



Landeshauptstadt
München
Sozialreferat
Stadtjugendamt

Traumapädagogik

Aufeinander zugehen



Pflegeelternrundbrief II/2016
Pflege und Adoption



Impressum

- Herausgegeben von** Landeshauptstadt München
Sozialreferat
Stadtjugendamt
Abteilung Erziehungsangebote
Pflege und Adoption
Severinstraße 2
81541 München
- Redaktion** Silvia Dunkel
- Bildnachweis:** Titelbild: © Peter Bauer, Bauer-Grafik
S. 10, 20, 25, 26, 30: © Renate Alf, Weimar
S. 22: © Peanuts Worldwide LLC, Distr.: Universal Uclick / Bulls
- Satz und Gestaltung** dtp/layout, *agentur für grafik & design*
- Druck** Stadtkanzlei
Gedruckt auf 100 % Recycling-Papier
- Nachdruck nur mit Genehmigung der Herausgeberin

Vorwort

Liebe Pflegefamilien, liebe Adoptivfamilien,

viele der Kinder und Jugendlichen, die in Pflege- und Adoptivfamilien wie auch in Heimen aufwachsen, haben eine uns meist nur in Facetten bekannte Geschichte von frühkindlicher Vernachlässigung und/oder Misshandlung hinter sich.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme wissen wir bei manchen Kindern viel über ihre Herkunftsgeschichte, bei anderen ist nur wenig bekannt. Manchmal gibt es Vermutungen, die aufgrund der emotionalen Zustände des Kindes oder seines Verhaltens angenommen werden.

Die Fachkräfte sprechen dann häufig von einer Vorgeschichte, in der das Kind traumatische Erfahrungen machen musste.

Wir hoffen, dass es uns gelingen wird, Ihnen mit diesem Heft das Thema: „Trauma, Traumafolgestörungen und Traumapädagogik“ etwas näher zu bringen. Es ist uns ein Anliegen Sie im Umgang mit diesem Thema zu unterstützen. Die Ihnen anvertrauten Kinder werden erst im Schutz der tragfähigen Beziehung zu Ihnen vorhandene bedrohliche Erfahrungen aus der Vergangenheit bearbeiten können und damit den ersten Schritt zu einer positiven Bewältigung meistern können. Hierfür wird Ihnen mitunter ein langer Geduldsfaden und ein großes Einfühlungsvermögen abverlangt. Traumapädagogische Grundsätze ermöglichen hier ein größeres Verständnis und helfen das Handeln im Alltag hilfreich zu unterstützen.

Die großen Ferien stehen vor der Türe und die meisten Eltern wie Kinder sehnen das Ende des Schuljahres herbei. Wir wünschen Ihnen einen wunderschönen Sommer mit Leichtigkeit und vielen positiven Erlebnissen.

Mit herzlichen Grüßen



Silvia Dunkel

Sachgebietsleitung

Inhalt

Frühkindliche Traumatisierungen und Traumapädagogik	3
„Zuhause bin ich dort, wo ich verstanden werde“	
Wut – Aggressionen – Selbstfürsorge	35
Vorbemerkungen zu den Geschichten über Rico und Dorwinje	39
Was der kleine Rico nicht wissen konnte	41
Dorwinje und die „Weiß-nix-Zeit“	46
Fortbildung Traumapädagogik für Pflegeeltern	55
Circus Krone – Zeichnung und Kommentar	59
Themenreihe für Pflegeeltern	60
Gruppen- und Seminarangebote	62
Anlagen	
Veranstaltungskalender und Postkarte	

Frühkindliche Traumatisierungen und Traumapädagogik

Viola Gruber

„Zuhause bin ich dort, wo ich verstanden werde“

Das Leben eines jeden Pflegekindes ist durch Situationen und Phasen schwerster Belastungen gekennzeichnet. Voraussetzung für die Unterbringung in einer Pflegefamilie ist der erzieherische Bedarf in der Herkunftsfamilie. Der Bedarf der Eltern korreliert mit den Risikofaktoren für die Kinder: Kinder psychisch kranker, traumatisierter oder suchtkranker Eltern sind oft schon pränatal psychotropen Substanzen¹ ausgeliefert, welche ihre Entwicklung dauerhaft beeinträchtigen. Akkumuliert sich die genetische Disposition und die pränatale Belastung mit weiteren psychosozialen Risiken, wie beispielsweise Bindungsabbrüchen, Verwahrlosung und Gewalterfahrungen können Entwicklungsauffälligkeiten bei den Kindern entstehen. Je nach Alter und den spezifischen Umständen zeigen die Kinder Verhaltensweisen, die im hier und jetzt als schwerwiegende Entwicklungs- und Verhaltensstörungen auffallen und ihre Lebensqualität einschränken. Aus traumapädagogischer Perspektive denkt man jedoch nicht in der Kategorie von „Entwicklungsauffälligkeiten“, sondern stellt den Zusammenhang zwischen dem aktuellen Verhalten und der Vergangenheit des Kindes her. Die Bedingungen des Aufwachsens waren für das Kind „auffällig“, bzw. „ungenügend“. Das Verhalten des Kindes wird als „normal“ angesichts der „unnormalen“, „traumatisierenden“ Umstände und sogar als unabdingbar für sein Überleben erkannt. Die Überlebensmechanismen des Kindes bereiten ihm und seiner Pflegefamilie in der Gegenwart häufig große Schwierigkeiten, können aber nicht einfach abgelegt werden.

Ein Kind, das traumatischen Lebensumständen ausgesetzt war, wird sein Verhalten auch künftig auf Gefahrenerkennung, Gefahrenabwehr und Gefahrenbewältigung ausrichten. Dies ist keine Willensentscheidung, sondern ein neurobiologischer Automatismus im Dienste des Überlebens. Die Kinder erleben zwischenmenschliche Situationen oft völlig anders als gesunde Kinder. Eine Traumafolgestörung wird häufig, aber nicht in jedem Fall ent-

¹ Wirkstoffe, die die Psyche beeinflussen. Beispielsweise Drogen, Alkohol, Medikamente

wickelt. Viele Faktoren haben auf den weiteren Verlauf Einfluss, sind aber in ihrem Zusammenspiel nicht prognostizierbar. Zum Zeitpunkt der Vermittlung in Vollpflege lässt sich nicht ausschließen, dass bei einem Kind zu einem späteren Zeitpunkt Traumafolgen offenbar werden.

Auch die Unterbringung in einer liebevollen, engagierten und reflektierten Pflegefamilie kann die frühen Erfahrungen der Kinder nicht ungeschehen machen. Die Kinder profitieren zwar von ihrem neuen Umfeld, können aber trotzdem vielfach den gesellschaftlichen Vorstellungen von „Normalität“ in Bezug auf Leistungsfähigkeit und gesunder Entwicklung nicht gerecht werden. Bleibt das Verhalten der Kinder problematisch, werden häufig die pädagogischen Fähigkeiten der Pflegeeltern in Frage gestellt. Dabei bleibt die innere wie äussere Dynamik, welche durch die Folgen einer früheren Traumatisierung ausgelöst ist, häufig verkannt.

Auch das Mitwirken von Fachleuten ist keine Garantie, dass Pflegeeltern eine praxisnahe Unterstützung bekommen. Zwar wurden von Bessel van der Kolk² umfangreiche, wissenschaftlich anerkannte Diagnosekriterien einer Trauma bedingten Entwicklungsstörung erarbeitet. Doch fanden diese leider keinen Eingang in das DSM-V³ oder in das ICD-10⁴. Der Grund dafür ist systematischer Natur: Diagnosen werden bisher an Hand von genauen Symptombeschreibungen gestellt. Eine Trauma bedingte Entwicklungsstörung würde diese beschreibende Ebene verlassen und ursächliche Aspekte in den Vordergrund rücken.

Behelfsweise werden bei betroffenen Pflegekindern ADHS, oppositionell-trotziges Verhalten, Phobien, Bindungsstörungen, Depression o.ä. diagnostiziert. Die daraufhin initiierten Hilfsmaßnahmen greifen häufig zu kurz oder gar nicht. Wird der Schwerpunkt einseitig auf die „Symptombeseitigung“ gelenkt, erweisen sich Lösungsversuche all zu oft als unzureichend. Erst wenn das Symptom in seiner Bedeutung erkannt und gewürdigt wurde, ist in einem bestimmten Rahmen Veränderung möglich.

2 Direktor des Traumazentrums am Human Resources Institute Hospital in Boston, Professor für Psychiatrie an der Boston University Medical School und Direktor des Netzwerks für Komplexe Traumabehandlung

3 Klassifikationssystem für psychische Störungen, heraus gegeben von der American Psychiatric Association

4 weltweit anerkanntes Diagnose Klassifikationssystem der Medizin, herausgegeben von der WHO, derzeit gültig ICD-10 – heraus gegeben 2013

Traumapädagogik versteht sich als Sammelbegriff für verschiedene pädagogische Ansätze. Die pädagogische Arbeit richtet sich am aktuellen Wissen über Entwicklungstraumata aus, die Erkenntnisse aus den Erziehungswissenschaften, der Bindungstheorie, der Psychotraumatologie, der Resilienzforschung und der Traumatherapie fließen ein. Das Fachwissen verschiedener Disziplinen wird in angemessener Weise in die Pädagogik transferiert und damit zum „Handwerkszeug“ für Pädagoginnen/Pädagogen und Pflegeeltern.

Das Ziel ist es, die traumatisierten Kinder und Jugendlichen verstehen zu lernen, neue Sichtweisen zu eröffnen und damit die emotionale Stabilisierung der Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen.

Für Pädagogen und Pflegeeltern werden durch traumapädagogische Herangehensweisen häufig nach langem verzweifeltem Suchen, Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht reduziert. Aufgrund des verbesserten Verständnisses des Kindes, wird gezieltes Handeln wieder möglich. Folglich wirkt Traumapädagogik entlastend für alle Beteiligten.

1. Trauma ist nicht gleich Trauma

Es gibt Traumata, die durch ein einzelnes Ereignis (Autounfall, Naturkatastrophe, Vergewaltigung) ausgelöst werden. Fachlich werden diese als Monotrauma, oder Trauma Typ I bezeichnet. Charakteristisch für diese Art von Trauma ist, dass es einen Anfang und ein Ende innerhalb eines sonst „normalen“ Lebens gibt.

Daneben stehen sogenannte Komplextraumatisierungen, auch als Trauma Typ II oder sequentielles Trauma bezeichnet. Es gibt keinen eindeutigen Anfang und kein eindeutiges Ende, vielmehr ist das Leben Trauma. Die Auswirkungen einer solchen Lebenssituation hängen stark davon ab, ob es vor Beginn der traumatischen Erfahrungen gute Bindungserfahrungen gab. Nur einige Kinder mit einem frühkindlichen Entwicklungstrauma erfüllen die Diagnosekriterien einer PTBS (posttraumatische Belastungsstörung). Für diese Diagnose ist ein nachweisbares traumatisches Ereignis Bedingung, welches mindestens 6 Monate zurückliegt. Bei den vermittelten Kindern hingegen wirkt häufig das gesamte Lebensmilieu traumatisierend.

Nur selten kann ein einziges Ereignis in Zusammenhang mit den Symptomen gebracht werden.

Unterschiedliche Krankheitsbegriffe werden derzeit diskutiert und in ihrer Bedeutung geschärft. Begriffe wie Komplextraumatisierung, Bindungstrauma, Beziehungstrauma, Entwicklungstrauma, komplexe Entwicklungsstörung nach Frühtraumatisierung, DESNOS⁵ u.a. greifen die spezifischen Störungen frühtraumatisierter Kinder auf und sind bei Experten nur in Details umstritten. Die Wissenschaft ist sich jedoch einig, dass eine Nachbesserung in den Diagnosemanualen erfolgen muss.

Komplexe Entwicklungsstörung nach Frühtraumatisierung

Der Begriff „komplexe Entwicklungsstörung nach Frühtraumatisierung“ wurde 2010 von Dorothea Weinberg eingeführt und zeigt die Besonderheiten einer Frühtraumatisierung auf.

Schädigende Einflüsse während der Schwangerschaft, wie z.B. chronischer Stress der werdenden Mutter, eine erhebliche Frühgeburt, der Einfluss von Giften, Ablehnung u.v.m. können pränatal ursächlich sein. Nachgeburtlich ist das menschliche Neugeborene zu 100 Prozent auf die Versorgung durch seine Fürsorgperson angewiesen. Die Entwicklung des Säuglings ist durch Vernachlässigung, Bindungsabbrüche, Unterversorgung, emotionale oder tätliche Aggression schnell bedroht und sein Überleben gefährdet.

Traumatisierungen in den ersten Lebensjahren wirken sich auf die Art und Weise aus, wie sich das Gehirn weiter entwickelt und damit auf alle weiteren Entwicklungsschritte. Der präfrontale Cortex (der Bereich des Gehirns in dem Planungsfähigkeit, geistiges Erfassen, Merken und Erinnern, Selbstdisziplin, Einfühlungsvermögen u.a. verankert wird) wächst weniger als bei gesunden Kindern.

Gleichzeitig ist das Alarmsystem des Gehirns, die Amygdala sehr schnell in Übererregung und blockiert dann „vernünftige Reaktionen“. Der biologische Sinn dieser Struktur besteht in einer blitzschnellen Reaktionsfähigkeit, die in Bedrohungssituationen das Leben retten kann. Es werden enorme körperliche Kräfte frei gesetzt, die im Kampf gegen, oder in der Flucht vor der potentiellen Bedrohung eingesetzt werden. In diesen inneren Ausnahmezuständen, sind die Erinnerungsfähigkeit und das Sprachzentrum des Gehirns blockiert und das Kind ist weder mit Vernunft noch durch Androhung von Strafen zu erreichen.

5 DESNOS: *Disorders of extreme Stress not otherwise specified* – Nicht näher bezeichnete Störung nach Extremstress. Im DSM- 5 aufgenommen.

2. Typische Symptome einer frühkindlichen Entwicklungstraumatisierung

Die Erfahrung zeigt, dass die Symptome der Kinder unbewusste Botschaften über ihre nicht verarbeiteten, traumatischen Lebensbedingungen sind. Damit zu einem gewissen Grad Veränderung möglich ist, ist das Angebot einer tragfähigen, helfenden Beziehung unbedingte Voraussetzung.

Eine helfende Beziehung anzubieten meint: Viele Eskalationen auszuhalten und zu begrenzen, Sicherheit herzustellen, Angriffe nicht persönlich zu nehmen, für Struktur und die Einhaltung klarer Grenzen einzutreten, ohne diese rigide durch Bestrafung durchzusetzen, Unterstützung zu geben, sowie auf die eigene Psyche zu achten und Inseln der Freude zu pflegen, damit die Bezugspersonen mit Lebensfreude und Humor im Kontakt mit den Kindern sind. Hohe Anforderungen im Beruf, finanzielle Sorgen oder Belastungen anderer Art sind dem gegenläufig.

Problem verschärfend wirkt es, wenn Pflegeeltern ihrerseits emotional abhängig vom Kind sind. Manchmal ist es schwer, sich in der Elternrolle unabhängig vom Kind sicher zu fühlen. Von den Kindern kommt manchmal keine Bestätigung oder die ersehnte Liebe, sondern Wut und Ablehnung. Die Verantwortung für die Gefühle der Pflegeeltern können die Kinder jedoch nicht tragen. Doch nun zunächst zu Symptomen frühkindlicher Traumatisierung:

2.1 Bindungsverhalten

Bei Kindern mit einer frühkindlichen Traumatisierung ist die Vertrauensfähigkeit in Eltern und andere Bezugspersonen beschädigt. Das Gefühl des „Urvertrauens“ ist für das Kind verloren. Zuwendung, Fürsorge und Führung durch die aufnehmenden Eltern werden nicht als das wahrgenommen, was sie sind. Statt zu vertrauen, fühlen sie sich (durch ihre Erfahrungen und die daraus resultierenden inneren Wahrheiten) gezwungen, alleine für sich zu sorgen. In einigen Fällen wird klinisch eine reaktive Bindungsstörung mit Hemmung oder Enthemmung diagnostiziert. Doch auch wenn diese Diagnose nicht gestellt wird, ist das Bindungsverhalten häufig auffällig.

Einige Kinder neigen zu Risikoverhalten, andere können sich kaum von ihrer Bezugsperson lösen. Übermäßige Anpassung kann ebenso wie hoch aggressives Bindungsverhalten Ausdruck der früheren Traumatisierung sein. Auffällig kann auch sehr besorgtes, aufmerksames oder bevormundendes Verhalten des Kindes gegenüber den Pflegeeltern und Geschwistern werden. Durch die Rollenumkehr schützt sich das Kind, kann selbst aber keine sichere Bindung zu den Pflegeeltern eingehen.⁶ Auch die Ausbildung von psychosomatischen Störungen, wie etwa eine Schrei-, Schlaf- und Esssymptomatik im Säuglingsalter können Ausdruck einer Bindungsstörung sein.

2.2 Gestörte Innenwahrnehmung

Die Kinder haben häufig keinen Zugang zu ihrem „Bauchgefühl“. Der Kontakt zu sich selbst ist gestört. Ersetzt ist dieser oft durch Gefühle von quälender Langeweile, innerer Leere oder entsetzlicher Anspannung.

Auch die Körperwahrnehmung und das Schmerzempfinden ist häufig verzerrt: Schon ein kleiner Schmerz kann überwältigend erlebt werden, wobei dasselbe Kind, bei großen Verletzungen völlig unbeeindruckt erscheinen kann.

Manche Kinder verletzen sich selbst um extreme innere Spannungen abzubauen. Andere provozieren ihre Bezugspersonen so lange, bis diese den Impuls bekommen zuzuschlagen, bzw. tatsächlich schlagen.

Bei den grob- und feinmotorischen Koordinationsfähigkeiten sind ebenso wie bei den visomotorischen Fähigkeiten häufig Entwicklungsverzögerungen zu beobachten.

2.3 Umgang mit Gefühlen – Emotionsregulierung

Häufig stehen bei Kindern mit frühkindlicher Entwicklungstraumatisierung die Heftigkeit ihrer Ausbrüche in keiner Relation zum Anlass. Ihre Ausbrüche

6 Siehe auch Karl-Heinz Brisch, *Bindungsstörungen*, Klett Cotta Stuttgart 1999

sind die Folge der Unfähigkeit innere Erregungsprozesse zu steuern oder zu beruhigen.

So kann es passieren, dass das Kind bei der kleinsten Bedrohung seines Wohlfühlens (weil es z. B. die Schokolade teilen muss), oder bei einer Verletzung seiner Selbstbestimmung (weil z.B. die Sandalen bei Regenwetter nicht erlaubt sind), oder bei der kleinsten Zurückweisung (weil z.B. die Mutter auf Zuruf nicht sofort kommt) von negativen Gefühlen regelrecht innerlich überflutet wird und diese schnell durch Aggressivität, Härte oder auch einem Wegdriften aus der Realität wegwischt. Die Kinder können nicht verhandeln, weil ihnen die Voraussetzungen dafür fehlen: Sie bräuchten das Vertrauen, dass gute Lösungen gefunden werden können.

Bei gesund aufwachsenden Kindern werden Grundlagen für die eigenständige Affektregulation in den ersten drei Lebensjahren erlernt. In dieser Lebensphase ist das Kind körperlich eng mit den Eltern verbunden. Durch körpernahe, rhythmische Bewegungen und der vertrauten Stimme wird der Spannungszustand des Säuglings erst von den Eltern aufgenommen und dann langsam abgebaut. Durch diesen Vorgang gewinnt das Kind Vertrauen, dass es in seiner Not gesehen wird und bald Entspannung entstehen wird. Die Fähigkeit unabhängig von der Bezugsperson kleinere Belastungen zu meistern wächst.

Kinder mit einer frühen Entwicklungstraumatisierung benötigen hingegen über lange Zeit weiterhin Außenregulierung. Viele kleine Situationen im Alltag werden als existenziell bedrohlich erlebt.

Wie kann ich auch einem älteren Kind durch Außenregulierung helfen seine Spannungszustände abzubauen?

- Wissen, dass bei diesen Kindern durch alltägliche Belastungen ihre „Lebensthemen“ (ich bin ein Fehler, niemand liebt mich, ich bin verlassen, ich sterbe...) nach „oben katapultiert werden.“
- Wissen, dass das Kind auf Außenregulierung (Trost, Beruhigung) angewiesen ist, weil es die Eigenregulierung nicht entwickeln konnte.
- Im aufmerksamen Kontakt mit sich selbst sein – als Basis um dem Kind hilfreich sein zu können.
- Die Eigenwahrnehmung trainieren, um frühzeitig in sich zu spüren, wenn negative Gefühle aufkommen und diese bei sich zu regulieren:

Erst wenn Sie als Erwachsener wieder reguliert sind, können sie das Kind bei seiner Beruhigung anleiten bzw. unterstützen.⁷

- Durch Eigenregulierung unterbricht der Erwachsene die Täter-Opferdynamik (das Kind erlebt die Erwachsenen in diesen Situationen als Täter), bzw. nimmt die Zuschreibung des Kindes (z.B. „du willst mich vernichten“) nicht an. So kann das Kind den Erwachsenen nicht in seine „Traumarealität ziehen“, sondern der Erwachsene bietet dem Kind die Möglichkeit im hier und jetzt zu erkennen, dass es sicher ist.



7 Siehe auch Dorothea Weinberg, 2015 „Verletzte Kinderseele“, S. 129: Anleitung zur Selbstberuhigung für Eltern.

2.4 Selbstkonzept

Größenphantasien und Selbstüberschätzung stehen neben der Überzeugung zutiefst falsch und wertlos zu sein. Es sind zwei Seiten derselben Medaille, die uns die Kinder zeigen. Gemeinsam ist diesen, dass eine realistische Auseinandersetzung mit den eigenen Stärken und Schwächen nicht stattfindet. Anders als bei gesunden Kindern wird die Selbstbewertung bei traumatisierten Kindern mit zunehmendem Alter nicht realistischer. Weder verhindern viele Misserfolge das Auftreten von Größenphantasien, noch verändert die Liebe und Bestätigung der Pflegeeltern das Selbstwertgefühl des Kindes wesentlich. Es scheint, als könnten weder Liebe noch Erfolge das Kind nähren.

Bettina Bonus hat aufgezeigt, wie das destruktive Selbstkonzept mit dem, für traumatisierte Kinder typischen Symptom der Anstrengungsvermeidung zusammenhängt:

Wenn ein Kind innerlich der Überzeugung ist, „ein Fehler auf dieser Welt zu sein,“ dann wird jeder Fehler der dem Kind unterläuft zu einer existenziellen Bedrohung. Die Folge ist, dass Fehler nicht ausgehalten werden können und jegliche Anstrengung vermieden wird. Die Energie die für die Vermeidung von Anstrengung eingesetzt wird, ist dabei häufig nicht gering.

Im alltäglichen Umgang damit, bleiben keine anderen Auswege, als selbst viel Anstrengung auf sich zu nehmen und die Gefahren des Versagens für das Kind weitest gehend zu reduzieren.⁸

2.5 Dissoziation

Traumapädagogisch wird Dissoziation als ein Stressbewältigungssystem beschrieben, das erlaubt unerträgliche Situationen zu überleben. Dies gelingt durch eine veränderte Gedächtnisfunktion, bzw. Veränderung des Bewusstseins. Einströmende Reize werden unwillkürlich reduziert um den emotionalen Zusammenbruch zu verhindern. Traumatische Situationen werden nurmehr fragmentarisch wahrgenommen und erinnert, als fremd

⁸ Siehe auch: Bettina Bonus, „Mit den Augen eines Kindes sehen lernen“ Band 2 Anstrengungsverweigerung

oder irreal erlebt. Später kann die Erinnerung an Situationen ohne Verbindung zum Gefühl vorhanden sein, oder unerträgliche Gefühle ohne Verbindung zu Ereignissen das Leben bestimmen.

Vergleichbar ist diese körperliche Reaktion mit einem Überlastungsschutz, der die normale Wahrnehmung unterbricht. Die Person ist wie „weggeschaltet“, es besteht eine emotionale Distanz zum Geschehen. Auch das Schmerzempfinden kann reduziert sein. Traumatisierungen in der Kindheit können dazu führen, dass dissoziative Reaktionen sich verfestigen und bei jeder subjektiven Bedrohungssituation der „Überlastungsschutz Dissoziation“ aktiviert wird.⁹

2.6 Kognitive Beeinträchtigung

Teilleistungsstörungen aller Art gehören zu der Symptomatik einer frühkindlichen Entwicklungsstraumafolgestörung. Legasthenie, Dyskalkulie und ADHS seien hier im Besonderen genannt. Die Auswirkungen der Entwicklungsstörungen in den ersten Lebensmonaten überschreiten den Bereich des Psychischen, so dass eine Förderung auf verschiedenen Ebenen und die Kooperation mit vielen Disziplinen unverzichtbar ist. Logopädie, Ergotherapie u.a. sind neben einer traumabezogenen Spieltherapie meist notwendig.

2.7 Kindliche Sexualität

Dorothea Weinberg beobachtete bei Ihren Therapien mit komplex traumatisierten Kindern häufig ein für unseren Kulturkreis auffallendes Sexualverhalten.

Die Beschäftigung von Kindern, die mit sexuellen Reizen konfrontiert wurden, ist auch im Weiteren von Sexualität geprägt. Damit einher geht ein vermindertes Interesse an Tätigkeiten, welche uns für Kinder förderlich erscheinen: Nicht sexuelles Spiel, Bewegung, Explorieren und Lernen.¹⁰

⁹ Siehe auch „Checkliste für dissoziative Erfahrungen von Kindern (CDC, Version3), Putnam im Anschluss an diesen Artikel, oder als download: Kindertraumainstitut, Materialien, screeninginstrumente

¹⁰ Siehe: Dorothea Weinberg. Psychotherapie mit komplex traumatisierten Kindern, Klett-Cotta 2010

Auch wenn die Kinder nicht mit sexuellen Reizen konfrontiert wurden, tritt bei einigen Kindern exzessives Masturbieren auf. Dorothea Weinberg vermutet, dass sie durch sexuelle Stimulation in ihrem Inneren zur Entspannung finden. Gefühle von Vereinsamung, Trostlosigkeit und Leere können für kurze Zeit ausbalanciert werden. „Insofern hat Sexualität für diese Kinder vermutlich den ähnlichen Stellenwert wie Hyperaktivität, Aggression, Selbstverletzung oder Rauschmittelkonsum: Es ist ein weiteres sofort wirksames Mittel, aus unerträglichen inneren Spannungszuständen herauszukommen.“¹¹

Hilfreich ist es, bei der sexuellen Aufklärung dieser Kinder besonders auf Normen unserer Gesellschaft einzugehen, insbesondere dem Gebot der Generationentrennung („Eltern und Kinder haben keinen Sex miteinander“). Hilfreich ist es für das Kind, wenn es die Erlaubnis zur Selbstbefriedigung erhält („In deinem Zimmer, wenn du alleine bist ist das erlaubt“). Körperkontakt mit dem Kind sollte nur bekleidet stattfinden und auf sexualisierte „Angebote“ der Kinder muss mit ruhigen, klaren Worten begrenzend reagiert werden. Pflegeeltern, die in solche Situationen kommen, sollten zum Schutz des Kindes, wie auch zum Eigenschutz in jedem Fall fachliche Beratung, z.B. durch den psychologischen Dienst des Sachgebiets suchen.

Im Verlauf der verschiedenen Behandlungen die den Kindern angeboten werden, rücken die Symptome in Form von Verhaltensauffälligkeiten immer mehr in den Fokus, die traumatisierenden Hintergründe werden immer weniger berücksichtigt. Eine nachhaltige Veränderung wird jedoch nur stattfinden, wenn die Symptome als Folgen früher Extrembelastung verstanden werden.¹²

3. Traumatische Situationen – Notfallprogramm im Kopf – Trigger

Eine traumatische Situation ist lebensgefährlich, man kann nicht fliehen, man kann nicht kämpfen, weil beides aussichtslos oder unmöglich ist und

¹¹ Ebenda, S. 63

¹² Sinngemäß zitiert, Elke Garbe, *Das kindliche Entwicklungstrauma*, S. 38, Klett-Cotta, 2015

es entsteht eine traumatische Ohnmacht. Der im Körper ausgelöste Stress kann psychisch nicht verkräftet werden.

Biologische Vorgänge und Veränderungen im Gehirn sind die Folge. Im Gehirn wird eine Art „Notfallprogramm“ gebahnt.

Sehr vereinfacht, aber nützlich zum Verständnis der Traumafolgen ist folgendes Modell¹³:

Das Gehirn besteht aus mehreren Teilen, die unterschiedliche Aufgaben haben und teilweise zusammenarbeiten, teilweise aber auch „autonom“ das Verhalten und die Körperfunktionen steuern. Sicher kennen auch Sie die Situation, dass Sie sich einerseits etwas „Vernünftiges“ vornehmen, es aber andererseits doch nicht tun. Wie kommt das?

Der älteste Gehirnteil ist das Stammhirn, von hier werden u.a. Herzschlag, Atmung und instinktive Reaktionen auf akute Gefahren gesteuert (Überlebenssituation). Dieser Gehirnteil ist für uns über die Körperempfindungen wahrnehmbar.

Das Mittelhirn ist der Teil des Gehirns, in welchem eingehende Sinnesreize bewertet werden (z.B. „der Film ist bestimmt lustig ► möchte ich sehen“). Hier entstehen Gefühle, werden gesteuert, gespeichert und kontrolliert. Das Mittelhirn steht mit dem Stammhirn und dem Großhirn in Verbindung.

Das Großhirn ist für alle Kulturleistungen zuständig, wie beispielsweise zu lernen, obwohl man keine Lust hat, „nur“ weil es für später gut ist. Hier wird gedacht, kombiniert, bewertet. Vernünftiges Handeln welches Einsatz, Besonnenheit, Selbststeuerung und Verzicht verlangt, entsteht im Großhirn.

In Situationen die als gefährlich eingestuft werden, „informiert“ das Mittelhirn, sowohl das Großhirn als auch das Stammhirn. Bei überwältigender Gefahr, wird die Verbindung zu dem (langsamen) Großhirn abgeschaltet und das Stammhirn übernimmt die Steuerung der Reaktion. Sie erleben dies beispielsweise, wenn es gelingt in letzter Sekunde, einer Gefahr zu entkommen. Oft wissen wir dann nicht, wie wir das gemacht haben. Die

¹³ Vertiefen können sie diesen Abschnitt mit der Lektüre von Andreas Krüger, „Powerbook, erste Hilfe für die Seele“

Erklärung liegt in der blitzschnellen Reaktion aus dem Stammhirn, die dazu geführt hat, dass wir beispielsweise rechtzeitig vor dem Auto ausgewichen sind.

Wenn Sie also die unangenehmen Pflichten liegen lassen und stattdessen lieber vor dem Fernseher einen Film genießen, dann hat ihr Mittelhirn die Verhaltenssteuerung übernommen. Das Großhirn schließt sich dieser Handlung entweder an (weil es vernünftige Alternativen für die Erledigung der Pflichten sieht), oder stört durch Einwendungen, die ein „schlechtes Gewissen“ verursachen. In Ihrem Stammhirn wird dadurch keine Überlebensreaktion ausgelöst.

Bei Kindern, die traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, sieht das anders aus:

Das Mittelhirn dieser Kinder ist auf „rechtzeitige Gefahrenwahrnehmung“ spezialisiert, weil dies zum Überleben nötig war. Sichtbar ist dies häufig durch die permanente Übererregung und Anspannung der Kinder. Kleinste Hinweise auf Gefahr genügen, um die Verbindung zum Großhirn (und auch dem Sprachzentrum) zu unterbrechen und eine überlebenssichernde Notfallreaktion auszulösen. Das Stammhirn übernimmt die Verhaltenssteuerung. Vom Körper wird blitzschnell viel Energie zur Verfügung gestellt, damit Kampf oder Flucht gelingen.

Gleichzeitig bewirkt die Aktivierung des Stammhirns, dass die Hinweisreize von heute in Bruchteilen einer Sekunde, eine Art Brücke zu den vergangenen traumatischen Situationen schlagen. Das Kind spürt die Panik der Vergangenheit wieder. Aber diese Panik kann nicht als vergangen empfunden werden, sondern übermannt das Kind im hier und jetzt in voller Wucht. Das Kind hat in diesen Situationen keine Kontrolle über seine Gefühle und sein Verhalten.

Auch das Notfallprogramm selbst kann den Organismus überlasten. Ähnlich einer Hauptsicherung, die den gesamten Stromkreislauf unterbricht, kann der Körper bei Überlastung in eine Art tiefen Abwesenheitszustand „schalten“. Alle Bereiche der Wahrnehmung, die Erinnerung, das Bewusstsein, die Körperfunktionen und das Gefühl der eigenen Identität sind in diesem Zustand verändert. Fachlich wird dies als Dissoziation bezeichnet.

Ein weiterer wichtiger Fachbegriff beschreibt die Situationen, Gegenstände, Personen, Orte, Geräusche, Gefühle – also alle Sinneswahrnehmungen, die bei dem Kind eine Überlebensreaktion auslösen. Diese stehen im Zusammenhang mit dem Trauma und werden Trigger genannt (siehe auch Punkt 4.3).

Eine Hilfe im Umgang mit den frühtraumatisierten Kindern kann es sein, wenn Sie annehmen, dass die Persönlichkeit des Kindes durch die grausamen Erfahrungen in verschiedenen Teilen organisiert ist: Es gibt einen gesunden Anteil im Kind und einen traumatisierten Persönlichkeitsanteil, der die überwältigenden Gefühle und Situationen der Traumatisierung trägt. In sogenannten „Triggersituationen“ begegnet Ihnen dieser Anteil. Daneben gibt es einen Persönlichkeitsanteil, der sich im Alltag darum bemüht, den traumatisierten Teil unter Kontrolle zu halten, bzw. Trigger zu vermeiden und der häufig im Alltag seinerseits kontrollierend auftritt. Kinder wie Erwachsene empfinden es oft als erleichternd, wenn man von einem „kleinen inneren Kind spricht“, dass noch nicht weiß, dass das Schlimme vorbei ist und deshalb so heftig, oder vermeidend, oder ... reagiert. Die Aufgabe des Erwachsenen ist es, das kleine innere Kind aktiv mitzuversorgen und das große Kind anzuleiten, sein inneres verletztes Kind kennenzulernen.

4. Traumapädagogische Grundhaltungen und Handlungsmaximen für Eltern/Pädagogen

Die Basis allen traumapädagogischen Wirkens ist die Arbeit an der eigenen Haltung. Diese ist gekennzeichnet durch Wissen, Wertschätzung, Verständnis, Selbstreflexion und Selbstfürsorge. Im Folgenden werden wichtige Säulen traumapädagogischen Handelns näher erklärt¹⁴.

¹⁴ Die Fortbildung Traumapädagogik für Pflegeeltern ab November 2016 vertieft diese Gedanken und soll Hilfestellung sein diese Haltungen im Alltag zu etablieren (siehe Seite).

4.1 Die Annahme des guten Grundes

Nehmen Sie sich bitte ein wenig Zeit um über die folgenden zwei Sätze zu reflektieren. Wenn Sie traumapädagogisch handeln möchten, ist es unverzichtbar, dass Ihnen die Bedeutung dieser Sätze klar wird und Sie sich innerlich mit dieser Wahrheit verbinden.

Traumapädagogik geht davon aus, dass jedes „schwierige“ Verhalten eine normale Reaktion auf die (unnormalen) vergangenen Lebensbedingungen ist. Das Verhalten hatte immer eine lebenserhaltende, schützende Funktion unter traumatischen Lebensumständen, bzw. entlastet das Kind, wenn es den inneren (mit dem Trauma verbundenen) Stress nicht mehr regulieren kann. Dies gilt auch für Verhalten, welches im hier und jetzt als Symptom, Problem oder Störung definiert wird.

Wenn man mit dieser Grundhaltung vertraut ist, liegt es nahe, nach dem „guten Grund“ für ein bestimmtes Verhalten zu suchen. An Arons Beispiel wird das Vorgehen nachvollziehbar:

Der 10 jährige Aron lebt seit 7 Jahren in einer Pflegefamilie. Nach seiner Geburt lebte er mit seiner jungen Mutter zusammen. Diese war nicht in der Lage, seine Bedürfnisse zu erkennen und ihn angemessen zu versorgen. Eine Inobhutnahme erfolgte, als Aron 1,5 Jahre alt war und aufgrund seines Untergewichts in Lebensgefahr schwebte. Wegen der umfassenden Entwicklungsrückstände wurde Aron in einem therapeutischen Heim untergebracht und erhielt alle erdenkliche Förderung. Seit der Vermittlung in eine Pflegefamilie hat er weitere Fortschritte machen können. Er ist meist ein sonniges, freundliches Kind, gut in der Familie angekommen und besucht (unter hoher Anspannung) die Regelschule. Aron hat eine Blockade bei allem, was er nicht kann oder nicht kennt. Seine Merkfähigkeit ist zeitweise erschreckend gering, obwohl sein IQ im Normbereich liegt. Die Mutter hat inzwischen ein weiteres Kind bekommen, das bei ihr lebt. Besuchskontakte nimmt sie sehr selten und unregelmäßig war. Immer wieder kommt es zu Geld- und Süßigkeitendiebstählen von Aron in der Pflegefamilie, aber auch in seiner Schulklasse. Die Beziehung zu den Pflegeeltern ist durch diese Diebstähle von Aron stark belastet. Bisher haben die Pflege-

eltern versucht durch Gespräche „warum Ehrlichkeit wichtig ist“, mittels Strafen und Wiedergutmachungsaktionen, aber auch durch offenen Zugang zu Süßigkeiten, die Diebstähle zu beenden. Alles blieb bisher ohne Erfolg.

Traumapädagogisch fragen wir danach, welchen guten Grund Aron hat, Süßigkeiten und Geld unerlaubt zu nehmen? In welchen Zusammenhängen ist dieses Verhalten sinnvoll?

Wichtig ist, die eigene moralische „Schere im Kopf“ wahrzunehmen und zurückzustellen um Zusammenhänge zu finden, die das Verhalten des Kindes in einen subjektiv sinnvollen Zusammenhang stellen und keine negativen Motive beinhalten. Anzumerken ist auch, dass die Motive für das Kind selbst unbewusst sind. Es entscheidet sich nicht für diese Handlung, sondern versteht meist selbst nicht, warum es tut, was es tut. Doch zunächst zur Sinnhaftigkeit und dem „guten Grund“. Versetzen Sie sich in Aron und versuchen aus seiner Perspektive die Situation zu erfassen:

Unerlaubt Dinge und Geld zu nehmen ist für mich (Aron) sinnvoll,

- *wenn ich davon überzeugt bin, dass ich nicht genug bekomme und nicht weiß, ob ich dann verhungere,*
- *weil ich dann die Nähe zu meiner Mutter spüre. Nähe entsteht, weil ich weiß, ich tue das gleiche wie sie,*
- *wenn das Leben sich ganz grau anfühlt, langweilig und trostlos, dann bringt „unerlaubt Nehmen“ Spannung und Lebendigkeit,*
- *weil ich damit beweisen kann, dass ich klüger bin als ihr. Statt mich unterlegen zu fühlen bin ich dann stark und unabhängig,*
- *weil ich sicher sein muss, dass ich mich selbst versorgen kann. Es beruhigt mich, Süßigkeiten und Geld zu nehmen,*
- *weil ich „von der Welt betrogen worden bin“, „die Welt schuldet mir etwas“, es ist nur gerecht, wenn ich mir etwas nehme,*
- *weil es einen kleinen Aron in mir gibt, der weiß, dass seine Wünsche immer abgelehnt werden,*
- *weil ich die anderen beneide und es mich beruhigt, wenn ich ihnen etwas wegnehmen kann.*

Was Arons Wahrheit diesbezüglich am nächsten kam, ist ungewiss. In der Folge dieser obigen Überlegungen veränderte sich nicht das Verhalten des Kindes, wohl aber die innere Reaktion der Pflegeeltern. Das Gefühl „hintergangen zu werden“ wurde durch ein vertieftes Verständnis für das Kind ersetzt, was dazu führte, dass sie ihm in den Krisensituationen ruhig und verständnisvoll begegneten. Sie konnten ihm sagen, „dein Verhalten hat sicher einen guten Grund, eigentlich möchtest du alles gut machen. Das weiß ich.“ Aron reagierte darauf mit Erstaunen und Entlastung. Die Beziehung wurde nicht in Frage gestellt und es konnten sich gemeinsame Überlegungen anschließen, wie der Schaden wieder gut zu machen sei. Auch überlegten sie mit Aron gemeinsam, was sein guter Grund sein könnte. Im weiteren Verlauf suchten sie nach Auslösern, die mit dem Bedürfnis „einfach etwas zu nehmen“ im Zusammenhang standen. Die Spur führte über Umwege zu dem häufig ausgelösten Gefühl, „ich muss mich selbst versorgen können.“ Aron war bis zu diesem Zeitpunkt nicht bewusst, dass es durch seine Erfahrungen in den frühen Lebensmonaten einen „kleinen Aron“ in ihm gibt, der sich weiterhin permanent von Vernachlässigung bedroht fühlte. Aron spürte körperliche Erleichterung, wenn er sich selbst versorgte. Ohne die Zusammenhänge erfasst zu haben, konnte Aron diese Impulse bisher nicht steuern.

4.2 Wissen über Trauma – Psychoedukation

Psychoedukation hilft den Kindern sich selbst zu verstehen. Gemeint ist damit die Vermittlung von Wissen über Trauma. In kindgerechter Art und Weise werden die Mechanismen von psychischer Traumatisierung und die Folgen daraus dem Kind erklärt. Wichtig sind folgende Informationen:

- sie sind nicht schuld an den Erfahrungen, die Verantwortung liegt bei den Erwachsenen.
- sie wissen, dass diese frühen Erfahrungen sie noch immer beeinträchtigen und wirken.
- sie wissen wie der Körper und der Kopf nach traumatischen Erlebnissen reagiert.

Es entlastet die Kinder und Jugendlichen, wenn sie verstehen und von außen anerkannt wird, dass ihr Verhalten ein natürlicher Überlebensmechanismus nach Extrembelastung ist.

Der Teufelskreis aus: Unerwünschtem, störendem Verhalten im hier und jetzt ► Kritik ► Verteidigung, Abwehr, Eskalation ► Bestätigung des Minderwertigkeitsgefühls, kann durch Psychoedukation unterbrochen werden. Die Entwicklungsmöglichkeit „verbesserte Selbstwahrnehmung“, als Voraussetzung für eine Verbesserung der Regulationsfähigkeit rückt in den Mittelpunkt.

In erster Linie müssen natürlich Sie als Erwachsener die Prozesse nach einer Traumatisierung verstehen, damit diese den Kindern angemessen erklärt werden können.¹⁵



¹⁵ Zur Vertiefung wird die Traumapädagogikfortbildung des Sachgebietes Pflege und Adoption (Oktober 2016) empfohlen. Weitere spezifische Fortbildungsangebote finden Sie bei ZTP Welle e.V., (Hanau), oder in anderen Traumahilfezentren.

4.3 Förderung der Selbstwahrnehmung, -Selbstkontrolle und -Selbstwirksamkeit (Selbstbemächtigung)

Um die traumatischen Situationen zu überleben, kann das Selbst¹⁶ des Kindes sich nicht entwickeln, oder musste aufgegeben werden. Zentral war und ist für das Kind das Erleben von Ohnmacht und Fremdbestimmung. „Traumabearbeitung bedeutet deshalb das Herauskommen aus der Erstarrung, die Rückeroberung des Selbst. Die Pädagogik der Selbstbemächtigung beinhaltet das Selbstverstehen, z.B. wie reagieren Kopf und Körper auf traumatische Erlebnisse. Die Psychotraumatologie hat dafür gesorgt, dass diese Kenntnisse uns heute zur Verfügung stehen. Mithilfe dieser Kenntnisse lernen wir uns zu verstehen. Mithilfe der Zurückeroberung der Körperwahrnehmung lernen wir unser Selbst zu spüren. Schritt für Schritt können wir üben, Traumafolgen wie Erstarren, Dissoziieren, Explodieren zu regulieren, die Fernbedienung auszuschalten und wieder unsere eigene Frau und unser eigener Herr, wieder Subjekt zu werden, uns unseres Selbst wieder zu bemächtigen. Und das ist eine Voraussetzung zur sozialen Teilhabe, eine Voraussetzung, um die gesellschaftlichen Verhältnisse, in denen ich lebe, wahrnehmen und beeinflussen zu können.“¹⁷

Die Gesundheit des Kindes wird durch Verstehbarkeit der Zusammenhänge, das Erleben der Handhabbarkeit von Anforderungen und dem Gefühl der Sinnhaftigkeit unterstützt.

Sensibilisierung für Körperempfindungen und Gefühle

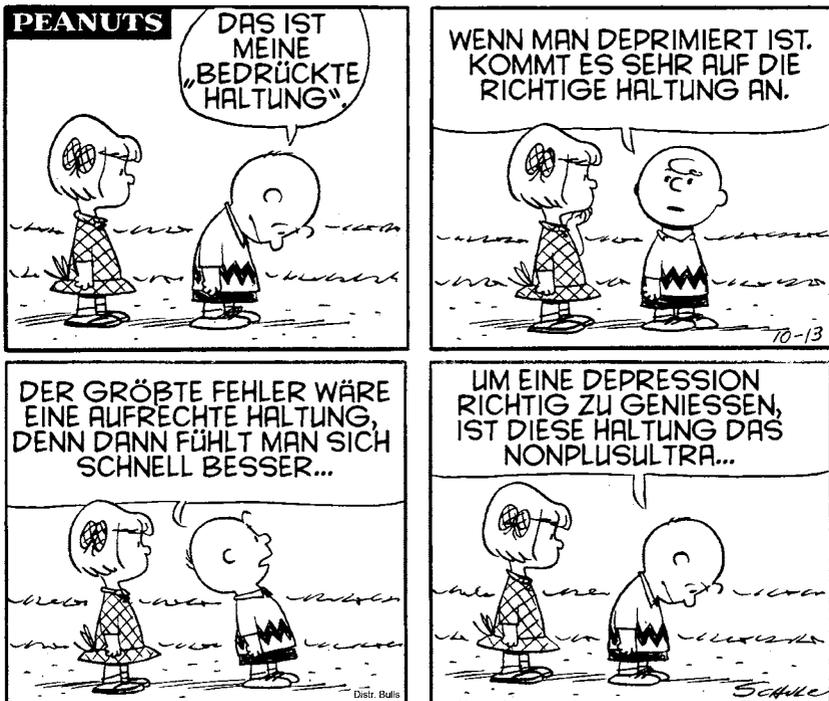
Für viele Pflegefamilien sind es „die aggressiven Aussetzer“, für andere eher die dissoziativen Zustände mit welchen die Kinder auf Übererregung reagieren problematisch. Wie weiter oben dargestellt, haben die Kinder während dieser Sequenzen keine Steuerungsmöglichkeiten.

¹⁶ Das Selbst wird hier als Zentrum der Persönlichkeit verstanden, verbunden mit dem Gefühl ein einheitliches, konsistent fühlendes, denkendes und handelndes Wesen zu sein.

¹⁷ Zitat Wilma Weiss

Die Chance liegt in den wenigen Augenblicken vor einem Ausbruch, bzw. vor dem dissoziativen Zustand. Durch eine Sensibilisierung für ihre Körperempfindungen können die Pflegekinder lernen, Frühwarnzeichen zu erkennen und rationale gesteuerte Notfallmaßnahmen zur Beruhigung, bzw. zum Spannungsabbau einzusetzen.

Da es in unserem Kulturkreis eher unüblich ist die Aufmerksamkeit auf Körperempfindungen zu lenken, Wörter für die Wahrnehmung zu finden und auf dieser Ebene für Spannungsabbau zu sorgen, ist es wichtig, dass Sie als Familie gemeinsam Achtsamkeit in diesem Bereich üben.



Eine Möglichkeit sich dem anzunähern ist es, Im Alltag immer mal wieder nachzufragen, was das Kind von seinem Körper spürt. Ob es Unterschiede gibt, mit welchen Worten diese zu beschreiben sind. Auch wenn Gefühle (keine überwältigenden Situationen!) da sind, lässt sich nachfragen, wo spürst du das Gefühl? Woher weißt du, das du z.B. traurig bist? Was fühlt sich anders in deinem Körper an, als sonst? Wie stark ist das Gefühl jetzt da?

Auch eine Tabelle anzufertigen und mit dem Kind gemeinsam zu überlegen, wie es sich bei einem bestimmten Gefühl spürt, wie man das ausdrücken kann und was es dann tun möchte oder tut, kann hilfreich sein.

Beispiel

Gefühl	Körperempfindung	Verhalten
Wut	Heißer Kopf, Anspannung	Schreien, stampfen
Angst	Gänsehaut	
Trauer		
Neid		

Die Bücher von Dr. med. Claudia Croos-Müller, z.B. „Nur Mut! Das kleine Überlebensbuch“, bieten auf spielerischer Ebene Bewegungsübungen an, die dazu beitragen körperlich wieder in einen ausgeglichenen Zustand zu kommen.

Eine andere praktische Übung um aus Erregungszuständen, oder auch depressiven Zuständen wieder ins Gleichgewicht zu kommen, findet sich bei Dr. Andreas Krüger im bereits erwähnten Powerbook¹⁸:

Stellen sie sich einfach einen Regler zum hoch und runterschieben vor. Daneben findet sich ein Skala von 1 bis 10. „10“ heißt, dass ein Gefühl maximal ausgeprägt ist, „1“ heißt, von diesem Gefühl ist fast nichts zu spüren. Wenn Sie oder ihr Kind ein Gefühl wahrnehmen, versuchen Sie zunächst es aufgrund seiner Stärke auf der Skala einzuordnen. Wenn dies

¹⁸ Andreas Krüger, Powerbook, S. 117

gut gelingt, wird geübt, den Regler im Geiste runter zu schieben und die entsprechende Gefühlsstärke zu erreichen. Um dieses Vorgehen zu üben und den Umgang mit dem „Werkzeug“ zu erlernen, eignen sich harmlose Situationen.

Manchen Kindern macht es Spaß einen solchen Regler zu basteln oder zu zeichnen. Manche Familien nutzen ein Plakat an der Wand mit einem Reglerbild, um ihre Gefühle den anderen genauer mitteilen zu können.

Trigger identifizieren und Übererregung wahrnehmen

Unter Trigger versteht man Sinneseindrücke, die Erinnerungen an alte Erfahrungen in einer Art wecken, als ob diese Erfahrung jetzt nochmal neu gemacht werden würde. Diese Erinnerung erfolgt meist plötzlich und mit großer Wucht. Die damaligen Gefühle werden unmittelbar erlebt. Eine solche Situation wird als Flashback bezeichnet. Die reale aktuelle Situation kann dann vom Kind oft nicht mehr wahrgenommen werden. Es reagiert oft so, als würde es sich in der alten, (unbewusst) erinnerten Situation befinden.

Als Trigger können innere wie äußere Signale wirken: Ein Jahrestag, ein Geruch, Geräusch, Geschmack, eine Geste, Farbe oder eine ähnelnde Situation. Aber auch Herzklopfen, das Gefühl abgelehnt zu werden, Angst vor Kontrollverlust oder ähnliches.

Für den Aussenstehenden sind diese Reaktionen meist unverständlich und selbst der davon Betroffene findet kaum Zugang zu sich selbst. Selbstverurteilung und Selbsthass sind nicht selten Folgen davon. Wichtig ist es die spezifischen Triggersituationen für ihr Kind langsam herauszufinden. In vielen Fällen lassen sich durch Vorbereitung und bewussten Umgang Übererregung vermeiden.

Grundsätzlich geraten traumatisierte Kinder schneller in Ausnahmesituationen, wenn ihre Grundbedürfnisse nicht gedeckt sind. Das heißt, es ist wichtig auf ausreichend Schlaf, Essen, Trinken und Ruhezeiten zu achten.

Stressreduktion – Erwartungen den Möglichkeiten anpassen – Struktur

Im Umgang mit traumatisierten Kindern muss man sich von den durchschnittlichen Erwartungen lösen, die man hauptsächlich in Bezug auf das Lebensalter hegt. Die Autonomiewünsche können dem biologischen Alter entsprechen und gleichzeitig können Wünsche nach emotionaler Versorgung auftreten, die für ein 10 Jahre jüngeres Kind zu erwarten wären. Unangemessene Ansprüche erzeugen Konflikte, die bis zur Beendigung des Pflegeverhältnisses führen können. Angemessen ist es, das Kind an sich selbst zu messen und individuelle Fortschritte zu würdigen. Die Balance zu schaffen zwischen Fördermöglichkeiten, schulischen Ansprüchen, Therapie und notwendigen Freiräumen für das Kind ist in der Praxis ein schwieriger Prozess.

Da das Angst – und Stresssystem traumatisierter Kinder chronisch aktiviert ist, muss der Alltag so gestaltet sein, dass die Gefahr der emotionalen Überflutung des Kindes durch Versagens-, Schuld- oder Bedrohungsgefühle möglichst minimiert wird. Es ist wichtig, dass sie als Pflegeeltern die Stressregulierung des Kindes von außen übernehmen, wenn es sich selbst nicht mehr steuern kann. Aufmerksames Wahrnehmen, frühzeitiges Innehalten, Reflektieren, Verlangsamen, sich und das Kind beruhigen sind Mittel hierzu.

Auch Rituale und ein strukturiertes, von Regelmäßigkeit bestimmtes Familienleben tragen zur Stressreduktion bei. Dabei ist weniger oft mehr: Zu viele Pläne, oder zu viel Arbeit bringen Stress in die Familie und erhöhen damit das Eskalationsrisiko. Pflegeeltern brauchen Mut, dem gesellschaftlichen Tempo und dem „normalen“ Reizniveau, eine langsamere Gangart und ein weniger volles Familienprogramm entgegen zu setzen.



4.4 Ressourcenorientierung

Unter Ressourcen versteht man alles, was Menschen in ihrer Lebensgeschichte schätzen, oder für die Bewältigung des Lebens hilfreich ist. Sie sind dienlich für das Wohlbefinden, oder um eigene Ziele zu erreichen. Jedes Kind hat neben all dem Tragischen auch Situationen des Wohlfühls in seinem Leben kennengelernt. Es hat Fähigkeiten entwickelt, die für sich und die Gemeinschaft wertvoll sind.

Im Zusammenleben mit seelisch verletzten Kindern ist die aktive Konzentration auf die Ressourcen des Kindes eine Bedingung, für das Gelingen der Beziehung.

Wenn die Kinder erleben, dass die Erwachsenen ihre positiven Merkmale wahrnehmen und schätzen, unterstützt das den Vertrauensaufbau und fördert die Pflegeeltern – Kind Beziehung. In diesem Sinn lohnt es Gespräche in der Familie darüber zu führen,



- was gerade gut läuft,
- was bleiben kann, wie es ist,
- worauf jeder in der Familie stolz ist,
- wie sie es geschafft haben, bis hierher zu kommen.

Sehr gute Erfahrungen konnten einige Pflegefamilie mit einem Ressourcentagebuch machen. Jeden Tag notierten sie, was dem Kind gut gelungen ist, worüber sich das Kind gefreut hat, was miteinander schön war, oder Spaß gemacht hat, nette Begegnungen oder glückliche Momente. Die Kinder hatten Freude an diesem neuen Ritual und staunten, wie viel doch gut läuft. Wichtig ist, jeden Tag etwas zu notieren (es können wirklich auch Kleinigkeiten sein) und negative Erlebnisse in diesem Rahmen nicht zu beachten.

Auch fest eingeplante Spaß- und Spielzeiten, in welchen die Pflegeeltern den Vorstellungen der Kinder im Spiel weitgehend folgen, können eine wichtige Ressource für die Beziehung werden.

Ein weiterer wichtiger Grundsatz ist es, das Kind nicht für seine Leistung, sondern vor allem für seine Bemühungen zu loben. Hier gilt manchmal, auch die kleinsten Ansätze von Kooperation wahrzunehmen und hervorzuheben.

4.5 Sichere Orte – Sicherheit herstellen

Trauma hat grundsätzlich etwas mit Angst, Verunsicherung und fehlender Kontrolle zu tun. Sicherheit, Selbstwirksamkeit und Kontrolle müssen den Betroffenen wieder erfahrbar gemacht werden.

Man unterscheidet zwischen äußerer und innerer Sicherheit.

Im Äußeren geht es zunächst darum das Kind vor Retraumatisierung zu schützen. Die Häufigkeit und Art der Durchführung von Besuchskontakten ist hierbei eine besondere Herausforderung. Wenn die Beteiligten versucht haben, die Besuchskontakte kindgerecht zu gestalten und das Kind trotz Unterstützung massive Belastungsreaktionen zeigt, sind aus traumapädagogischer Sicht diese Kontakte für das Kind schädlich. Ob ein Besuchskontakt das Sicherheitsgefühl des Kindes beeinträchtigt, kann man nur

feststellen, wenn man sein Verhalten auch vor und nach dem Kontakt kennt. Um das Kind zu stabilisieren kann es notwendig werden, die Besuchskontakte für einige Zeit auszusetzen. Allerdings sind die rechtlichen Voraussetzungen für diesen Schritt häufig nicht gegeben, bzw. nicht zu erreichen. Auch muss abgewogen werden, was diese Bestrebung bei den Herkunftseltern auslöst und welche Folgen dann auf das Kind und die Pflegefamilie zukommen.

Zur äußeren Sicherheit gehört auch die Gestaltung des Lebensraumes des Kindes:

Die Umgebung sollte schön gestaltet und heil sein. Notwendige Reparaturen sollten schnell durchgeführt werden, auch wenn das Kind immer wieder seine Sachen oder sein Zimmer beschädigt. Die Umgebung soll als sicher empfunden werden können. Das kann für jedes Kind etwas anderes heißen: Beispielsweise geschützt vor fremden Blicken, mit Rückzugsmöglichkeiten, verschließbaren Türen, oder ein Bett von welchem man die Tür im Blick hat. Am besten gestalten Sie mit dem Kind zusammen und fragen auch nach, was es braucht, damit es sich sicher fühlt. Besonders wirksam ist es, wenn man mit dem Kind zuhause einen ständig „sicheren Platz“ aufbaut, den das Kind immer nutzen kann, wenn es sich beruhigen will. Dazu braucht es Decken und Kissen und die Sicherheit, dass das Kind von den Pflegeeltern an diesem Platz (ohne Ausnahme) keine Kritik oder ähnliches erfährt. Wenn das Kind aber möchte, dass Sie es bei der Beruhigung unterstützen (z.B. mit dem einfachen Satz, „alles ist gut“, oder bei kleineren Kindern durch singen) kann dies die Bindung verstärken.

Auch lohnt es auf „Kleinigkeiten“ zu achten und sorgsam mit dem Kind umzugehen: Es gibt Sicherheit, wenn z.B. Besuch für die Familie (auch Freunde und andere Verwandte), im Besonderen auch vom Jugendamt vorher mit dem Kind besprochen, bzw. angekündigt werden. Hilfeplangespräche sollten nicht im Haushalt der Pflegeeltern stattfinden.

Wenn Pflegeeltern in ihrem Verhalten verlässlich und einschätzbar sind, unterstützt das die Entwicklung von innerer Sicherheit beim Kind. Mögliche Konflikte auf der Elternebene müssen bearbeitet werden, da diese vom Kind wahrgenommen werden und stark verunsichernd wirken.

Auslöser die an die traumatischen Umstände erinnern, sollten vermieden werden. Ist dieser Rahmen gegeben, tragen ein Familienklima der Transparenz („warum mache ich etwas so und nicht anders“), Beistand („ich unterstütze dich, egal wie du dich benimmst“), Mitwirkungsmöglichkeit der Kinder (Freizeitgestaltung, Wohnungsgestaltung, Regeln), bedingungslose Gewaltfreiheit der Erwachsenen, Wertschätzung, gemeinsame Freude und Humor zur inneren Sicherheit des Kindes bei.

Der „innere sichere Ort“ für das Kind ist eine basale Beruhigungstechnik in Form einer Imaginationsübung¹⁹. Es handelt sich um einen imaginativen sicheren Ort, bei welchem unabhängig von den Menschen des Alltags das Gefühl der Sicherheit entstehen kann.

Es ist notwendig diese Übung regelmäßig zu machen, sodass sie verinnerlicht wird. Nur dann ist sie für das Kind einsetzbar, wenn es sich angespannt oder unwohl fühlt. Wenn man die Übung nur ab und zu macht, ist sie vielleicht situativ hilfreich. Es ist aber unwahrscheinlich, dass sie in kritischen Situationen hilft.

4.6 Selbstfürsorge

Im Zusammenleben mit Pflegekindern erleben Pflegeeltern aufgrund deren Verhaltensweisen oftmals intensive Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Schrecken, Angst und Wut. Dies wird als stark belastend erlebt. Häufig sind der Rückzug aus den sozialen Beziehungen, Verzweiflung, Erschöpfung, Schlafstörungen, Scham- und Versagensgefühle die Folge.

Durch die Traumapädagogik wird die Gefahr der eigenen Überlastung zunehmend in das Bewusstsein der Fachkräfte und auch von Angehörigen traumatisierter Kindern gerückt. Das Thema Selbstfürsorge ist zu einer Bedingung für langfristiges pädagogisches Arbeiten mit traumatisierten Menschen geworden. Es ist wichtig die Beziehung zu sich selbst zu erhalten und auch fürsorglich mit sich umzugehen, um einer Erschöpfung, oder gar sekundären

¹⁹ Luise Reddemann (2008), *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*, Klett-Cotta. Nach Luise Reddemann in die „Du-Form“ verändert.

Traumatisierung²⁰ vorzubeugen. Es geht darum die Freude am Leben zu erhalten, für sich selbst und die anvertrauten Kinder. Um die Auswirkungen des traumatischen Stresses zu minimieren sind folgende Punkte unerlässlich:

- Fachwissen bezüglich der Wirkmechanismen bei Trauma
- Stabile soziale Beziehungen (Freunde auf Augenhöhe, viele Gespräche)
- Eine stabile, tragfähige, sich gegenseitig wertschätzende Paarbeziehung
- Die Fähigkeit eigene Gefühle wahrzunehmen und darüber zu sprechen
- Bewusstheit über eigene biografische Belastungen, eigene therapeutische Unterstützung
- Die Fähigkeit die Grenzen des Kindes zu erkennen und zu akzeptieren
- Die Fähigkeit eigene Grenzen zu erkennen und sich Hilfe zu organisieren
- Selbstfürsorge



²⁰ Wikipedia: „... bezeichnet die psychische Traumatisierung, die bei Angehörigen und helfenden Personen durch die Begleitung und das Mitbekommen von direkter Traumatisierung entstehen kann. Sie zeigt Symptome, die denen der primär Traumatisierten ähneln.“

Unter Selbstfürsorge versteht man einen wertschätzenden, liebevollen, achtsamen Umgang mit sich selbst und das Ernst nehmen eigener Bedürfnisse. Dazu gehören im Alltag alle Dinge, die ihr Herz erfreuen: Die Begegnung mit anderen Menschen, Bewegung, Kreativität, ein gutes Essen, Entspannungstechniken, Anregung der Sinne mit Musik und Kunst, Verbindung mit der Natur, die Versorgung der eigenen Gefühle und das Herstellen der eigenen Sicherheit.

Eine wichtige Ressource für die eigene Gesundheit ist neben all dem Genannten der Humor. Es hilft, wenn Sie das Lustige in Situationen erkennen, manche Eskalation mit Humor beenden, die Dinge nicht zu ernst nehmen, über sich selbst lachen können und Sie sich morgens im Spiegel aufmunternd zuzwinkern.

Anhang 1

Imaginationsübung: Der innere sicher Ort, nach Luise Reddemann

Stelle Dir einen Ort vor, der Dir gefällt und an dem Du Dich sicher und geborgen fühlst.

Dieser Ort kann irgendwo auf der Erde sein, er muss es aber nicht. Er kann bei den Sternen oder sonst wo im Universum sein. Du kannst ihn Dir aussuchen, oder den Ort kann es wirklich geben.

Lasse Gedanken und Vorstellungen oder Bilder aufsteigen von einem Ort, an dem Du Dich geborgen fühlst. Wenn unangenehme Bilder kommen, ist es gut wenn du weitergehst. Jede bzw. jeder kann einen solchen guten Ort für sich finden, ein Ort an dem Du Dich wohl und geborgen fühlst.

Gib Deinem Ort eine Begrenzung. Du kannst bestimmen, welche Lebewesen an diesem Ort sein dürfen. Du kannst liebevolle Begleiter oder Helfer an diesen Ort einladen, Wesen, die Dir Unterstützung und Liebe geben.

Schau nochmal, ob Du Dich dort mit allen Sinnen wohl fühlst.

Was siehst Du? Ist es angenehm? Wenn es etwas gibt, was Dir nicht gefällt, dann verändere es.

Was hörst Du? Ist es für Dich angenehm? Wenn nicht, verändere es.

Ist die Temperatur angenehm? Wenn nicht, so kannst Du sie jetzt verändern.

Kann sich Dein Körper so bewegen, dass Du Dich damit ganz wohl fühlst? Wenn noch etwas fehlt, verändere alles so, bis es ganz stimmig für Dich ist. Falls Du Gerüche wahrnimmst, sind diese angenehm?

Auch sie kannst Du verändern, so dass Du Dich ganz wohl damit fühlst. Wenn Du spürst, dass Du Dich ganz und gar an diesem inneren Ort wohl fühlst, dann kannst Du mit Dir eine Körpergeste vereinbaren. Diese kleine Geste kannst Du in Zukunft ausführen, wenn Du zu dem Ort zurückkehren möchtest. Geste und Ort sind miteinander verbunden. Das hilft Dir, schneller in die Vorstellung eintauchen zu können. Wenn Du möchtest, kannst Du diese Geste jetzt machen.

Um die Übung zu beenden, kannst Du wieder Deine Körpergrenzen wahrnehmen und den Kontakt des Körpers mit dem Boden/dem Sofa/ dem Bett achtsam registrieren. Komm mit der Aufmerksamkeit zurück in den Raum. Wie geht es Dir nach dieser Übung? Erlebst Du ein Gefühl von innerer Sicherheit, von Geborgenheit?

Anhang 2

Auszug aus der Checkliste für dissoziative Erfahrungen von Kindern

Diese Checkliste wurde von Frank W. Putnam entwickelt um dissoziative Phänomene von Kindern besser erfassen zu können. Einige der dort aufgeführten Beobachtungen sind im Folgenden für Sie zu lesen. Für eine Diagnostik ist eine umfassende Untersuchung und Anamnese bei einem auf Traumafolgestörungen sensibilisierten Kinder- und Jugendpsychiater unerlässlich.

- Das Kind gleitet manchmal ab in einen Zustand der Benommenheit oder Trance oder wirkt oft „weggetreten“. Möglicherweise teilen Lehrer mit, dass es häufig in der Schule tagträumt“.
- Das Kind zeigt sprunghafte Veränderungen in seinem Verhalten. Es ist zum Beispiel abwechselnd schüchtern und kontaktfreudig, abwechselnd mädchen- und jungenhaft, oder ängstlich und aggressiv.
- Das Kind ist ungewöhnlich vergesslich oder durcheinander im Hinblick auf Dinge, die es eigentlich wissen sollte. Zum Beispiel vergisst es den Namen von Freunden, Lehrern oder anderen wichtigen Perso-

nen, verliert Dinge, die ihm gehören oder ist oft selbst plötzlich verschwunden.

- Das Kind hat ein sehr schlechtes Zeitgefühl. Sein Zeitverständnis kommt durcheinander, es glaubt möglicherweise am Nachmittag, es sei Morgen, bringt die Tage durcheinander oder weiß nicht mehr, wann etwas geschehen ist.
- Das Kind verändert sich auffallend von Tag zu Tag oder sogar von Stunde zu Stunde in Bezug auf seine Geschicklichkeiten, Kenntnisse, Lieblingsspeisen, sportlichen Fähigkeiten. Es hat z. B. eine andere Schrift, ein verändertes Erinnerungsvermögen an zuvor Gelerntes, wie das 1 x 1, die Rechtschreibung oder den Gebrauch von Wörtern. Es geht anders mit Werkzeugen um oder zeigt andere künstlerische Fähigkeiten.
- Das Kind ist sexuell ungewöhnlich frühreif und zeigt vielleicht, seinem Alter nicht entsprechende sexuelle Verhaltensweisen gegenüber anderen Kindern oder Erwachsenen.
- Das Kind hat einen oder mehrere lebhaft imaginäre Gefährten. Das Kind kann darauf bestehen, dass der/die imaginäre/n Gefährte für Dinge verantwortlich ist, die es getan hat.
- Das Kind schlafwandelt häufig.

Literaturangaben

Elke Garbe, Das kindliche Entwicklungstrauma, Verstehen und bewältigen, Klett-Cotta Verlag, 2015

Karl-Heinz Brisch, Bindungsstörungen, von der Bindungstheorie zur Therapie, Klett-Cotta Verlag, Sechste Auflage, 2005

Jacob Bausum, Lutz Besser, Martin Kühn, Wilma Weiß (Hrsg.), Traumapädagogik, Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis, Juventa Verlag, Weinheim und München 2009

Peter A. Levine, Maggie Kline, Kinder vor seelischen Verletzungen schützen, wie wir sie vor traumatischen Erfahrungen und im Ernstfall unterstützen können, deutsche Ausgabe 2010 Kösel-Verlag, München

- Dr. med. Claudia Croos-Müller*, NUR MUT! Das kleine Überlebensbuch, Soforthilfe bei Herzklopfen, Angst, Panik & Co., 5. Auflage, 2014
Kösel-Verlag, München
- Dr. Bettina Bonus*, Mit den Augen eines Kindes sehen lernen, Band 1 Zur Entstehung einer Frühtraumatisierung bei Pflege- und Adoptivkindern und den möglichen Folgen, Herstellung und Verlag: Books on Demand GmbH, Norderstedt, 2006
- Luise Reddemann*, Imagination als heilsame Kraft, zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren, 8. Auflage, 2003
Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Andreas Krüger*, Powerbook, Erste Hilfe für die Seele, Trauma-Selbsthilfe für Junge Menschen, Elbe & Krueger Verlag Hamburg, 3. Auflage 2013
- Dorothea Weinberg*, Verletzte Kinderseele, Was Eltern traumatisierter Kinder wissen müssen und wie sie richtig reagieren, Fachratgeber Klett-Cotta, 2015

Wut – Aggressionen – Selbstfürsorge

Frau R. – Pflegemutter

Vor nun 10 Jahren haben wir unsere beiden Pflegekinder aufgenommen. Sie waren 3 und 2 Jahre alt und leibliche Geschwister.

Die Anbahnung ging schnell und wir wurden von der Bereitschaftspflege sehr kompetent und einfühlsam unterstützt. Die Kinder haben 6 Monate dort gelebt. Der sehr jungen Mutter wurde während dieser Zeit die elterliche Sorge entzogen und dem Jugendamt als Vormund übertragen.

Schnell zeigte sich, dass die beiden uns sehr herausfordern würden und sie nahmen sehr, sehr viel Raum und Zeit in unserem neuen Leben zu viert ein. Beide Kinder waren sehr in ihrer Entwicklung verzögert und haben extrem viel geschlafen. Ihre Wahrnehmung und Gefühlswelt war sehr anders. Wir hatten oft das Gefühl es mit deutlich jüngeren Kindern zu tun zu haben. So „wechselten“ wir das eigentlich altersgerechte Spielzeug und Bücher aus und starteten wie mit Babys. Sie lernten laufen und sprechen und konnten sich tagsüber schon bald von Schnuller und Windel trennen. Dies war zu Beginn etwas befremdend für uns, aber wir gewöhnten uns schnell daran. Nur wenn wir mit Freunden und anderen Kindern zusammen waren, merkten wir wieder, dass hier irgendetwas nicht zusammen passte bzw. anders war bei uns. Unsere Kinder brauchten ihre gewohnte Umgebung zum Schlafen – woanders war es sehr schwierig und führte zu Ängsten und hoher Unruhe. Im Auto haben sie nie schlafen können. Wenn wir wegfuhrten (auch nur für einen Nachmittag oder Tag), mussten wir vorher immer mehrmals besprechen, dass wir alle vier in unser Zuhause wieder zurückkommen würden. Essen war und ist ein sehr zentrales Thema in der Familie. Es musste lange immer etwas im Topf zurück bleiben, um das Gefühl zu geben es ist genügend da für jeden. Unterwegs waren wir immer mit einer sehr großen Brotzeit ausgerüstet.

Die Kinder machten schnell Fortschritte, doch gab es viele Dinge, die für uns nicht zu verstehen waren und uns auslaugten. Besonders die Wut- und Schreianfälle, die sehr plötzlich und heftig aus dem – für uns scheinbarem – Nichts heraus kamen. Die beiden machten sehr viel kaputt, bisßen und schlugen um sich. Ihr Spiel bestand aus Chaos veranstalten und alleine konnten sie so gut wie zu gar keinem Spiel finden. Sobald einer von uns mit dabei war, gab es extrem viel Rivalität um die Zuwendung. Sonst waren die

beiden ein Herz und eine Seele, aber in dem Moment kämpften sie "wie um ihr Überleben". Das wurde schnell sehr anstrengend und machte vieles schwierig. Wir hatten uns das irgendwie anders vorgestellt. Im Außenkontakt waren die Kinder sehr beliebt und strahlten viel. Überall waren sie gern gesehen und waren beliebte Spielpartner. Zu Hause gab es ein sehr konträres Bild.

Wir merkten, dass wir es alleine und mit dem Rat und Tat der Familie und Freunden nicht schaffen können.

Wir riefen das Stadtjugendamt an und baten um Hilfe. Der psychologische Dienst etablierte die Frühförderung durch ihre Kontakte. Dies fand sogar zum großen Teil hier zu Hause statt. Ich konnte während dieser Stunden viel lernen und fing ein wenig an zu verstehen ...

Immer wieder (aber nicht immer) war für uns der Kontakt zum Stadtjugendamt eine Ressource den „Wahnsinn“ weiter zu überleben. Wir redeten viel, öffneten uns und es entwickelten sich teilweise sehr wertvolle Unterstützungsmöglichkeiten.

Ich ging in eine monatliche Vormittagsgruppe beim Stadtjugendamt. Dort lernte ich die ersten Pflegefamilien kennen und merkte, dass auch andere die gleichen oder ähnliche Probleme hatten. Es gab hier auch Raum genau meine Sorgen zu besprechen.

Ich ging zu den Themen-Nachmittagen, um mich zu informieren (anfangs auch mit den Kindern, da eine Betreuung im Stadtjugendamt für die Zeit angeboten wurde).

Wir fuhren gleich im ersten Jahr zur Mehrbedarfswoche nach Brandenburg (jetzt in Teisendorf). Dieses Jahr zum 11. Mal. Diese Woche ist so wertvoll (inzwischen für uns beide) geworden und es sind Freundschaften entstanden. Hier konnten unsere Kinder so sein wie sie sind. Keiner guckte im Speisesaal zu uns herüber, wenn es mal wieder sehr laut wurde oder große Bewegung am Tisch war. Die Kinder merkten schnell, dass sie hier nicht – wie sonst so oft – anders sind. Sie wurden angenommen so wie sie sind. Wir lernten dann vormittags und nachmittags in den Seminareinheiten viel zu all den Pflegekinder relevanten Themen. Die Kinder waren wunderbar umsorgt mit ausreichend vielen Betreuern. So etwas haben wir nirgends anderswo erlebt.

Ich organisierte dann über einige Jahre Pflegefamilien-Ausflüge, um den Austausch nicht auf diese eine Woche zu beschränken. Eine andere Mutter organisierte einen Pflegeeltern-Frühstücksstammtisch. Nach einer kurzen Pause hat diesen eine andere Mutter wieder aufgenommen und wir treffen uns jetzt regelmäßig 1x pro Monat am Freitag Vormittag. Hier tauschen wir uns aus, lachen gemeinsam und fühlen uns einfach verstanden und angenommen (dieses Gefühl habe ich auch immer bei all den anderen Veranstaltungen gehabt).

Hinzu kam dann viel Diagnostik sowie sehr viel Suche nach geeigneten Kigas, Schulen, Therapien, Therapeuten, Schulbegleiter, Ärzte, Kliniken, Rechtsanwälten, Fortbildungen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vom Stadtjugendamt, etc. Immer wieder mussten wir den eingeschlagenen Weg erneut verändern, da er nicht wie gedacht „funktionierte“. Wir hatten eine riesige Krise nach 4 Jahren, die fast alles beendet hätte. Streit mit dem Stadtjugendamt und der HPT, wir am Ende unserer Kräfte, Kinder, die sich nicht mehr so recht weiter entwickelten. Unsere Tochter zog dann in eine für sie wunderbare Einrichtung, wir beantragten die Vormundschaft und leben nun heute weiterhin noch ein wenig mehr anderes Familienleben zu viert. Bei all dem war mein aufgebautes Netzwerk ein unheimlich guter Begleiter – ich/wir wären alleine wahrscheinlich nicht so weit gekommen. Und wir alle nicht da, wo wir heute nach 10 Jahren stehen.

Ein entscheidender Wendepunkt war für mich eine Trauma-Fortbildung im Stadtjugendamt. Hier konnte ich vieles nochmal wieder anders an- und wahrnehmen.

Ich habe gelernt die Dinge mit der „Traumabrille“ zu sehen oder zu spüren. Manchmal ist das Verhalten der Kinder einfach okay so wie es ist. Es hat einen guten Grund dafür. Oft muss ich einen Weg finden anders oder sehr situativ zu reagieren, um einen Ausbruch zu vermeiden. Ausbrüche tun niemanden gut. Das ist sehr anstrengend und erfordert variantenreiche Ideen mit u.a. sehr viel Feinfühligkeit, Sensibilität, Achtsamkeit und Humor. Diese Ideen können auch manchmal einfach nur verrückt sein. Und immer wieder differenziere ich dabei zwischen jetzt und generell.

Um all das zu schaffen und auch ansatzweise umzusetzen/zu lernen, verstand ich wie wichtig die Selbstfürsorge für mich dabei ist. Dass es völlig okay ist, nur ganz wenig (12 Stunden die Woche) zu arbeiten oder sogar gar nicht. Morgens die freie Zeit mit einer Freundin beim ratschen zu verbringen. Mal ein Wochenende wegzufahren und ganz andere Gedanken und Gefühle zu haben. Abstand von den anstrengenden Stunden zu gewinnen und zu lachen sowie unbeschwert zu sein. Sich eine Massage zu gönnen oder einfach etwas Schönes/Gutes für mich tun. So gewinne ich Kraft und Energie zurück und bleibe in der positiven Handlung. Wenn ich überlastet, gestresst und/oder angespannt bin, bin ich den sehr herausfordernden Situationen einfach nicht gewachsen.

Übertragungen und Gegenübertragungen zu erkennen und rechtzeitig zu bemerken, ist für mich immer bedeutsamer geworden. So schnell geht der Strudel der schlechten Gefühle auf mich über und dann kann ich den Kindern auch nicht mehr aus den ihrigen helfen. Sie spüren meine Ohnmacht und das setzt eine Teufelsspirale in Gang. Dieser Sog wurde immer schneller und heftiger und wir sind beide mittendrin. Um dem zu begegnen war für mich wichtig die eigenen Warnzeichen/Trigger (wie z.B. Körperanspannung) versuchen zu spüren und anzunehmen. Wenn mir das gelingt, kann ich noch rechtzeitig deeskalieren. Wenn wir schon über 50% sind, wird es immer schwieriger.

Ich wünsche allen mit mir viel Mut, Humor, kreative Ideen, aber auch einen genauen Blick was geht und was nicht, um unseren wunderbaren Kindern zu helfen einen guten Weg in ihr Leben zu finden.

Vorbemerkung zu den Geschichten über Rico und Dorwinje

Silvia Dunkel

Als ich zu Beginn meiner pädagogischen und therapeutischen Berufslaufbahn als sehr junge Kollegin in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie arbeitete, kam uns als Team ein Buch unter: „Annie – a special kind of stories“. Eine Kollegin hatte ihren Bruder in Sydney besucht, der seine Facharztausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater mit einem Aufenthalt in einer Kinderpsychiatrie in Sydney abschloss. Dabei hatte sie sich natürlich auch den Arbeitsplatz des Bruders genauer angesehen und eine Woche dort hospitiert. Mit dem Buch im Gepäck und lebendigen Erzählungen berichtete sie davon, wie dort Geschichten für die einzelnen Kinder so geschrieben wurden, dass es möglich war, aufgrund der gleichen Erlebnisse sich als Kind mit diesen Geschichten zu identifizieren und gleichzeitig über den anderen Namen des Kindes und kleinen Unterschieden eine Distanzierung möglich war. Sie erzählte, wie sie selbst in dieser kurzen Zeit miterlebte, wie diese Geschichten wirkten. Angesteckt von ihrer Begeisterung übersetzten wir nächtelang im Nachtdienst in ruhigen Stunden dieses Buch, ganze Stationsbesprechungen und Klinikkonferenzen kreisten um unser Vorhaben – zu einem Zeitpunkt als noch relativ streng analytisch in den Kinder- und Jugendpsychiatrien gearbeitet wurde. Wir benötigten etliche Geduld und einen Stationsarzt, der mit uns den Versuch wagte und siehe da, auch wir konnten feststellen, dass diese Geschichten, die in stundenlanger Arbeit sehr einfühlsam entstanden und für die Kinder und Jugendlichen facettenreich auf sie zugeschnitten wurden, positiv wirkten.

Heute im Jahr 2016, Jahrzehnte später, freut es mich, dass mit solchen Geschichten in vielen Einrichtungen und Diensten gearbeitet wird. Wir stellen Ihnen hier im Heft zwei Geschichten exemplarisch vor, die sehr unterschiedlich entstanden sind. Die Geschichte über Rico entstand auf einem Seminar des Stadtjugendamtes und wurde sozusagen in Nacharbeit (soweit zu den Arbeitszeiten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern) von Frau Gruber geschrieben. Am Seminar wurde tags zuvor an der Situation von Rico* gearbeitet und Frau Gruber hatte für sich das Gefühl, die

* Name aus Datenschutzgründen verändert

Situation von Rico noch mehr verdeutlichen zu müssen. Über den Einbezug der Lebensgeschichte entstand dann die Rico-Geschichte in ihrer Erstversion.

Die Geschichte „Dorwinje und die „Weiß-nix-Zeit“ schrieb Marion Gebhardt für das Mädchen D., die ihr die Frage stellte, weshalb es immer wieder so ist, dass sie sich an nichts mehr erinnern könne.

Frau Gebhardt hatte vorher im pädagogischen Alltag in der Wohngruppe die Erfahrung gemacht, dass D. sehr schnell dissoziiert, wenn über persönliche oder/und belastende Erfahrungen des Mädchens gesprochen wurde. Deshalb setzte sie die Idee um, ihr eine Geschichte von einem Mädchen zu erzählen, dem es ähnlich ergeht wie ihr. Die Idee Themengeschichten für Kinder zu schreiben, in denen sie sich aktiv mit ihren Themen beschäftigen, entnahm sie dem Buch von Doris Brett „Anna zähmt die Monster“.

Frau Gruber und Frau Gebhardt wiederum lernten sich auf einer traumapädagogischen Fortbildung kennen.

Ich möchte mich ganz herzlich bei beiden Kolleginnen bedanken, dass sie diese Geschichten hier zum Abdruck zur Verfügung stellen. Das Copyright für beide Geschichten liegt einzig und alleine bei den beiden Kolleginnen.

Was der kleine Rico nicht wissen konnte

Viola Gruber

Diese Geschichte erzähle ich Dir, weil ich glaube, dass du sie gut verstehen kannst. Das wäre nicht bei jedem Kind so ... nicht jedes Kind würde die Geschichte verstehen.

Die Geschichte handelt von einem kleinen, starken Jungen namens Rico. Rico fühlte sich meist ganz groß, aber er hatte auch ein Geheimnis: Manchmal fühlte er sich schrecklich und ganz anders als die anderen.

Kennst du das, dass Du dich manchmal ganz groß und stark fühlst? Und manchmal anders als die anderen?

Es waren einmal eine Frau und ein Mann, die hatten vieles was Erwachsene eigentlich können, noch nicht gut gelernt. Doch sie hatten sich lieb und hofften, dass das Leben gut wird. Oft fühlte sich die Frau nicht gut. Sie hatte schreckliche Gefühle. Aber sie wollte, dass es ihr gut geht und so nahm sie ein Zaubermittel ein, das ihr anfangs gute Gefühle brachte.

Eines Tages spürte die Frau, dass sie ein Baby bekommt und sie freute sich sehr darüber. Das Baby in ihrem Bauch nannte sie Rico. Im Bauch spürte Rico die Freude seiner Mama und er freute sich auch. Die Mama wollte alles gut machen für das Baby, aber sie konnte nicht aufhören von dem Zaubermittel zu nehmen. Von diesem Zaubermittel bekam auch Rico im Bauch etwas ab. Er fühlte sich immer schrecklich wenn es kam. So ging es auch seiner Mutter. Ohne das Zaubermittel fühlte sie sich schrecklich und mit dem Mittel ging es ihr auch nicht gut. Rico spürte das, doch er wusste nicht, dass das Zaubermittel eine Droge war.

Drogen sind Substanzen die Menschen verändern, sie denken, fühlen und benehmen sich anders als normalerweise. Drogen sind illegal, d.h. man bekommt früher oder später Schwierigkeiten mit der Polizei, wenn man sie einnimmt. Drogen sind gefährlich weil jeder Mensch anders darauf reagiert. Drogen machen süchtig, d.h. man möchte immer mehr davon nehmen. Dadurch schadet man sich selbst und anderen.

Rico spürte im Bauch, dass etwas falsch war und dachte, er sei es. Er wusste noch nicht, dass Drogen erst gute und dann schlechte Gefühle machen und dachte, er sei schuld daran, dass seine Mama sich schlecht fühlte. Die Mutter von Rico bemühte sich sehr, aber es gelang ihr nicht die falsche Zauberdroge, die das Leben nur scheinbar besser macht, weg zu lassen.

Da passierte etwas Furchtbares! Ganz plötzlich war die Zeit im Bauch seiner Mutter für Rico vorbei. Viel zu früh, denn Rico war noch nicht groß genug, um ohne den Schutz von Mamas Bauch zu überleben. Im Krankenhaus kümmerten sich viele Menschen um ihn und gaben ihm Medizin, Wärme, Nahrung und Nähe. Nur weil er damals schon ein ungewöhnlich kräftiger Junge war, überlebte Rico diese ersten Wochen. Aber er hatte das Gefühl er sei schuld an diesem Lebensanfang. Er dachte, er hätte es nicht gut gemacht und sei irgendwie falsch. Rico wusste damals nicht, dass er ein wunderbares Baby war, dass er alles richtig gemacht hatte und nur die Droge schuld war.

Rico blieb sechs Wochen lang im Krankenhaus bis er kräftig genug war und auch ohne die Ärzte überleben konnte. Im Krankenhaus fühlte er sich einsam. Er kannte all die Geräusche nicht. Die Stimme seiner Mutter war nicht zu hören und überall nur fremde Menschen. Er hatte Schmerzen, weil auch sein Körper so sehr an die Zauberdroge gewöhnt war. Er hatte unbeschreibliche Angst in dieser Welt. Nun dachte Rico wieder, dass es an ihm liegen würde, dass das Leben so ist, und dass etwas falsch an ihm sei. Er wusste einfach nicht, wie wunderbar es war, dass er zur Welt gekommen ist. Niemand hatte ihm gesagt: „Wie schön, dass du da bist. Ich hab dich lieb!“

Rico musste es irgendwie schaffen im Krankenhaus zurechtzukommen, denn er wollte ja leben. Da hatte er ein Idee: „Wenn ich so tue, als ob der Schmerz nicht da ist. Oder so, als ob es ein anderes Kind wäre, das den Schmerz hat. Dann geht’s mir besser.“ Und so machte er es von da an. Er hatte noch eine Idee: „Ich tue einfach so, als sei ich schon groß. Dann habe ich keine Angst.“

So wurde aus Rico im Alltag ein besonders großer, starker Rico, der es mit allem und jedem aufnahm und ein kleiner, versteckter und verzweifelter Rico der sich falsch fühlte und all die schlimmen Erlebnisse und Gefühle von da an trug.

Weil der große Rico viel Kraft hatte und weil es den kleinen Rico gab, der alles Schlimme gespeichert hatte, schaffte er es. Er konnte umziehen in ein Haus mit vielen Kindern. Hier gab es einiges was ihm gefiel. Rico lernte jeden Tag dazu und wurde größer, klüger und stärker. Doch immer wenn Rico etwas nicht so gut konnte, oder mal einen Fehler machte, dann meldete sich der kleine Rico. Dann war es wieder da, das übermächtige Gefühl, schuld an allem zu sein. Dann fühlte er sich falsch und wertlos. Manchmal war der große Rico richtig wütend auf sich und die Welt. Wut war besser als Verzweiflung.

Rico wusste noch nicht, dass seine Mama ihn zwar liebte, es aber nicht schaffte ihn zu besuchen. Er nahm alle Schuld auf sich und der kleine Rico war sicher, er sei nichts wert.

Er wusste noch nicht, dass er ein besonderes Kind war. Er hatte überlebt, weil er Kraft, Mut und den Willen dazu hatte. Er hatte alles richtig gemacht und fühlte sich doch falsch.

Deshalb hasste Rico es, wenn etwas nicht gleich gelang. Er wollte sich doch nicht falsch fühlen. So kam es, dass er einige Dinge, die er bei anderen Kindern sah, einfach nicht probierte und auch nicht übte wie die anderen. Er sagte dann einfach: „Das kann ich nicht“, oder er sagte gar nichts und tat auch nichts.

Etwas später zog Rico in seine neue Familie. Jetzt hatte er eine Mama und einen Papa die gut für ihn sorgten. Sie spielten mit ihm, sie waren für ihn da, sie gaben ihm zu Essen und sie hatten ihn richtig lieb. Rico wurde größer und klüger, aber der kleine Rico in ihm blieb vorsichtig und hatte weiterhin Angst. Er hatte Angst etwas falsch zu machen, er hatte Angst den Schmerz zu spüren und er fühlte sich einfach falsch. Der kleine Rico in ihm wusste noch nicht, dass er in einer Familie war, die sich um ihn kümmert. Er wusste nicht, dass die Schmerzen vorbei sind. Er wusste nicht, dass jemand für ihn da ist, wenn er Angst hat. Der kleine Rico wusste

noch nicht, dass er richtig ist und der kleine Rico hörte es nicht, wenn seine Pflegeeltern zu Rico sagten, „du bist ein wunderbares Kind!“

Eines Tages träumten seine Pflegeeltern, dass es einen großen starken und einen kleinen, verängstigten Rico gibt. Und es wurde ihnen klar, dass der kleine Rico noch nicht verstanden hatte, dass das Schlimme für immer vorbei ist. Der kleine Rico ist im Alltag ja eigentlich nicht da. Und als sie erwachten, machten sie es sich zur Gewohnheit, extra auch zu dem kleinen Rico zu sprechen. Und sie sagten ihm, „kleiner Rico, du bist sicher bei uns, das Schlimme ist vorbei.“

Der große Rico hat dann auch etwas gelernt: Immer wenn der innere, kleine Rico alles hinschmeißen will, weil er Angst vor Fehlern hat, dann sagt er zu ihm: „Beruhig“ dich und hab Mut! Nur wenn man`s oft tut, wird man gut.“

Immer wenn der kleine Rico Schmerzen hat, dann sagt er ihm: „Denk daran, dass Schlimme ist vorbei. Jetzt kann dich die Mama (oder der Papa) trösten.“

Immer wenn der kleine Rico Angst hat, sagt er ihm: „Hier bist du sicher, hier bist Du beschützt.“

Und damit der kleine Rico immer daran denkt, haben ihm die Pflegeeltern einen Kraftstein mit einem Spruch geschenkt. Den hat der kleine Rico in seine Schatztruhe gelegt und immer wenn er mal vergisst, dass alles an ihm richtig ist, dann holt er ihn heraus: „Viel wundervoller als dieser Stein, das muss ich wohl sein!“

Rico ist das Kind drogenabhängiger Eltern. Er wurde mit Entzugserscheinungen und als Frühgeburt geboren. Nach einem Aufenthalt in einem Kinderheim wechselte er im Alter von ca. einem Jahr in seine Pflegefamilie. Er hat Schwierigkeiten sich auf neue Herausforderungen einzulassen, obwohl er im Grunde ein Kind mit vielen Ressourcen ist. Er steckt erhebliche

Energie in die Vermeidung entsprechender Situationen, die dann auch eskalieren können.

Es ging darum die mögliche innere Situation des kleinen Jungen aus traumpädagogischer Sicht zu erfassen. Dazu war es wichtig, das „Symptom – Angst vor Fehlern, Verweigerung von Anstrengung“ in einem subjektiv sinnvollen Kontext zu sehen.

Die Veränderung entsteht in erster Linie beim Erwachsenen, der eine neue Sicht auf das Verhalten des Kindes gewinnt und deshalb neue Wege gehen kann. Wenn es um Überlebensstrategien geht, welche im hier und jetzt auch schädlich für das Kind sind, kommt das Verstehen des Verhaltens in seiner ursprünglichen Bedeutung vor einer konkreten Veränderung.

Dorwinje und die „Weiß-nix-Zeit“

D., 13 Jahre und Marion Gebhardt (Heilpädagogin und Traumapädagogin, Nürnberg)

Teil 1

Ich möchte dir heute eine Geschichte erzählen. In dieser Geschichte geht es um ein 13jähriges Mädchen namens Dorwinje.

Und die Geschichte handelt auch davon, wie Dorwinje auf Entdeckungsreise geht, um sich selbst zu verstehen.

Dorwinje hat in ihren 13 Jahren schon einiges erlebt. Da waren schöne Erfahrungen dabei. Manche Erlebnisse waren aber gefährlich für Dorwinje, manche haben sie verletzt, manches hat ihr Angst gemacht, sie verunsichert, manches wirkte bedrohlich und manches machte sie traurig.

Dorwinje lebt nicht, wie die meisten Mädchen ihres Alters bei ihren Eltern oder in einer Familie. Sie lebt in einer Wohngruppe, gemeinsam mit sechs anderen Kindern. In dieser Wohngruppe fühlt sich Dorwinje meistens ganz wohl. Die anderen Kinder und auch die Erwachsenen der Gruppe findet sie schon manchmal anstrengend und nervig. Trotzdem gibt es für sie momentan keinen Ort, an dem sie lieber wohnen möchte.

Es gibt Zeiten, in denen sie das Gefühl hat, als wäre sie anders als die anderen Teenies in ihrem Alter. Sie fühlt sich dann so, als wäre etwas in ihr, dass sie von den anderen unterscheidet und sie von den anderen fern hält.

Dorwinje hat festgestellt, dass es mehrere Sachen gibt, die sie bedrücken. Da sind zum einen Alpträume, die sie vom Schlafen abhalten. Zum anderen sind da diese Wutausbrüche, bei denen sie sich nicht mehr kontrollieren kann und dann ist da noch die „Weiß-nix-Zeit“.

Diese „Weiß-nix-Zeit“ ist so, dass Dorwinje sich an das, was in dieser Zeit passiert, so gut wie nicht mehr erinnern kann. Deshalb hat sie dem Zustand diesen passenden Namen gegeben: „Weiß-nix-Zeit“. Dorwinje ist zwar körperlich da, sie sieht, spricht und hört aber nichts mehr, sie nimmt nichts mehr bewusst wahr.

Die „Weiß-nix-Zeit“ bemerkt Dorwinje erst, wenn sie wieder vorbei ist. Die Zeit ist wie nicht wirklich da gewesen.

Die „Weiß-nix-Zeit“ erlebt Dorwinje an unterschiedlichen Orten, z.B. auch in der Schule, oder beim gemeinsamen Mittagessen in der Gruppe, deshalb kann sie sich dann an das, was besprochen wurde nicht erinnern.

Dann passieren oft peinliche Situationen für Dorwinje, weil sie z.B. mittags eine „Weiß-nix-Zeit“ hatte, als besprochen wurde, dass die Gruppe ins Schwimmbad geht und sie dann als einzige ihre Schwimmsachen nicht gepackt hat, wenn die Gruppe los gehen will.

Dorwinje ist ein Mädchen, dass sich mit störenden Dingen nicht gern abfindet, sondern diese ändern möchte.

Und die „Weiß-nix-Zeit“ stört sie gewaltig!

Dorwinje denkt lange darüber nach, was sie tun könnte. Die Erwachsenen, bei denen sie nachfragt, wirken ebenfalls etwas ratlos.

Eines Tages, als sie auf dem Heimweg von der Schule an der Bushaltestelle steht, hört sie ein Gespräch von zwei Lehrern mit, die sich über einen Schüler unterhalten, der ihnen Sorgen macht.

Dabei sagt der eine: „Denk daran, dass er, wie alle, einen guten Grund für sein Verhalten hat.“

Dieser Satz bleibt Dorwinje im Ohr ... „wie alle – einen guten Grund für sein Verhalten ...“

Sie denkt darüber nach, was dies für sie und das Auftauchen der „Weiß-nix-Zeit“ bedeutet, heißt das, dass es auch dafür irgendeinen guten Grund gibt, – und wenn ja – welcher das denn sein könnte.

Dorwinje denkt sooo angestrengt nach, dass ihr vom vielen Denken ganz schwindlig wird.

Sie stellt schon mal fest, dass etwas in ihrem Körper diese „Weiß-nix-Zeit“ bestimmt und macht, ohne dass sie selbst das bewusst will.

Sie denkt ja nicht: „Ach wir entscheiden gerade was wir am Nachmittag unternehmen, da klink` ich mich mal aus und lass` mich überraschen ob wir was Tolles oder Doofes machen, – NEIN, da will ich doch mitreden“.

Aber was könnte ihr Körper für einen guten Grund haben, die „Weiß-nix-Zeit“ einzuschalten?

Dorwinje fällt nur ein Grund ein, wann die „Weiß-nix-Zeit“ Sinn machen würde – und zwar dann, wenn man etwas ganz Schlimmes erlebt, das so schlimm für einen ist, dass man sich daran gar nicht mehr erinnern will. Etwas das so schlimm ist, dass man es eigentlich gar nicht aushalten kann, wenn man es bewusst erlebt. Dann würde der Körper durch Einschalten der „Weiß-nix-Zeit“ dafür sorgen, dass man Schlimmes überstehen kann und nicht wieder daran denken muss...

Dorwinje ist sich nicht sicher, ob sie mit dieser Vermutung richtig liegt und beschließt, dass sie eine Expertin für solche Fragen aufsucht – Frau Schwalbe, die Psychologin der Wohngruppe.

Als Dorwinje Fr. Schwalbe von ihren Überlegungen zur „Weiß-nix-Zeit“ und von ihrer Suche nach dem Grund für diesen Zustand berichtet hat, ist Fr. Schwalbe sehr beeindruckt von den klugen Gedanken des Mädchens. Sie erklärt Dorwinje, dass es einen Fachbegriff für die „Weiß-nix-Zeit“ gibt, der Dissoziation heißt.

Fr. Schwalbe berichtet davon, was Menschen in dissoziativen Zuständen empfinden können.

„Manche Menschen fühlen sich dabei wie im Nebel, manche wie in einer anderen Zeit, manche so, als würden sie neben sich stehen, manche so als wäre alles unwirklich, manche spüren keinen Schmerz in diesem Zustand, manche fühlen sich angstfrei, manche wie im Traum, manche als wären sie eine andere Person, manche können sich an diese Zeit erinnern, manche nicht, ...“

Das alles findet Dorwinje wahnsinnig spannend, sie vergleicht das mit ihrem Empfinden.

Ihr kommt in der „Weiß-nix-Zeit“ auch oft alles so fremd und unwirklich, ... so weit weg vor – und erinnern kann sie sich danach an nichts mehr, nur noch an das Gefühl.

Irgendwie findet sie den Gedanken beruhigend, dass es andere Menschen mit solchen dissoziativen Zuständen gibt. Bisher dachte sie ja immer, es ginge nur ihr so...

Fr. Schwalbe bestätigt die Vermutung von Dorwinje, dass die dissoziativen Zustände erstmals auftreten, um Menschen davor zu schützen, dass sie überwältigt/überlastet werden.

Dorwinje berichtet Fr. Schwalbe davon, dass die „Weiß-nix-Zeit“ (an das andere Wort Dissoziation kann sie sich irgendwie nicht gewöhnen), bei ihr auch dann passiert, wenn gerade nichts Besonderes oder Schlimmes passiert.

„Ein Körper, ein Gehirn kann sich an diese „Weiß-nix-Zeiten“ gewöhnen,“ erklärt Fr. Schwalbe, „vor allem wenn ein Mensch schon als Baby oder kleines Kind – wo der Mensch noch hilflos und schutzbedürftig ist – Schlimmes und Bedrohliches erlebt hat, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass er sich aus der Angstsituation gedanklich flüchtet, wegbeamt oder wegträumt. Das macht das Gehirn von alleine.“

Dorwinje kann sich zwar an vieles aus ihren ersten Lebensjahren nicht mehr genau erinnern, aber es gibt einige Erinnerungsmomente an Erlebnisse bei denen sie große Ängste ausgestanden hat und Zeiten in denen sie sich allein und schutzlos gefühlt hat. Manchmal träumt sie heute noch davon.

Allein diese kurzen Erinnerungsmomente an die Angst, das Schuldgefühl, die Hilflosigkeit fühlen sich schrecklich an.

In dem Moment denkt Dorwinje, dass ihr die „Weiß-nix-Zeit“ damals sicher dabei geholfen hat, manche Erinnerungen zu vernebeln, die sie vielleicht genauso oder noch schrecklicher empfunden hätte.

Fr. Schwalbe merkt das Dorwinje nachdenkt, wartet ein wenig und erklärt dann weiter:

„Kommt es häufiger vor, dass das Gehirn die „Weiß-nix-Zeiten“ einschaltet, gewöhnt sich das Gehirn an diesen Ablauf und der Weg zum „Weiß-nix-Zeiten“ einschalten geht immer einfacher und automatisierter.

Das Problem in der „Weiß-nix-Zeit“ ist, dass das Gehirn in diesem Zustand die Verbindung zum Denken abschaltet, was in bestimmten Situationen gefährlich werden kann.“

Fr. Schwalbe führt weiter aus:

„Dorwinje, du kannst dir vorstellen, dass es so ist, wie der Weg vom unteren Stockwerk hoch in den ersten Stock, wo hinter einer Türe dein Zimmer liegt.

Anfangs musstest du noch genau aufpassen, welche Türe du nimmst und jetzt findest du sicher ohne Nachzudenken dahin.

Kennst du es, dass du aus Gewohnheit in dein Zimmer gegangen bist und erst später merkst, dass du eigentlich woanders hin wolltest?

So ähnlich kannst du dir das mit den vertrauten Wegen im Gehirn vorstellen. Das Gehirn lenkt dich momentan oft in das Zimmer mit der „Weiß-nix-Zeit“, wo alles unklar und weit weg ist, du dich nicht erinnerst, was hier passiert.

Wo es dich schützen möchte, auch wenn du gerade keinen Schutz brauchst.

Leider tut das Gehirn das immer häufiger, je öfter es diesen Weg gegangen ist, weil dieser Weg gewohnt und vertraut ist.“

Dorwinje erschrickt bei diesem Gedanken und ruft: „Aber dann muss sich doch was ändern, dass die bescheuerte „Weiß-nix-Zeit“ nicht ständig kommt, wenn ich sie nicht brauchen kann. Sonst passiert das ja immer öfter.

Fr. Schwalbe gibt Dorwinje recht: „Ja das ist vollkommen richtig, Dorwinje. Das hast du gut erkannt.

Aber um das zu verhindern, ist es wichtig, dass du dich und das Auftreten der „Weiß-nix-Zeiten“ mal genau beobachtest.

Beobachte doch einmal:

- Wann und wo passieren diese „Weiß-nix-Zeiten“?
- Wo im Körper spürst du Anzeichen dafür, dass es losgeht?

Wenn du das beobachtet hast, dann überlegen wir gemeinsam, was du dagegen tun kannst.

An dieser Stelle bietet sich an, mit (betroffenen) Kindern/Jugendlichen ins Gespräch zu gehen und gemeinsam über Beobachtungen, Erfahrungen und Ideen zu sprechen.

Mit der betroffenen Expertin D. unterhielt ich mich z.B. über folgende Fragestellungen.

- Hast du eine Idee, wann und wo bei Dorwinje diese „Weiß-nix-Zeiten“ auftreten könnten?
- Was denkst du, wo Dorwinje die Anzeichen spüren könnte?
- Hast du auch einen Vorschlag, was Dorwinje tun könnte um die „Weiß-nix-Zeit“ zu unterbrechen?

D. teilte offen und begeistert ihre Vermutungen, Erfahrungen und Ideen. Sie wollte diese gerne in die Geschichte mit einbringen. Also schrieben wir gemeinsam die Geschichte zu Ende.

Teil 2

Dorwinje denkt einige Tage nach, bevor sie zu Fr. Schwalbe geht, und zu der Frage wann und wo diese „Weiß-nix-Zeiten“ passieren, fielen ihr folgende Situationen ein, von denen sie Fr. Schwalbe nun erzählt.

„Wenn ich aufgeregt bin ..., in der U-Bahn ..., wenn ich nachdenke ...; wenn ich Angst habe ...; wenn mir ein schlechter Gedanke kommt ...; im Unterricht...oder in der Schule. Auch wenn ich sauer bin, und wenn ich in der Schule Streit habe. Wenn ich meine Mutter sehe, und wenn ich mit den Gedanken abschweife.“

Außerdem ist mir aufgefallen, dass die „Weiß-nix-Zeit“ meistens tagsüber, oft am Mittag passiert.“

Fr. Schwalbe sagt zu dem Mädchen: „ Das ist bestimmt nicht leicht für dich, wenn diese „Weiß-nix-Zeit“ so oft kommt.“

„Ja, das stimmt, ...!“ stellt Dorwinje fest.

„Konntest du auch rausfinden, wie es losgeht?“ fragt Fr. Schwalbe.

Dorwinje antwortet: „Ja, ein bisschen. Ich habe Kribbeln im Bauch, wenn es losgeht. Aber dann kann ich das was passiert nicht mehr verfolgen.“

Fr. Schwalbe sagt beruhigend: „Gut, das reicht uns ja auch schon, um zu überlegen, was du tun kannst. Danke, dass du mir das alles so offen erzählst, Dorwinje.

Ist dir denn schon eine Idee gekommen, was du tun kannst?“

„Ja“ ruft Dorwinje, „ich will was ausprobieren: Wenn das nächste Mal das Kribbeln im Bauch kommt, werde ich meine Nase schnäuzen.“

Fr. Schwalbe guckt etwas verwundert, aber Dorwinje erklärt ihr lächelnd, dass ihr aufgefallen ist, dass sie bei Schnupfen noch nie eine „Weiß-nix-Zeit“ hatte.

Fr. Schwalbe nimmt sich ein dickes Buch aus dem Regal, liest kurz etwas nach und sagt anerkennend: „Ja, Dorwinje, das hast du gut beobachtet, Schnäuzen kann wirklich helfen steht hier, weil es das Gehirn durch viele Reize ablenkt.

Von dir kann ich ja viel lernen.“

Dorwinje freut sich über das Kompliment und fühlt sich sicherer, so dass sie sich auch von ihren anderen Ideen erzählen traut.

„Ich habe mir noch mehr überlegt, was ich ausprobieren möchte“, erzählt sie. „Ich will mich bewegen, wenn es im Bauch zu kribbeln beginnt, ich

habe mir sogar eine besondere Übung überlegt, bei der ich ganz leicht nach oben hüpfte und dabei meine Schultern mit wackeln lasse. Die Übung nenne ich den „Dorwinje-Wackel-Hüpfer“.
Als Dorwinje den Sprung vormacht und Fr. Schwalbe mithüpft, müssen beide herzlich lachen.

Als sie sich wieder beruhigt haben, wird Dorwinje ernst und sagt:
„Ich glaube am schwersten ist es für mich auf das Kribbeln im Bauch zu reagieren, um die „Weiß-nix-Zeit“ aufzuhalten, wenn ich meine Mutter sehe. Ich will versuchen, meine Hände zu reiben, aber das wird nicht reichen. Ich denke, dass es mir da am besten hilft, wenn ich mich mit meinem Handy ablenke. Ich weiß schon, dass das unhöflich ist, aber meine Mutter macht das ja auch.“

„In der Schule könnte es mir helfen aufzustehen und das Fenster zu öffnen, und in der U-Bahn könnte ich lachen. Dazu möchte ich mir einen Zettel in meine Tasche stecken, auf dem steht: hahahahahahahahaha-hahahaha! Und wenn ich das ablese, muss ich automatisch lachen.“
Als Fr. Schwalbe und Dorwinje dies gemeinsam ausprobieren, funktioniert das Lachen tatsächlich.

Dorwinje meint: „Vielleicht lächele ich manchmal auch einfach nur, das hilft bestimmt auch“. Dazu nickt Fr. Schwalbe.

Das Mädchen erzählt noch, dass sie bei schlechten Gedanken summen will, oder üben möchte, mit den Fingern zu schnippen – davon habe sie in einem Buch gelesen.

Fr. Schwalbe wird am Ende des Gesprächs sehr ernst und wenn Dorwinje genau hinsieht, hat sie sogar ein bisschen Tränen in den Augen, als sie gerührt sagt:
„Dorwinje, ich bin beeindruckt, wie mutig und stark du versuchst, etwas gegen die „Weiß-nix-Zeit“ zu unternehmen und welche tolle, gute Ideen du alleine dazu entwickelt hast.“

Dorwinje und die „Weiß-nix-Zeit“

Dorwinje meint daraufhin vergnügt: „Mensch Fr. Schwalbe, danke für das Kompliment. Da bringen sie mich ja gleich auf noch eine Idee. Ich werde mir auch noch einen kleinen Stein in meine Tasche stecken, der mich daran erinnert, wie stark ich bin.“

Fr. Schwalbe lächelt, als sie sagt: „Ja, das bist du!“

Ende

Fortbildung Traumapädagogik für Pflegeeltern

„Ich bin dort zuhause, wo ich verstanden werde“

Der Einfluss früher traumatischer Erlebnisse auf die Gehirnentwicklung, auf das Verhalten und auf die emotionale Entwicklung von Kindern ist wissenschaftlich inzwischen unumstritten. Dachte man früher, Kinder seien sehr robust und unverletzlich, weiß man heute, dass das Gegenteil der Fall ist. In der Folge von traumatischen Ereignissen entwickeln die Kinder unterschiedlichste Verhaltensweisen, die ihrem Überleben dienen sollen. Sie reagieren normal auf nicht normale Geschehnisse.

Das Leben mit traumatisierten Kindern kann äußerst belastend für Pflegeeltern sein und kann sie an die Grenzen ihrer Möglichkeiten bringen. Traumapädagogik hat zum Ziel, die Handlungsfähigkeit der Erwachsenen wieder herzustellen und die Lebensqualität betroffener Kinder zu verbessern.

Ein hoher Prozentsatz der Pflegekinder hat traumatisierende Lebensumstände erfahren.

Gerade in den ersten Lebensmonaten und Jahren ist das Kind traumatischen Situationen hilflos ausgeliefert. Ohnmachtserfahrungen sind Bestandteil eines jeden Traumas. Bei Kindern kommt hinzu, dass die Bindungsperson das Kind nicht schützen konnte, oder die traumatischen Erfahrungen sogar verantworten muss. Dies führt zu einer Bindungstraumatisierung des Kindes, die dem Kind jede weitere Beziehung, als potenziell gefährlich erscheinen lässt. Das Kind hat die unbewusste „Wahrheit“ abgespeichert: „Beziehung ist gefährlich“ und „Niemand kann mich schützen“.

Einerseits hat das Kind das Bedürfnis nach Nähe, andererseits erscheint gerade diese Nähe für das Kind (lebens-) gefährlich. Die Folge ist, dass wohlgemeinte Beziehungsangebote von Pflegeeltern zum Scheitern verurteilt sein können. Das Kind kann diese, aufgrund seiner Erfahrungen nur bedingt oder nicht annehmen. Die Pflegeeltern erfahren teilweise massive Zurückweisungen. Manche lernen an sich selbst Seiten und Impulse kennen, die sie nicht für möglich gehalten haben, oder haben das Gefühl „im falschen Film zu sein“. Ein Teufelskreis aus Mitgefühl, Hilflosigkeit, Wut und Verzweiflung kann entstehen. Die Familie ist gefangen in den Folgen des Traumas. Heilsame Beziehungserfahrungen sind für das Kind nicht mehr möglich, wenn nicht die Erwachsenen ihre Wahrnehmungen und Handlungen verändern.

Die Überlebensstrategien der Kinder sind so unterschiedlich wie die Kinder selbst und können auch nur situativ auftreten: Innere oder äußere Flucht („sich ausklinken“, weglaufen), aggressives Verhalten, Blockaden, Vermeidung bestimmter Situationen, Schwierigkeiten soziale Kontakte zu gestalten, Kontrollverlust oder Überanpassung und anderes können Hinweise auf eine Traumafolgestörung sein.

Kinder haben aber auch ein enormes Entwicklungspotential und Ressourcen. Ein stützender und schützender Rahmen, feinfühlig, zuverlässige und geduldige Pflegeeltern, können dem Lebensweg der Kinder eine andere Richtung geben. Wir kennen viele Pflegeeltern die bewusst oder intuitiv „richtig“ für ihr Kind handeln und gemeinsam viele gute Schritte gehen.

Unabhängig davon, ob Sie sicher sind, dass ihr Kind an einer Traumafolgestörung leidet oder nicht, können sie in dieser Fortbildung an einer traumasensiblen Haltung arbeiten, die zu verändertem Verhalten in problematischen Alltagssituationen führt. Eine traumasensible Haltung schadet keinem Kind, auch wenn ihm traumatische Ereignisse erspart blieben. Sie führt immer zu einer Verbesserung der Beziehung, da es um ein vertieftes Verstehen des Kindes geht.

In der Fortbildung soll die Traumapädagogik gemeinsam weiterentwickelt werden, unter fachlicher Anleitung und auf der Grundlage ihrer guten oder nicht so guten Erfahrungen.

Ziel

- Ermutigung im Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen
- Entwicklung einer traumasensiblen Haltung
- Wissen um Traumafolgestörungen
- Konzept der Selbstbemächtigung (nach Wilma Weiss)
- Selbstfürsorge

Die Theorie soll für jede Teilnehmerin / jeden Teilnehmer unmittelbar anwendbar werden, indem wir uns auf die Geschichte der einzelnen Kinder gemeinsam einlassen und individuelle Lösungsansätze suchen.

Bausteine der Fortbildung

- Einführung in die Traumapädagogik und Begriffe der Traumaforschung
- Spezifische Belastung im Zusammenleben mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen
- Selbstfürsorge
- Akute und chronische Folgen von Traumatisierung
- Lebensweg des Kindes – unter Trauma spezifischem Blickwinkel
- Ressourcen des Kindes
- Umgang mit Übertragung und Gegenreaktion: „In welchem Film bin ich eigentlich?“
- Unterschiedliche Bindungserfahrungen und Folgen für die Beziehungsgestaltung
- Konzept der Selbstbemächtigung
 - Psychoeducation
 - Stabilisierung / Sicherheit schaffen
 - Hilfen bei der Emotionssteuerung / Affektregulation
- Pädagogische Wege und Methoden im Umgang mit den Kindern

Je nach Wunsch und Bedarf der Teilnehmer und Teilnehmerinnen, können die Schwerpunkte verändert und ergänzt werden.

Methoden

- Schriftliche Unterlagen zu wichtigen Theorieinhalten
- Literaturempfehlungen
- Kleingruppenarbeit
- andere Methoden der Gruppenarbeit
- Selbstreflexion, gemeinsame Reflexion
- Hausaufgaben (z.B. Beobachtung bestimmter Situationen)

Zeitrahmen

- 10 Treffen, jeweils 2,5 Stunden, donnerstags von 9.30 Uhr bis 12.00 Uhr, Severinstraße 2.
- Regelmäßige Teilnahme wird erwartet.

Termine

10.11.2016
24.11.2016
08.12.2016
22.12.2016
12.01.2017
26.01.2017
09.02.2017
23.02.2017
09.03.2017
23.03.2017

Leitung

Team der Gruppenarbeit – Pflege: Viola Gruber, Dipl. Soz. Päd (FH), systemische Familientherapie, Traumapädagogin (ZTP, Zentrum für Traumapädagogik, Hanau)

Anmeldung und sonstiges

- Per Telefon (2 33 - 2 00 18) oder E-Mail (viola.gruber@muenchen.de) bis 14.10.2016.
- Alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen, wie auch die Leitung der Gruppe unterliegen der Schweigepflicht.
- Wenn Sie unsicher sind, ob die Fortbildung für Sie passt, können wir dies gerne in einem persönlichen Gespräch klären.
- Mindestteilnehmerzahl: 7 Personen

Cirkus Krone

Circus Krone 2016



Ich finde es gut das
so gute Artisten im Circus Krone
mit machen können z.E. Vielen Dank

Themenreihe für Pflegeeltern

Die Themenreihe umfasst unterschiedliche pädagogische Themen, die unserer Erfahrung nach Pflegeeltern immer wieder beschäftigen.

Die Veranstaltungen finden donnerstags in der Zeit von 16.00 Uhr bis 18.00 Uhr oder von 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr in den Räumen des Stadtjugendamts, Severinstraße 2, statt.

Für die Nachmittagsveranstaltung wird parallel eine Kinderbetreuung angeboten. Bitte geben Sie bei Ihrer Anmeldung unbedingt an, ob Sie diese benötigen.

Anmelden können Sie sich mit der im Veranstaltungskalender beiliegenden Postkarte oder telefonisch bei:

Frau Dunkel

Telefon: 089 / 2 33 - 2 00 00

06.10.2016 von 16.00 Uhr bis 18.00 Uhr

„Und wo bleiben wir? ... ich ? – Die Balance zwischen Familie, Partnerschaft und eigenen Bedürfnissen

Als Eltern stellen sie sich den täglichen Herausforderungen des Alltags. Die Bedürfnisse und Anforderungen die durch die äußeren Einflüsse von Schule, Kindertagesbetreuung und Beruf an sie gestellt werden, erfüllen sie termingerecht. Daneben wird getröstet, gekocht, gespielt, Streit geschlichtet und vieles mehr. Die Zeit vergeht wie im Flug und Mann/Frau fragt sich immer mal wieder, wo bleiben wir Eltern als Paar ... oder ich? Was macht uns gemeinsam aus, dass wir ein gutes Team sind und bleiben.

An diesem Nachmittag möchten wir mit Ihnen der Frage: Wo bleibe ich/wir Raum geben.

24.11.2016 von 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr

Pubertät ... oder wie umarme ich einen muffeligen feuerspeienden Drachen?

Durch die körperliche, geistige und emotionale Veränderung ihrer Kinder in der Pubertät, stehen sie als Pflegeeltern neuen Herausforderungen gegenüber. Oftmals fühlt man sich den Launen der Kinder/Jugendlichen ausgeliefert und wird mit dem Wechselbad ihrer Gefühle konfrontiert.

Die Pubertierenden sind in dieser Lebensphase auf der Suche nach sich selbst und ihrem Platz im Leben, was für sie als Pflegekinder eine besonders große Aufgabe darstellen kann.

Wir möchten Ihnen an diesem Abend die Gelegenheit bieten, sich mit anderen Pflegeeltern zum Thema auszutauschen und gemeinsam zu überlegen wie sie sich selbst und ihre Kinder stärken können, die Etappe des Erwachsenwerdens gemeinsam zu gehen.

Ggf. können aus diesem Zusammentreffen noch Folgetermine angeboten werden.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Gruppen- und Seminarangebote

Für welche Pflegeform gibt es welche Angebote?

Silvia Dunkel

1. Zeitlich unbefristete Vollpflege (Fremd- und Verwandtenpflege)

- **Wochenendseminare in Steingaden**
30.09. bis 02.10.2016 „Pubertätsseminar“

- **Wochenendseminare in Teisendorf**
21.10. bis 23.10.2016 „Seminar für Pflegefamilien
(unbefristete Vollpflege)“
09.12. bis 11.12.2016 „Seminar für Verwandtenpflegen“

- **Regelmäßige Gesprächsgruppen**
„Alltag mit Pflegekindern“
Dienstag: 05.07.2016; 20.09.2016; 18.10.2016;
15.11.2016; 13.12.2016

„Mal Regen und mal Sonnenschein – Alltag in Pflegefamilien“
Donnerstag: 14.07.2016; 22.09.2016; 13.10.2016;
17.11.2016; 15.12.2016

„Gruppe Pflegeeltern mit Kindern bis zum Schulalter“
Dienstag Abend: 05.07.2016, 20.09.2016, 18.10.2016,
15.11.2016, 13.12.2016

„Verwandtenpflegen“
Montag Abend: 11.07.2016; 26.09.2016; 24.10.2016;
21.11.2016; 19.12.2016

„Mutter-Vater-Kind-Gruppe II“
Dienstag: 12.07.2016; 26.07.2016; 20.09.2016;
04.10.2016; 18.10.2016; 08.11.2016;
06.12.2016; 20.12.2016
Donnerstag 24.11.2016

„Traumapädagogik-Fortbildung für Pflegeeltern“

Donnerstag: 10.11.2016; 24.11.2016; 08.12.2016; 22.12.2016
Folgetermine in 2017

- **Themenreihe**

Donnerstag: Anmeldung ist für einzelne Abende möglich

„Und wo bleiben wir? ... ich?“

am 06.10.2016; 16.00 Uhr bis 18.00 Uhr (ggf. mit Kinderbetreuung)

„Pubertät – Wie umarme ich einen muffeligen, feuerspeienden Drachen“?

am 24.11.2016; 19.00 Uhr bis 21.00 Uhr (ohne Kinderbetreuung)

- **Pflegefamiliennachmittag/Sommerfest für Pflegefamilien**

Sonntag 24.07.2016; ab 14:00 Uhr

im Münchner-Kindl-Heim, Oberbibberger Straße 45, 81547 München

2. Vollpflege mit Mehrbedarf

- **Wochenendseminar in Teisendorf**

02.12. bis 04.12.2016

- **Gesprächsgruppen und Themenreihe**

siehe unter 1. zeitlich unbefristete Vollpflege

3. Bereitschaftspflege

- **Wochenendseminar in Steingaden**

15.07. bis 17.07.2016

- **Wochenendseminar in Teisendorf**

11.11. bis 13.11.2016

- **Themenzentrierte Gruppenabende**
nach Absprache mit den Fachkräften (persönliche Einladung)
- **Supervision**
(vierwöchig nach Absprache mit der Supervisorin)
- **Themenreihe**
siehe unter 1. zeitlich unbefristete Vollpflege

4. Zeitlich befristete Vollpflege

- **Themenzentrierte Veranstaltungen**
nach Absprache mit den Fachkräften (persönliche Einladung)
- **Themenreihe**
siehe unter 1. zeitlich unbefristete Vollpflege

5. Kurzzeitpflege

- **Gesprächsgruppen und Themenreihe**
siehe unter 1. zeitlich unbefristete Vollpflege

Sozialbürgerhäuser

Zusammenfassung aller bestehenden Sozialbürgerhäuser



SBH Berg am Laim / Trudering-Riem

Stadtbezirke 14 und 15
Streitfeldstraße 23
81673 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 08

SBH Giesing / Harlaching

Stadtbezirke 17 und 18
Streffeldstraße 23
81673 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 07

SBH Laim / Schwanthalerhöhe

Stadtbezirke 8 und 25
Dillwächterstraße 7
80686 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 01

SBH Mitte

Stadtbezirke 1, 2, und 3
Schwanthalerstraße 62
80336 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 05

SBH Sendling/Westpark

Stadtbezirke 6 und 7
Meindlstraße 20
81973 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 09

SBH Nord

Feldmoching / Hasenberg; Stadtbezirk 24
Milbertshofen / Am Hart; Stadtbezirk 11
Knorrstraße 101-103
80807 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 03 und
2 33 - 9 68 10

SBH Neuhausen/Moosach

Stadtbezirke 9 und 10
Ehrenbreitsteiner Straße 24
80993 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 02

SBH Orleansplatz

Stadtbezirke 5 und 13
Orleansplatz 11
81667 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 06

SBH Pasing

Stadtbezirke 21, 22 und 23
Landsberger Straße 486
81241 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 04

SBH Plinganserstraße

Stadtbezirke 19 und 20
Plinganserstraße 150
81369 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 00

SBH Schwabing-Freimann

Stadtbezirke 4 und 12
Heidemannstraße 170
80939 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 11

SBH Ramerstrorf / Perlach

Stadtbezirk 16
Thomas-Dehler-Straße 16
81737 München
Infothek Soziales: 2 33 - 9 68 12

Manche Kinder können ...
nicht mehr bei ihren Eltern leben,
auf turbulente Zeiten zurückblicken,
**sich wieder sicher und geborgen in einer
neuen Familie fühlen.**

Jedes Kind braucht ...
vertrauensvolle Beziehungen,
Begleitung und Unterstützung,
eine Familie.



Werden Sie Pflegeeltern

Gesucht werden
liebevolle Pflegeeltern.

Pflegeeltern können ...
einem Kind viel Zeit schenken und Zugehörigkeit zur Familie bieten,
mit Liebe und Verständnis eine tragfähige Beziehung aufbauen,
auf Vorbereitung, Unterstützung und Beratung vom Jugendamt vertrauen.

Pflegeeltern brauchen ...
Akzeptanz für die Herkunftsfamilie des Kindes,
Bereitschaft zu Besuchskontakten mit der Herkunftsfamilie,
Interesse an neuen Herausforderungen.

Interessiert?
Dann kommen Sie zum Infoabend.
Informativ, unverbindlich, kostenlos und ohne Voranmeldung.

**Termine unter www.muenchen.de/pflegeeltern
oder Telefon 089 / 2 33 - 2 00 01**

