



**Die Frühen Hilfen sollen helfen das Haus Kinderschutz aufzubauen.  
 Dafür ist eine Weiterentwicklung der Frühen Hilfen notwendig mit  
 deutlich stärkerer Konzentration auf die oft  
 bestehende frühkindliche Traumatisierung der Eltern**

Es ist bekannt, dass die Zahl der vernachlässigten und misshandelten Kinder bei ca. 15 % aller Säuglinge und Kleinkinder liegt. Für viele dieser Kinder, die ohne Bindung und damit ohne einen „sicheren Hafen“, d.h. ohne Schutz, Liebe und Geborgenheit aufwachsen, sind problematische Lebenskarrieren beinahe schon vorprogrammiert.

Vernachlässigung und Misshandlung können bei fehlender Bindung von Seiten der Eltern ausgeprägte negative Folgen für die kindliche Hirnentwicklung und damit für die gesamte psychosoziale Entwicklung eines Kindes haben:

- frühe Vernachlässigung im Kindesalter führt über eine Traumatisierung zu "seelischen Narben" und macht besonders hilflos bei späteren Belastungen
- Vernachlässigung beeinträchtigt die Reifung einer für die Entwicklung von positiven wie negativen Emotionen besonderen wichtigen Hirnregion, dem limbischen System. Diese Hirnregion ist maßgeblich für die emotionale Steuerung des menschlichen Verhaltens verantwortlich
- bei stark vernachlässigten Kindern werden die synaptischen Verschaltungen der Nervenzellen im Gehirn so ausgebildet, dass sich dann häufig fehlerhaftes und unpassendes Sozialverhalten entwickelt. Das Wahrnehmen positiver emotionaler Signale und entsprechende Antworten bleibt dann ungeübt oder bildet sich negativ aus.
- altersabhängig zeigen sich bei den Kindern Regulationsstörungen, emotionale, motorische, sprachliche Entwicklungsverzögerungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome und vor allem ausgeprägte soziale Verhaltensauffälligkeiten.

**Sichere Bindungserfahrungen im Säuglingsalter sind daher die wichtigste Grundlage für die Entwicklung einer effektiven emotionalen Selbstregulation; ihr Fehlen kann positive Lebensperspektiven und Lebensentwicklungen verhindern.**

**Kindesvernachlässigung ist ein Teufelskreis, denn die Ursache für Kindesvernachlässigung ist nicht selten eine frühkindliche Traumatisierung der Mütter/Väter selbst**

- zum einen gibt es das Kind, das psychisch vernachlässigt und oder sogar physisch misshandelt wird.
- und dann gibt es die Eltern, die das Kind vernachlässigen oder misshandeln, vor allem aber auch von ihrer eigenen Kindheit geprägt sind.

Um Kindesvernachlässigung vorzubeugen, müssen wir uns daher sowohl um die Kinder wie auch um ihre Eltern kümmern. Nur so können wir den Teufelskreis durchbrechen, bei dem aus früheren Opfern später selber Täter werden.

**Frühkindliche Probleme bei Müttern/Vätern als Ursache:**

Wir müssen daher verstärkt auch den Blick auch auf diejenigen Eltern lenken, die wir normalerweise schnell für ihr Verhalten gegenüber ihrem Kind verurteilen. Doch dabei übersehen wir oft, dass bei diesen Eltern der Grund für ihr Verhalten eine seelische Wunde ist. Bei vielen Eltern mit selbst erlebten erheblichen Erziehungsdefiziten sowie konfliktreichem Kontaktverhalten gibt es traumatische Erfahrungen in ihrer eigenen Kindheit, wie z.B. Vernachlässigung, emotionale Misshandlung, Gewalt oder sexueller Missbrauch.

Wenn wir erfolgreich beim Kinderschutz sein wollen, müssen wir vermehrt darauf achten, was die Eltern selber als Kinder erlebt haben. Denn kann können wir erkennen, dass viele dieser Eltern selbst vernachlässigt oder misshandelt wurden. Ihnen hat der ‚sichere Hafen‘, die Bindung gefehlt und sie waren selbst Opfer von körperlicher und seelischer Gewalt.

Da liegt die Frage nahe: Warum machen diese Eltern es denn selbst nicht besser? Genauso ist die Antwort auch klar: Weil sie es nicht können. Weil die Traumatisierung, die falschen Nervenverbindungen in ihrem Gehirn, d.h. speziell in dem limbischen System blockiert, weil sie nicht weiterwissen. Und genau dort wollen wir ansetzen.

**Was hat das Gehirn, das Limbische System mit einer Traumatisierung zu tun?**

Im Gehirn des Menschen gibt es einen Bereich, der als ‚Limbisches System‘ bezeichnet wird und dieses **Limbische System des Gehirns ist verantwortlich für die Entwicklung von Emotionen.**

Der bekannte Hirnforscher Gerald Hüther drückt dies folgendermaßen aus:

*„Unser Gehirn ist ein Sozialorgan – und es wird Zeit, dass wir es auch so behandeln. Das menschliche Gehirn strukturiert sich anhand der im Laufe des Lebens gemachten Erfahrungen. Primär sind das immer Erfahrungen, die wir in der Beziehung zu anderen Menschen machen. Und die entscheidenden Beziehungserfahrungen macht jeder Mensch bereits als kleines Kind in seiner Herkunftsfamilie. Die neuronalen Beziehungsmuster in unserem Gehirn sind deshalb Ausdruck und Folge dieser primär im Zusammenleben mit den Mitgliedern unserer jeweiligen Familie gemachten Beziehungserfahrungen.“*



Nicht verarbeitete Bindungsverluste, Gewalt, Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch führen in der eigenen Kindheit von Müttern/Vätern zu strukturellen Fehleinstellungen dieses so

wichtigen Hirnareals, des limbischen Systems. Wir können dann von einem ‚traumatisierten Gehirn‘ sprechen. Wenn traumatisierte Eltern ihr Trauma mit ihren eigenen Kindern wiedererleben, ist die Zentrale dieses Limbischen Systems, die Amygdala (Mandelkern), sehr aktiv – das bedeutet, ihnen fällt es schwer zwischen der Gegenwart und der Vergangenheit zu unterscheiden. Sie fühlen oftmals, dass das traumatische Ereignis wieder stattfindet und können die Situation, in der sie sich mit ihren Kindern befinden, schwer von der damaligen traumatischen Situation unterscheiden. Wir erkennen hieran, dass es für traumatisierte Eltern schwer ist, ihr Verhalten in speziellen Situation der eigentlichen Situation anzupassen und an das Kindeswohl zu denken, da ihre Gedanken, Empfindungen und Handlungen vielfältig von der Traumatisierung gesteuert werden.

### **Was geschah bisher und welche Erfahrungen gibt es aus der Praxis vor Ort?**

#### **Aufsuchende Hilfe durch Fachkräfte Frühe Hilfen**

Um Kindesvernachlässigung frühzeitig vermeiden zu können, wurde die aufsuchende Hilfe und Betreuung durch Fachkräfte Frühe Hilfen (Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen) in Familien in schwierigen psychosozialen Lebensverhältnissen eingeführt. Damit schien es gelungen sich den Zugang zu jungen Schwangeren und Müttern/Eltern in schwierigen Lebensverhältnissen zu schaffen und sie mit dem Angebot von Hilfen für ihre Kinder konkret zu erreichen.

Den in den Familien arbeitenden Fachkräften Frühe Hilfen wird jedoch zunehmend mehr bewusst, welche entscheidende Rolle die frühkindliche Traumatisierung der Eltern selbst spielt und dass diese erkannt und in Zusammenarbeit mit Institutionen aus dem Gesundheitsbereich bearbeitet werden muss, um Kindeswohlgefährdung nachhaltig zu vermeiden.

Es kann dann erhebliche negative Folgen haben, wenn die Fachkräfte Frühe Hilfen nicht auch den psychischen Bedarf der zu betreuenden Familien erkennen und als Lotsinnen weitervermitteln.

#### **Erkennen der elterlichen Traumatisierung für eine erfolgreiche Betreuung unerlässlich:**

In vielen Fällen machen die Fachkräfte Frühe Hilfen die Erfahrung, dass die Eltern fachliche Anregungen kaum verstehen und daher auch nicht umsetzen können. Die Eltern reagieren dann auf Veränderungsimpulse bezüglich ihres Fürsorgeverhaltens ängstlich, hilflos, überfordert und sogar abwehrend. Eltern haben öfters auch kein Interesse daran, entsprechende Einblicke in ihre Vorgeschichte und aktuelle Lebenssituation zu geben. Aufgrund ihres erfahrungsbedingten Misstrauens fürchten sie, ihre Erziehungsfähigkeit könnte in Zweifel gezogen und das Jugendamt informiert werden.

#### **Was geschieht ohne Weiterentwicklung der Kenntnisse im psychischen Bereich?**

Häufig sehen Mütter/Väter daher das Problem bei ihren Kindern und wollen sich an der Entwicklung von Lösungsstrategien nicht beteiligen. Die daraus entstehenden Konflikte mit den Fachkräften können zu Kränkungen und Verärgerungen der Eltern führen, so dass die Fördermaßnahmen vorzeitig beendet werden. Nicht selten stellt sich in diesen Fällen die Frage des Kinderschutzes und damit der Einbeziehung der Jugendämter.

Fachkräfte Frühe Hilfen bewerten ihre psychosoziale Kompetenz für die aufsuchende Tätigkeit in vielen Familien noch als unzureichend und sehen ihre gezielten Interventionsmöglichkeiten daher als eher begrenzt an.

Insgesamt stellten niedersächsische Fachkräfte Frühe Hilfen immer wieder fest, dass bei sehr hohem Belastungsniveau der Mütter/Väter die aufsuchende Arbeit in diesen Familien oftmals überfordernd und wenig erfolgreich ist und damit auch hilflos macht.

### **Umfrage bei Fachkräften Frühe Hilfen in niedersächsischen Kommunen**

Im Januar 2021 führte die Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER eine Umfrage in niedersächsischen Kommunen bei den Fachkräften Frühe Hilfen und ihren Koordinatorinnen durch.

Von 35 Teams wurden folgende Antworten erhalten:

- der psychischen Betreuung von traumatisierten Müttern/Vätern sollte erheblich mehr professionelle Aufmerksamkeit geschenkt werden
- im Rahmen der Qualifizierung muss auf das Thema der frühkindlichen elterlichen Traumatisierung erheblich intensiver eingegangen werden.
- eine praktische und damit erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Institutionen des psychischen Gesundheitsschutzes und des sozialen Kindesschutzes findet noch nicht ausreichend statt. Praktisch umgesetzte Kooperationen in einzelnen Kommunen stellen die Ausnahme dar.
- weiter müssen bereits jetzt erhebliche Anstrengungen für eine weitere Gewinnung von Fachkräften Frühe Hilfen unternommen werden.

Die Auswertung der Umfrage hierzu ist in **Anlage 1** aufgeführt.

### **Vorschlag für Lösungshilfen für die aufsuchende Betreuung von traumatisierten Mütter/Vätern zur Vermeidung von Kindesvernachlässigung**

**Lösungshilfen für die aufsuchende Betreuung von traumatisierten Mütter/Vätern werden wie folgt vorgeschlagen:**

- 1. Ausweitung der Qualifizierung der Fachkräfte Frühe Hilfen durch einen zusätzlichen Aufbaukurs für Fachkräfte Frühe Hilfen mit einem neuen Schwerpunkt der psychischen Unterstützung**
- 2. Verstärkung einer engen Zusammenarbeit zwischen Institutionen des sozialpädagogischen Kindesschutzes und des psychischen Gesundheitsschutzes in der Praxis**
- 3. Stärkung der Effektivität durch Verbesserung der Kooperationen auf Landesebene**

#### **Ad 1. Ausweitung der anerkannte Weiterbildung der Fachkräfte Frühe Hilfen durch einen zusätzlichen Aufbaukurs für Fachkräfte Frühe Hilfen mit einem neuen Schwerpunkt der psychischen Beratung**

Die Qualifizierung zur Fachkraft Frühe Hilfen enthält zwar auch verschiedene Themen aus dem Bereich der „psychosozialen Grundkenntnisse“. Es ist jedoch ein Unterschied, ob diese Themen theoretisch, d.h. vor Beginn der praktischen Arbeit unterrichtet werden oder ob die vor Ort anstehenden psychischen Probleme zusätzlich nach einer gewissen Zeit der aufsuchenden Arbeit und den dort gesammelten praktischen Erfahrungen wirksam behandelt werden können. Lediglich einzelne Fortbildungen durchzuführen erscheint nicht zielführend. Vielmehr sollte ein konsequentes Fortbildungsprojekt aufgebaut werden, z.B. wird ca. 1 Jahr nach Beginn der aufsuchenden Tätigkeit als Fachkraft Frühe Hilfen ein Aufbaukurs von 2 Blöcken (2x2 Tage) mit insgesamt 30 Stunden zur Bearbeitung dieses gesamten Themenkomplexes angeboten, damit die Fachkräfte der zunehmenden Herausforderung in der Praxis besser gewachsen sind.

**Dieser Kurs sollte unbedingt auch von Landesseite finanziert werden.**

Im Auftrag der Stiftung EINE CHANCE FÜR KINDER wurde von dem renommierten Sozialpsychiater Dr. Hipp eine umfangreiche Stellungnahme für die Notwendigkeit eines solchen Curriculums sowie die erforderlichen Inhalte erarbeitet.

**Dieses Curriculum ist als PDF-Datei in Anlage 2 beigefügt.**

**Es ist als Folge allerdings auch dringend zu empfehlen, dass die dann noch besser qualifizierten Fachkräfte Frühe Hilfen eine Aufstockung des Honorars bzw. der tariflichen Eingruppierung erhalten.**

#### **Ad 2. Verstärkung einer engen Zusammenarbeit zwischen Institutionen des sozialpädagogischen Kindesschutzes und des psychischen Gesundheitsschutzes in der Praxis**

Die praktische Zusammenarbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen mit den für den Kindesschutz verantwortlichen Stellen in den Kommunen ist für den Erfolg der aufsuchenden Arbeit der Fach-

kräfte Frühe Hilfen unerlässlich; genauso wichtig ist aber auch eine enge Verbindung mit den Institutionen des Gesundheitswesens. Dies betrifft nicht nur die Kooperation mit niedergelassenen Ärzten, sondern vor allem mit den Sozialpsychiatrischen Diensten z.B. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Durch eine permanente Stärkung der Kooperation mit Institutionen der psychischen Gesundheit kann die wichtige professionelle Hilfe für die betroffenen Mütter/Eltern erst wirkungsvoll umgesetzt werden.

### **Ad 3. Stärkung der Effektivität durch Verbesserung der Kooperationen auf Landesebene**

Die Konsolidierung und weitere Verbesserungen der aufsuchenden Hilfen und besseren psychischen Betreuungen von „Risikofamilien“ muss durch die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsschutz und Kinderschutz sowohl auf Landesebene wie auch auf kommunaler Ebene verbessert werden. Für eine effizientere Umsetzbarkeit von Empfehlungen in diesem Bereich und im Sinne eines praktizierten Qualitätsmanagements sollte in die Steuerung der Frühen Hilfen z.B. das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) als Staatliche Gesundheitsbehörde mit einbezogen werden. Das Land Brandenburg hat eine solche Kooperation bereits beispielhaft vorgenommen.

Durch eine intensive Kooperation zwischen den beiden Landesbehörden, d.h. der Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen und dem Landesgesundheitsamt könnte die begonnene Arbeit zur Vermeidung von Kindeswohlgefährdung nachhaltig vertieft werden indem z.B. folgende Aufgaben wahrgenommen werden:

- Die niedersächsische Landeskoordinierungsstelle Frühe Hilfen ist als staatliche Stelle offiziell bereits für die Steuerung des Kinderschutzes zusammen mit den kommunalen Jugendämtern zuständig und hilft bei der Koordination der verschiedenen Institutionen vor Ort. Damit kann sie auch positiven Einfluss auf verstärkte und praktische Kooperationen nehmen.
- Das niedersächsische Landesgesundheitsamt kann die Steuerung der Kooperation vor allem mit den Institutionen des Gesundheitsdienstes sowie die Verantwortung für die Qualitätssicherung der Fachkräfte Frühe Hilfen übernehmen, z.B. die Auswertung der standardisierten Dokumentation der Fachkräfte Frühe Hilfen. Gleichzeitig kann sie als Einrichtung des ÖGD in Kooperation mit der Landeskoordinierungsstelle dazu motivieren Aktivitäten des psychischen Gesundheitsschutzes tatkräftig miteinzubeziehen

Diese beiden oben aufgeführten Institutionen haben mehrere Möglichkeiten gemeinsam an der Erreichung der gewünschten Ziele zu arbeiten, denn

### **durch Kooperation der Institutionen können weiter folgende praktisch wichtige Themen aufgegriffen werden:**

- **Verstärkung der Gewinnung von neuen Fachkräften in den Frühen Hilfen**  
Durch die Kooperation können Gesundheitsfachkräfte besser erreicht werden und es wird leichter möglich sein das Thema der aufsuchenden Hilfe durch gut qualifizierte Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen sowohl in den Fachmedien wie auch in den normalen Medien deutlicher und positiv zu kommunizieren. Damit kann es besser gelingen das Interesse von Fachkräften aus dem Gesundheitswesen für diese herausfordernde Tätigkeit zu wecken.
- **Qualitätssicherung der Arbeit der Fachkräfte und fachliche Information**  
Aussagefähige Daten über die Arbeit der Fachkräfte in den Frühen Hilfen kann die Bedeutung der aufsuchenden Hilfe gegenüber dem Auftraggeber und vor allem gegenüber der politischen Öffentlichkeit belegen und unterstreichen. Eine standardisierte Dokumentation stellt auch eine wichtige Grundlage für die Teamsitzungen und Fallbesprechungen dar und ist eine unerlässliche Grundlage für die Selbstreflexion der Fachkräfte in den Frühen Hilfen. Damit dient sie auch der Qualitätssicherung. In vielen Kommunen werden Dokumentationen durchgeführt; sie sind jedoch nicht miteinander vergleichbar. Es ist

daher sinnvoll, dass dieselbe standardisierte Dokumentation von möglichst vielen niedersächsischen Kommunen eingesetzt wird.

- **Gezielte Fortbildung von Fachkräften Frühe Hilfen in den beiden für die Zusammenarbeit notwendigen Bereichen: Kinderschutz und Gesundheitsschutz:** Gerade in diesem Feld ist eine gute zentrale Steuerung von großer Bedeutung für den Erfolg. Denn nur dadurch kann ein ausgewogenes Fortbildungsprogramm erstellt werden.

- **Gesundheitliche Betreuung von geflüchteten Frauen und Kindern:**

Auch bei geflüchteten Frauen und ihren Kindern spielt die erlittene Traumatisierung der Eltern für eine Betreuung der Kinder und für die zukünftige Integration der Familien eine große, aber oft nicht erkannte Rolle. Ein wichtiger Schwerpunkt der aufsuchenden Arbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen muss daher auch der Betreuung von Frauen und Kinder nach Flucht oder Migration gelten. Dabei spielt für eine erfolgreiche Betreuung dieser Frauen und Kinder vor allem der geübtere Blick auf psychische Probleme eine entscheidende Rolle.

Diese Problematik der geflüchteten Frauen und Kinder, die auch für uns als Gesellschaft eine große Rolle in der Zukunft spielen wird, scheint während der Corona-Pandemie völlig aus dem Blickwinkel gekommen zu sein.

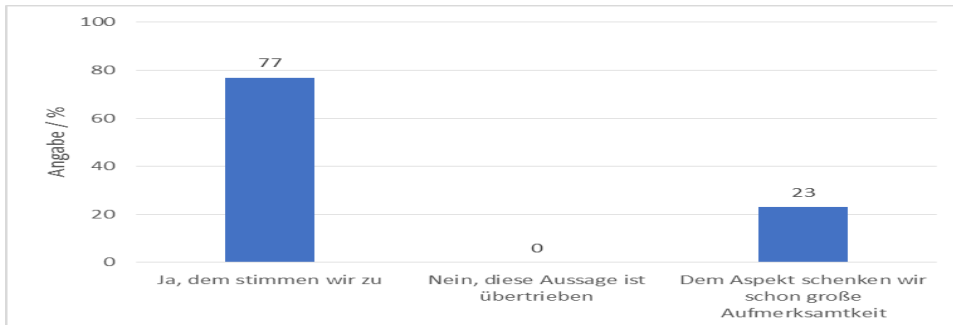
Als Beispiel zu dieser Problematik wird unter **Anlage 3** eine kurze Stellungnahme aus einer niedersächsischen Kommune angeführt.

## Anlage 1

### Antworten auf die Umfrage bei den Teams Frühe Hilfen

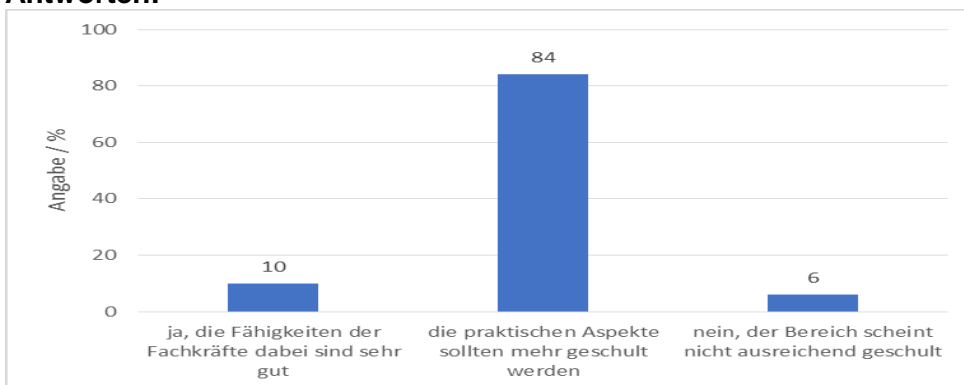
**Frage 1: muss bei der aufsuchenden Betreuung dem Aspekt der Traumatisierung von Eltern durch eigene frühkindliche Vernachlässigung noch größere Aufmerksamkeit geschenkt werden?**

**Antworten:**



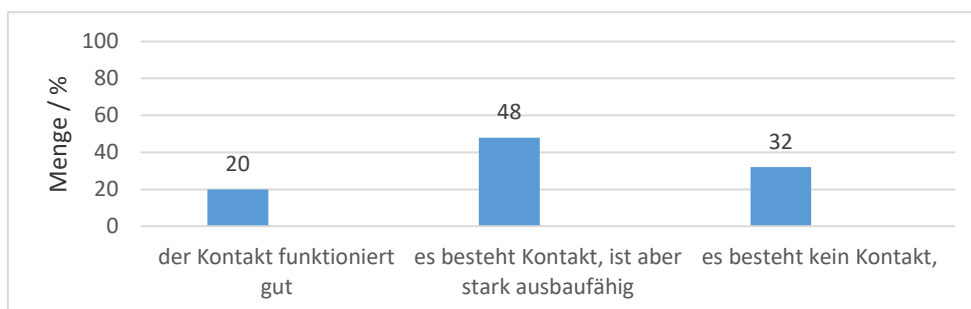
**Frage 2: Ist nach Ihrer Ansicht der psychosoziale Bereich in der Weiterbildung und damit bei der Betreuung vor Ort ausreichend berücksichtigt?**

**Antworten:**



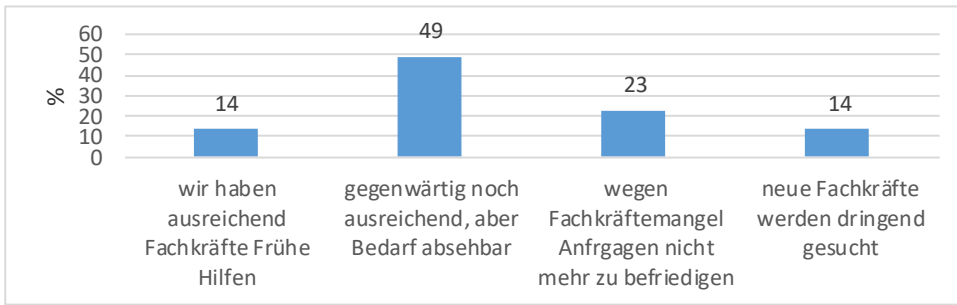
**Frage 3: Wie ist der Kontakt Ihres Teams zu dem Sozialpsychiatrischen Dienst Ihres Gesundheitsamtes?**

**Antworten:**



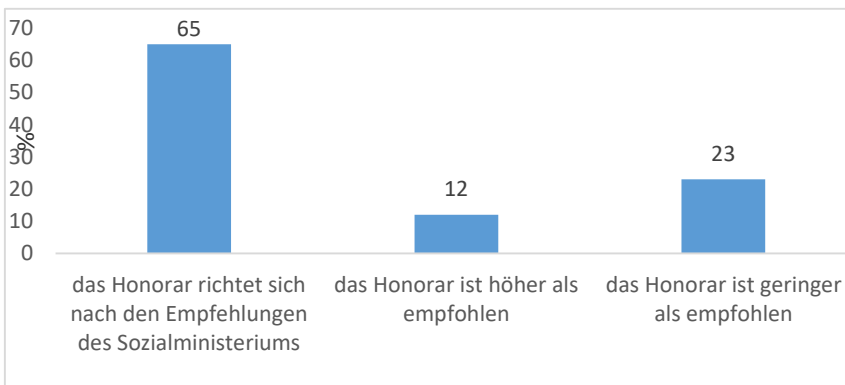
**Frage 4: Wie dringend ist der Bedarf nach weiteren Fachkräften Frühe Hilfen in Ihrem Zuständigkeitsbereich?**

**Antworten:**



**5. Wie hoch sind die Stunden-Honorare der Fachkräfte Frühe Hilfen, die im Honorarverhältnis arbeiten?**

**Antworten:**





**Anlage**  
**Anlage 2**  
**Curriculum für**  
**Psychosozialer Aufbaukurs für Fachkräfte Frühe Hilfen**

Dr. Michael Hipp  
 Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie

**I. Einführung**

Die Dienste des Gesundheitswesens sowie der Kinder- und Jugendhilfe werden zunehmend von Eltern in Anspruch genommen, die mit der Versorgung ihrer Säuglinge und Kleinkinder überfordert sind. Altersabhängig zeigen sich bei den Kindern Regulationsstörungen, emotionale, motorische, sprachliche Entwicklungsverzögerungen, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrome und soziale Verhaltensauffälligkeiten. Die Förderung der Kinder hängt maßgeblich davon ab, ob es gelingt, die Eltern zur Mitarbeit zu gewinnen. In vielen Fällen machen die Fachkräfte die Erfahrung, dass die Eltern fachliche Anregungen nicht verstehen oder nicht umsetzen. Die Eltern reagieren dann auf Veränderungsimpulse bezüglich ihres Fürsorgeverhaltens ängstlich, hilflos und überfordert. Häufig sehen sie das Problem bei ihren Kindern und wollen sich an der Entwicklung von Lösungsstrategien nicht beteiligen. Die daraus entstehenden Konflikte mit den Fachkräften können zu Kränkungen und Verärgerungen der Eltern führen, so dass die Fördermaßnahmen vorzeitig beendet werden. Nicht selten stellt sich in diesen Fällen die Frage des Kinderschutzes und damit der Einbeziehung der Jugendämter.

Bei vielen Eltern mit erheblichen Erziehungsdefiziten sowie konfliktreichem Kontakt- und Kooperationsverhalten lassen sich traumatische Erfahrungen in ihrer eigenen Kindheit wie zum Beispiel Vernachlässigung, emotionale Misshandlung, unverarbeitete Beziehungsverluste, Gewalt oder sexueller Missbrauch nachweisen. Häufig besteht eine Multiproblemmkonstellation mit Spannungen in der Partnerschaft, Trennung/Scheidung, Armut, Erwerbslosigkeit, soziale Isolierung etc.. Den Fachkräften sind diese Informationen nicht bekannt und die Eltern haben auch kein Interesse daran, entsprechende Einblicke in ihre Vorgeschichte und aktuelle Lebenssituation zu geben. Aufgrund ihres erfahrungsbedingten Misstrauens fürchten sie, ihre Erziehungsfähigkeit könnte in Zweifel gezogen und das Jugendamt informiert werden.

Zum kompetenten Umgang mit den desintegrierten Familiensystemen sind daher trauma- und bindungstheoretische Kenntnisse der Fachkräfte auf allen Ebenen des psychosozialen Versorgungssystems und eine rechtskreisübergreifende multimodale Vernetzung in der Versorgungsregion zwingend erforderlich. Vor allem müssen aber Methoden eingesetzt werden, die anschlussfähig sind an die Vorstellungswelten der betroffenen Eltern und die eine wirksame Förderung der Eltern-Kind-Interaktionen gewährleisten.

In ihren Ausbildungen können die Fachkräfte nur unzureichend auf die komplexen Herausforderungen im Umgang mit den traumatisierten Eltern und ihren bindungsbelasteten Kindern vorbereitet werden. Erst in der Praxis erfahren sie die Paradoxien zwischen Tabuisierung und Offenbarung des Familiengeheimnisses, zwischen veränderungsoffenem Hilfebegehren und schroffer Kooperationsverweigerung sowie zwischen idealisierenden Beziehungsangeboten und mit Entwertung einhergehenden Kontaktabbrüchen. Diese Fallstricke der Elternarbeit berühren die persönlichen Bindungsgeschichten der Fachkräfte. Um die Nähe-Distanz-Regulation professionell gestalten und den Schutz der eigenen Persönlichkeitsgrenzen gewährleisten zu können, müssen bei den Fachkräften Selbstkenntnis und Achtsamkeit gefördert werden. Über die berufsbegleitende Weiterbildung werden die Voraussetzungen geschaffen, um den in der Praxis unvermeidlichen Perspektivenpluralismus im Zusammenspiel zwischen Eltern, Kindern, Fachkräften und Institutionen verstehen und handlungssicher integrieren zu können.

**II. Biopsychosoziale Folgen der Traumatisierung**

Das vegetative (autonome) Nervensystem des Menschen wird neben den genetischen und epigenetischen Einflussfaktoren vor allem durch die bindungsrelevanten Erfahrungen in den ersten Lebensjahren

geprägt. Physische und emotionale Vernachlässigungen, nicht verarbeitete Bindungsverluste, Gewalt und sexueller Missbrauch führen zu strukturellen Fehleinstellungen des limbischen und vegetativen Nervensystems mit negativen Auswirkungen auf Stresstoleranz, Mentalisierung, Beziehungsfähigkeit und Identität (15).

### 1. Trauma: Definition und Ätiologie

Ein Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt (2). Als bedrohliche Situationsfaktoren kommen Naturkatastrophen, Unfälle ebenso infrage wie interpersonale Gewalt und sexueller Missbrauch. Eine zentrale Bedeutung gewinnt dabei das Bindungstrauma, bei dem es aufgrund einer chronischen emotionalen und evtl. auch physischen Vernachlässigung zu einer Unterstimulation des Kindes kommt. Meist ist dabei auch die Schutzfähigkeit der Eltern unzureichend entwickelt, so dass das Kind später zusätzlich Opfer von Gewalt- und Sexualtraumatisierungen wird.

Ob eine Situation als Stress oder Trauma verarbeitet wird, hängt von der Handlungsfähigkeit des bedrohten Menschen ab. So lange Kampf (Fight) oder Flucht (Flight) möglich sind, kann die energetische Mobilisierung des Organismus zielgerichtet zugunsten der notwendigen Verteidigungsmaßnahmen eingesetzt werden. Der Mensch erlebt sich selbstwirksam und im Sinne der Überlebenssicherung erfolgreich. Wenn keine Gegenwehr mehr möglich ist und ein Zustand umfassende Ohnmacht entsteht, werden die Energien im Körper blockiert. In der „traumatische Zange“ (9) der absoluten Handlungsunfähigkeit frieren die betroffenen Opfer psychomotorisch ein (Freeze). Die Erinnerung wird inkohärent abgespeichert (Fragment) und kann später nicht mehr in einem Narrativ verbalisiert bearbeitet werden. Mit dem Begriff Trauma werden also nicht das belastende Ereignis sondern seine biopsychosozialen Folgen beschrieben. Säuglinge und Kleinkinder geraten aufgrund ihrer schwachen Ressourcenbasis schon bei kurzzeitigen physischen und emotionalen Vernachlässigungen in vital bedrohliche Zustände mit entsprechend nachteiligen Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung.

### 2. Stressverarbeitungsstörung

Traumatische Erfahrungen in den frühen Lebensjahren führen zu Fehljustierungen im limbischen System und dem eng verbundenen autonomen (vegetativen) Nervensystem. Besonders betroffen ist die Amygdala (Mandelkern), welche das Zentrum des Alarmsystems des menschlichen Organismus repräsentiert. Als „Feuermelder“ verweist sie im Kurzschluss mit dem vegetativen Nervensystem, also unter Umgehung komplexer kortikaler Steuerungs- und Reflexionszentren (z.B. Präfrontalcortex), auf eine drohende Gefahr und löst somit ohne Zeitverlust entsprechende Schutzreflexe aus. Es handelt sich dabei um rational (top-down) nicht steuerbare Impulshandlungen. Drei Notfallprogramme „Fight-Flight-Freeze“ sind evolutionsgeschichtlich auf den Überlebenskampf ausgerichtet, werden also im Normalfall nur beim Auftreten einer realen Gefahr ausgelöst. Doch der organische Abdruck des Traumas wirkt bei den betroffenen Menschen wie ein andauernder innerer Stressor. Die Amygdala ist hypersensitiv, die Balance zwischen dem aktivierenden Sympathikus und dämpfenden Parasympathikus ist zugunsten des Sympathikus verschoben. Auch in sicheren Kontexten und in Ruhesituationen fühlen sich die betroffenen Menschen bedroht und gefährdet. Beim Auftreten unspezifischer Hinweisreize auf das Trauma (Sinneseindrücke, Überforderung, Konflikte etc.) wird der ebenfalls im limbischen System lokalisierte Hippocampus, der für die zeitliche, örtliche und kontextuelle Orientierung zuständig ist, ausgeschaltet. Im Rahmen einer umfassenden Desorientierung wird die Grenze zwischen Gegenwart und Vergangenheit aufgehoben. Neben der Auslösung der Notfallprogramme mit entsprechenden Steuerungsverlusten kann es zu Flashbacks kommen, welche die Betroffenen als Panikattacken, „Sturz in schwarze Löcher“, unerträgliche Schmerzen, Verwirrheitszustände etc. beschreiben – in jedem Fall als apokalyptische Selbstkontrollverluste erleben.

Infolge des kaum regulierbaren inneren Erregungsniveaus besteht bei den betroffenen Menschen ein enges Stresstoleranzfenster. Sie können sich nicht entspannen, klagen über einen un-

erträglichen inneren Druck. Sie sind schreckhaft (Hyperarousal), leicht ablenkbar und bei jeder neuen Problemlage überfordert. Sie können nachts entweder gar nicht oder nur mit Licht bzw. bei laufenden elektronischen Geräten schlafen. Häufig entwickeln sie psychosomatische Schmerzsyndrome.

Der Zugriff auf ihre Ressourcen und ihre Lernfähigkeit hängt vom inneren Spannungszustand der traumatisierten Menschen ab. Somit ist auch das Fürsorgevermögen der Eltern gegenüber den Kindern großen Schwankungen ausgesetzt und ist willentlich nur eingeschränkt beeinflussbar. Das kindliche Bindungsverhalten kann zum „Trigger“ werden und reflexartig gewalttätige Übergriffe der Eltern auslösen. Dissoziative Zustände unterbrechen abrupt die Kontaktfähigkeit und belassen die Kinder in unregulierten Stresszuständen.

Auch die Kooperationsbeziehungen mit den Fachkräften werden durch die emotionale Instabilität der Eltern erheblich beeinträchtigt. Absprachen werden nicht eingehalten, Termine werden abgesagt und im Konfliktfall kann es zu aggressiven Impulskontrollverlusten kommen.

#### **Fortbildungsinhalte a. :**

- **Neurobiologische Folgen traumatischer Erfahrungen**
- **Störungen der Affektregulation und Impulssteuerung**
- **Stressintoleranz mit Einschränkung der Lern- und Kooperationsfähigkeit**
- **Auswirkungen der emotionalen Instabilität und der aggressiven Impulskontrollverluste der Eltern auf das Kindeswohl**

### **3. Mentalisierung:**

Das wichtigste Steuerungszentrum des Menschen ist der linke Präfrontalcortex. Er repräsentiert das Ich-Bewusstsein und ist eng mit dem Broca-Sprachzentrum verbunden. Ab dem dritten Lebensjahr konstituiert er die Meta-Perspektive gleichsam als „innerer Beobachter“, der das Monitoring des bewussten Alltagslebens übernimmt.

Im reflexiven Modus ist es dem Erwachsenen möglich, die Abgrenzung zwischen sich und anderen, zwischen Fantasie und Wirklichkeit sowie zwischen Vergangenheit und Gegenwart vorzunehmen. Er kann antizipieren, also vorausschauend planerisch denken und handeln. Er ist in der Lage, seine Affekte und Impulse zu steuern und auf Belohnung zu warten.

Bindungstraumatisierungen führen infolge der zugrunde liegenden physischen und emotionalen Vernachlässigung zu einer Unterentwicklung des präfrontalen Cortex. Auch im Erwachsenenalter ist die Metaperspektive daher nur schwach entwickelt und sehr störanfällig. Es dominieren dann drei prämentale Modi, wie sie bei Kindern bis zum vierten Lebensjahr anzutreffen sind (14):

- (1) Äquivalenzmodus: Der Zustand der Symbiose kann nicht vollständig verlassen werden. Es fehlt die Differenzierung von innen und außen. Die eigenen Bedürfnisse und Gefühle werden mit der Realität gleichgesetzt. Aufgrund der fehlenden Abgrenzung und Empathie werden Bezugspersonen zu Projektionsphantomen, deren Bedeutung davon abhängt, inwieweit sie die Erwartungen und Bedürfnisse erfüllen. Häufig dominiert ein diffuses Bedrohungserleben mit Misstrauen und ängstlicher Katastrophenerwartung.
- (2) Als-Ob-Modus (Pseudomentalisierung): Eine integrierte Wahrnehmung von sich und der Welt ist nicht möglich. Fantasie und Wirklichkeit werden verwechselt. Kognition und Affekte sind nicht aufeinander abgestimmt. Es entsteht ein chronisches Gefühl innerer Leere. Im Sinne einer „Pseudologia phantastica“ kommt es immer wieder zu pathologischem Lügen. In der virtuellen Welt des Internet werden neue Identitäten (Avatare) kreiert.
- (3) Teleologischer Modus: Es existiert nur die Welt der Dinge und Fakten. Hinter dem Verhalten andere Menschen werden keine mentalen Prozesse vermutet. Die Bezugspersonen werden danach beurteilt, ob sie den Erwartungen und Wünschen entsprechen oder nicht. Aufgrund der unzureichenden Objektpermanenz kann die Realpräsenz nicht durch eine mentale Prä-

senz ersetzt werden (Piaget). Allein-Sein erzeugt daher überwältigende Verlassenheitsängste. Konflikte werden nicht selten physisch ausgetragen.

#### Fortbildungsinhalte b.:

- **Auswirkung der Mentalisierungsdefizite auf Kommunikationsverhalten, Lernfähigkeit, Kooperationsvermögen und Qualität des Fürsorgesystems**
- **Interaktionelle Bedeutung der prämentalen Modi**
- **Mentalisierungstraining: Schaffung oder Stärkung einer integrierenden, zeitstabilen integrierenden Instanz auf der Metaebene (innerer Beobachter), Förderung der Fähigkeit zum Perspektivenwechsel und zum Belohnungsaufschub.**

#### **4. Einschränkung der Beziehungsfähigkeit: Spaltungen im Annäherungs-Vermeidungs-Konflikt**

Menschen mit einem desorganisierten Bindungsmuster, insbesondere mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (2), entwickeln ein diffuses Bedrohungsgefühl, das häufig mit einem Misstrauen gegenüber anderen, aber auch gegenüber sich selbst d.h. den eigenen Fähigkeiten und der eigenen Selbstwirksamkeit verknüpft ist. In ihren Beziehungen werden gleichzeitig das auf Verteidigung ausgerichtete Bedrohungssystem und das Intimität ermöglichende Bindungssystem aktiviert. Daraus entwickelt sich ein höchst widersprüchliches Kontaktverhalten. Auf der einen Seite signalisieren sie den Bezugspersonen ein intensives Interesse an Nähe, manchmal sogar eine Abhängigkeit von emotionaler Versorgung, auf der anderen Seite zeigen sie sich abweisend und verteidigen ihre Autonomie. Aufgrund ihres Misstrauens versuchen sie, eifersüchtig ihre Partner zu kontrollieren. Ihre Wahrnehmung wird von einer Gut-Böse-Spaltung bestimmt. Ambivalenz kann nicht ausgehalten werden. Gegenüber ihrem privaten Umfeld, aber auch gegenüber den Institutionen imponiert daher ein abrupter Wechsel von idealisierenden, fast schon verführerischen Interaktionen und aggressiv entwertendem Verhalten. Dadurch kann eine „Hopping-Dynamik“ entstehen mit einem ständigen Austausch von privaten Bezugspersonen aber auch einer Diskontinuität in institutionellen Zusammenhängen wie zum Beispiel bei Kinderärzten, KiTas, Schulen, Wohnorten und Arbeitsplätzen.

Auch gegenüber den eigenen Kindern manifestiert sich bei Eltern mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen die nur unzureichend integrierbare Ambivalenz. Vom Kind erhoffen sich die Eltern die „symbiotische“ Nähe, die sie in ihrer frühen Kindheit entbehren mussten. Im Äquivalenzmodus der Mentalisierung erwarten sie grenzenlose Anpassung bis zur Selbstverleugnung. Gleichzeitig überschätzten sie die Selbstregulationskompetenz des Kindes und behandeln es wie einen Erwachsenen. Doch bereits nach wenigen Monaten tritt das Kind als Individuum mit eigenständigem Willen und fordernder Bedürftigkeit hervor. Dadurch gerät es in die „Täterübertragung“. Seine Bindungssignale werden als Ausdruck von Böswilligkeit, als Provokation oder Manipulation gewertet. Das „böse Kind“ wird dann zum Opfer elterlicher Abwertungen und Aggressionen. Im Geschwisterkreis kann es zu Spaltung zwischen den idealisierten und bevorzugten „guten Kindern“ und den entwerteten und benachteiligten „bösen Kindern“ kommen. Eltern mit einer Borderline-Persönlichkeitsstruktur passen sich in ihrem Kontaktverhalten den aktuellen Beziehungskontexten an. In ihrer Kindheit mussten sie in einem familiären Umfeld überleben, das von Unberechenbarkeit, Vernachlässigung und Gewalt geprägt war. Die daraus entwickelten Selbstschutzstrategien wie zum Beispiel Kontrolle, Täuschung und Manipulation reinszenieren sie im Erwachsenenalter auch gegenüber den Helfersystemen. Dadurch kann es zu höchst unterschiedlichen Wahrnehmungen und Bewertungen der Eltern kommen, die sich in konfrontativ ausgestalteten Spaltungen zwischen den beteiligten Fachkräften oder zwischen den Institutionen manifestieren. Unter den Bedingungen von Ambivalenz und Desorientierung ist eine kontinuierliche und zielgerichtete Arbeit mit den Familien nicht möglich. Ein vorrangiges Ziel bei der Förderung der Familien ist daher die strukturelle und inhaltliche Integration der Helfernetzwerke.

#### Fortbildungsinhalte c.:

- **Nähe- Distanz-Regulation im Annäherungs-Vermeidungskonflikt**
- **Idealisierungs-Entwertungs-Dynamik: Gut-Böse-Dichotomie gegenüber den Kindern**

- **Umgang mit personeller und institutioneller Diskontinuität („Hopping-Verhalten“)**
- **Vermeidung von Spaltungen im professionellen Netzwerk**

#### 5. **Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit**

Kinder können frühe Mangel- und Gewalterfahrungen nur überleben, wenn sie die integrierte Wahrnehmung und Verarbeitung ihrer traumatischen Erlebnisse aufgeben und sich unreflektiert den wechselhaften Affektzuständen ihrer Eltern anpassen. Statt einer kohärenten Identität entsteht ein nur locker verbundenes Netzwerk unterschiedlicher biopsychischer Subsysteme (Ego-States, 19). Ein in der Gegenwart lebender, anscheinend normaler Persönlichkeitsanteil entwickelt ausreichende Ressourcen, um den Alltag zu bewältigen. Doch wird er bedroht durch trauma-nahe opfer- oder täteridentifizierte kindliche Anteile, die bewusstseinsfern in der Vergangenheit leben, aber bei Überforderung oder in Triggersituationen mit depressiven, panikartigen, impulsiv-wütenden oder dissoziativen Zuständen das Bewusstsein überfluten. Aufgrund der unzureichenden Erlebniskontinuität können die Betroffenen keine zeitstabilen Einstellungen oder kohärenten Verhaltensweisen entwickeln. Es kommt zu Amnesien und Kontrollverlusten.

Da die kindlichen Trauma-Anteile vorbewusst und nicht symbolisiert in der Vergangenheit leben, können sie durch die konventionellen Beratungsangebote nicht erreicht werden. Die betroffenen Eltern sind in ihren Lern- und Kooperationsfähigkeiten eingeschränkt. Dadurch kommt es immer wieder zu Konflikten mit den Fachkräften und einer vorzeitigen Beendigung der Hilfeprozesse.

#### Fortbildungsinhalte d.:

- **Vermittlung des Konzeptes der strukturellen Dissoziation (van der Hart, Nuijenhuis, Steele)**
- **Umgang mit wechselnden Persönlichkeitszuständen**
- **Integration der Persönlichkeit auf der inneren Bühne**

#### 6. **Pathologische Überlebensstrategien (Coping)**

Psychisch kranke Menschen geraten immer wieder in bedrohliche negativ-emotionale Zustände. Um die als Kontrollverluste erlebten Stimmungs- und Identitätswechsel zu verhindern oder auszuhalten, entwickeln sie in der Adoleszenz komplexe Kompensationsstrategien. Diese überlebenswichtigen Verhaltensweisen beeinträchtigen zusätzlich das psychosoziale Funktionsniveau (z.B. die Erziehungsfähigkeit) und gelten folglich als „Symptome“, die als Bestandteil einer Pathologie möglichst beseitigt werden sollen. Dabei wird ihre Funktionalität verkannt, so dass es zwischen den Eltern und Fachkräften zu Machtkämpfen oder Kontaktabbrüchen kommt. Die betroffenen Eltern können ihre pathologischen Überlebensstrategien nicht aufgeben, bevor sie nicht alternative Fertigkeiten (Skills) erlernt haben.

#### **Spezifische Kompensationsmodi:**

- Vermeidung von Stress und Triggerreizen:* Emotionale Nähe erinnert die Eltern an ihre eigene schmerzhafteste Bindungserfahrung. Sie vermeiden daher die emotionale Verbindung zu ihren Kindern (über Sprache, Blickkontakt, Berührung, Stillen etc.), was zu einer emotionalen Vernachlässigung führen kann. Die im Hilfeprozess festgelegten Beratungsziele zur Verbesserung der Erziehungskompetenz werden als Überforderung erlebt, so dass die Kontakte zu den Fachkräften unter Vorwänden abgesagt werden.
- Kontrolle:* Zur Rückgewinnung der Affektsteuerung dienen Zwänge, Selbstverletzung, Essstörungen, Gewalt etc.
- Ablenkung/Betäubung:* Hyperarousal, Einsamkeitsgefühle und Anhedonie disponieren zum Missbrauch von Internet, Alkohol und Drogen im Sinne der Selbstmedikation. Daraus können sich Suchterkrankungen entwickeln. Unter dem Einfluss von Suchtmitteln wird die Realitätswahrnehmung der Eltern verändert, so dass Aufmerksamkeit, Feinfühligkeit und Responsivität sowie Schutzfähigkeit gegenüber den Kindern erheblich beeinträchtigt werden.

- d. *Personale Abhängigkeit*: Das Allein-sein führt bei traumatisierten Menschen zu starken Ängsten, so dass sie bereit sind, sich in destruktive Beziehungskontexte zu begeben und sich im Sinne der Täter-Opfer-Reinszenierung von gewalttätigen Partnern abhängig zu machen.

**Fortbildungsinhalte e.:**

- **Identifizierung pathologischer Überlebensstrategien im Konzept der Co-Morbidität**
- **Funktionelle Zuordnung der „Symptome“**
- **Auswirkung auf die Erziehungsfähigkeit**
- **Vermittlung von unschädlichen Fertigkeiten („Skills“) zur Stärkung der Selbstregulationskompetenz (Notfallkoffer)**
- **Methoden der Ressourcenförderung**

**III. Bindungsentwicklung im Traumakontext**

Das Gehirn des Neugeborenen, Säuglings und Kleinkindes entwickelt sich in Abhängigkeit von den frühen Interaktionserfahrungen mit der Umwelt. Im Gegensatz zum Tierreich folgt die Reifung d.h. die Spezialisierung der noch undifferenzierten Nervenzellen nur geringen genetischen Vorgaben. Die damit implizierten Entwicklungschancen können jedoch nur genutzt werden, wenn die Kinder in diesem frühen Stadium angemessen versorgt, reguliert und gesichert werden. Bereits in der Schwangerschaft wirken sich extreme Stresserfahrungen der Mutter nachteilig auf die Entwicklung der fetalen Gehirnstrukturen aus (18). Und auch nach der Geburt belasten Mangelzustände mit den damit verbundenen überhöhten neurotoxischen Cortisolblutspiegeln die Reifung des frühkindlichen Gehirns.

Säuglinge und Kleinkinder sind davon abhängig, dass ihr eigener Affektzustand mit den dazu gehörenden aktuellen Kontextbedingungen von ihren primären Bindungspersonen wahrgenommen, verdaut (mentalisiert) und zeitnah „markiert“ gespiegelt werden (5). Eine ausreichend gute „Markierung“ gelingt dann, wenn die Bindungsperson feinfühlig ist und ihre Resonanz nicht durch die eigene belastete Vergangenheit kontaminiert wird. Gerade bei traumatisierten Müttern führen die Bindungsaffekte ihrer Kinder wie Angst, Trostbedürfnis und Ärger zu einer Aktualisierung der eigenen belasteten Bindungsgeschichte. Sie reagieren daher entweder panisch und hilflos, ärgerlich abwehrend, oder erstarrt. Das Kind wird dabei nicht an das vom ventralen Vagusast (jüngerer Teile des Parasympathikus) und dem „Bindungshormon“ Oxytocin geprägte Fürsorgesystem der Mutter gebunden sondern an das vom Sympathikus und dorsalen Vagusast (älterer Teil des Parasympathikus) dominierte Stress-Bedrohungssystem.

Die potentielle Bedrohung, die von den Bedürfnisäußerungen des eigenen Kindes ausgeht, überfordert die Abwehr traumatisierter Mütter. Das Kind muss daher auf Distanz gehalten werden. Manchmal erklären Sie die Gefühle des Kindes für ungültig (Invalidierung) und falsch, um die emotionale Abgrenzung aufrechterhalten zu können. Viele Mütter vermeiden das Stillen des Säuglings, da sie dies als Kontrollverlust empfinden (12). Dadurch verzichten sie auf einen Teil des bei der Laktation ausgeschütteten Oxytocins. Dieses im Hypothalamus produzierte „Bindungshormon“ verstärkt das Einfühlungsvermögen, erleichtert das unbewusste soziale Lernen und stimuliert die Selbstberuhigungssubstanz Serotonin. (17). Stillen über mehr als vier Monate hat daher einen protektiven Effekt gegenüber einer emotionalen Kindesvernachlässigung.

Eine weitere Form der Vermeidung ist die Erhöhung der Wahrnehmungsschwelle gegenüber den kindlichen Bedürfnissignalen und Explorationsinitiativen. Die Mütter reagieren deutlich verzögert auf das Bindungsverhalten ihrer Kinder. Im Rahmen einer MRT Studie in Texas Children`s Hospital (11) konnte nachgewiesen werden, dass das Bedrohungs- und Bindungszentrum (Amygdala) im limbischen System dieser Mütter durch die traurigen Gesichter der eigenen Kinder weniger aktiviert wird als durch die traurigen Gesichter fremder Kinder. Der kindliche Stress wird geleugnet, sodass die notwendige emotionale Distanz eingehalten werden kann. Die Kinder geraten daher in starke Spannungszustände, bevor sie von ihren Müttern reguliert werden. Die dabei auftretenden hohen Stresshormonspiegel (Cortisol) belasten die Gehirnreifung und führen zu Fehleinstellungen der Stressbewältigungssysteme.

Die Kontaktarmut betrifft alle Interaktionsbereiche. Die Kinder werden sprachlich, mimisch und taktil zu wenig gespiegelt. Die Mütter benennen auch ihre Handlungen kaum und machen sich dadurch nicht vorhersehbar. Dies führt bei den Kindern zu Sprachentwicklungsverzögerungen und macht sich nachteilig bemerkbar in allen sogenannten Leitungssituationen wie zum Beispiel Essen, Körperhygiene (Wi-

ckeln), Ortswechsel, Zubettgehen etc. Die Mütter schließen beim Start einer Leitungssequenz nicht an das Denken des Kindes an und erhalten dadurch auch nicht seine volle Aufmerksamkeit. Zielvorgaben werden nicht klar formuliert, auch Zwischenschritte werden weder definiert noch bestätigt. In einem solch strukturarmen Handlungsprozess sind die Kinder desorientiert. Sie reagieren ängstlich ausweichend oder oppositionell ablehnend. So eskalieren Leitungsmomente sehr schnell zu Kampfszenen, in denen das Leitungsziel gegen den entschiedenen Widerstand des erregten Kindes durchgesetzt werden muss.

Die traumatische Vergangenheit der Mutter wird somit zur Gegenwart des Kindes. Statt reguliert, geträstet und in seinem realen Zustand gespiegelt zu werden wird das Kind beunruhigt, bestraft oder alleingelassen. Das Kind, das sich selbst d.h. seinen realen Zustand nicht in der Mutter findet, findet die Mutter d.h. deren traumatisierte Persönlichkeitsanteile (5). In der Symbiose ohne eigene Persönlichkeitsgrenzen muss sich das Kind mit den Trauma-Anteilen der Mutter identifizieren und sie in die eigene Identitätsstruktur einbauen. So überträgt die Mutter die bedrohlichen Gefühlsäquivalente ihrer eigenen Traumaerfahrungen „sekundär“ auf das Kind, ohne dass dieses die gleichen Erfahrungen wie zum Beispiel physische Vernachlässigung, Gewalt und sexuellen Missbrauch gemacht hat.

#### **Fortbildungsinhalte f.:**

- **Auswirkungen von traumatischen Erfahrungen der Bindungspersonen auf deren Resonanzfähigkeit gegenüber den kindlichen Bindungssignalen**
- **Kriterien der Interaktionsbeobachtung**
- **Folgen der emotionalen Vernachlässigung auf die Bindungsentwicklung der Kinder**

#### **IV. Interventionsstrategien im Kontext Früher Hilfen**

##### **1. Traumapädagogische Ansätze (4)**

Die Bindungsentwicklung von Kindern in den ersten Lebensjahren hängt von der Qualität des elterlichen Fürsorgeverhaltens ab. Nur innerhalb ihres Stresstoleranzfensters haben die Eltern Zugriff auf ihre Ressourcen, vor allem auf ihr intuitives Beziehungswissen. Externe Stressquellen führen zur Alarmierung des Bedrohungssystems, so dass aktivierte Trauma-Anteile oder dysfunktionale Überlebensstrategien die Versorgung der Kinder gefährden und eine geordnete Kooperation mit den Fachkräften erschweren. Im Fokus der Hilfsangebote muss daher die Stabilisierung der Funktionsfähigkeit der Eltern durch die Herstellung von Entlastung und Sicherheit stehen (6). Eine sorgfältige Anamneseerhebung ermöglicht die Ermittlung von Belastungsfaktoren wie z.B. Konflikte im familiären Kontext, häusliche Gewalt, finanzielle Sorgen, Gefährdung der Wohnung, Auseinandersetzungen mit den Behörden, Überforderung mit der Haushaltsorganisation etc. Erst wenn diese Störfaktoren adressiert werden, können sich die Eltern auf ein Beratungsangebot zur Förderung ihrer Kinder einlassen. Die Angst der Eltern vor Schuldzuweisung, Beschämung und Kontrollverlust belastet den Vertrauensaufbau in der Elternarbeit. Eine traumasensible Kontaktgestaltung d.h. der Aufbau von Vertrauen durch Feinfühligkeit sowie die Vermeidung von Überforderung und Triggersituationen bildet die Voraussetzung für eine nachhaltige Kooperation. Aufgrund der geringen Ressourcenbasis und der eingeschränkten Lernfähigkeit der Eltern müssen Hilfeprozesse über längere Zeiträume konzipiert werden. Dabei erweist sich die Fokussierung auf das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ mit seiner klaren Zielorientierung und seinem hohen Autonomieideal nicht selten als Belastung für die Kooperation mit den Klienten\*innen. Dieses nach funktionellen Effizienzkriterien ausgerichtete Prinzip ignoriert die ausgeprägte Psychopathologie traumatisierter Menschen, die eine strukturelle Ressourcenentwicklung außerhalb des psychotherapeutischen Bereichs nur begrenzt zulässt. Es müssen daher immer auch kompensatorische und substituierende Hilfen mit entsprechenden Entlastungswirkungen implementiert werden. Erst im Rahmen von trauma-spezifischen Psychotherapien kann die Psychopathologie reduziert und das psychosoziale Funktionsniveau nachhaltig angehoben werden (2).

#### **Fortbildungsinhalte g.:**

- **Traumamasensibilität in den Elterngesprächen:**
  - **Gestaltung eines Sicherheit vermittelnden Settings**

- **Aufrechterhaltung eines intakten Resonanzraumes**
- **Validierung der elterlichen Perspektive**
- **Umgang mit dem Ausdruck von Angst und Ärger sowie dem Auftreten von Verleugnung und Dissoziation**
- **Deeskalation von Konflikten**
- **Checklisten zur Anamneseerhebung in Familien mit psychisch belasteten Eltern**
- **Genogrammarbeit zur Ermittlung transgenerationaler Übertragung von Traumata**
- **Konzeption entlastender und entwicklungsfördernder Hilfestrategien**
- **Anbindung an das psychotherapeutische System: Haltungen der in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Fachkräfte**

## 2. Herstellung innerer und äußerer Sicherheit

In der Theorie der Salutogenese von Antonovski (13) wird die Resilienz eines Menschen gegenüber Stressfaktoren von der Herausbildung eines Kohärenzgefühls d.h. eines Gefühls der Integrität und der Zuversicht bestimmt. Dieses speist sich aus drei Überzeugungen:

- a. Die Überzeugung, dass die Welt geordnet, also verstehbar ist, so dass eine Orientierung in der komplexen Umwelt durch Lernen gelingen kann. Diese Überzeugung ist bei traumatisierten Eltern erschüttert. Sie kann wiederhergestellt oder gestärkt werden durch klare Strukturvorgaben mit verlässlichen Regeln, Ritualen und Routinen. Hierzu gehört auch die Psychoedukation mit einer entlastenden Wissensvermittlung über den Zusammenhang zwischen traumatischen Erfahrungen und einem problematischen Fürsorgeverhalten.
- b. Die Überzeugung, dass alle Probleme potentiell handhabbar sind, so dass die Selbstwirksamkeit ausreicht, um die Herausforderungen des Lebens zu meistern, ohne daran zu zerbrechen. Dazu gehört auch die Bereitschaft, sich bei Vertrauenspersonen Unterstützung zu holen. Im Hilfeprozess ist es daher notwendig, im Sinne eines „Empowerment“ die Ressourcen zu ermitteln und Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen. Überforderungen mit Ohnmachtserfahrungen z.B. bei der Versorgung der Kinder sind unbedingt zu vermeiden.
- c. Die Überzeugung, dass es einen Sinn im Leben gibt, dass es also lohnt, sich für bestimmte Ziele anzustrengen. Hierzu müssen die zur Verfügung stehenden Ressourcen und die individuellen Zukunftspläne in einen realistischen Zusammenhang gebracht werden. Eine realistische Selbstwirksamkeitserwartung ermöglicht den Wechsel von der Opferrolle des passiv abhängigen Erduldens zum eigenverantwortlichen Gestalten.

Die Dominanz des vegetativen Bedrohungssystems beeinträchtigt Erregungssteuerung, Fürsorgefähigkeit und Lernvermögen der Eltern. Die innerpsychische Unsicherheit erfordert den Einsatz fast aller Energiereserven und begünstigt psychosomatische Beschwerden oder die Auslösung pathologischer Überlebensstrategien. Um Kenntnis über ihre entdifferenzierten Spannungszustände zu erlangen, müssen die Eltern lernen, ihre Aufmerksamkeit ohne voreilige Bewertung auf ihre affektiven Prozesse zu lenken. Durch Achtsamkeitsübungen werden sie befähigt, durch rechtzeitige Registrierung ihrer Belastungsgrenzen im Hier und Jetzt zu bleiben und sich nicht wieder in die existentiell bedrohliche Erlebniswelt ihrer traumatisierten Kindheit zu verlieren (10). Sie sind dann auch in der Lage erlernte Regulationsfertigkeiten („Skills“) anzuwenden. Dazu gehören Imaginationstechniken, bei denen die Eltern ihre Vorstellungskraft nutzen, um einen Ort zu kreieren, der ihnen Schutz und Geborgenheit vermittelt. Durch die Distanzierung von ihren Katastrophenphantasien gewinnen sie Freiräume, die sie zu Erholung, Ressourcenentwicklung oder Fürsorge nutzen können (16).

### Fortbildungsinhalte h.:

- **Ressourcenaktivierung und -förderung**
- **Aufbau von verlässlichen Strukturen, Regeln, Ritualen und Routinen im familiären Alltag**
- **Respektierung der Generationsgrenzen**
- **Bedeutung von Achtsamkeit**
- **Innere Helfer-Arbeit und andere Imaginationstechniken**



### 3. Systemübergreifende multimodale Kooperation (15)

Um dem komplexen Hilfebedarf in den traumatisierten Familiensystemen gerecht zu werden, ist eine enge Kooperation zwischen dem Gesundheitswesen, der Jugendhilfe, den Bildungsinstitutionen und den sozialen Sicherungssystemen unabdingbar. Unterschiedliche rechtliche Grundlagen, Finanzierungsvoraussetzungen, Zuständigkeiten und Handlungslogiken erschweren die multiinstitutionelle Kommunikation. In einer Kultur der Abgrenzung wird es unmöglich, konkurrierende Perspektiven abzugleichen, Informationsverluste zu vermeiden oder Synergieeffekte zu erzielen. Die dadurch auftretenden Schnittstellenprobleme erhöhen die Zugangsschwelle zu den Unterstützungs- und Psychotherapieangeboten. Daher entscheidet ein effizientes Case-Management über den Erfolg eines vernetzten Hilfeprozesses.

#### Fortbildungsinhalte i.:

- **Ermittlung des Hilfebedarfs**
- **Erstellen einer Netzwerkkarte zur Darstellung schon bestehender Unterstützungsstrukturen**
- **Konstruktion eines professionellen Netzwerkes**
- **Case Management: psychosoziale Integration, Lotsenfunktion, Motivierung, Schutz vor institutionellen Übergriffen, Vermittlung bei interinstitutionellen Kompetenzkonflikten**

### 4. Förderung der Eltern-Kind-Interaktion

Der Bindungsaufbau zwischen den Eltern und ihren Kindern wird durch die „verkörperte“ traumatische Vorgeschichte der Eltern schwer belastet. Das Nervensystem der Eltern ist sowohl bezüglich seiner kortikalen als auch seiner subkortikalen d.h. limbisch-vegetativen Anteilen in seiner Funktionsfähigkeit beeinträchtigt. Dadurch verfehlen Interventionen, die ausschließlich auf Kognition und Sprache aufgebaut sind, ihre Wirkung. Es müssen daher auch nonverbale körperorientierte Zugangswege und Visualisierungstechniken eingesetzt werden.

#### **a. Eltern-Kind-Körperpsychotherapie (Thomas Harms, 7)**

Gelingende und nicht gelingende Beziehungsmomente zwischen den Eltern und ihren Kindern korrelieren mit spezifischen Körperfunktionen und -qualitäten. Mithilfe von achtsamer Körper selbstwahrnehmung, spezifischen Atemtechniken und bindungsstärkenden Körperberührungen lässt sich die psychovegetative Reaktionsdisposition der Eltern und ihrer Kinder verändern. Durch bewusste Aufmerksamkeitslenkung gelingt eine stabile und annehmende Körper-Selbstanbindung der Eltern

#### **b. Videobasierte Methoden z.B. Marte Meo (Maria Aarts, 1) und entwicklungspsychologische Beratung (Ute Ziegenhain, 21)**

Achtsamkeits- und Entspannungstechniken versetzen die Eltern zwar in die Lage, sich den Bindungssignalen des Kindes zuzuwenden. Aufgrund ihrer Mentalisierungsdefizite gelingt es ihnen manchmal dennoch nicht, ihr eigenes Verhalten zu reflektieren und sich in das Kind einzufühlen. Mithilfe von Videofilmen können sie ihr Fürsorgeverhalten und die Reaktion der Kinder von außen beobachten. In konsequenter Ressourcenorientierung werden zunächst nur die gelungenen Eltern-Kind-Interaktionen präsentiert. Die Eltern machen dadurch Selbstwirksamkeitserfahrungen, erleben motivierende Fortschrittsentwicklungen und werden ermutigt, ihren eigenen Intuitionen zu vertrauen. Sie lernen, die Bedürfnissignale der Kinder zu deuten und angemessen darauf zu reagieren. Sicherheit wird daher auch in emotionaler Nähe zu den Kindern erfahrbar.

### V. Professionelle Beziehungsgestaltung im Kontext traumatisierter Familiensysteme

Beim Umgang mit traumatisierten Eltern sind die Fachkräfte extrem polarisierten Erwartungen und Emotionen ausgesetzt. Einmal erscheinen sie als Retter, wobei die Eltern bestrebt sind, eine symbiotische d.h. grenzenlose Nähe herzustellen. Dann wieder gelten sie als Bedrohung, so dass die Distanz zu den misstrauischen Eltern kaum überbrückt werden kann. In allen Fällen werden von den Eltern intensive Gefühle wie Angst, Traurigkeit, Verzweiflung und Wut zum Ausdruck gebracht. Dabei wird ihre Realitätswahrnehmung durch die eigenen negativen Bindungserfahrungen verzerrt. Die Ver-

gangenheit wird durch Übertragungen auf die Beziehungen zu den Fachkräften nicht selten in höchst manipulativer Form reinszeniert. Dabei kann es von Seiten der Eltern zu aggressiven Bedrohungen oder suizidalen Ankündigungen kommen.

Durch die Darstellung intensiver Bedürftigkeit der Eltern im Rahmen einer ausgeprägten emotionalen Instabilität sind die Fachkräfte in ihrer Fähigkeit zu einer angemessenen Nähe-Distanz-Regulation herausgefordert. Sie sollen empathisch sein, ohne die Gefühle der Eltern zu übernehmen. Sie sollen sich abgrenzen und doch Kontakt halten. Sie sollen anschlussfähig bleiben, ohne Teil des Familiensystems zu werden. In dieser von Ambivalenz geprägten Gemengelage erhöht sich für die Fachkräfte das Risiko eines Orientierungsverlustes. Aus der Position der Unsicherheit heraus übernehmen sie die traumatischen Gefühle der Eltern. Im Sinne einer sekundären Traumatisierung entstehen dann Mitgefühlstress bis zur Mitgefühlerschöpfung (3). In der großen emotionalen Nähe zu den Eltern können die Fachkräfte auch in ihrer eigenen schmerzhaften Bindungsgeschichte berührt werden. Sie werden dann vom Verhalten der Eltern „getriggert“, so dass sie in bedrohliche trauma-nahe Emotionszustände geraten. In beiden Fällen kann die Arbeitsfähigkeit der Fachkräfte durch Verlust der Empathiefähigkeit, Entwicklung von Ängsten und Depressionen (Burn-Out) oder Auftreten aggressiver Reaktionstendenzen beeinträchtigt werden.

Die Förderung der psychischen Gesundheit der Fachkräfte ist von institutionellen und individuellen Voraussetzungen abhängig. Immer geht es um Sicherheit und Handlungsfähigkeit. Im institutionellen Bereich gehören dazu die hierarchische Fürsorge (Wertschätzung, fachliche Unterstützung, angemessene Fehlerkultur etc.), das Angebot kontinuierlicher Weiterqualifizierung, eindeutige Definitionen von Inhalt, Umfang und Grenzen der Arbeitsaufträge, regelmäßige kollegiale Beratungen und externe Supervisionen. Zur Stabilisierung ihrer Mentalisierungsfähigkeit und Prävention einer sekundären Traumatisierung sollten Fachkräfte eine ausreichende Selbstfürsorge anstreben (8). Dazu gehören die achtsame Wahrnehmung und Respektierung der eigenen Belastungsgrenzen sowie die Selbsterfahrung mit Rekonstruktion der eigenen Bindungsgeschichte.

#### **Fortbildungsinhalte j.:**

- **Fallstricke der Beziehungsgestaltung zu den Eltern**
- **Umgang mit herausforderndem Verhalten**
- **Institutionelle Voraussetzungen einer gelingenden Elternarbeit**
- **Fallverstehen im Kontext von kollegialer Beratung und externer Supervision**
- **Selbstfürsorge und Selbsterfahrung**

#### **Stundenkontingente:**

**Thema II. (Fortbildungsinhalte a - e): 6 Stunden**

**Thema III. (Fortbildungsinhalte f): 6 Stunden**

**Thema IV. 1. und 2. (Fortbildungsinhalte g - h): 6 Stunden**

**Thema IV. 3. (Fortbildungsinhalte i): 6 Stunden**

**Thema V. (Fortbildungsinhalte j): 6 Stunden**

#### **Literatur**

1. Aarts, M. Marte Meo. Ein Handbuch. Harderwijk: Aarts Productions; 2002
2. Bohus M. Borderline-Störung. 2. vollständig überarbeitete Aufl. Göttingen: Hofgreffe Verlag; 2019
3. Figley CF. Mitgefühlerschöpfung. Der Preis des Helfens. In: Hudnall Stamm B, Hrsg. Sekundäre Traumastörungen. Wie Kliniker, Forscher & Erzieher sich vor traumatischen Auswirkungen ihrer Arbeit schützen können. Paderborn: Junfermann; 2002
4. Fischer G., Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. München: Reinhard; 2009
5. Fonagy, P.; Bateman, A. W.; Luyten, P. Introduction and overview in Handbook of mentalization in mental health practice. Washington DC, London: American Psychiatric Publishing 2012, 3-42

6. Gahleitner S. Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. 3. Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht; 2017
7. Harms T. Eltern-Baby-Körperpsychotherapie im Spannungsfeld von Trauma und Bindung. In: Thielen, M. (hrsg.): Körper-Gruppe-Gesellschaft. Neue Entwicklung in der Körperpsychotherapie. Berlin: Psychosozial-Verlag; 2013
8. Hoffmann N. Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater: Grundlagen und Anwendung. 3. Auflage: Beltz; 2020
9. Huber M. Trauma und die Folgen. Teil 1. 5. Aufl. Paderborn: Junfermann Verlag; 2012
10. Kabat-Zinn J. Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR. Vollst. überarbeitete Neuauflage. München: Knaur; 2013
11. Kim, S. Mothers' unresolved trauma blunts amygdala response to infant stress in social neuroscience, 9, 2014; 352-364
12. Kruse M. Traumatisierte Frauen begleiten: Das Praxisbuch für Hebammenarbeit, Geburtshilfe, Frühe Hilfen. 1. Aufl. : Hippokrates; 2017
13. Meier Magistretti C. Salutogenese kennen und verstehen. 1. Aufl. Hofgrete AG; 2019
14. Schultz-Venrath U. Lehrbuch Mentalisieren – Psychotherapien wirksam gestalten. Stuttgart: Klett-Cotta; 2013
15. Möhler E. Transmission von Trauma: Zur Psychodynamik und Neurobiologie dysfunktionaler Eltern-Kind-Beziehungen. 1. Auflage: Vandenhoeck & Ruprecht; 2020
16. Reddemann L. Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen mit Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen. Vollst. pberarb. Neuauflage. Stuttgart: Klett-Cotta; 2016
17. Strathearn, L. Maternal neglect: Oxytocin, Dopamine and the Neurobiology of Attachment in JNeuroendocrinol. ,11, 2011; 1054-1065
18. Van den Berg B. Über die Folgen negativer mütterlicher Emotionalität während der Schwangerschaft. In Krens I., Krens K. Grundlagen einer vorgeburtlichen Psychologie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 94-104; 2005
19. Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. Das verfolge Selbst. Paderborn: Junfermann Verlag; 2008
20. Wagenblass, S., & Schone, R. Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe. Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen. In Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50 (7), 2001; 580-592
21. Ziegenhain U., Fegert J.. Entwicklungspsychologische Beratung für junge Eltern: Grundlagen und Handlungskonzepte für die Jugendhilfe. 3. Auflage. Beltz Juventa: 2018

### Anlage 3

#### **Bericht 1**

##### **Darstellung der Familienhebamme O. R.**

Ich kam am 26.11.2015 zum ersten Mal in die syrische Familie. Die Wohnung teilte sie sich mit einer anderen 4-köpfigen Familie. Die Wohnverhältnisse sind recht beklemmend, es besteht wenig Möglichkeit für eine Privatsphäre.

Diese wäre allerdings sehr wichtig, denn die Mutter ist stark traumatisiert. Während ich andere Familie erlebt habe, die vor allem von den Kriegserlebnissen in ihrer Heimat seelische Wunden mit sich tragen, ist es hier bei der Mutter ein anderer Schmerz. Denn sie hat ihre Großmutter bei der Überfahrt verloren. Sie sah selber mit an, wie diese ertrank und konnte ihr nicht helfen. Die Schuldgefühle plagen sie täglich, sie weint oft im Schlaf. Ihr Kind spürt die Traurigkeit und das Unglück der Mutter. Es ist demnach recht unruhig.

Leider haben die anderen Familienmitglieder wenig Verständnis für die seelischen Qualen der Mutter. Sie waren in einem anderen Boot als die Mutter und Großmutter. Zu sehr sind sie darauf konzentriert, sich in der Fremde zurechtzufinden. Die Mutter und ihre Traurigkeit scheinen ihnen dabei fast eher wie eine Last. Sie möchten alles aus der Heimat und vor allem von der Flucht vergessen. Doch gerade das sind die Dinge, über die die Mutter so dringend sprechen müsste.

Ich verständige mich mit der Familie in Englisch. Manchmal ist uns ein Übersetzer per Handy zugeschaltet. Beide Eltern sind mit den Aufgaben als frische Eltern sehr eingenommen, weshalb sie noch keine Hilfsangebote in Form von Sprachunterricht oder Freizeitaktivitäten in Anspruch nehmen konnten. Auch wenn der Vater nicht besonders einfühlsam auf die Frau eingeht, so kümmert er sich auch um das Kind. Das ist eigentlich der einzige Berührungspunkt zwischen den Eltern.

Meine Besuche sind momentan die einzige Abwechslung, welche die Familie erfährt. Ich mache meine normalen Wochenbettbesuche. Zudem kontrolliere ich das Gewicht des Kindes bei Still-schwierigkeiten. Es gibt Probleme mit der Geburtsurkunde, aber wir erhalten Hilfe durch Sozial-lotsen.

Diese Familie müsste dringend weiterhin Hilfe bekommen, denn sie steht noch ganz am Anfang. Dies betrifft gleich zwei sehr schwierige Bereiche. Das ist zum einen der Neustart in der Fremde. Die Mutter bräuchte Hilfe, um mit dem Erlebten umgehen zu können. Zum anderen müsste sie mehr soziale Kontakte schließen.

Die Notwendigkeit einer Familienhebamme ist in dieser Familie sehr stark gegeben. Langsam fasst die Mutter Zutrauen zu mir, ich bin die einzige Person, die sich ihr wirklich zuwendet, sich um sie kümmert. Ich kann die Eltern bei Behördengängen und Arztbesuchen begleiten. Dies ist erforderlich, solange sie noch nicht genügend Deutsch sprechen. Vor allem kann ich dafür sorgen, dass sie aus ihrer Isolation geholt werden. Dies ist schon dadurch möglich, dass ich mit der Frau auf den Spielplatz gehe und wir andere Mütter mit Kindern sehen. Denn neben einer psychologischen Betreuung braucht die Mutter auch genau das, was wir alle brauchen, wenn wir traurig sind, ein Gefühl für Normalität, wodurch wir langsam das Geschehene vergessen und neue glückliche Momente erleben.

#### **Bericht 2**

##### **Darstellung der Familienhebamme Frau K. S.**

Den ersten Kontakt hatte ich mit der vierköpfigen irakischen Familie – 26 jährige Mutter, 30 jähriger Vater, ein 7-jähriges Mädchen und ein sechsjähriger Junge und ein 2 Wochen altes neugeborenes Mädchen, am 22.10.2015. Sie leben in einem eigenen Wohnraum mit der Schwiegermutter und den zwei Brüdern des Ehemannes zusammen.

In dieser Familie gibt es keine offensichtlichen Traumatisierungen. Aber was genauso schlimm ist, ist die Unterdrückung der Ehefrau. Sowohl die Schwiegermutter als auch die Männer der Familie beachten sie kaum und sprechen wenig mit ihr. Wahrscheinlich gab es dieses Verhalten ihr gegenüber schon in der Heimat, doch da hatte sie ihre Freundinnen, mit denen sie sich aus-

tauschen konnte. Hier hat sie keinen. Sie lebt somit in einem fremden Land und wird auch noch zu Hause, dem einzigen sicheren Ort für sie, unterdrückt.

Die Männer der Familie besuchen einen Deutschkurs. Mit ihnen läuft die Verständigung immer besser. Leider gehen die Kinder nicht zur Schule, das möchten die Männer nicht. Sie sehen es als Aufgabe der Frau an, sich ausschließlich um die Kinder zu kümmern. Dadurch fehlt es den Kindern an Sprachkenntnissen und sozialen Kontakten. Denn die Schwiegermutter passt auf, dass die Mutter mit den Kindern nicht lange rausgeht. Es erinnert mich doch etwas an ein Gefängnis für die Mutter und Kinder.

In dieser Situation fällt es der Mutter recht schwer, sich einfühlsam auf die Kinder einzulassen. Sie scheint diese fast wie eine Fessel zu empfinden. Denn die Kinder binden sie an den Mann und seine Familie. Sie behandelt ihre Kinder zwar liebevoll, aber es ist eine bestimmte Kälte spürbar. Die Kinder nehmen diese wahr, sie versuchen sich unauffällig zu verhalten. Dabei erinnert ihr Verhalten an das der Mutter, wenn die Männer da sind. Sie alle wirken wie verschreckte Tiere, die am besten gar nicht bemerkt werden sollen.

Es ist meine Aufgabe mich um das Neugeborene und die Mutter zu kümmern. Zusätzlich führe ich eine Gewichtskontrolle bei Stillschwierigkeiten durch. Auch hier gibt es Probleme mit der Geburtsurkunde, weil die Identität der Eltern nicht geklärt ist. Zum Glück konnte ich ihre Eheurkunde übersetzen lassen. Ich hoffe, dass dies nun bei der Beschaffung der Geburtsurkunde hilft.

Was die soziale Situation innerhalb der Familie betrifft, so habe ich mich da langsam herangetastet. Ich habe versucht den Männern zu erklären, wie wichtig es für die Frau ist, dass sie auch an einem Deutschkurs teilnimmt. Vor allem sollte sie mit den Kindern rausgehen dürfen.

Nach mehreren Gesprächen erklärten sie sich dazu bereit, dass die Frau mit den Kindern den nahegelegenen Spielplatz besuchen durfte. Ich begleitete die Frau. Auch wenn wir uns nicht verständigen konnten, so verstanden wir uns mit Händen und Füßen. Die Zeit mit einer anderen Frau und die frische Luft, taten ihr sehr gut. Sie blühte sehr auf und die Kälte gegenüber ihren Kindern verschwand fast völlig.

Nach einigen Wiederholungen dieser Ausflüge merkte ich auch, wie sie zu Hause anders wurde. Sie ließ sich nicht mehr die Unterdrückung in der bisher ausgeprägten Weise gefallen. Nach dem ersten Erstaunen seitens der Männer, dass sie auch für sich sprechen konnte, schienen sie es aber zu akzeptieren. Ich unterstützte dies, indem ich immer wieder auf die Wichtigkeit hinwies, dass alle Familienmitglieder die gleichen Möglichkeiten haben sollten.

Die Arbeit als Familienhebamme in dieser Familie ist recht schwierig, aber umso notwendiger. Vornehmlich gilt es, die Frau bei ihrer langsamen Emanzipation innerhalb der Familie ganz vorsichtig zu unterstützen, wofür unsere gemeinsame Zeit schon hilfreich war.

Das ist nur ein erster Schritt, sie muss kontinuierlich weiter auf diesem Weg begleitet werden. Dazu gehören Arztbesuche und Behördengänge, die die Männer nicht machen möchten. Doch auch ihnen kann ich helfen, es macht ihnen Freude, wenn wir Deutsch sprechen. Sie fassen Vertrauen zu mir und das wiederum macht mich zu einer respektierten Person bei ihnen. Ich kann die Familie positiv beeinflussen und ihnen innerhalb der Familie sowie bei der Integration in die neue Gesellschaft in kleinen Schritten helfen.