. Vor diesem Hintergrund ist es für den Therapeuten in dem Fall schwierig, eine sichere Basis zu schaffen, denn der Patient kann bei der Therapie in seine Gewohnheitsmuster verfallen (vgl. Kapitel 5.3.). Der Therapeut muss versuchen, vorsichtig auf die Gefühle des Patienten einzugehen, und sich darauf einlassen, damit sich der Patient seinen eigenen Gefühlen stellen kann. Wenn sich der Patient darauf einlässt, beginnt er damit, eine innere sichere Basis aufzubauen, d. h. eine Möglichkeit, um mit seinen Problemen konstruktiv umzugehen und bei Bedarf um Hilfe zu bitten. Dadurch nimmt die Funktion des Therapeuten im Idealfall im Laufe der Zeit immer weiter ab, bis die Phase des Abschlusses (vgl. Kapitel 6.3.3.) erreicht ist. (vgl. Landolt 2012, 123) Wenn sich die Therapie dem Ende zuneigt, ist der Patient im Idealfall besser dazu in der Lage, sicher gebundene Beziehungen zu seinen Mitmenschen aufzubauen, und fühlt sich in sich selbst sicherer. In dem Maße, wie die konkrete Bindung an den Therapeuten abnimmt, werden die Qualitäten der Selbstreaktion und der Selbsteinstellung des Betroffenen fester verankert. (vgl. Holmes 2014, 374 f.)

Die Traumatherapie umfasst folgende drei Phasen: Stabilisierung, Traumabearbeitung und die Integration der Traumata in die Lebenswelt, die in den folgenden Kapiteln 6.3.1. bis 6.3.3. erläutert werden. Die meisten Therapieverfahren benutzen dieses Schema, dabei können jedoch Abweichungen bei der zweiten Phase bestehen. (vgl. Landolt 2012, 123 f.)

6.3.1. Stabilisierung

Erst einmal sollte ein Kind oder Jugendlicher hinreichend psychisch, körperlich und sozial stabil sein, um eine psychotherapeutische Traumabearbeitung zu beginnen, und dabei sollte zugleich eine stabile therapeutische Beziehung vorhanden sein. Diese Faktoren sind eine wichtige Voraussetzung, um sich mit dem traumatischen Erlebnis auseinanderzusetzen. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist die Aktivierung der Ressourcen des Kindes oder des Jugendlichen (vgl. Kapitel 6.2.2.). Der Zeitpunkt der Stabilisierung ist immer unterschiedlich. (vgl. Landolt 2012, 124)

Bei der körperlichen Stabilisierung geht es darum, dass körperliche Schäden die Traumatherapie nicht beeinflussen. Eine Traumatherapie kann erst dann erfolgen, wenn der Betroffene körperlich stabil ist. Dies ist bei Lisa der Fall, denn sie befindet sich in optimaler körperlicher Verfassung (vgl. Kapitel 5.3.).

Traumatisierte Kinder und Jugendliche neigen zu erhöhter Suizidalität und/oder schwerer Impulskontrollstörung (vgl. Kapitel 4.3 & 4.4). Aus diesem Grund sollte eine Stabilität zumindest teilweise vorhanden sein, um mit der Traumabearbeitung fortzufahren. Die Ich-Funktion der Kinder oder Jugendlichen sowie die Emotionsregulation sollten gestärkt werden. Dies kann durch verschiedene ressourcenorientierte Methoden, wie Tagebuchtechniken, imaginative Techniken und körperorientierte Verfahren sowie Techniken aus der Verhaltenstherapie wie Selbstsicherheits-, Angstbewältigungs- und Problemlösetrainings oder auch Verfahren aus der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) gelingen. (vgl. Landolt 2012, 125)

Im sozialen Bereich muss ein sicheres Beziehungsnetz bestehen, erst dann kann mit der Traumabearbeitung begonnen werden. In Lisas Fall liegt diese Stabilisierung vor, sie hat die Wohngruppe als sichere Basis, ihren Freundeskreis und die Betreuer, wie bei den sozioökologischen Ressourcen dargestellt (vgl. Kapitel 6.2.2.). Kontakt zum Täter sollte hingegen nicht mehr bestehen, dies ist bei Lisa ebenfalls nicht mehr der Fall (vgl. Kapitel 5.1.).

6.3.2. Traumabearbeitung

Verschiedene traumaspezifische Verfahren werden für die direkte Auseinandersetzung mit traumatischen Erlebnissen eingesetzt. Bei der Traumabearbeitung ist es das zentrale Ziel, das Alltagsbewusstsein wiederzuerlangen und seine psychischen Zustände bewusst zu steuern. In verschiedenen Behandlungsstudien für Erwachsene wurden folgende vier Methoden auch als effektiv, für Kinder- und Jugendliche nachgewiesen, um Traumata zu bearbeiten: Die analytisch-tiefenpsychologische Methode, das hypnotherapeutisch-imaginative Verfahren, das Eye Movement Desensitization and Reprocessing und die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie. (vgl. Hofmann/Besser 2019, 177).

Unter der analytisch-tiefenpsychologischen Methode, wird die Konfrontation des Klienten mit den traumatischen Ereignissen verstanden, dies ist mit der Spiel- oder Maltherapie möglich (vgl. Hofmann/Besser 2019, 177). Außerdem gibt es das hypnotherapeutisch-imaginative Verfahren, bei dem das Kind bzw. der Jugendliche vorerst durch eine Ressourcenaktivierung stabilisiert wird. Die imaginative Traumaexposition erfolgt durch einen Fernseh Bildschirm oder eine Kinoleinwand. In einem Trance-Zustand wird das traumatische Geschehen in der Therapie virtualisiert und bearbeitet. (vgl. Landolt 2012, 125) Ein weitere Methode der Traumabearbeitung ist das Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR, Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung). Diese Methode wurde 1989 von der US-amerikanischen Psychologin Francine Shapiro für erwachsene Traumaopfer entwickelt. Im Laufe der Zeit wurde die Methode überarbeitet und kann seit Mitte der neunziger Jahre auch bei Kindern und Jugendlichen angewendet werden. Beim EMDR sollen durch die zweiseitige Stimulation der Augenbewegung eine Strukturierung und Wiederherstellung der Traumata erfolgen, dies hilft bei der Verarbeitung der Traumata. (vgl. Böhm 2016, 5). Eine weitere Methode der Traumatherapie ist die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT), auf die in Kapitel 6.3.2.1 und 6.3.2.2 näher eingegangen wird. Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit, wird im folgenden Kapitel lediglich auf die Tf-KVT eingegangen, da diese Therapieform am besten zur vorliegenden Symptomatik von Lisa passt (vgl. Kapitel 5.2.). Im Vorwege ist zu beachten, dass Kinder und Jugendliche, die eine komplexe Traumafolgestörung haben, eine Kombination von verschiedenen Methoden erhalten sollten, um ihnen die besten Behandlungschancen zu ermöglichen. (vgl. Hofmann/Besser 2019, 178)

6.3.2.1. *Die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT)*

Diese Methode der Traumatherapie wurde für Kinder und Jugendliche mit einer Traumafolgestörung wie PTBS (vgl. Kapitel 4.4.) und deren Bezugspersonen entwickelt. Sie hat ihren Ursprung in den USA und wurde 1996 von den Psychiatern J. A. Cohen, A. P. Mannarino und E. Beblinger (2006, 2009) vorerst für die Behandlung von sexuell missbrauchten Kindern und Jugendlichen eingeführt. Ab 2006 wurden auch Kinder und Jugendliche mit dieser Therapie behandelt, die häusliche Gewalt (vgl. Kapitel 2.4.5.) oder andere traumatische Verletzungen durch ihre Bezugspersonen erlitten haben. (vgl. Sachser et al. 2016, 480)

Anhand einer Studie des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (von 2012-2015) ist ersichtlich, dass die Tf-KVT eine für Lisa geeignete Therapie sein könnte. Besonders hervorzuheben ist dabei der Faktor, dass diese Therapie auf diejenigen traumatischen Ereignisse fokussiert, die aufgrund des Handelns einer Bezugsperson geschehen sind. (vgl. Sachser et al. 2016, 484) Diese Gegebenheit ist in Lisas Fall vorhanden (vgl. Kapitel 5.1.). Außerdem könnte die Therapie aus dem Grund für Lisa hilfreich sein, dass sie sich nicht nur mit den von ihr erlebten Traumata auseinandersetzen sollte, sondern auch mit einem konstruktiven Umgang mit der posttraumatischen Belastungsstörung und der Borderline-Persönlichkeitsstörung (vgl. Kapitel 4.3. & 4.4.).

6.3.2.2. *Ablauf der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (Tf-KVT)*

Die drei Phasen der Tf-KVT werden mit der Abkürzung „P.R.A.K.T.I.C.E.“ beschrieben. Die Therapie findet in drei Phasen statt und die Therapiestunden verteilen sich gleichmäßig auf diese. In der ersten Phase der Therapie („P.R.A.K.“) geht es um die Stabilisierung und das Erlernen von Stressbewältigungsstrategien. Die zweite Phase beinhaltet die Veranschaulichung und das Nachbilden der traumabezogenen Gedanken, welches unter der Abkürzung („T.I.“) verstanden wird. Die letzte Phase („C.E.“) steht für die zukünftige Sicherheit sowie die Entwicklung und das Erlernen von Sicherheitsstrategien. (vgl. Sachser et al. 2016, 481) Wofür die Abkürzungen konkret stehen, wird in der nachfolgenden Abb. 2 aufgezeigt.



Abbildung 2: Komponenten der Tf-KVT (Sachser et al. 2016, 481)

In der ersten Phase soll eine Psychoedukation durchgeführt werden, wie dies in Kapitel 5.2 beschrieben wird. Der Therapeut sollte in dieser Phase explizit auf den Ablauf und die Wirksamkeit der Tf-KVT eingehen. Der Therapeut könnte von vornherein in der Hilfefokonzferenz (vgl. Kapitel 6.2.3.) verdeutlichen, dass er die Aufgabe der Psychoedukation übernimmt, weil dies ein fester Bestandteil der Therapie ist. Im weiteren Verlauf sollte ein Entspannungstraining durchgeführt werden. Darunter werden verschiedene Atemtechniken, Meditation und progressive Muskelrelaxation verstanden (vgl. Landolt 2012, 125).

Diese Techniken werden in der Therapiesitzung geübt und sollen auch in den Alltag integriert werden. Diese Techniken könnten Lisa in starkem Maße dabei helfen, z. B. nach einem stressigen Schultag zur Ruhe zu kommen, gegen die Anspannung zu wirken und sich durch die Atmung kognitiv abzulenken (vgl. Kapitel 5.3.). Außerdem werden in der Therapie Affektregulationsstrategien geübt. Lisa fällt es schwer, ihre Gefühle in Bezug auf ihre Mutter zu regulieren, wie es im Case-Management dargestellt wurde (vgl. Kapitel 6.2.2.). Die Strategien helfen ihr dabei, ihre Gefühlswahrnehmung und ihren Gefühlsausdruck besser zu bewältigen, z. B. durch Techniken des Gedankenstopps: Kommt es dazu, dass sich der Betroffene belastende Gedanken macht, kann dieser laut und/oder in Gedanken „Stopp“ rufen, um die Gedanken zu unterbrechen. Darüber hinaus sollten die Techniken der positiven Selbstinstruktion und Imagination angewandt werden. (vgl. Sachser et al. 2016, 482) Die positive Selbstinstruktion könnte Lisa dabei helfen, ihre Selbstzweifel, die aus dem Erfolgsdruck durch ihre Familie resultieren, abzuwenden und ein positives Selbstbild aufzubauen (vgl. Kapitel 5.3.).

Unter der kognitiven Bewältigung und Verarbeitung werden die Bedeutung von Gedanken und das Verhalten thematisiert. Die Kinder und Jugendlichen, die Traumata

erlebt haben, sollen lernen, schädliche Gedanken zu erkennen, zu stoppen und sich damit auseinanderzusetzen, um diese in positive Gedanken umzuwandeln. Dadurch soll ihnen beigebracht werden, dass der Patient selbst die Kontrolle über seine Gedanken hat. Dies ist eine wichtige Therapiekomponente für die Traumabearbeitung, aber auch eine sehr große Verantwortung für das Kind und den Jugendlichen. (vgl. Brisch 2019, 130)

Die zweite Phase der Tf-KVT beginnt mit der Erstellung des Traumanarrativs, wodurch die traumatischen Ereignisse schriftlich dargestellt werden sollen. Das Schreiben des Traumanarrativs und das wiederholte Vorlesen dessen in den verschiedenen Therapiestunden soll Kindern und Jugendlichen dabei helfen, ihre Traumata emotional und kognitiv zu bewältigen. Um ein Traumanarrativ präzise zu verfassen, helfen explizite Fragen, damit sich das Kind bzw. der Jugendliche auf die Einzelheiten der traumatischen Erlebnisse fokussieren kann. Das Ziel dabei ist, dass der Patient versteht, was er alles durchlebt hat, dadurch wird im Idealfall eine Kontrolle über die traumatischen Erinnerungen geschaffen. Jedoch sollte dabei darauf geachtet werden, dass die Exposition der traumatischen Erlebnisse schrittweise stattfindet, um keine Retraumatisierung hervorzurufen. (vgl. Sachser et al. 2016, 483; Brisch 2019, 130) (vgl. Kapitel 5.1.) Das Narrativ besteht aus drei Kapiteln, die folgende Fragen umfassen:

- „Kapitel 1: ‚Steckbrief‘ (Über mich: Wer bin ich? Wie alt bin ich? Wer gehört zu meiner Familie? Was mache ich gerne? Wie war mein Leben vor dem Trauma?)
- Kapitel 2: ‚Das traumatische Ereignis‘ (Was ist passiert? Kontext? Kognitionen? Gefühle? Wahrnehmungen? Vor, während und nach dem Ereignis)
- Kapitel 3: ‚Der schlimmste Moment‘
- Kapitel 4: ‚Was ich gelernt habe‘ (positive Veränderungen und Neubewertungen des Traumas)“ (Sachser et al. 2016, 482)

Das Traumanarrativ könnte Lisa dabei helfen, die von ihr verdrängten traumatischen Ereignisse (vgl. Kapitel 5) aufzuarbeiten und besser mit ihnen umzugehen. Außerdem könnte es ihr dazu verhelfen, Klarheit über das Trauma zu schaffen, was ihr zuletzt widerfahren ist (vgl. Kapitel 5.1.).

Bei der In-vivo-Bewältigung geht es darum, das Vermeidungsverhalten einer Person in Bezug auf gefahrlose Umstände, Menschen und/oder Gegenstände zu verringern. Dementsprechend sollte das Umfeld der Kinder und Jugendlichen frei von Gefahren

der Retraumatisierung sein (vgl. Sachser et al. 2016, 483), dies ist bei Lisa z. B. der Fall, da sie keinen Kontakt mehr zu ihrem Vater hat (vgl. Kapitel 5.1) und an einem sicheren Ort lebt, der ihr einen gewissen Schutz bietet (vgl. Kapitel 6.1.).

Bei dem Conjoint (zu dt. verbunden) soll eine gemeinsame Sitzung mit der Bezugsperson und dem Kind oder Jugendlichen stattfinden. Bei dieser Therapiesitzung soll ein Rückblick auf den Prozess erfolgen und das Traumanarrativ vorgestellt werden. (vgl. Sachser et al. 2016, 483) Durch das offene Gespräch über die traumatischen Erlebnisse wird eine Tabuisierung der Ereignisse verhindert. (vgl. Brisch 2019, 130) Im Fall von Lisa wäre dies ein Gespräch mit der Mutter. Dabei sollte jedoch vorab, evtl. bei einem Hilfeplangespräch, besprochen werden (vgl. Kapitel 6.2.3.), ob die Mutter in ein solches Gespräch einbezogen werden sollte bzw. will oder ob dies die Mutter überfordern könnte, da sie dort dann explizit das Traumanarrativ und damit die von ihrer Tochter erlebten Traumata zu hören bekommt.

In der letzten Phase des Tf-KVT soll ein Sicherheitsplan erstellt werden, um den Betroffenen dabei zu helfen, mit zukünftigen komplizierten Geschehnissen umzugehen. Anhand des Sicherheitsplans entsteht im Idealfall ein Sicherheitsgefühl bei dem Betroffenen und dessen Bezugspersonen. Darüber hinaus werden Sicherheitsstrategien im Rahmen von Rollenspielen angelernt. Außerdem werden dem Klient dabei verschiedene Strategien dahingehend vermittelt, wie „kognitive Techniken, Selbstbehauptungsstrategien oder die Mobilisierung sozialer Unterstützung“ (Sachser et al. 2016, 484), und es werden Risikofaktoren sowie harmlose Triggerreize festgestellt. Am Ende der Therapie sollte eine Abschlussevaluation stattfinden und darin die selbstständigen Schritte benannt werden, um die Traumabewältigung bestmöglich zu unterstützen. (vgl. Sachser et al. 2016, 484)

6.3.3. Integration

Nachdem das Trauma von Lisa mithilfe der in den Kapiteln 6.3.1 bis 6.3.2 dargestellten Methoden bearbeitet wurde, wird das Trauma in die Lebensgeschichte integriert. Oft verspüren vom Trauma betroffene Kinder und Jugendliche eine Einschränkung bei ihrer Zukunftsorientierung, was in der Phase der Integration bewältigt werden soll. Bei der Integration haben Zukunftsthemen mehr Relevanz als zu Beginn der Therapie.

Dies ist für die Klienten von enormer Wichtigkeit, denn die alleinige Fokussierung auf das Trauma würde den Betroffenen einseitig in eine Opferrolle mit entsprechender Opferidentität zwingen. Durch den Fokus auf die Zukunft soll den Kindern und Jugendlichen im Sinne praktischer Lösungsorientierung dabei geholfen werden, ihr eigenes Leben in die Hand zu nehmen und sich z. B. schulisch und/oder beruflich weiterzuentwickeln. Das Kind bzw. der Jugendliche wird dabei nicht als Traumaopfer angesehen, sondern vielmehr als „Überlebender“ des Traumas. (vgl. Landolt 2012, 125f.)

Aus dem Fallbeispiel wird ersichtlich, dass die Kinder- und Jugendhilfe und die Kinder- und Jugendpsychotherapie einen großen Einfluss auf das Wohlergehen der Heranwachsenden haben kann. Die Vernetzung dieser beiden Professionen im Rahmen der Traumatherapie und Traumapädagogik trägt demnach einen immensen Anteil dazu bei, dass die Kinder und Jugendlichen ihre Traumata bewältigen und ihren Alltag selbstständig meistern können. Aufgrund der Wichtigkeit dieser Kooperation wird im nachfolgenden Kapitel näher darauf eingegangen.

6.4. Vernetzung zwischen Traumatherapie und Traumapädagogik

Traumapädagogik ist keine Form der Therapie, sondern sie wurde ab Mitte der 1990er Jahre in den stationären und teilstationären Einrichtungen entwickelt, um traumatisierte Kinder und Jugendliche durch im pädagogischen Alltag zu unterstützen; dementsprechend ist es ein Element der Pädagogik und der sozialen Arbeit (vgl. Weiß 2016, 92)

Traumatisierte Kinder und Jugendliche leiden unter emotionalen Beeinträchtigungen, Komplikationen bei der Selbststeuerung und den daraus resultierenden Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Kapitel 4). Dies führt in Summe zu einer Beeinträchtigung der Gestaltung des pädagogischen Alltags. In der Heimerziehung leben Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen, deshalb sollten die pädagogischen Maßnahmen individuell daran angepasst werden. Ihnen sollte dort ein stabiles Milieu geboten werden, um die Kinder und Jugendlichen vor einer Retraumatisierung zu schützen. Außerdem sollte seitens des Sozialarbeiters auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden, um die Entwicklung und Entfaltung dieser im pädagogischen Rahmen zu fördern. Insofern sollte der im Einzelfall zuständige Pädagoge eine gewisse Professionalität und

Kenntnisse in Bezug auf die Traumapädagogik besitzen, um den ihm anvertrauten Kindern und Jugendlichen bestmöglich zu helfen. Zur Professionalität zählt die Vernetzung zwischen den verschiedenen Kooperationen, den Betreuungs- und Behandlungsprozessen des Klienten. (vgl. Höfer 2017, 210) Häufig ist es bei der Therapie der Fall, dass Kinder und Jugendliche eine Psychotherapie abbrechen, ähnlich wie im vorgestellten Fallbeispiel (vgl. Kapitel 5.2.). Dies kann geschehen, wenn die Psychotherapie von Ersteren im Alltag nicht als Entlastung eingestuft wird, sondern als zusätzliche Belastung und somit als Überforderung. Das kann auch daran liegen, dass sie wegen ihrer Traumata, mangelnder Frustrationstoleranz und/oder schlechter elterlicher Vorbilder nicht gelernt haben, Dinge erfolgreich abzuschließen. Außerdem fällt es entsprechenden Kindern und Jugendlichen wegen ihrer vorbelasteten Vergangenheit oft schwer, eine vertrauensvolle Beziehung zu dem Therapeuten aufzubauen. Diese vertrauensvolle Beziehung bildet zugleich jedoch die Grundlage dafür, dass sich der Klient öffnet und die angebotene Unterstützung annimmt, wodurch eine effektive Therapie überhaupt erst möglich ist. Wenn Jugendhilfeeinrichtung und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten im Fall von einem Klienten der z.B. eine Nachbetreuung des Kinder- und Jugendpsychotherapeuten benötigt und psychische Störungen aufweist zusammenarbeiten, sollten sie Informationen über den Fall des Klienten austauschen und Termine mit dem Jugendlichen festlegen, sodass es in den Zeitplan des Wohngruppenalltags passt, ohne dabei andere wichtige Aktivitäten (z. B. Sport) oder Therapien zu vernachlässigen. Darüber hinaus sollten die Ziele der Psychotherapie sowohl mit dem Jugendlichen als auch dessen Wohngruppe definiert werden. Dabei sollten ebenfalls Überschneidungen der Jugendhilfeeinrichtungen mit der Kinder- und Jugendpsychotherapie, Verantwortungsbereiche sowie die Grenzen der pädagogischen und therapeutischen Arbeit verdeutlicht werden. (vgl. Höfer 2017, 211 f.)

7. Fazit

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit war es, dem Leser Einblick in die komplexe Thematik der frühkindlichen Traumatisierung zu gewähren und dabei die Auswirkungen entsprechender Traumata auf die Bindungsfähigkeit zu projizieren. Der aktuelle Stand der Wissenschaft diesbezüglich zeigt auf, dass die verschiedenen Traumata, die einem Kind oder Jugendlichen widerfahren, erhebliche Auswirkungen auf die psychische Entwicklung haben können. Frühkindliche Traumatisierungen bilden eine eigene Struktur im Gehirn und manifestieren sich dadurch als Grundlage für die weitere Vernetzung im Gehirn. Diese Grundlage ist wiederum der Grund dafür, dass Kinder und Jugendliche für psychische Entwicklungsstörungen viel anfälliger sind als Erwachsene. Außerdem führen auch und gerade die durch Bezugspersonen hervorgerufenen verschiedenen Arten von Traumata wie Vernachlässigung, sexueller Missbrauch und/oder körperliche Misshandlung zu erheblichen Konsequenzen für die weitere Bindungsfähigkeit eines Kindes bzw. Jugendlichen. Im Falle verschiedener Traumata und einer nicht vorhandenen sicheren Beziehung mit Bezugspersonen können im weiteren Lebensverlauf des Betroffenen Bindungs- und Traumafolgestörungen entstehen. In der vorliegenden Arbeit wurde ausführlich auf zwei besonders relevante Störungen, nämlich die posttraumatische Belastungsstörung und die Borderline-Persönlichkeitsstörung, eingegangen.

Im Fall von Lisa als Protagonistin des praktischen Fallbeispiels im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird deutlich, dass durch die verschiedenen Traumata, die ihr von ihren Bindungspersonen, d. h. Mutter und Vater, zugefügt wurden, gravierende Entwicklungsstörungen bei ihr entstanden sind. Lisas Leben war bereits durch diverse Traumata und eine nicht vorhandene sichere Bindung zu ihren Bezugspersonen geprägt und wurde dann erneut erschüttert, als es zu einer Retraumatisierung durch eine Vergewaltigung auf einer Party kam. Dadurch entstanden Traumafolgestörungen und diese Symptome sind in Lisas Alltag zu spüren. Sie leidet seitdem unter Panik- und Angststörungen, die ihr den Alltag erschweren. Darüber hinaus haben die Traumata Auswirkungen auf ihre schulischen Leistungen und ihr Selbstbild, welches durch die Traumata und die nicht vorhandene sichere Bindung zu ihrer primären Bezugsperson verzerrt ist.

Generell haben Kinder und Jugendliche, die unter einer frühkindlichen Traumatisierung leiden, Schwierigkeiten ihr eigenes Verhalten angemessen zu reflektieren, weil ihnen dies in der Kindheit nicht beigebracht wurde ist bzw. nicht vorgelebt wurde. Die Verzerrung des Selbstbildes wird zusätzlich durch die vermeintliche Mitschuld an der Traumatisierung gefördert, welche ihnen von dem Täter ungerechterweise zugesprochen wird. Lisas Fall zeigt genau diese Aspekte der Verzerrung auf sowie die Ursache dieses Verhaltens. Ihre Impulsivität ist ebenfalls ein Anzeichen der verschiedenen erlebten Traumata. Trotz der sicheren Bindung innerhalb der Wohngruppe und zu den Freunden fällt es Lisa sehr schwer, sich ihnen gegenüber zu öffnen und von ihren eigenen Traumata zu berichten. Möglicherweise hat Lisa die Befürchtung sobald sie von ihrer Vergangenheit erzählt, dass selbst geschaffene Bild einer selbstbewussten und humorvollen jungen Frau zu zerstören. Aus diesem Grund ist für Lisa die Kinder- und Jugendhilfe von großer Bedeutung, da sie ihr einen sicheren Ort bietet und ihr bei der Lebensbewältigung im Alltag hilft. Diese Sicherheit und das damit einhergehende Erlernen von Bindungsfähigkeit sind für Lisa ausschlaggebend, um neue Bindungen in ihrer Zukunft immer wieder knüpfen zu können. Dementsprechend bietet die Kinder- und Jugendhilfe ein wichtiges Lernfeld für sie. Dabei sollte jedoch zugleich eine Vernetzung mit den verschiedenen Professionen wie z.B. Schule und Therapie geschaffen werden, um Lisa bestmögliche Unterstützung zu bieten. Jedoch muss dabei beachtet werden, dass das sozioökonomische Netzwerk wie z.B. die Lehrer zusätzlich belastet werden. Dies muss aufgrund der zusätzlichen Belastung für die Personen bzw. der Lehrer durch entsprechende Ressourcen kompensiert werden.

Das Konzept des Case-Managements (vgl. Kapitel 6.2.) bietet eben diese Vernetzung für Kinder- und Jugendliche sowie eine geordnete Unterstützungsleistung im Alltag. Auf den Fall von Lisa projiziert sollte zunächst in Anwesenheit von dem Case-Manager ein entlastendes Gespräch von Lisa mit der Mutter stattfinden, um beiden Parteien ein gewisses Verständnis für die Situation des jeweils anderen zu liefern. Außerdem sollten Lisas Lehrer in die Hilfeplanung einbezogen werden, um die Situation von Lisa zu verstehen und ihr mögliche Zukunftsalternativen bezüglich ihres Schulabschlusses aufzuzeigen. Darüber hinaus sollte möglichst zeitnah eine Traumatherapie beginnen, damit Lisa an ihren Traumata arbeitet, diese zu überwinden versucht und um die Symptome der Traumafolgestörungen wie Impulskontrollschwierigkeiten oder fassadäres Auftreten zu verringern.

Um die bestmögliche Hilfestellung zu bieten und ein Trauma größtenteils bewältigen zu können, ist es ausschlaggebend, dass der Klient sich mit dem Trauma im Rahmen des Case-Managements auseinandersetzt und zusätzliche Unterstützung innerhalb der Traumapädagogik erhält. Aus diesem Grund ist die Verknüpfung des Case-Managements mit der Traumapädagogik und der Traumatherapie grundlegend für die nachhaltige Traumabewältigung. Der Austausch der Vertreter dieser Professionen untereinander sowie eine Vernetzung der unterschiedlichen Hilfsangebote dieser ist für den Klienten von großer Bedeutung, um einerseits die bestmögliche Unterstützung zu erlangen und andererseits die natürliche Bindungsfähigkeit wiederherzustellen. Dadurch ist im Idealfall gewährleistet, dass die Klienten zu einem geregelten und damit strukturierten Alltag zurückgeführt werden können.

Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit dargestellten Auswirkungen einer frühkindlichen Traumatisierung bilden lediglich einen Auszug aus einem Fallbeispiel aus der Kinder- und Jugendhilfe. Die Grundlage der frühkindlichen Traumatisierung und die daraus resultierenden Folgen variieren demnach von Fall zu Fall teils stark. Aufgrund des begrenzten Umfangs der vorliegenden Arbeit sowie der komplexen und facettenreichen Thematik kann somit lediglich ein eingeschränkter und fokussierter Einblick in die frühkindliche Traumatisierung, Bindungsfähigkeit sowie entsprechende Folgen gewährt werden.

IV. Literaturverzeichnis

- Ahnert, Lieselotte/ Spangler, Gottfried (2014): Die Bindungstheorie. in: Ahnert, Lieselotte (Hrsg.): Theorien in der Entwicklungspsychologie. Berlin: Springer Berlin Heidelberg, 404-429.
- Baierl, Martin (2014): Zusammen auf der Seite des Kindes stehen: Eltern- und Familienarbeit. in: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 108-115.
- Böhm, Karsten (2016): EMDR in der Psychotherapie der PTBS. Traumatherapie praktisch umsetzen, Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- Breuer, Ulla/ Krischer, Maya (2015): Posttraumatische Belastungsstörungen. in: Lehmkuhl, Gerd/Poustka, Fritz/Holtmann, Martin/Steiner, Hans (Hrsg.): Praxishandbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen: Hogrefe.
- Brisch, Karl H. (2019): Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung, in: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 6. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta, 105-130.
- Brisch, Karl Heinz (2015): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 13. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dilling, Horst/Freyberger, Harald J. (2019): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. Nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper. 9. überarbeitete Auflage, Bern: Hogrefe Verlag.

- Dlugosch, Sandra (2010): Mittendrin oder nur dabei? Miterleben häuslicher Gewalt in der Kindheit und seine Folgen für die Identitätsentwicklung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Engfer, Anette (2000): Gewalt gegen Kinder in der Familie. in: Egle, Ulrich Tiber/Hoffmann, Sven O./ Joraschky, Peter (Hrsg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. 2. Auflage, Stuttgart: Schattauer, 23-39.
- Engfer, Anette (2002): Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern. In: Oerter, Rolf/Montada, Leo (Hrsg.): Entwicklungspsychologie. 5. Auflage, Weinheim: Beltz Verlag, 800-817.
- Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich/Döpfner, Manfred/Gaebel, Wolfgang/Maier, Wolfgang/Rief, Winfried/Saß, Henning/Zaudig, Michael (2018): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Mit 22 Abbildungen und 20 Tabellen. 4. Auflage, München: Reinhardt.
- Fleischhaker, Christian/Schulz, Eberhard (2011): Borderline-Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Garbe, Elke (2018): Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen. 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Heinemann, Evelyn/Hopf, Hans (2015): Psychische Störungen in Kindheit und Jugend. Symptome - Psychodynamik - Fallbeispiele - psychoanalytische Therapie. 5. überarbeitete Auflage Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Höfer, Silvia (2017): Vernetzung von ambulanter Traumapsychotherapie und Traumapädagogik. in: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Mark (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik, 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 210-221.
- Hofmann, Arne/ Besser, Lutz-Ulrich (2019): Psychotraumatologie bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlungsmethoden, in: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 6. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta, 172-202.
- Holmes, Jeremy (2014): John Bowlby and attachment theory. 2. Auflage, London: Routledge.
- Huber, Michaela (2012): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. 5. Auflage. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.
- Hüther, Gerald (2019): Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. Das allgemeine Entwicklungsprinzip, in: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hrsg.): Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 6. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta, 94-104.
- Hüther, Gerald/ Korittko, Alexander/ Wolfrum, Gerhard/ Besser, Lutz (2012): Neurobiologische Erkenntnisse zur Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken und ihre Bedeutung für die Traumapädagogik, in: Trauma und Gewalt, Jg. 6, Heft 3, 182-189.

- Hüther, Gerald/ Korittko, Alexander/ Wolfrum Gerhard/ Besser, Lutz (2010):
Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung psychotrauma-bedingter
Symptomatiken, in: Trauma und Gewalt, Jg. 4, Heft 1, 18-31.
- Kavemann, Barbara/Kreyssig, Ulrike (2013): Handbuch Kinder und häusliche
Gewalt. 3. aktualisierte Auflage, Wiesbaden: Springer Fachmedien
Wiesbaden.
- Kollak, Ingrid/Schmidt, Stefan (2016): Instrumente des Care und Case
Management Prozesses. Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- Krüger, Andreas/Reddemann, Luise (2016): Psychodynamisch imaginative
Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KID - das Manual. 4.
Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Landolt, Markus (2012): Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen,
Diagnostik und Interventionen, 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe.
- Leeb, Rebecca T./ Paulozzi, Leonard J./ Melanson, Cindi/ Simon, Thomas R./
Arias, Ileana (2008): Child Maltreatment Surveillance. Uniform Definitions
for Public Health and Recommended Data Elements, Atlanta: Centers for
Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention
and Control.
- Lengning, Anke/Lüpschen, Nadine (2019): Bindung. 2. Auflage, München: Ernst
Reinhardt Verlag.
- Maercker, Andreas (2013): Symptomatik, Klassifikation und Epidomologie. in:
Maercker, Andreas (Hrsg.) Posttraumatische Belastungsstörungen. 4.
Auflage, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 13-34

- Möhrlein, Gerald/ Hoffart, Eva-Maria (2017): Traumapädagogisches Konzept in der Schule. in: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Mark (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik, 3. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 91-102.
- Neuffer, Manfred (2013): Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. 5. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa.
- Pausch, Markus J./Matten, Sven J. (2018): Trauma und Traumafolgestörung. In Medien, Management und Öffentlichkeit, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Perry, Bruce D./Pollard, Ronnie A./Blakley, Toi L./Baker, William L./Vigilante, Domenico (1995): Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”, in: Infant Mental Health Journal, Jg. 16, Heft 4, 271–291.
- Sachser, Cedric/Rassenhofer, Miriam/Goldbeck, Lutz (2016): Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Klinisches Vorgehen. Evidenzbasis und weitere Perspektiven, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Jg. 44, Heft: 6, 479–490.
- Schäfer, Ulrike/ Rüter, Eckart/Sachsse, Ulrich (2006): Borderline-Störungen. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Scherwath, Corinna/Friedrich, Sibylle (2016): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 3. Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag.

- Sendera, Alice/Sendera, Martina (2016): Borderline - Die andere Art zu fühlen. Beziehungen verstehen und leben. 2. Auflage, Berlin: Springer Berlin Heidelberg.
- Siegler, Robert/Eisenberg, Nancy/DeLoache, Judy/Saffran, Jenny/Pauen, Sabina (Hrsg.) (2016): Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter, Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Stascheit, Ulrich (2017): Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis. 30. Auflage, Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag Frankfurt.
- Streeck-Fischer, Annette (2014): Trauma und Entwicklung. Adoleszenz- frühe Traumatisierungen und ihre Folgen. 2. überarbeitete Auflage, Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Tiefenthaler, Sabine/ Gahleitner, Silke B. (2016): Traumapädagogik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. Weinheim: Beltz, 176-183
- Weiß, Wilma (2016): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 8. Auflage, Weinheiml: Beltz Juventa.

Online-Literaturverzeichnis:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2014):

Kinder- und Jugendhilfe. Achtes Buch Sozialgesetzbuch. (Letzter Zugriff am: 10.09.2020)

<https://www.bmfsfj.de/blob/94106/00a03f47fcbe076829ad6403b919e93b/kinder--und-jugendhilfegesetz---sgb-viii-data.pdf>

Statista Research Department (2020): Anzahl der Opfer von sexuellem Missbrauch von Kindern in Deutschland bis 2019. 22.06.2020 (Letzter Zugriff am: 10.09.2020).

<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/38415/umfrage/sexueller-missbrauch-von-kindern-seit-1999/>

V. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne fremde Hilfe und ausschließlich unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe. Wörtlich übernommene Sätze oder Satzteile sind als Zitate kenntlich gemacht.

Hamburg, den 11.09.2020

Anmol Chugh