

THOMAS HENSEL

## Liebe allein reicht nicht

### Über die Arbeit mit Pflege- und Adoptiveltern und anderen Bezugspersonen chronisch beziehungs-traumatisierter Kinder

#### Zusammenfassung

*Pflege- und Adoptivkinder weisen ebenso wie Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe in beträchtlichem Umfang Traumafolgestörungen aus früher komplexer Beziehungs-traumatisierung auf. Während professionelle Alltagsbegleiter in Institutionen sich durch traumapädagogische Konzepte und Weiterbildungsangebote auf die spezifische Dynamik dieser oft traumagesteuert reagierenden Kinder einstellen können, bleiben Pflege- und Adoptiveltern auf ihre pädagogische Intuition angewiesen, die diesen Kindern in wesentlichen Aspekten nicht gerecht werden kann. Der Beitrag skizziert kurz die zentralen Themen, mit denen sich Pflege- und Adoptiveltern erfahrungsgemäß auseinandersetzen müssen. Neben dem Wissen um die Dynamik früher Beziehungs-traumatisierung und deren Folgen und etablierten deeskalierend wirkenden pädagogischen Handlungsmöglichkeiten ist die Bereitschaft »an der eigenen Person zu arbeiten« überlebenswichtig. Dann stellen Pflege- und Adoptiveltern mit ihrer bedingungslosen Liebe und intimen*

*Kenntnis des Kindes eine machtvolle therapeutisch wirksame Quelle dar, die durch filialtherapeutische Konzepte und Angebote nutzbar gemacht werden kann.*

#### Schlüsselbegriffe

*Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung, Traumapädagogik, mangelnde Emotionsregulation, Kontrollverlust, Filialtherapie*

»Ich dachte damals, ausreichend Liebe, ein gutes und stabiles Zuhause, die zuverlässige Befriedigung der Grundbedürfnisse und eine gute Förderung würden Geist, Körper und Seele der Kinder mit der Zeit heilen lassen. Doch auch hier hatte ich mich geirrt und war oft ratlos, wenn mich die Kinder trotz aller Bemühungen, ihnen zu geben, was sie brauchten, immer wieder hart an meine Grenzen brachten.« (Ebel, 2011) Dieser paradigmatische Satz findet sich in der Einleitung des Praxisbuch *Pflegekind* von Alice Ebel, Diplom-Psychologin und Pflegemutter von sechs Pflegekindern in neun Jahren, und gibt das zentrale Dilemma wieder, mit dem sich Bezugspersonen von Kindern mit komplexen Traumafolgestörungen konfrontiert sehen. Für diese Gruppe von Kindern hat sich seit kurzem im deutschsprachigen Raum der Begriff *Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung* (Schmid, Fegert & Petermann, 2010; Rosner & Steil, 2012) als

Eindeutschung des US-amerikanischen Diagnosevorschlages *Developmental Trauma Disorder* (van der Kolk, 2009; van der Kolk, Pynoos, Cicchetti et al., 2009) für das DSM-V eingebürgert. Nach Schmid (2007) weisen 60–85 % der Kinder in Pflegefamilien traumatisierende Beziehungserfahrungen auf. Die Erfahrungen zeigen, dass Kinder mit frühen, chronisch schädigenden Beziehungserfahrungen (Vernachlässigung, Misshandlung, sexualisierte Gewalt, emotionaler und verbaler Missbrauch) sich auch unter optimalen neuen Beziehungsverhältnissen über lange Zeit in zentralen Bereichen *anders als normale* Kinder verhalten und entwickeln. Pflege- und Adoptiveltern dieser Kinder sind darauf nicht vorbereitet und brauchen deshalb eine spezielle Expertise, um den Alltag für sich verträglich und für diese Kinder wachstumsorientiert gestalten zu können. Das intuitive pädagogische Handlungswissen wird diesen Kinder in zentralen Bereichen nicht gerecht, ja ist manchmal geradezu kontraproduktiv. Klassische pädagogische Maßnahmen (vor allem Strafen, auf Einsicht zielende Interventionen) erzielen oft nicht die beabsichtigte Wirkung. Nach meiner Überzeugung brauchen Bezugspersonen dieser Kinder eine semi-professionelle Kompetenz, um diesen Kindern (und sich selber) gerecht werden zu können.

Vier Aspekte scheinen mir dabei für die Bezugspersonen zentral:

- Die Traumabrille aufsetzen (psychotraumatologisches Basiswissen erwerben)
- Die Notwendigkeit zur eigenen Veränderung akzeptieren (eigene Reaktivität stoppen)

- Traumaadaptierte pädagogische Handlungsmöglichkeiten aneignen
- Das eigene therapeutische Potenzial entwickeln und nutzen (Filialtherapie)

### Die Traumabrille aufsetzen (ein gemeinsames psychotraumatologisches Verstehensmodell entwickeln)

»Das Kind erlebt die neue Situation durch die Brille seiner frühen Erfahrungen, die es auf die jetzige Situation überträgt und die neuen Eltern mit den früheren verwechselt.« (Nienstedt & Westermann, 2007) Pflege- und Adoptiveltern brauchen also psychotraumatologisches Wissen, um die Reaktionsweisen der Kinder besonders in Stress-Situationen angemessen einschätzen zu können. Dies beinhaltet u. a. ein Verständnis des Trigger-Konzeptes, trauma-gesteuerten Verhaltens, das Konzept des Kontrollverlustes und ein Sich Einstellen auf die große Veränderungsresistenz dieser Kinder (Landolt & Hensel, 2012).

*Trigger* sind vom Kind wahrgenommene Reize, die das emotionale Erleben der ursprünglichen traumatischen Erfahrung von Verlassenheit, Angst, Schmerz, Todesempfinden, Hass, unkontrollierbarer Wut, Dissoziation usw. aktualisieren. Diesem Wiederaufleben der alten Gefühle ist das Kindern ausgesetzt. Dies kann mit einem Wechsel in einen anderen Persönlichkeitsanteil verbunden sein oder zur Dissoziation führen. Die Kinder agieren dann oft so, als ob sie wieder so alt seien wie zur Zeit der

Traumatisierung, sie reagieren *trauma-gesteuert*. Das bedeutet, dass sie entweder durch die traumatischen Gefühle (von früher) in ihrem Verhalten geleitet werden, oder dass sie dem sogenannten *traumakompensatorischen Schema* (Fischer & Riedesser, 2009) folgen. Damit ist gemeint, dass das Kind nach dem Trauma ein Verhalten entwickelt hat, das einen Kontakt mit dem traumatischen Erleben weitgehend verhindern soll. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um vermeidende, auch dissoziative oder kontrollierende Reaktionen. Bezugspersonen müssen lernen, diese Reaktionen immer weniger *persönlich* zu nehmen. Aus dieser Sicht ergibt sich eine Schlussfolgerung, die Adoptiv- und Pflegeeltern oft nur nach hartem Ringen (oder gar nicht) zu vermitteln ist:

Fehlverhalten ist grundsätzlich als Kontrollverlust anzusehen.

Zu denken, dass diese Kinder provozieren und unsere Grenzen testen oder uns kontrollieren wollen, ist nur die Oberfläche des Verstehens. Diese Alltagssichtweise führt in der Regel zu weiteren Verwicklungen und verstärkt die Reaktivität der Eltern. Nach meiner Meinung ist es sinnvoller, anzunehmen, dass die Kinder nach alten, fest verankerten

**Fehlverhalten ist grundsätzlich als Kontrollverlust anzusehen.**

Verhaltensmustern handeln. Sie haben keine Wahl; sie sind unfrei. Als zentrales Merkmal komplexer Traumatisierung wird die *eingeschränkte*

*Möglichkeit zur Affektregulation* und die daraus resultierende *mangelnde Kontrolle über das eigene Verhalten* konzeptualisiert (van der Kolk et al., 2009; Berking, 2010).

Ist dies verstanden, sollte klar sein, dass ein Wutausbruch, ein Weglaufen, ein Verstecken eingekotete Unterhosen, das Zerschlagen einer Scheibe in einem dissoziativen Zustand etc. unmittelbarer Ausdruck dieser fehlenden Fähigkeiten sind. Es handelt sich um fest konditionierte Abläufe, denen das Kind ausgesetzt ist und deren Folgen es nicht bedenken und ändern kann. Es durchbricht den Ablauf negativen Aufschaukelns, wenn Pflegeeltern (sprachlich) in einer Weise reagieren können, die ausdrückt, dass das Kind das, was es getan hat, eigentlich nicht wollte, dass aber die Gefühle von Angst, Wut, Stress etc. so stark waren, dass es nicht anders konnte und dass es ihm jetzt leid tut. So wird das Kind sich verstanden fühlen und erleichtert sein. Dadurch wird seine Motivation steigen, wieder Kontrolle zu erlangen. Es wird diese Äußerung keineswegs als Einladung zu weiteren Aktionen empfinden. Dieser Aspekt eines traumasorientierten Verstehensmodells ruft bei den Eltern nach meiner Erfahrung den größten Widerspruch hervor. »Wenn Sie jedes Fehlverhalten des Kindes entschuldigen, dann denkt der doch, er kann sich alles erlauben.« Gelingt es nicht, die Bezugspersonen für eine Überprüfung ihrer alten Überzeugung zu gewinnen, gibt es wenig Aussicht, die Spirale von getriggertem Verhalten und anschließendem Ärger, Enttäuschung, Vorwürfen (im Sinne eines

Kontrollverlusts der Eltern) dem Kind gegenüber nachhaltig zu verändern. Durch das Konzept des *Kontrollverlustes* können Empathie und Mitgefühl mit der Not des Kindes anstelle eigener reaktiver negativer Gefühle entstehen.

### Veränderungsresistenz verstehen

Diese Kinder reagieren oft noch nach Jahren intensiver positiver Zuwendung, erheblichem guten Willen und Ausreizung aller pädagogischen Möglichkeiten der Pflege- und Adoptiveltern immer noch mit Zurückweisung, bizarrem und impulsivem Verhalten usw. Ein plausibles strukturelles Erklärungsmodell für diese mangelnde Veränderungsbereitschaft bietet das personenzentrierte Persönlichkeits- und Entwicklungsmodell. Nach Rogers (1987) reagiert



Abbildung 1

unser *Selbst* oder *Selbstbild*, als die Summe der Verarbeitung unserer gesamten bisherigen Erfahrungen, auf neue Erfahrungen, die nicht mit dem bisherigen Selbstbild übereinstimmen, *grundsätzlich mit Angst*. Dies ist unabhängig von der Qualität der Abweichung von der bestehenden Selbststruktur. Das *Selbst* ist grundsätzlich eine *konservative psychische Struktur* in uns, die dafür sorgt,

dass wir uns tendenziell immer wieder nach alten Mustern verhalten, neue Erfahrungen eher vermeiden, weil wir uns im alten Muster *sicher, vertraut* und *nicht allein fühlen*.

Gehirntechnisch ausgedrückt, bevorzugt das Gehirn das Vertraute, nicht aber das, was wirklich gut tut (Perry & Salavitz, 2009). Gilt dies für alle Menschen, so zeichnen sich komplex-traumatisierte Kinder durch ein besonders starres und unflexibles Selbstbild aus. Sie haben quasi ein *Überlebensselbst* entwickelt, das durch eine geringe Offenheit für neue Erfahrungen und durch massive Selbstabwertungen und Befürchtungen geprägt ist. Hier einige



Abbildung 2

häufig vorzufindende dysfunktionale Selbstbilder dieser Kinder: *Dass ich misshandelt wurde, kann nur bedeuten, dass ich böse bin. Ich bin ein Fehler. Ich gehöre nicht hierher. Ich bin an allem schuld. Ich kann nur überleben, wenn ich alles unter Kontrolle habe. Anstrengung lohnt sich nicht in dieser Welt. Ich verdiene es*



Abbildung 3

gehasst zu werden. Ein noch so authentischer Satz der Mutter – »Ich hab Dich lieb.« – kann in einem solchen Kind Panik, Stress, Verwirrung, Zorn oder Dissoziation auslösen, weil es eine zu große Diskrepanz zum eigenen Selbstbild (»Ich bin nicht liebenswert.«) aufweist.

### Die Intensität der negativen Gefühle verstehen

Für Eltern stehen Anlass und Intensität von negativen Gefühlen oft in keinem Zusammenhang. Scheinbar kleinste Anlässe führen zu heftigsten Gefühlsausbrüchen, die sich lange hinziehen können. Aus der Psychotraumatologie wissen wir, dass die traumabedingten Gefühle in unverarbeiteter Form gespeichert werden. Die Intensität der Gefühle in der jeweils aktuellen Situation entspricht also der Intensität in der *damaligen* Bedrohungssituation (Todesangst, unbeherrschbare Wut, Hilflosigkeit etc.). Bei den Kindern geht es also immer ums Ganze. Der aktuelle Anlass kann dabei von außen betrachtet völlig unbedeutend erscheinen. Das ist auch der Grund, warum Strafen wie Stubenarrest für diese Kinder *Peanuts* sind, ange-



Abbildung 4

sichts häufig real erlebter Todesangst und existentiellen Alleinseins und damit als negative Konsequenz nicht wirksam sein können.

### Die Notwendigkeit zur eigenen Veränderung akzeptieren (eigene Reaktivität stoppen)

Das kognitive Wissen um das traumagesteuerte kindliche Verhalten allein reicht für die Pflegeeltern nicht aus, um in den jeweiligen Situationen emotional deeskalierend reagieren zu können. Impulsive, intensive und negative Gefühlsausbrüche dieser Kinder führen *unvermeidbar* zu intensiven negativen Gefühlen bei den Bezugspersonen. In diesen Situationen können nur die Bezugspersonen diese Spirale unterbrechen. Der bisher ausgefeilteste Behandlungsansatz zur Behandlung komplex-traumatisierter Kinder und Jugendlicher, das *Attachment, Self-regulation and Competency (ARC) Manual* (Blau-stein & Kinniburgh, 2010) beginnt mit

einem Training der Emotionsregulationsfähigkeiten der Bezugspersonen.

Um diesen Kindern konstruktiv helfen zu können, ist eine zentrale Voraussetzung, dass die Eltern ihre eigenen Gefühle in Hochrisikosituationen mit den Kindern (Wutausbrüche, etc.) gut modulieren können. Reagieren Sie selber reaktiv beispielsweise mit Wut und Ärger (aus Hilflosigkeit) und handeln aus diesen Gefühlen heraus, bestätigen sie das dysfunktionale Beziehungsmuster des Kindes (»Ich bin es nicht wert geliebt zu werden.«). Ihre eigenen reaktiven Gefühle zu regulieren und nicht auszuagieren muss regelrecht trainiert werden. Es gibt eine Reihe von Möglichkeiten, wie Eltern lernen können, innezuhalten und ihre eigene Reaktivität zu stoppen: *Sich an das Verstehensmodell erinnern (Selbst, Kontrollverlust), Techniken der Selbstberuhigung (Inneren Beobachter entwickeln, diaphragmatisches Atmen (Weinberg, 2010), Entspannungstrainings, beruhigende Selbstgespräche; Wissen: Das eigene intensive Gefühl (z. B. Wut) ist nicht ihr Gefühl. Es ist eine Reaktion auf das intensive Gefühl des Kindes; Time Out nehmen (»Ich bin jetzt au-*

**Bezugspersonen spielen als Modelle die entscheidende Rolle bei der zu lernenden Emotionsregulation komplex traumatisierter Kinder.**

*Ber mir! Ich brauche ein paar Minuten, um mich zu beruhigen. Ich gehe für eine Weile in mein Zimmer, und*

wenn ich wieder heraus komme, sprechen wir über alles.«), regelmäßige Selbstfürsorge (Sport, Hobbys, Yoga, Kreativität leben) und Vernetzung mit anderen Betroffenen.

## Pädagogische Handlungsmöglichkeiten

Das traumagesteuerte Verhalten der Kinder zu verstehen, gelassen bleiben zu können, ist hilfreich und notwendig, stellt aber nur die halbe Miete dar. Pflege- und Adoptiveltern brauchen auch eine Ausrichtung und pädagogische Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit den Kindern im Alltag. Im Folgenden wird (der Übersicht halber) zwischen konstruktivem Sprechen und pädagogischem Handeln unterschieden.

### Konstruktives Sprechen

Die beste, weil auch einfachste und damit auch am einfachsten zu vermittelnde Strukturierung für die Kommunikation zwischen Eltern und Kindern bietet meines Erachtens immer noch der Klassiker »Familienkonferenz« von Thomas Gordon (1971). Zentrale Aufgabe der Eltern ist es zu lernen, die Gefühle ihres Kindes empathisch zu erfassen und dies in angemessener Weise mitzuteilen. Grundsätzlich werden *alle* Gefühle des Kindes *immer* akzeptiert. Diese Haltung ist nicht damit zu verwechseln, dass die aus den Gefühlen entspringenden Handlungen gutgeheißen oder auch nur geduldet werden.

Für das Sprechen gibt es nun zwei einfache Regeln:

*Hat das Kind ein Problem* (wie T. Gordon es nennt), sollten die Eltern *Aktives Zuhören*, im Sinne eines em-

pathischen Wahrnehmens des Erlebens des Kindes praktizieren. Das Kind hat immer dann ein Problem, wenn es starke, meist negative Gefühle (oder physiologische Übererregung) erlebt, diese nicht gut handhaben kann, einen Kontrollverlust erlebt und ein unkontrolliertes (selbst)schädigendes Verhalten auftritt.

*Haben die Eltern ein Problem* (eigene negative Gefühle, wenn Werte der Eltern verletzt oder wenn sie durch das Kind gekränkt sind), so können die Eltern durch sogenannte *Ich-Aussagen* (Selbstoffenbarung) das Kind mit den emotionalen Folgen seines Handelns beim Gegenüber in Kontakt bringen. Dies beinhaltet, dass die Eltern dem Kind mitteilen, wie es ihnen erlebensmäßig mit dem Verhalten des Kindes geht. *Aktives Zuhören* zu praktizieren, stellt die beste Möglichkeit dar, eine Eskalation zu verhindern und den Kontakt zum Kind nicht abbrechen zu lassen. Die Traumapädagogik hat darüber hinaus verschiedene Möglichkeiten empathischen Reagierens auf traumabedingtes Verhalten entwickelt, wovon die *Du tust das, weil ...-Intervention* (Weiß, 2009) die bekannteste ist. Bei dieser Intervention wird direkt und explizit ein Zusammenhang zwischen dem aktuellen getriggerten Verhalten und vermuteten oder bekannten frühkindlichen traumatischen Erfahrungen hergestellt.

### Beispiel

Christian nimmt sich immer wieder Käsescheiben und andere Lebensmittel aus dem Kühlschrank und versteckt sie unter seinem Kopfkissen, obwohl er jederzeit Zugang zu Essen hat. Mögliche verbale Äußerung der Bezugsperson:

Du tust das, weil du als kleines Kind immer wieder alleine gelassen wurdest und großen Hunger leiden musstest und große Angst hattest zu sterben. Und wenn du jetzt manchmal dieses Hungergefühl wieder spürst, dann kannst du nicht anders als Essen zu verstecken, damit dir das nie wieder passieren soll. Vielleicht merkst Du das selber gar nicht.

Das Bemühen der Pflegeeltern, das Kind in kritischen Situation empathisch zu verstehen, beugt nicht nur der eigenen Reaktivität der Eltern vor – sie müssen innehalten und nachdenken –, sondern erhöht auch die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind konstruktiver reagieren wird, weil es sich verstanden und damit in seinem Sosein akzeptiert fühlt.

### Konstruktives Handeln

Traumatisierte Kinder lernen während langer Phasen ohne Triggerung. Auf der Handlungsebene gilt es daher zunächst den Alltag so zu strukturieren, dass er für das Kind vorhersehbar und regelhaft abläuft und dass sogenannte *Hochrisiko-Situationen*, die das Kind mit seinem alten Traumaschema in Kontakt bringen, soweit als möglich vermieden oder gut vorbereitet werden sollten. Dies beinhaltet, vorhersehbare, rhythmische und gleichbleibende Abläufe zu schaffen; sie geben Sicherheit und stärken das Kontrollempfinden des Kindes sowie Gewohnheiten und Rituale zu etablieren (3 x 5 Minuten »Mama-Pause« mit Sanduhr), die stressreduzierend auf das Kind wirken und anforderungsfreie Schonräume schaffen.

Dorothea Weinberg hat unter der Überschrift *Gewaltfreie Führung* (Weinberg, 2010) gezeigt, wie mit

Hochrisiko-Situationen umgegangen werden kann. In der Prä-Eruptionsphase können Bezugspersonen etwa frühe körperliche Stress-Anzeichen des Kindes lesen lernen, in den Kontakt gehen und Erleben und Bedürfnisse des Kindes ansprechen sowie Deeskalationsstrategien anwenden (Kuscheln, stiller Stuhl [mit Sichtkontakt], usw.) In der Eruptionsphase stehen Schadensbegrenzung und Schutz an erster Stelle. Frei nach dem Satz »Mit Betrunkenen verhandelt man nicht.« sollte nicht versucht werden das Geschehen zu klären, sondern der Fokus auf die eigene intensive Gefühle gelegt werden. Innehalten und nicht ausagieren, etwa Drohen oder strafen, ist hier das Mittel der Wahl. Post-eruptiv abwarten bis das Kind sich beruhigt hat. Erst dann ist Klärung möglich. Soziale Wiedergutmachung zu einem späteren Zeitpunkt ist obligat. Der US-amerikanische Traumatherapeut R. Kagan (2004) empfiehlt Eltern: Bleiben Sie ruhig, atmen Sie tief durch. Erinnern Sie sich, dass Ihr Kind im alten Muster reagiert und instinktiv versucht Kontrolle zu erlangen. Nehmen Sie sich Zeit, sich selbst zu beruhigen, sich Ihrer Ziele klar zu werden und sich Unterstützung zu holen.

Benennen Sie die »verletzten« Regeln, rügen Sie Ihr Kind *kurz* (aus der eigenen Ruhe heraus).

Nach einer Rüge ist es zentral wichtig, wieder in einen positiven emotionalen Kontakt zu kommen. Sammeln Sie Ideen für konstruktives Verhalten und Wiedergutmachung.

## Das eigene therapeutische Potential entwickeln und nutzen (Filialtherapie)

Unabhängig davon, ob das spezielle Pflege- oder Adoptivkind sich in psychotherapeutischer Behandlung befindet, sollte Pflege- und Adoptiveltern die Möglichkeit geboten werden, sich zu schulen, um filialtherapeutisch den Heilungsprozess ihres Kindes zu unterstützen. Angesichts der dauerhaft zu erwartenden strukturellen Unterversorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und in Betracht ziehend, dass die Dosis einer *Einmal-die-Woche-Psychotherapie* für diese Kinder viel zu gering ist, ist es sinnvoll alle heilsamen Kräfte für die psychotherapeutische Betreuung der Kinder zu nutzen. Dazu wurden schon in den 60er Jahren im klientenzentrierten Kontext ein evidenzbasiertes Konzept, die sogenannte Filialtherapie (zusammenfassend Goetze, 2009) entwickelt, die leider in Deutschland nicht hat Fuß fassen können. In einem 10-stündigen Schulungskurs wurden Eltern damals als Co-Therapeuten geschult, und es wurde ihnen vermittelt, auf eine non-direktive Weise (Axline, 1972) mit ihren Kindern einmal die Woche für 30 Minuten zu spielen. Die Effektstärken von Spieltherapie ließen sich dadurch verdoppeln (Cohen's d: 1.5). In Bezug auf komplex-traumatisierte Kinder entwickelte das *Family Attachment and Counseling Center of Minnesota* ([www.familyattachment.com](http://www.familyattachment.com)) mit der Family Attachment Narrative Therapy (FANT) (Lacher, Nichols & May, 2012) in den 90er Jahren einen ähnlichen Ansatz. Während eines zweiwöchigen Intensivkurses werden die Eltern durch

Therapeuten darin trainiert, verschiedene Formen therapeutischer Narrative für ihre Kinder zu schreiben. Die Eltern sollten dann in der Lage sein, diese Geschichten – in immer wieder neuen Variationen – zuhause auf regelmäßiger Basis vorzulesen oder frei zu erzählen. Während des Erzählens der Narrative kann auch bilaterale Stimulation (EMDR) unterstützend eingesetzt werden.

Vier unterschiedliche Narrativ-Varianten wurden für diese Arbeit entwickelt.

### Wiederaneignungsnarrativ (Claiming-Narrativ)

Bei diesem Typ geht es darum, eine neue, diesmal positive Lebensgeschichte des Kindes zu erzählen. Es wird ausführlich geschildert, was die Adoptiveltern dem Kind alles Gutes getan hätten, wenn sie seit der Geburt bzw. Schwangerschaft die Eltern des Kindes gewesen wären: »Wenn du unser Baby gewesen wärst, hätten wir ...«. Die damals real nicht erfüllten Bedürfnisse des Kindes (regelmäßige Nahrung etc.) werden als in idealtypischer Weise erfüllt geschildert. Die Geschichte wird in der ersten Person erzählt und mit vielen sensorischen und biografischen Details angereichert (Haarfarbe des Kindes etc.).

### Trauma-Narrativ

Bekannte traumatische Ereignisse im Leben des Kindes werden wie in der Traumaarbeit mit EMDR in der bekannten Struktur (prätraumatisches Paradies – Trauma – posttraumatische Zeit) (Lovett, 1999) von einem Elternteil erzählt, während das Kind bilateral (meist über Tappen)

stimuliert wird. Interessanterweise wurden bisher keine Retraumatisierungsphänomene bei den Kindern beobachtet. Die narrative Struktur scheint einen ausreichenden Abstand zu kreieren, der es ermöglicht, auch die Eltern in die Traumaverarbeitung einzubeziehen.

### **Entwicklungsnarrativ**

Diesen Geschichten liegt der Gedanke zugrunde, den dysfunktionalen inneren Abläufen (negative Selbstüberzeugungen) und äußeren Verhaltensweisen des Kindes einen Sinn zu geben und sie in nicht bewertender Weise psychologisch verstehbar zu machen. Ein zugrunde liegendes psychotraumatologisches Verstehensmodell stellt die Basis dar, um das oftmals bizarre und von den Kindern selbst zutiefst abgelehnte eigene Verhalten zu verstehen und annehmen zu können. Gleichzeitig werden positive Denk- und Verhaltensmöglichkeiten eröffnet. Sie sollen das Kind unterstützen, sein Verhalten besser zu kontrollieren, seine inneren Werte zu stärken (ohne moralisch zu werden) und alternative Verhaltensweisen aufzeigen. Protagonisten können Kinder, Figuren oder Tiere sein.

### **Heldengeschichte (Das erfolgreiche Kind)**

In diesen Geschichten wird vor allem betont, welche positiven Schritte das Kind trotz seiner widrigen Lebensverhältnisse in früheren Jahren schon geschafft hat. Die bestehenden negativen Selbstüberzeugungen sollen so konterkariert werden. Für die Eltern werden dadurch positive Qualitäten ihrer Kinder erlebbar, die im Alltag oft nicht mehr

wahrgenommen werden konnten. In einer unveröffentlichten Studie (<http://www.familyattachment.com/pages/articles.html>) wurden die Behandlungserfolge von 58 Kindern in einer Einjahreskatamnese untersucht. Anhand von Aussagen der Eltern und zwei diagnostischen Instrumenten (Child Behavior Rating Scale (CBRS) und Child Behavior Checklist (CBCL)) konnten signifikant positive Verbesserungen in fast allen Bereichen erreicht werden, ohne dass zusätzliche psychotherapeutische Maßnahmen erfolgten.

### **Fazit**

Als Bezugsperson den Alltag mit Kindern und Jugendlichen zu teilen, die an einer entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung leiden, erfordert eine semiprofessionelle Haltung und Schulung, um Heilung in Gang setzen zu können und selber psychisch unbeschädigt zu bleiben. Intuitives pädagogisches Alltagswissen und daraus abgeleitete Handlungskonzepte werden diesen Kindern nicht gerecht. Der Beitrag skizzierte kurz die nach Meinung des Autors zentralen Aspekte, mit denen sich Pflege- und Adoptiveltern sowie pädagogische Betreuer auseinandersetzen müssen. Neben dem Wissen um die Dynamik früher Beziehungstraumatisierung und deren Folgen und etablierten deeskalierend wirkenden pädagogischen Handlungsmöglichkeiten ist die Bereitschaft »an der eigenen Person zu arbeiten« überlebenswichtig. Dann stellen Pflege- und Adoptiveltern mit ihrer bedingungslosen Liebe und intimen Kenntnis des Kindes eine machtvolle therapeutisch wirksame Quelle dar, die durch filialtherapeutische

Konzepte und Angebote nutzbar gemacht werden kann.

Während sich die Erkenntnis allmählich durchsetzt, dass für eine angemessene Alltagsbegleitung von komplex-traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Institutionen eine spezifische traumapädagogische Expertise vorhanden sein muss, werden Pflege- und Adoptiveltern noch weitgehend allein gelassen und müssen sich dieser Herkulesaufgabe in der Regel ohne fachliche Unterstützung stellen. Dies gilt es zu ändern.

---

### **Love Is Not Enough – Supporting adoptive and foster parents of children with chronic relational traumas**

#### **Summary**

*Like children and adolescents in residential care institutions, foster and adoptive children are frequently notable for disorders stemming from complex traumas connected with their early relationships. Professional carers in institutions have trauma-pedagogical strategies and training offers to fall back on in attuning themselves to the specific dynamics of the frequently trauma-conditioned reactions displayed by such youngsters. By contrast, adoptive and foster parents have recourse only to their pedagogical intuition, which in various crucial ways does not provide adequate support in coping with these children. The article briefly outlines what the author considers to be the essential factors that adoptive and foster parents have to deal with. Alongside knowledge about the dynamics and consequences of early relational traumas and the de-escalating pedagogical measures that can be drawn upon, the willingness to »work on one's own personality« is also of vital importance. Where this willingness is to be*

*found, adoptive and foster parents with their unconditional love and intimate knowledge of the child in question represent a highly effective therapeutic source that can be turned to account with the help of strategies and offerings based on filial therapy.*

## Keywords

*developmental trauma disorder, trauma pedagogy, emotional dysregulation, loss of control, filial therapy*

## Zur Person



*Thomas Hensel ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Psychologischer Psychotherapeut in eigener Praxis in Offenburg (Baden), Dozent und Herausgeber traumabezogener Lehrbücher und Leiter des Kinder Trauma Institut in Offenburg.*

## Kontaktadresse

*Thomas Hensel  
KTI Kinder Trauma Institut  
Augustastr 1  
77 654 Offenburg  
Tel.: 07 81/9 48 59 88  
Fax: 07 81/9 48 59 77  
www.kindertraumainstitut.de  
info@kindertraumainstitut.de*

## Literatur

- Axline, V. (1972). *Kinder-Spieltherapie im nichtdirektiven Verfahren*. München: Kindler.
- Berking, (2010). *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin: Springer.
- Blaustein, M. E. & Kinniburgh, K. M. (2010). *Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents*. New York: Guilford.
- Ebel, A. (2011). *Praxisbuch Pflegekind Informationen und Tipps für Pflegeeltern und Fachkräfte* (2. überarbeitete Auflage). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Fischer G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: UTB.
- Goetze, H. (2009). *Filialtherapie*. In M. Behr, D. Hölldampf & D. Hüsson (Hrsg.), *Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen* (S. 78–98). Göttingen: Hogrefe.
- Gordon, T. (1971). *Familienkonferenz*. Hamburg: Hofmann & Campe.
- Kagan, R. (2004). *Healing from losses, violence, abuse and neglect*. Hawthorn: Mal-treatment and Trauma Press.
- Lacher, D., Nichols, D. & May, J. (2012). *Connecting with Kids through Stories: Using narratives to facilitate attachment in adopted children* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Kingsley.
- Landolt, M. & Hensel, T. (2012). *Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Lovett, J. (1999). *Kleine Wunder*. Paderborn: Junfermann.
- Nienstedt, M. & Westermann, A. (2007). *Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Perry, B. & Salavitz, M. (2009). *Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde*. München: Kösel.
- Rogers, C. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen*. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes. Köln: GWG-Verlag.
- Rosner, R. & Steil, R. (2012). *Ist es sinnvoll, eine neue Diagnose »Traumabezogene Entwicklungsstörung« einzuführen?* In M. Landolt & T. Hensel (2012). *Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen*. (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Eine Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa.
- Schmid, M., Fegert, J. M. & Petermann, F. (2010). *Traumaaentwicklungsstörung: Pro und Contra*. *Kindheit und Entwicklung*, 19(1), 47–63.
- van der Kolk, B. A. (2009). *Entwicklungs-trauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder*. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 572–586.
- van der Kolk, B. A., Pynoos, R. S., Cicchetti, C., Cloitre, M., D'Andrea, W., Ford, J. D. et al. (2009). *Proposal to include a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSM-V*. Unpublished manuscript. Zugriff am 12. 10. 2010 unter [http://www.cathymalchiodi.com/dtd\\_nctsn.pdf](http://www.cathymalchiodi.com/dtd_nctsn.pdf)
- Weinberg, D. (2010). *Psychotherapie mit komplextraumatisierten Kindern*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Weiß, W. (2009). *Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen* (5. Auflage). Weinheim: BeltzVotum (Basistexte Erziehungshilfen 2).