



Hochschule Neubrandenburg  
University of Applied Sciences

Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

Studiengang: Soziale Arbeit

**Bachelorarbeit**

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts (B.A.)

**Die Auswirkungen von Traumata auf Kinder  
am Beispiel der Posttraumatischen Belastungsstörung**

Vorgelegt von: Balzer, Anna Frida

Erstprüfer: M.A. Social Work, Karsten Giertz

Zweitprüfer: Prof. Dr. Andreas Speck

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2021-0589-2

# Inhalt

Einleitung.....	3
1. Traumata und die Posttraumatische Belastungsstörung .....	5
1.1 Begriffsklärung eines Traumas.....	5
1.2 Einteilungen von Traumata .....	6
1.3 Symptome und Merkmale eines Traumas.....	7
1.4 Mögliche Ursachen eines Traumas und Traumafolgestörungen .....	8
1.5 Begriffsklärung und Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung .....	11
1.5.1 Risikofaktoren im Hinblick auf Kinder.....	18
1.5.2 Potenzielle Komorbiditäten .....	21
1.5.3 Epidemiologie .....	22
1.6 Zwischenfazit .....	23
2. Entwicklung von Kindern im Alter von 0-5 Jahren .....	24
2.1 Entwicklungsphasen und -aufgaben von Säuglingen und Kleinkindern .....	24
2.2 Bindungsformen, Urvertrauen und deren Relevanz .....	27
2.3 Bindung und sexueller Missbrauch .....	30
2.4 Zwischenfazit .....	34
3. Interventionsmaßnahmen bei sexuellem Missbrauch.....	34
3.1 Anzeichen sexuellen Missbrauchs .....	34
3.2 Resilienzförderung als Interventionsmaßnahme .....	39
3.3 Zwischenfazit .....	44
4. Fazit .....	45
5. Anhang.....	47
6. Literaturverzeichnis .....	48

## **Einleitung**

Kinder benötigen für ihre Entwicklung vor allem Erfahrungen von Zuneigung, Sicherheit und Fürsorge, die ihnen von Bezugspersonen geboten werden. Durch diese Erfahrungen kann ein Kind Urvertrauen in sich selbst und in die eigene Umwelt erlangen (vgl. Rothgang 2009, S. 89). Mithilfe dessen erlernt es die Fähigkeit, sich während oder nach außergewöhnlich belastenden Ereignissen, wie beispielsweise eines Traumas, Hilfe zu suchen und diese anzunehmen. Diese Widerstandskraft ermöglicht es dem Kind, Herausforderungen und Krisen innerhalb seiner Entwicklungsphasen zu bewältigen (vgl. Brisch 2009, S. 106; Welter-Enderlin 2008, S. 11). Indessen gibt es aber Kinder, die nicht unter diesen optimalen Lebensbedingungen aufwachsen und denen von Beginn an das Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Vertrauen in ihre Umwelt genommen wird. Überdies erfahren sie traumatische Ereignisse, die sich so gravierend auf ihre sich noch entwickelnde Persönlichkeit auswirken, dass professionelle Hilfe notwendig ist, um die Auswirkungen dieser Ereignisse zu mindern. Zu diesen Ereignissen zählt unter anderem der sexuelle Missbrauch an einem Kind durch dessen Bezugsperson (vgl. Brisch 2009, S. 111).

Der sexuelle Missbrauch zählt zu den verheerendsten und traumatisierendsten Erfahrungen, die ein Kind machen kann (vgl. König 2020, S. 107). Diese Gewalttaten nehmen in ihrer Anzahl stetig zu, weshalb die Enttabuisierung und Prävention immer bedeutsamer werden. In Deutschland wurden anhand der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) für das Jahr 2019 13.670 Fälle des sexuellen Missbrauchs an Kindern erfasst. Aufgrund der Covid-19 Pandemie und des mehrfachen Lockdowns im Jahr 2020 ist die Zahl der verzeichneten Fälle auf 14.594 gestiegen, wobei eine wesentlich höhere Dunkelziffer angenommen werden muss (vgl. König 2020, S. 163; URL: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2021).

Durch die traumatisierende Erfahrung des sexuellen Missbrauchs kann eine Traumafolgestörung, wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hervorgerufen werden (vgl. Gontard 2019, S. 151 f.). Folglich rufen die Auswirkungen der PTBS Veränderungen hinsichtlich des Entwicklungsprozesses, des Verhaltens und der Psyche hervor. Diese Reaktionen haben einen besonderen Einfluss auf die Entwicklung von Säuglingen und Kleinkindern. Daher wird im Folgenden der Fokus auf die Altersspanne von null bis fünf Jahren gesetzt.

Entsprechend wird in dieser Arbeit folgender Frage detailliert nachgegangen: *Wie wirkt sich die Posttraumatische Belastungsstörung als Traumafolgestörung des sexuellen Missbrauchs auf die Entwicklung von Kleinkindern aus?*

Um anhand eines Traumas die Folgen der PTBS veranschaulichen zu können, wurde sich in den nachfolgenden Betrachtungen nur auf das Trauma des sexuellen Missbrauchs konzentriert.

Zu Beginn wird der Begriff des Traumas eingehend definiert. Anschließend werden die möglichen Einteilungen, die Symptomatik und potenziellen Ursachen von traumatischen Erfahrungen erläutert. Der Kern des ersten Kapitels stellt die Posttraumatische Belastungsstörung als Traumafolgestörung dar. Es wird aufgezeigt, welche Symptome ausschlaggebend für die Diagnostik einer solchen Störung sind und inwiefern Risikofaktoren die Auswirkungen dieser beeinflussen können. Weiterhin wird auf die möglichen Komorbiditäten und die Epidemiologie eingegangen.

Das zweite Kapitel legt den Fokus auf die Entwicklung von Kindern im Alter von null bis fünf Jahren. Dementsprechend werden die verschiedenen Entwicklungsphasen und die dazugehörigen Aufgaben ausführlich beschrieben. Des Weiteren wird die Relevanz einer sicheren Bindung und die des Urvertrauens im Kapitel 2.2 dargelegt. Darüber hinaus wird der Zusammenhang zwischen einer bestimmten Bindungsform und dem sexuellen Missbrauch an einem Kind geschildert. Anhand dessen soll verdeutlicht werden, welche gravierenden Auswirkungen dieses Trauma auf ein Kind hat. Im dritten Kapitel werden abschließend die Erkenntnisse der ersten beiden Kapitel vereint. Dabei wird mit Hilfe eines fiktiven Fallbeispiels erklärt, wie ein\*e Sozialarbeiter\*in Anzeichen des sexuellen Missbrauchs erkennen, frühzeitig intervenieren und anschließend das betroffene Kind bestmöglich mit Hilfe der Resilienzförderung unterstützen kann.

Das Fazit fasst die wesentlichen Punkte dieser Arbeit zusammen und bietet weiterhin einen Ausblick hinsichtlich der Relevanz einer Enttabuisierung und Prävention des sexuellen Missbrauchs.

## 1. Traumata und die Posttraumatische Belastungsstörung

Bevor der Hauptschwerpunkt, die Begriffsklärung und Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung, dargestellt wird, wird zunächst erläutert, was ein Trauma charakterisiert und welche möglichen Einteilungen es dahingehend gibt. Da die Posttraumatische Belastungsstörung eine Folgeerkrankung eines traumatischen Ereignisses sein kann, ist es umso wichtiger aufzuweisen, was unter einem Trauma verstanden wird.

### 1.1 Begriffsklärung eines Traumas

Traumatische Erlebnisse sind vor allem durch physischen, kognitiven und emotionalen Stress gekennzeichnet, welcher bei der betroffenen Person ausgelöst wird. Des Weiteren kann sich ein Gefühl der Hilf- und Machtlosigkeit und Überforderung einstellen. Bei manchen Menschen kann es hingegen zu einer emotionalen Taubheit führen, so dass sie während des Traumas erst einmal gar nichts fühlen. Jedes Individuum ist einzigartig und reagiert dementsprechend auch unterschiedlich auf ein Trauma, folglich sind alle Reaktionen möglich und normal. Sobald Traumata in schwerer Intensität und in frühen Lebensjahren eintreten, hat dies oft gravierende Folgen für die betroffene Person (vgl. Pausch/Matten 2018, S. 4).

Da sich der Begriff Trauma (griechisch für „Wunde“) in den letzten Jahrzehnten stetig verändert hat und diskutiert wurde, existiert keine einheitlich gültige Definition (vgl. ebd. S. 4). Außerdem werden die Definitionen fortwährend an neue Forschungsbeefunde und Theorien angepasst. Jedoch kann zwischen phänomenologischen und klassifikationssystembasierten Begriffserklärungen unterschieden werden. Die Definitionen können sich zusätzlich bezüglich des traumatischen Ereignisses an sich oder anhand der Reaktionen des Menschen auf das Ereignis unterscheiden. Da in der folgenden Arbeit klassifikationssystembasierte Begriffserklärungen als Grundlage genommen werden, wird hier als Beispiel die Definition aus dem DSM-5 (Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen) angeführt. Dieses Klassifikationssystem definiert ein Trauma als *„tatsächliche oder drohende Konfrontation mit dem Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt“* (vgl. ebd. S. 5). Weiterhin wird spezifischer unterschieden, inwiefern ein Trauma stattfindet, ob es eine direkte oder eine passive Erfahrung ist, ein Trauma, welches Bezugspersonen betrifft oder eine wiederholte, ungewollte Konfrontation mit Katastrophen (als Ersthelfer\*in, Polizist\*in) ist (vgl. Pausch/Matten 2018, S. 5).

Die eben aufgeführte Definition und die des ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) werden jedoch bezogen auf das Kindesalter seit Langem kritisiert, weil sie nicht alle möglichen Traumata beinhalten. Vor allem chronische zwischenmenschliche Traumata im frühen Kindesalter (z.B. psychische Misshandlung, Vernachlässigung) erfüllen die Kriterien für ein traumatisches Ereignis nach dem DSM-5 und ICD-10 nicht. Dazu gehören auch traumatische Ereignisse, wie die Trennung von bedeutenden Bezugspersonen oder medizinische Eingriffe. Zum einen werden diese Ereignisse oft nicht mit einer Gefahr und Verletzung der Integrität bzw. des Lebens, wie psychische Misshandlungen, in Zusammenhang gebracht und zum anderen reagieren Kleinkinder beispielsweise bei Vernachlässigung häufig nicht mit Angst, Entsetzen und Hilflosigkeit. Aus diesen Gründen wurden Änderungen innerhalb des DSM vorgenommen, welche sich vor allem auf die Sensitivität der Validität der Kriterien beziehen und dementsprechend zu einer Neuauflage führte (vgl. Landolt 2012, S. 16).

## **1.2 Einteilungen von Traumata**

Der Begriff des Traumas wird häufig zu eng oder zu weit definiert, was zur Folge hat, dass dieser Begriff inflationär verwendet wird. Aus diesem Grund ist es von fundamentaler Bedeutung, eine differenzierte Diagnostik vorzunehmen, um der betroffenen Person gerecht zu werden. Diese Problematik führt dazu, dass vor allem durch die Medien der Begriff des Traumas schon für mehr oder weniger normative Ereignisse, wie Konflikte mit Bezugspersonen oder schlechte Schulnoten verwendet wird. Somit ist es unabdingbar nicht jedes Ereignis als Trauma zu bewerten und den Begriff des Traumas auf die Erfahrungen und Ereignisse zu beschränken, die außerordentlich belastend sind und den betroffenen Menschen in seiner physischen und/oder psychischen Integrität bedrohen (vgl. Liefke/Schay 2009, S. 53; Landolt 2012, S. 16).

Es gibt zwei verschiedene Möglichkeiten Traumata einzuteilen, zum einen, ob sie einmalig oder mehrmalig aufgetreten sind. Dazu gehört die Typisierung von Typ-I-Traumata und Typ-II-Traumata. Zum ersten Typen zählen Ereignisse, bei denen ein einzelnes und einmaliges Trauma auftritt, beispielsweise ein Verkehrsunfall oder ein Raubüberfall. Dagegen beschreibt der zweite Typ Traumata, welche durch mehrere traumatische Ereignisse gekennzeichnet sind. Anders als bei Typ-1, bei dem die Traumatisierung meist kurzfristig ist, ist sie hierbei langfristig. Weiterhin können sie sich

wiederholen, wodurch sie nach einiger Zeit erwartbar und vorhersehbar werden und durch lang andauernde Ereignisse gekennzeichnet sind. Diese wiederkehrenden Erlebnisse wären zum Beispiel sexueller Missbrauch und Gewalterfahrungen über längere Zeit (vgl. Ehring/Kunze 2020, S. 1161; Pausch/Matten 2018, S. 5). Weiterhin gibt es Menschen, die nach medizinischen Eingriffen Traumata erleiden, dies kann durch eine akute lebensgefährliche Erkrankung oder Wiederbelebungsmaßnahmen ausgelöst werden (vgl. Maercker 2019, S. 16; Pausch/Matten 2018, S. 5).

Zum anderen werden die spezifischen Ereignisse (Traumata) nach der verursachenden Instanz getrennt. Demnach werden non-intentionalen/akzidentiellen Traumata und intentionale Traumata differenziert betrachtet. Zu akzidentiellen Traumata gehören unvorhersehbare Ereignisse wie beispielsweise Verkehrsunfälle und Naturkatastrophen. Letztere sind Traumatisierungen, welche durch Menschen vorsätzlich und wissentlich hervorgerufen werden. Weitere Begrifflichkeiten für solche Traumatisierungen wären das „man-made-disaster“, bei dem es nur eine\*n Täter\*in gibt (vgl. Ehring/Kunze 2020, S. 1161) oder die Beziehungstraumatisierung (vgl. Pausch/Matten 2018, S. 5).

Akzidentielle Traumata können generell psychisch eher verarbeitet werden als die Traumata, die im Kontext einer Beziehung auftreten (vgl. ebd. S. 5). Ein Grund dafür könnte sein, dass *„alle zwischenmenschlichen Bereiche sowie das Selbst-, Menschen- und Weltbild des Opfers eine große Rolle“* (ebd. S. 5) spielen. Diese Bereiche werden oft nach einem Typ-2-Traumata und intentionalen Trauma nachhaltig verändert und geschädigt. Eine weitere mögliche Einteilung kann durch das Alter erfolgen, in dem die Traumatisierung stattfindet. Sobald sich ein Trauma in den früheren Phasen des Lebens ereignet, kann es zu einer besonderen Verletzbarkeit der Persönlichkeit kommen, weil gerade diese noch nicht vollständig ausgebildet ist. Die daraus resultierenden Folgen für die seelische Gesundheit können sehr schwerwiegend sein (vgl. ebd. S. 5 f.).

### **1.3 Symptome und Merkmale eines Traumas**

Die Folgen eines Traumas sind oft von andauernder Wirkung, weil das Urvertrauen zerstört wird *„und eine dauerhafte Erschütterung des Selbst und des Weltverständnisses folgt“* (Lützner-Lay 2016, S. 2).

Dabei ist die Unstimmigkeit zwischen der Bedrohung und den vorhandenen Bewältigungsstrategien ein grundlegendes Merkmal eines Traumas. Wie schon erwähnt muss die betroffene Person nicht selbst der (Lebens-)Gefahr ausgesetzt sein, sondern kann auch eine Traumatisierung als Beobachter\*in erfahren, etwa bei der Beobachtung einer Gewalttat. Eine andere Möglichkeit besteht im plötzlichen Verlust einer wichtigen Bezugsperson und einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Weitere kennzeichnende Merkmale stellen die Plötzlichkeit (Unvorhersehbarkeit), die Heftigkeit (eine Gefahr für Gesundheit und Leben) und die Ausweglosigkeit (Hilflosigkeit, Gefühl von ausgeliefert sein) dar (vgl. Pausch/Matten 2018, S. 4ff.). *„Traumatisierungen sind niemals ´nur psychisch`, sondern immer auch körperliche Prozesse mit Folgen innerhalb des gesamten Leibes [...]“* (Schay/Liefke 2009, S. 52). Diese physischen Symptome können sich durch extreme Stressreaktionen, wie Herzrasen, Schwitzen, Zittern etc. äußern. Die kognitiven Reflexe machen sich während der Geschehnisse durch Gedanken an den eigenen unausweichlichen Tod und durch die emotionalen Reaktionen wie Angst, Hilflosigkeit und vollkommene Taubheit (Emotionslosigkeit) bemerkbar (vgl. Pausch/Matten 2018, S. 4f.). Wenn einem Kind in jungen Lebensjahren ein traumatisches Ereignis widerfährt, dann können sich neben der sich entwickelnden Posttraumatischen Belastungsstörung noch weitere Folgen ergeben. Diese äußern sich in neuen Ängsten, aggressivem Verhalten, Trennungsangst, Entwicklungsrückschritten oder (reduziertem) Verlust von erworbenen Fähigkeiten (Sprache, Sauberkeit etc.) (vgl. Gontard 2019, S. 153). Die ausführliche Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung wird später im Kapitel 1.5 näher erläutert und auf das Säuglings- und Kleinkindalter (0-5 Jahre) spezifiziert.

#### **1.4 Mögliche Ursachen eines Traumas und Traumafolgestörungen**

Als Ursache eines Traumas im Säuglings- bzw. Kleinkindalter können akzidentielle Traumata gelten, welche durch einen Verkehrsunfall oder eine Naturkatastrophe hervorgerufen wurden. Einerseits ist zwar das Ereignis einmalig, aber andererseits kann das Kind durch so eine Katastrophe wichtige Bezugspersonen verlieren. Die daraus resultierenden Folgen, zum Beispiel Adoption, Heimunterbringung können dagegen dem Typ-2-Trauma zugeordnet werden, weil das Kind zwar urplötzlich aus dem gewohnten und sicheren Umfeld gerissen wurde, aber nachhaltige Folgen erleiden muss, da es sein Zuhause und wichtige Bezugspersonen verloren hat. Des Weiteren können intentionale Traumata als Ursache gelten. Dazu zählen vor allem sexuelle und/oder



körperliche Misshandlungen in frühen Lebensjahren und häusliche Gewalt, die gegenüber dem Kind oder primären Bezugspersonen ausgeübt wird. Durch diese „man-made-disaster“, die langfristig an dem Kind vollzogen werden, können sich Selbst-, Fremd- und Weltbild des Kindes nachhaltig verändern. Des Weiteren wird ihre Persönlichkeit verletzt, da sich diese in den jungen Jahren noch in der Entwicklung befindet. Bezogen auf die Entwicklung kann diese stagnieren bzw. sich regredieren und die bis dahin erlernten Fähigkeiten verloren gehen (vgl. Ehring/Kunze 2020, S. 1161; Falkai/Wittchen 2018, S. 376). Weitere Folgen werden in dem Punkt Begriffsklärung und Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung (Kapitel 1.5) erläutert.

Falls ein Kind in jungen Lebensjahren psychische Auffälligkeiten zeigt, sind dies die Folgen von einem Zusammenspiel von psychischen, sozialen und genetischen Faktoren. Dazu können schon pränatale Ursachen zählen, wie der Nikotin- oder Alkoholkonsum der Mutter oder eben gravierende Lebensereignisse im Laufe der Entwicklungsphasen. Einige ursächliche Faktoren sind offensichtlich, wobei andere erst bei eingehenden Beobachtungen erkennbar werden (vgl. Rank 2020, S. 19). Diese gravierenden Lebensereignisse sind beispielsweise familiäre Todesfälle, Adoptionen, Missbrauch oder schwerwiegende Verletzungen. Eine der möglichen Folgestörungen dieser traumatischen Erlebnisse ist die Posttraumatische Belastungsstörung, die in dieser Arbeit eingehend dargelegt wird.

Die nachfolgenden Untersuchungen sind sehr umfangreich und decken viele Bereiche ab (Gespräche mit den Eltern, ärztliche Untersuchungen, Beobachtungen usw.), um möglichst alle Faktoren in der Entstehung berücksichtigen zu können (vgl. ebd. S. 19f.). Anschließend werden die Ergebnisse nach dem MAS (multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters der WHO) beschrieben. Dieses orientiert sich an dem Diagnoseschlüssel des ICD-10, welches jedoch keine altersspezifische Angleichung der Diagnosekriterien für null bis fünfjährige Kinder bietet.

Aus diesem Grund wurde ein spezifisches Klassifikationssystem für das Säuglings- und Kleinkindalter namens Zero-to-Three (DC:0–5™ 2016) entworfen. Dieses bietet eine altersspezifische Anpassung für die in diesem Lebensabschnitt typischen Störungen.

Das Zero-to-Three (DC:0–5™ 2016, Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit) unterteilt sich in fünf Achsen,

wobei vor allem die ersten beiden eine zentrale Rolle bei der Diagnose und Beschreibung von psychischen Störungen bis zum fünften Lebensjahr spielen. Die erste Achse dient dazu, Posttraumatische-, Affekt-, Anpassungs- und Regulationsstörungen (klinische Störungen) näher zu klassifizieren. Auf der zweiten Achse werden die Beziehungsqualität zu Bezugspersonen und die möglichen Beziehungsstörungen zwischen Eltern und Kindern eingeschätzt. Die dritte bis fünfte Achse liefern gegenüber dem ICD-10 keinen Vorteil und können deshalb als klinisch verzichtbar gelten. Dagegen stellen die ersten beiden Achsen in der Diagnostik bis zum fünften Lebensjahr ein bedeutendes Zusatzinstrument dar.

Im Säuglings- und Kleinkindalter treten dissoziative Störungen, schizophrene Psychosen, Persönlichkeitsstörungen etc. hingegen gar nicht auf, da Kinder in dem ersten Lebensabschnitt erst einmal lernen, mit Konflikten und Affekten umzugehen, unterschiedliche Perspektiven einzunehmen und Impulse zu steuern. Außerdem erlernen sie zunächst ihr eigenes Nähe-Distanz Verhalten, sowie die Gestaltung von Beziehungen (vgl. Rank 2020, S. 20 f.).

Seit Mitte der 1990er Jahre wird versucht, die Gültigkeit der Diagnosekriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung bei Säuglingen und Kleinkindern zu überprüfen und aufzuarbeiten. Eine der vielen Problematiken stellen die eingeschränkten kognitiven und verbalen Fähigkeiten der Kleinkinder dar. Die normalerweise gültigen Diagnosekriterien (für Kinder der frühen Adoleszenz, Jugendliche und Erwachsenen) werden vorwiegend durch Selbstbeobachtung und sprachliche Beschreibungen der inneren Zustände durch die betroffenen Menschen selbst erfasst. Dies ist bei Säuglingen und Kleinkindern gar nicht bzw. nur sehr eingeschränkt möglich (vgl. Landolt 2012, S. 42f.). Trotz dessen ist zu beachten, dass schon Säuglinge und Kleinkinder auf traumatische Erfahrungen reagieren und als Folgestörung eine PTBS entwickeln können. Bis zu ungefähr einem Drittel der genannten Altersgruppe zeigt Symptome wie Vermeidungsverhalten, Übererregung und Wiedererleben aufgrund von einer Traumatisierung durch Katastrophen, Unfällen oder Gewalt. Gerade wegen solcher Beobachtungen ist es fundamentale, dass es ein geeignetes spezifisches Diagnoseinstrument gibt, welches die Besonderheiten einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Säuglingen und Kleinkindern berücksichtigt (vgl. Irblich/Graf/Landoldt 2008, S. 247 ff.).

## **1.5 Begriffsklärung und Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung**

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine Folgereaktion einer akuten Belastungsreaktion nach einem traumatischen Erlebnis. Diese Belastungsreaktion ist durch einen Schockzustand direkt nach einem Trauma gekennzeichnet. Die betroffene Person leidet dabei an sich schnell ändernden Emotionen und Gemütszuständen. Falls dieser Zustand nicht abklingt und im Anschluss nicht behandelt wird, kann sich eine Posttraumatische Belastungsstörung entwickeln (vgl. Weinberg 2006, S. 40; Bonekamp 2011, S. 466).

Im Folgenden wird sich nur auf die Auswirkungen eines Traumas auf junge Kinder am Beispiel der Posttraumatischen Belastungsstörung konzentriert. Das Altersspektrum umfasst dabei null bis fünf Jahre und wird mit Hilfe des DC:0-5 bezüglich der frühen Kindheit näher untersucht und aufgezeigt, warum gerade frühe Traumata prägend für das weitere Leben sind.

Des Weiteren gibt es das „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ namens DSM-5, welches die Diagnostik einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern bis zum Alter von sechs Jahren ausführt. Für Kinder ab sechs Jahren, Jugendliche und Erwachsene gilt jedoch die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“, kurz ICD-10 (vgl. Gontard 2019, S. 155).

Die Datenerhebung und Diagnostik von Traumafolgestörungen beziehen sich im Allgemeinen auf die Grundlagen der klinisch-psychologischen Diagnostik nach Döpfner, Lehmkuhl, Petermann und Scheithauer (2002). Die klinisch-psychologische Diagnostik dient nicht nur der Erfassung und Benennung der vorliegenden Krankheit, sondern auch der anschließenden Therapieplanung (vgl. Landolt 2012, S. 51). Die diagnostischen Prozesse bei Kindern mit posttraumatischen Auffälligkeiten beinhalten vier Phasen. Beginnend mit der Entwicklungsanamnese werden die physische, emotionale und soziale Entwicklung, sowie potenzielle Vorbelastungen, wichtige Lebensereignisse und individuelle Ressourcen erfasst. Im nächsten Schritt werden die familiären und sozialen Umstände näher betrachtet, wobei die sozialen Bedingungen und aktuellen familiären Umstände eine fundamentale Rolle für die spätere Bewältigung und Verarbeitung des Traumas spielen. Bevor es zur traumaspezifischen Diagnostik kommt, werden allgemeine verhaltens- und psychodiagnostische Merkmale erfasst. Diese beziehen sich unter anderem auf bestehende Komorbiditäten (zusätzliche Störungen)

und Verhaltensauffälligkeiten. Zuletzt erfolgt eine sowohl objektive als auch subjektive Traumaanamnese, bevor ein Phasenverlauf der posttraumatischen Verarbeitung erstellt wird. Abschließend werden die momentanen Verhaltensauffälligkeiten und Störungen zusammengetragen (vgl. Landolt 2012, S. 51).

Traumatisierungen können die unterschiedlichsten Störungen hervorrufen, dennoch lässt die Posttraumatische Belastungsstörung ein signifikantes Symptommuster als Folge von Traumatisierungen erkennen. Damit sich eine PTBS entwickeln kann, mussten die jungen Kinder Erfahrungen mit dem Typ-1 oder Typ-2-Traumata machen. Weiterhin besteht die Möglichkeit einer passiven Traumatisierung, wobei das Kind als Beobachter\*in anwesend war und sehen konnte, wie zum Beispiel enge Bezugspersonen verletzt wurden oder gestorben sind. Als Reaktion eines Typ-1-Traumatas kann eine Symptomatik erkennbar werden, welche vor allem durch Angst und Wiedererleben gekennzeichnet ist. Beim Typ-2-Traumata hingegen werden vor allem Rückzug und reduzierte Antwortbereitschaft deutlich (vgl. Gontard 2019, S. 151).

Um eine Posttraumatische Belastungsstörung bei Säuglingen und Kleinkindern diagnostizieren zu können, wird ein diagnostischer Algorithmus des DC:0-5 oder DSM-5 zur Hilfe genommen. Außerdem wurde für die Erfassung von der genannten Traumafolgestörung von Scheeringa und Zeanah (2005) ein semistrukturiertes Interview namens PTSDSSI („PTSD-Semistrukturiertes Interview und Beobachtungsbogen für Säuglinge und Kleinkinder“) verfasst, wobei PTSD für „post-traumatic stress disorder“ steht (vgl. Landolt 2012, S. 58).

Dieses ist ein klinisches Interview, welches mit der primären Bezugsperson des Kindes, das nicht älter als sechs Jahre sein darf, durchgeführt werden kann (vgl. ebd. S. 58). Während des Interviews ist angedacht, dass sich das Kleinkind im selben Raum aufhält und somit parallel von der interviewenden Person beobachtet werden kann. Diese zusätzlichen situativen Beobachtungen können die Berichte der Bezugsperson ergänzen (vgl. Irblich/Renner 2009, S. 285). Das Interview orientiert sich dabei an den Symptomclustern aus dem DSM-5 (gleich dem des DC:0-5) und führt zunächst die möglichen Traumata auf, deren Auftreten in der Anamnese erfasst wird. Anschließend werden die jeweiligen Symptome gemäß den Alternativkriterien erfasst. Falls die Existenz eines der Symptome bestätigt wird, folgen Fragen zur individuellen Ausprägung, dem zeitlichen beziehungsweise situativen Auftreten und der Symptombdauer. Das PTSDSSI beurteilt nicht nur die Auswirkungen der Symptome auf fundamentale

Lebensbereiche, sondern auch dem jungen Alter entsprechende assoziierte Begleitsymptome. Die Validität dieses Verfahrens wurde durch verschiedene Studien mehrfach bestätigt (vgl. Landolt 2012, S. 58). Weitere Verfahren zur Diagnostik von Posttraumatischen Belastungsstörungen sind das „Preschool Age Psychiatric Assessment“ (PAPA) Interview und der Fragebogen für Eltern namens „PTSD Symptoms in Preschool Children“ (PTSD-PAC). Beide Verfahren richten sich ebenfalls an die primären Bezugspersonen und wurden auf derselben Basis entwickelt wie das PTSDSSI (vgl. Irblich/Graf/Landoldt 2008, S. 253).

Der diagnostische Algorithmus des DC:0-5 und DSM-5 unterteilt sich in mehrere Kriterien. Das Kriterium A bezieht sich auf die Art der Traumaerfahrung, aus dem Symptomcluster B muss mindestens ein Symptom nachweisbar sein, ebenso wie bei Cluster C und D. Außerdem müssen aus Cluster E mindestens zwei Symptome zutreffen und es muss eine Beeinträchtigung aus Kriterium F vorliegen. Um einen Einblick in die Diagnostik zu erlangen, werden ausgewählte Kriterien angeführt (vgl. Gontard 2019, S. 151 f.).

Laut Kriterium A muss das betreffende Kind einer erheblichen Bedrohung oder einer ernsthaften Verletzung, einem gravierenden Ereignis, einer Erkrankung oder Missbrauch in einem oder mehreren der nachfolgenden Optionen zum Opfer gefallen sein. Das Kind muss entweder eine direkte Traumaerfahrung, ein Trauma, welches andere betroffen hat, (mit-)erlebt haben oder bemerken, dass eine nahestehende Bezugsperson direkt von einem Trauma betroffen ist (vgl. ebd. S. 151 f.).

Zu den Missbrauchserfahrungen zählen auch sexuelle Gewalterfahrungen und Erfahrungen ohne direkte körperliche Gewalt, die dem Alter nicht angemessen sind. Weiterhin gehören auch medizinische Vorfälle, wie plötzlich auftretende fatale Ereignisse (z.B. Aufwachen während einer OP, allergischer Schock) dazu. Passive Traumata umfassen hingegen bedrohliche Verletzungen, einen unnatürlichen Tod, gewaltsamer/sexueller Missbrauch, häusliche Gewalt, Unfälle etc. Die dadurch verursachte Posttraumatische Belastungsstörung kann sich besonders gravierend oder langandauernd auswirken, wenn sie vorsätzlich durch andere Menschen (z.B. enge Bezugspersonen) verursacht wurde (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 374).

Das Symptomcluster B bezieht sich auf das Wiedererleben der traumatischen Situation und muss beispielsweise das Symptom des erheblichen seelischen Leidens beim

Erinnern an die Erfahrung aufweisen oder deutliche körperliche Reaktionen wie Schwitzen und erregtes Atmen hervorrufen (vgl. Gontard 2019, S. 151 f.). Das Leiden an sogenannten Intrusionen (wiederkehrende, unwillkürliche und sich aufdrängende Erinnerungen an das Trauma) bringen emotionale, sensorische und körperliche Anteile mit sich (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 374).

Ein häufiges aufkommendes Symptom sind Alpträume, in denen bestimmte Aspekte des Traumaereignisses oder die gesamte Erfahrung auftreten können. Außerdem kann sich das Wiedererleben innerhalb des Spiels oder in dissoziativen Zuständen darstellen. Diese Zustände können für ein paar Sekunden aber auch Stunden oder sogar Tage anhalten. Während dieser Zustände erlebt das betroffene Kind bestimmte Aspekte des Traumas oder verhält sich so, als ob das Trauma in diesem Moment stattfinden würde. Diese Episoden gehen mit sensorischen, visuellen oder anderen Wahrnehmungen einher. Jene sogenannten „Flashbacks“ sind meist von kurzer Dauer, jedoch stehen sie oft in Verbindung mit anhaltendem Stress und einer Reizbarkeit. Weitere psychische oder physische Reaktionen können auftreten, wenn das Kind mit Situationen konfrontiert wird, die an bestimmte Aspekte des Traumas erinnern oder diese symbolisieren (z.B. auf eine Person treffen, die dem\*der Täter\*in ähnelt). Ein weiterer Auslöser können auch Körperwahrnehmungen sein, wie ein schneller Herzschlag oder bestimmte Gerüche (vgl. ebd. S. 374).

Entsprechend dem Cluster C muss Vermeidungsverhalten festgestellt werden können. Dies bezieht sich auf das Ausweichen des Kindes auf traumabezogene Stimuli wie Orte, Aktivitäten, Menschen, Gedanken oder Gegenstände. Gemäß dem folgenden Cluster D wird eine gedämpfte oder geminderte positive Reaktionsfreudigkeit diagnostiziert, welche sich unter anderem durch einen zunehmenden sozialen Rückzug, Ängstlichkeit und Traurigkeit äußert (vgl. Gontard 2019, S. 151 f.). Es kann nicht nur zu einer Veränderung des Gemütszustandes des Kindes kommen, sondern auch zu Veränderungen der Kognition. Diese können sich auf unterschiedlichste Art und Weise äußern. Das betroffene Kind kann beispielsweise nicht dazu fähig sein, sich an bestimmte Aspekte des Traumas zu erinnern, was durch dissoziative Amnesien bedingt ist. Des Weiteren kann es zu einer fehlerhaften Wahrnehmung bezüglich der Ursache des Traumas kommen, wobei Schuldzuweisungen gegen sich selbst oder gegen andere getroffen werden (z.B. „Es ist meine Schuld, dass mein Vater mich schlägt!“) (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 375).

Das Kind muss laut dem Symptomcluster E unter zum Beispiel Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten oder extremen Schreckreaktionen leiden, welche auf eine gesteigerte Erregung/Reizbarkeit (Arousal) zurückzuführen sind, die nach einem traumatischen Ereignis neu oder intensiver auftreten können (vgl. Gontard 2019, S. 151 f.). Dieses erhöhte Arousal kann schon bei den geringsten Provokationen durch verbal und physisch aggressives Verhalten hervorgerufen werden. Ein weiteres Kennzeichen ist die gesteigerte Sensibilität (Hypervigilanz) gegenüber möglichen Gefahren, die mit dem traumatischen Ereignis in Zusammenhang gebracht werden. Zusätzlich kann sich diese Sensibilität gegenüber unvorhergesehenen Reizen äußern, beispielsweise durch eine erhöhte Schreckhaftigkeit/Nervosität bei lauten Geräuschen oder plötzlichen Bewegungen. Die Konzentrationsschwierigkeiten können sich durch Probleme beim Erinnern von alltäglichen Dingen oder durch Schwierigkeiten, sich auf eine Aktivität zu fokussieren (z.B. ein Spiel fertig spielen) bemerkbar machen (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 375).

Abschließend wird nach Kriterium F kontrolliert, ob eine Beeinträchtigung vorliegt, welche auf bestimmte Symptome oder Reaktionen der Bezugspersonen zurückzuführen sind. Diese haben einen bedeutenden Einfluss auf die Funktionsfähigkeit des Kindes und der Familie. Sobald diese Funktionsfähigkeit gestört ist, können Stress und Leid beim Kind auftreten, Beziehungen beeinträchtigt werden oder den Entwicklungsprozess erschweren (vgl. Gontard 2019, S. 151 f.). Der Entwicklungsprozess kann nicht nur erschwert oder beeinträchtigt, sondern auch völlig regrediert werden (z.B. Sprachverlust). Das heißt, dass bereits erworbene Fähig- und Fertigkeiten wieder verloren gehen oder abnehmen können (z.B. selbstständiges Essen, Sauberkeit, Gehen). Als Folge von Typ-2-Traumata können Schwierigkeiten beim Regulieren von Emotionen, bei der Beziehungsgestaltung zu Freunden/engen Bezugspersonen oder dissoziative Symptome auftreten (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 376). Diese Symptome müssen bei der Diagnostik zusätzlich bestimmt werden, sie können sich durch z.B. Depersonalisation oder Derealisation bemerkbar machen. Ersteres gibt der betroffenen Person das Gefühl, losgelöst zu sein, also die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von außen zu betrachten. Letzteres bezieht sich hingegen auf das Gefühl von Unwirklichkeit bezogen auf die eigene Umwelt. Um diese dissoziativen Symptome zu diagnostizieren, muss berücksichtigt werden, dass es keine Folge von einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors sein darf (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 373).

Die eben beschriebenen Symptome der Cluster B-E müssen mindestens einen Monat nach dem erlebten Trauma (Cluster A) bestehen, damit eine eindeutige Posttraumatische Belastungsstörung nachgewiesen werden kann (vgl. Gontard 2019, S. 153). Dagegen kann die Symptomdauer sehr variieren. Bei manchen Betroffenen tritt ein Rückgang der Symptome schon nach drei Monaten ein, bei anderen wiederum halten die Symptome länger als zwölf Monate an, in seltenen Fällen sogar bis zu 50 Jahre. In einigen Krankheitsfällen kann es zu einer stetigen Zu- und Abnahme der Symptome kommen. Zum Verlauf der Posttraumatischen Belastungsstörung gehört auch, dass durch Erinnerungen an das Trauma erneute Symptome aufleben, weitere Belastungen und neue Traumata hervorgerufen werden. Das Wiedererleben kann sich im Laufe der verschiedenen Entwicklungsphasen stark verändern (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 377 f.).

Junge Kinder erzählen von Alpträumen, die nicht explizit auf das Trauma schließen lassen. Außerdem drücken sie die Intrusionen im Spiel aus, sodass einzelne Aspekte/Sequenzen direkt oder symbolisch auf das Trauma hindeuten. Währenddessen äußern sie nicht unbedingt Ängstlichkeit. Elternberichten zufolge kann es zu den unterschiedlichsten Veränderungen bezüglich ihrer Emotionen und ihres Verhaltens kommen. Da jüngere Kinder entwicklungspsychologisch betrachtet noch nicht ihre Gedanken mitteilen und Gefühle benennen können, zeigen sich ihre negativen Veränderungen des Gemütszustandes oder der Wahrnehmung vor allem durch Stimmungsschwankungen. Das Vermeidungsverhalten kann zu einem begrenzten Erkundungs- und Spielverhalten führen. Ihr erhöhtes Arousal, welches durch Aggressivität und Geiztheit gekennzeichnet ist, kann Probleme bei der Beziehungsgestaltung zu Freunden und Bezugspersonen auslösen. Falls die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben, können sich das Vermeidungsverhalten, die Übererregbarkeit und die depressiven Stimmungen weiter intensivieren (vgl. ebd. S. 377 f.).

Weiterhin ist es immanent zu beachten, dass die beschriebenen Symptomcluster die gleichen wie bei Jugendlichen und Erwachsenen sind. Die einzige Differenz besteht darin, dass sich das Erscheinungsbild der einzelnen Symptome unterscheidet. Dabei liegt der Schwerpunkt der Beobachtungen auf den exakten Verhaltenssymptomen und nicht auf den Berichten der Eltern über die inneren psychischen Symptome. Junge



Kinder sind noch nicht imstande, ihre erlebten Traumata durch Flashbacks (Intrusionen, Wiedererleben) oder Zukunftsängste auszudrücken, sondern durch bestimmte Reinszenierungen im Spiel, die das Wiedererleben auslösen oder durch Alpträume. Ein weiterer Unterschied im Verarbeiten von Traumata zwischen jungen Kindern und Erwachsenen liegt darin, dass es selten zu einem Verhalten der Vermeidung kommt, weil sie eine geringere Kontrolle über die Traumaerlebnisse besitzen. Außerdem scheint es so, dass sich die jungen Kinder eher mit der Traumaerfahrung beschäftigen, als diese zu vermeiden (z.B. durch wiederholte Erzählungen). Anstatt ihre negativen Gedanken und Emotionen verbal zu äußern, werden diese durch steigende Reizbarkeit, Distanz und emotionalem Rückzug des Kindes deutlich (vgl. Gontard 2019, S. 153).

Die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung weist neben den spezifischen Symptomen auch unspezifische Symptome auf. Zu den spezifischen Symptomen gehören der abrupte Beginn von gravierenden Symptomen nach dem Traumaerlebnis und das Wiedererleben der Traumaerfahrung auf jedmögliche Art. Die unspezifischen Symptome sind z.B. Reizbarkeit, Ängstlichkeit und emotionaler Rückzug. Für eine adäquate Diagnose ist der Beginn bzw. die Verstärkung dieser Symptomatik nach einem Trauma ausschlaggebend. Da die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Diagnosen in dem Alter fast ineinander übergehen, ist es von Bedeutung zu kontrollieren, ob die Symptome, Kriterien und die Dauer der Symptomatik exakt die Diagnostik der PTBS erfüllen. Wenn die Symptome weniger als drei Monate bestehen bleiben und zusätzlich die Kriterien für eine PTBS nicht erfüllt werden, so kann eine Anpassungsstörung vorliegen. Sobald ein junges Kind die Kriterien einer PTBS nicht erfüllt und die Symptome länger als drei Monate anhalten, kann davon ausgegangen werden, dass eine andere Trauma-, Belastungs- oder Deprivationsstörung besteht (vgl. Gontard 2019, S. 155).

Die funktionellen Folgen der PTBS können sich auf viele Lebensbereiche auswirken. Es kann zum einen zu einer späteren physischen, sozialen und beruflichen Beeinträchtigung, einer erheblichen Inanspruchnahme medizinischer Behandlung und den daraus folgenden hohen Kosten für die Volkswirtschaft kommen. Des Weiteren treten die Folgen im sozialen Bereich und zwischenmenschlichen Beziehungen, in

Entwicklungsprozessen, in der physischen Gesundheit und im späteren Berufsleben auf (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 380).

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine diagnostische Kategorie und wird als psychiatrisches Störungsbild charakterisiert. Dieses Krankheitsbild entsteht als Folgestörung durch bestimmte gravierende Ereignisse und wird mithilfe von Symptomen definiert. Die Diagnostik mithilfe von Symptomzuschreibungen erfolgt dementsprechend starr, weshalb sie aufgrund von mehreren Gesichtspunkten kritisch betrachtet wird. Die Symptomatik hat unter anderem nur eine beschränkte Aussagekraft, da vor allem Kleinkinder in ihren verbalen und deskriptiven Fähigkeiten stark eingeschränkt sind. Außerdem werden nur die Symptome an sich fokussiert und selten ihr Kontextbezug. Die vielfältigen Symptome sollten zusätzlich in ihrer Dynamik und Wechselwirkung auf verschiedene systemische Ebenen betrachtet werden. Infolgedessen sollten die betroffenen Kinder auch innerhalb des Familiensystems oder interfamiliären Kontexten beobachtet werden. Diese ausgewählten Kritikpunkte an der Diagnostik der PTBS sollen nur einen kleinen Einblick geben, um noch einmal zu unterstreichen, wie elementar es ist, starre Symptomschemata zu hinterfragen und sie auch in anderen Kontexten zu betrachten (vgl. König 2020, S. 71 ff.).

### **1. Risikofaktoren im Hinblick auf Kinder**

Zunächst gibt es Schutzfaktoren, auch protektive Faktoren genannt, die stabilisierend auf das Individuum einwirken. Dazu gehört auch die psychische Widerstandskraft, die dafür verantwortlich ist, Gefahren und Belastungen zu bewältigen. Jedoch müssen auch destabilisierende Bedingungen berücksichtigt werden, diese setzen sich aus den Risikofaktoren und der Verletzbarkeit (Vulnerabilität) zusammen (vgl. Oerter/Altgasen/Kliegel 2020, S. 336).

Da es viele unterschiedliche Risikofaktoren gibt, können sie in drei Gruppen aufgeteilt werden. Zunächst gibt es die sogenannten distalen Rahmenbedingungen wie Armut, soziale, kulturelle und lokale Herkunft. Darüber hinaus werden die Beziehungen und Eigenschaften von Bezugspersonen untersucht. Abschließend bilden internale Bindungen eine weitere Gruppe, welche den Lebensstil, biologische Faktoren, das Temperament und Problemlöse- und Copingstrategien näher beleuchtet. Risikofaktoren in der Kindheit wirken sich auf Persönlichkeit und Lebensbewältigung im

Erwachsenenalter aus, jedoch fallen die Verarbeitung und Handhabung bzw. Bewältigung bei jedem Individuum anders aus (vgl. ebd. S. 336).

Risikofaktoren bezeichnen belastende Lebensereignisse oder Lebensumstände, welche eine psychische Störung oder Erkrankung fördern. Die traumatischen Situationsfaktoren können ebenfalls dazugezählt werden, jedoch erhöht sich hierbei das Erkrankungsrisiko um ein Vielfaches, demnach würde die Gefahr bestehen, diese zu marginalisieren. Deshalb sollten traumatische Situationsfaktoren in ihrer Einzelheit betrachtet werden. Allerdings können Risikofaktoren und traumatische Situationsfaktoren zusammenwirken und eine kumulative Traumatisierung hervorrufen. Exemplarisch dafür wäre eine Traumatisierung nach Typ-1-Trauma, wobei die betreffende Person zusätzlich zum Trauma ein konfliktreiches und belastendes Familienverhältnis aufweist, wodurch sich die Erholung vom Trauma erschwert und immer wieder unterbrochen wird. Im Gegensatz dazu wirken protektive Faktoren schützend vor einer Traumatisierung trotz traumatischer Erlebnisse (vgl. Fischer/Riedesser/Fischer 2020, S. 165 f.). Ulrich T. Egle untersuchte 1997 Risikofaktoren und potenziell traumatische Situationsfaktoren mit möglichen Langzeitfolgen. Er erstellte demnach eine Liste (siehe Anhang), welche u.a. den Verlust der Mutter, Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils, psychische Störungen der Mutter/des Vaters, sexueller und/oder aggressiver Missbrauch zu Risikofaktoren zählt (vgl. ebd. S. 165 f.).

Um ein reales biografisches Risiko einschätzen zu können, werden innerhalb eines Gefährdungsprofils Risiko- und korrektive Faktoren zueinander ins Verhältnis gesetzt. Dabei sollten die Schutzfaktoren den Risikofaktoren annähernd gleichkommen. Die Schutzfaktoren müssen nicht nur grundsätzlich vorhanden und verfügbar, sondern vor allem auch in möglichen traumatischen Situationen präsent sein, um wirksam werden zu können. Ein exemplarisches Beispiel dafür wäre, wenn ein Kind sexuell missbraucht wird und sich aufgrund von Schamgefühlen nicht einer nahestehenden Bezugsperson anvertrauen kann. Folglich bleibt das Kind allein mit seinen traumatischen Erfahrungen und kann nicht in der unmittelbaren Traumaverarbeitung unterstützt werden. Zunächst gelten die betreffenden Risikofaktoren als Belastung, doch sobald keine verfügbaren protektiven Faktoren dies ausgleichen können, gelten sie nunmehr als Gefährdungsfaktoren (vgl. Fischer/Riedesser/Fischer 2020, S. 166 f.).

Die sogenannte Vulnerabilität (Verletzbarkeit) ist dagegen definitiv am Individuum festzumachen und stellt das Ausmaß der Wirksamkeit von Risikofaktoren dar.

Je höher die Verletzbarkeit eines Individuums ist, desto stärker können die eintretenden Risikofaktoren ungünstig wirksam werden. Dementsprechend wäre eine Vulnerabilität viel höher und Risikofaktoren können gravierender einwirken, wenn sich das System eines jungen Menschen schon in den frühen Lebensjahren destabilisiert hat. Im Folgenden wird zwischen den biologischen und psychologischen Voraussetzungen der Vulnerabilität unterschieden. Zum einen müssen die biologischen Bedingungen berücksichtigt werden, wie körperliche Gesundheit und Temperamentsfaktoren. Zum anderen die psychologischen Bedingungen, welche sich mit den bisherigen Entwicklungserfahrungen und der Motivation betreffend der Gestaltung der eigenen Entwicklung befassen (vgl. Oerter/Altgassen/Kliegel 2020, S. 336).

Um das Ganze spezifizieren zu können, haben Studien die Vulnerabilitätsfaktoren bezogen auf die PTBS bei jungen Kindern analysiert und dabei festgestellt, dass sich die Wahrscheinlichkeit, an einer PTBS zu erkranken erhöht, sobald enge Bezugspersonen ebenfalls das gleiche Trauma erlitten haben. Weiterhin konnte bei Kindern der frühen Adoleszenz ein Zusammenhang zwischen der Neigung zu Ängsten und das Risiko an einer PTBS zu erkranken festgestellt werden. Dies kann auch auf junge Kinder zutreffen, jedoch wurde es noch nicht hinreichend geprüft (vgl. Gontard 2019, S. 154).

Die Risiko- und Schutzfaktoren werden in prä-, peri- und posttraumatische Faktoren laut DSM-5 aufgeschlüsselt. Bei den Prätraumatischen Faktoren müssen Temperamentsfaktoren, wie beispielsweise emotionale Probleme bis zum sechsten Lebensjahr (z.B. Ängste, frühere Traumata) und schon bestehende psychische Krankheiten berücksichtigt werden. Des Weiteren zählen auch die Umweltfaktoren dazu, die die finanziellen Probleme der Eltern, dysfunktionale familiäre Strukturen, einen niedrigen sozioökonomischen Status und Bildungsgrad einschließen. Soziale Unterstützung, die schon vor und auch nach dem Trauma bestand, kann sich dagegen protektiv auf das betroffene Kind auswirken (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 378).

Als letztes zählen die genetischen und physiologischen Faktoren dazu. Bei Erwachsenen können sich das weibliche Geschlecht und ein niedriges Alter während des Traumas negativ auswirken, jedoch kann nicht genau gesagt werden, ob dies auch auf Kinder in jungen Jahren zutrifft. Bestimmte Genotypen können protektiv greifen,

andere wiederum die Posttraumatische Belastungsstörung fördern (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 378).

Die nächste Übergruppierung der Risiko- und Schutzfaktoren stellen die peritraumatischen Faktoren dar, die sich nur durch die Umweltfaktoren kennzeichnen. Berücksichtigt werden dabei intentionale Traumata (durch Bezugspersonen hervorgerufen), Verletzungen, Schweregrad des Traumas (je größer, desto wahrscheinlicher die Erkrankung), die empfundene Lebensbedrohung und ob das Kind als Beobachter\*in bei einem Trauma einer Bezugsperson mit anwesend war, also auch das partizipative Trauma (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 378 f.; Schay/Liefke 2009, S. 53). Die letzte Gruppierung wird durch die posttraumatischen Faktoren gekennzeichnet, welche auch hier Temperamentsfaktoren wie ungeeignete Bewältigungsstrategien und negative Bewertungen in Form von Schuldzuweisungen einschließen. Die negativen Umweltfaktoren wären z.B. nachfolgende, erschwerende Lebensereignisse und traumaassoziierte Situationen. Wobei sich auch hier eine soziale Unterstützung und funktionale Familienverhältnisse schützend auswirken und den Verlauf bzw. die Krankheitsfolgen abschwächen können (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 378 f.)

Die unterschiedlichen Traumata müssen in ihrer Vielfalt und Gesamtheit wahrgenommen und bezüglich des bisherigen Lebensverlaufes als sequenzielle und kontextuelle Einflussfaktoren betrachtet werden (vgl. Schay/Liefke 2009, S. 53).

### **1.5.2 Potenzielle Komorbiditäten**

Die Symptomatik der Posttraumatischen Belastungsstörung weist neben den spezifischen Symptomen auch unspezifische Symptome auf. Zu den spezifischen Symptomen gehören der abrupte Beginn von gravierenden Symptomen nach dem Traumaerlebnis und das Wiedererleben der Traumaerfahrung auf jedmögliche Art. Die unspezifischen Symptome sind z.B. Reizbarkeit, Ängstlichkeit und emotionaler Rückzug. Für eine adäquate Diagnose ist der Beginn bzw. die Verstärkung dieser Symptomatik nach einem Trauma ausschlaggebend. Da die Grenzen zwischen den unterschiedlichen Diagnosen in dem Alter fast ineinander übergehen, ist es elementar zu kontrollieren, ob die Symptome, Kriterien und Dauer der Symptomatik exakt die Diagnostik der PTBS erfüllen. Wenn die Symptome weniger als drei Monate bestehen bleiben und zusätzlich die Kriterien für eine PTBS nicht erfüllt werden, so kann eine Anpassungsstörung vorliegen. Sobald ein junges Kind die Kriterien einer PTBS nicht erfüllt und die Symptome

länger als drei Monate anhalten, kann man davon ausgehen, dass eine andere Trauma-, Belastungs- oder Deprivationsstörung besteht (vgl. Gontard 2019, S. 155).

Nicht nur das Erscheinungsbild der Symptomatik einer PTBS bei jungen Kindern unterscheidet sich von dem der Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern der frühen Adoleszenz, sondern auch das Komorbiditätsmuster.

Vor allem das negative/trotzige/feindselige oder aggressive Verhalten und Trennungsangst werden oftmals in klinischen Studien nachgewiesen. Spezifischer sind die Folgen auf junge Kinder nach Misshandlungserfahrungen, beispielsweise treten in diesem Falle zusätzlich auch sprachliche, kognitive und motorische Verzögerungen auf (vgl. ebd. S. 155).

Bezogen auf Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung besteht bei ihnen eine um 80 % größere Wahrscheinlichkeit, dass die Erfüllung der Symptomcluster auch für eine andere psychische Krankheit gilt. Die damit verbundenen Störungen beziehen oppositionelles Trotzverhalten und Trennungsangst mit ein (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 382).

### **1.5.3 Epidemiologie**

Bevölkerungsbezogene Studien haben aufgezeigt, dass die PTBS bei jungen Kindern eher selten diagnostiziert wird. Es entwickelt nur eine Minderheit der jungen Kinder nach Traumaerlebnissen einen entsprechenden Befund. Eine mögliche Ursache kann die geringere Zahl an jungen Kindern sein, die tatsächlich einer Behandlung vorstellig wurden. Viele Eltern haben wahrscheinlich nicht die Möglichkeiten, ihr Kind dahingehend untersuchen zu lassen bzw. können die anfänglichen Symptome nicht deuten. Darüber hinaus erschwert die Vorstellung vieler Erwachsener, dass junge Kinder in ihren ersten Lebensjahren keine Traumaerlebnisse machen können bzw. sich ihre Symptome mit der Zeit und des Wachesens verflüchtigen (vgl. Gontard 2019, S. 154). Des Weiteren kann die Prävalenz je nach Entwicklungsphase variieren. Ein weiterer Grund für die geringe Anzahl an diagnostizierten jungen Kindern kann, bezogen auf die Symptomcluster, die fehlende Berücksichtigung der Entwicklungsfaktoren sein (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 376).

Infolge der begrenzten Studienlage kann lediglich festgestellt werden, dass bei jungen Kindern die Symptome einer PTBS in den ersten zwei Jahren nach einem Traumaerlebnis nicht nachlassen. Der Langzeitverlauf einer Posttraumatischen Belastungsstörung bis zur frühen Adoleszenz und darüber hinaus ist hingegen nicht bekannt (vgl. Gontard 2019, S. 154).

Bezogen auf das Geschlecht gibt es für diese Störung bei jungen Kindern noch keine diagnostischen Aspekte, die Geschlechtsunterschiede erkennen lassen (vgl. ebd. S. 154). Über das gesamte Leben und auf die Allgemeinbevölkerung betrachtet, tritt die Posttraumatische Belastungsstörung häufiger bei Frauen als bei Männern auf und dauert länger. Ein möglicher Grund dafür kann sein, dass Frauen einem größeren Risiko für gewisse Traumata ausgesetzt sind, z.B. Vergewaltigung (vgl. Falkai/Wittchen 2018, S. 379 f.).

Nähere Begutachtungen durch Graf, Scheeringa und Zeanah (2008) veranschaulichen, dass nicht alle Kinder nach starken, traumatischen Erfahrungen eine PTBS entwickeln, sondern etwa 30-50 %. Dabei konnte Scheeringa darstellen, dass vor allem jüngere Kinder stärker betroffen sind als ältere Kinder und Mädchen stärker als Jungen. Als besonders schweres Trauma gilt das partizipative, bei dem das Kind miterlebt, wie eine Bezugsperson bedroht wird oder stirbt. Bezugspersonen, die von einer PTBS betroffen sind, können ihre Kinder nicht ausreichend umsorgen, da es für die Bezugsperson eine enorme Belastung darstellt, sich um das betroffene Kind zu kümmern. Diese wechselseitige Beeinflussung nennt sich „Beziehungs-PTBS“, dabei ist die Diagnostik und anschließende Behandlung umso bedeutender (vgl. Rank 2020, S. 120).

## **1.6 Zwischenfazit**

Traumatische Ereignisse kennzeichnen sich durch physischen, kognitiven und emotionalen Stress, der bei der betroffenen Person ausgelöst wird. Diese Traumata sind Erfahrungen und Ereignisse, die außerordentlich belastend sind und den betroffenen Menschen in seiner Integrität bedrohen. Jedoch reagiert jedes Individuum anders auf ein Trauma, dementsprechend sind alle Reaktionen möglich. Traumata können in einmalige und kurzfristige Ereignisse (Typ-1) oder langfristige und wiederkehrende Erlebnisse (Typ-2) eingeteilt werden. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Psyche des Menschen Typ-1-Traumata eher verarbeiten kann als jene, die im Kontext

zwischenmenschlicher Beziehungen auftreten. Weiterhin gilt, je früher ein Trauma stattfindet und je schwerwiegender es ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass es zu einer längerfristigen Verletzung der Persönlichkeit und Entwicklung des Kindes kommt. Diese Verletzung kann sich durch die Posttraumatische Belastungsstörung äußern. Die dazugehörige altersspezifische Diagnostik findet sich im DC:0-5 oder DSM-5 wieder. Die Symptome der PTBS äußern sich vor allem durch Veränderungen bezüglich der Emotionen und des Verhaltens. Der Verlauf einer PTBS kann zusätzlich erschwert werden, wenn destabilisierende Faktoren auf das Kind und sein Bezugssystem einwirken. Um dem Kind bei der Traumaverarbeitung zu helfen und die Folgen der Erkrankung zu mindern, ist soziale Unterstützung nötig, die zum Beispiel durch professionelle Institutionen erfolgen kann.

## **2. Entwicklung von Kindern im Alter von 0-5 Jahren**

Im nachfolgenden Kapitel wird auf die Entwicklungsphasen und die dazugehörigen Aufgaben von Kindern im Alter von null bis fünf Jahren eingegangen, um im Weiteren darstellen zu können, inwieweit ideale Verhältnisse und Beziehungen zum Kind protektiv und unterstützend wirken und welche Folgen destruktive Bedingungen auf das Kind haben können.

### **2.1 Entwicklungsphasen und -aufgaben von Säuglingen und Kleinkindern**

Um nachvollziehen zu können, inwieweit Säuglinge und Kleinkinder entwicklungspsychologisch auf Traumata reagieren, wird zunächst die psychoanalytische Konzeption von Erik Erikson (1950) aufgeführt. Aufgrund seiner psychoanalytischen Grundorientierung erstellte Erikson ein Entwicklungsmodell mit acht Stufen, welches eine Weiterentwicklung und Optimierung gegenüber Sigmund Freuds Theorie aufweist. Dessen Theorie befasst sich ebenfalls aus psychoanalytischer Sicht mit der Entwicklung, jedoch konzentriert er sich hauptsächlich auf die Triebentwicklung des Menschen (vgl. Rothgang 2009, S. 77). Von Freuds Theorie unterscheidet sich Eriksons hinsichtlich der Perspektive auf die menschliche Entwicklung. Er betrachtet die Entwicklung als lebenslangen Prozess und betont, dass über die Jugend hinaus bedeutende Entwicklungsphasen existieren. Außerdem drückt die Entwicklung eines Menschen ein Zusammenspiel von physischen, psychischen und sozialen Prozessen aus (vgl. Rothgang 2009, S. 88). Das einzelne Individuum muss laut Erikson in jeder Phase spezifische psychosoziale Krisen durchlaufen und diese lösen. Dabei bestimmt die Art der Aufgabenlösung die Persönlichkeit des Menschen (vgl. Maass/Vierhaus/Lohaus 2010,



S. 12). Die Bewältigung von Krisen in den ersten Entwicklungsstufen ist darüber hinaus eine fundamentale Voraussetzung für die Bewältigung späterer Krisen (vgl. Rothgang 2009, S. 88).

Die erste Entwicklungsstufe stellt das Säuglingsalter (orale Phase, 1. Lebensjahr) dar, in der der Grundkonflikt zwischen dem Grundvertrauen (Urvertrauen) und dem Grundmisstrauen (Urmisstrauen) als erstes gelöst werden muss. Der Säugling hat die Aufgabe, ein Urvertrauen in seine Umwelt zu entwickeln. Dies gelingt vor allem, wenn er durch regelmäßige Fürsorge das erhält, was er an physischer (Nähe, Nahrung) und psychischer (emotionale Zuwendung, Gefühl von Sicherheit) Versorgung braucht, demzufolge dann, wenn die Grundbedürfnisse vom Säugling gestillt werden. Sobald dies gesichert ist, erhält er die Sicherheit, die er benötigt, um sich auf seine Umgebung und auf sich selbst verlassen zu können. Ein Zusammenspiel dieser beiden Grundvertrauen stellt ein starkes Fundament für die weiteren Lebensphasen dar. Geschieht dies alles allerdings nicht, entwickelt sich ein Urmisstrauen in die Umwelt und in sich selbst. Daraus kann geschlossen werden, dass ein frühes Trauma (nach Typ-1, Typ-2 oder ein partizipatives Trauma) das Urvertrauen erschüttert. Wenn beispielsweise eine Bezugsperson, die symbolisch für Sicherheit und Zuneigung stehen sollte, die Grundbedürfnisse nicht stillt bzw. das Kind misshandelt, kann dadurch das Urvertrauen in die Umwelt massiv beschädigt oder sogar zerstört werden. Dies hat erhebliche Folgen auf die weitere Entwicklung des Kindes (vgl. Rothgang 2009, S. 89 f.; Maass/Vierhaus/Lohaus 2010, S. 12).

Sobald diese Entwicklungsstufe abgeschlossen wurde, beginnt die anale Phase (Kleinkindalter, 2.-3. Lebensjahr). Erikson fokussiert hierbei die Bedeutung der wachsenden Muskelkontrolle (Gehen, Greifen etc.) für das Kleinkind und dessen Beziehung zur sozialen Umgebung. Das Kind ist nicht mehr nur auf andere Menschen angewiesen, sondern kann zunehmend selbst auf seine Umwelt einwirken. So entwickelt sich die eigene Autonomie. Elementar dabei ist, dass die Bezugspersonen eine Balance zwischen der Förderung des Autonomiestrebens und der Grenze zu „alles tolerieren“ finden. Das Kleinkind muss demzufolge auf gleiche Weise unterstützt und geschützt werden. In dieser Entwicklungsphase kommt es somit auf die Auseinandersetzung zwischen Selbst- und Fremdkontrolle an. Zum einen stehen die eigenen Bedürfnisse und die eigene Freiheit im Mittelpunkt und zum anderen müssen die Interessen der sozialen Umgebung berücksichtigt werden. Die Herausforderung dieser Stufe besteht

darin, ein Übereinkommen der unterschiedlichen Interessen zu schaffen. Natürlicherweise erlebt das Kind immer wieder Misserfolge in dessen Autonomiestreben, wodurch ein Schamgefühl und Selbstzweifel ausgelöst werden. Das Kind ist sich seiner Selbst noch nicht vollends sicher und schwankt zwischen dem Autonomiestreben und der Fremdkontrolle hin und her. Das Fundament dieser Entwicklungsstufe beruht auf dem Urvertrauen in die eigene Umwelt. Sobald dieses erschüttert wurde oder wird, hat dies zur Folge, dass das Kind in seinem Autonomiestreben beeinträchtigt oder behindert wird. Unter diesen Bedingungen wird die Bewältigung dieser Entwicklungsphase zu einer fast unüberwindbaren Herausforderung, die beträchtliche Folgen für das spätere Leben mit sich zieht (vgl. Rothgang 2009, S. 90 f.; Maass/Vierhaus/Lohaus 2010, S. 12).

Die dritte Entwicklungsstufe beinhaltet das Spielalter (infantil-genitale Phase, 4.-6. Lebensjahr). Zentrale Rollen spielen dabei die Weiterentwicklung motorischer Fertigkeiten, der Konflikt zwischen dem Eindringen in die Umwelt, der Umwelteroberung (Initiative) und dem Schuldgefühl. Das Gefühl von Schuld kann dann entstehen, wenn die Umgebung des Kindes bei diesen Handlungen Schaden erleidet. Dies bezieht sich z.B. auf die Überforderung oder Abweisung von Familienmitgliedern aus der Kernfamilie, wenn das Kind unentwegt Aktivitäten durchführen möchte. Dieser Konflikt hat eine besondere Bedeutung hinsichtlich der ödipalen Phase. Das Kind wird die Erfahrung mit Grenzen und Tabus (z.B. Inzest-Tabu) machen, woraus auch ein Gefühl von Schuld entstehen kann (vgl. Rothgang 2009, S. 91). Des Weiteren geht es genauso um den Aufbau von Vertrauen in die eigene Kreativität und Initiative, folglich sich dessen bewusst zu werden, aus eigener Kraft auf etwas einzuwirken. Die dritte Stufe wird davon charakterisiert, dass das Kind lernt, Initiative zu ergreifen und Modelle nachzuahmen. Das Kleinkind lernt Menschen aus der sozialen Umgebung als Vorbilder zu sehen und sich an ihnen zu orientieren. Weiterhin spielt der Aspekt der Konkurrenz eine Rolle, sich mit Gleichaltrigen zu vergleichen und sich mit ihnen zu messen (vgl. Kasten 2009, S. 53).

Sobald frühkindliche Grundbedürfnisse wie die Nähe, Zuneigung, Nahrung und das Erkunden der Umwelt befriedigt werden, ist die potenzielle Entwicklung von Gefühlen wie Scham, Ängstlich- und Hilflosigkeit geringer. Die damit verbundenen psychischen Auffälligkeiten können sich dementsprechend gar nicht oder nur vereinzelt ausbilden. Falls diese förderlichen Bedingungen dem Kind nur begrenzt oder gar nicht geboten werden können, entwickeln sie hingegen mit höherer Wahrscheinlichkeit eine

psychische Auffälligkeit. Zudem können diese ungünstigen Bedingungen die Verarbeitung eines Traumas zusätzlich erschweren bzw. unmöglich machen. Weiterhin hängen ihr Selbstvertrauen, ihr seelisches Wohlbefinden und ihr Verhalten davon ab, ob und in welchem Ausmaß ihnen förderliche oder ungünstige Bedingungen widerfahren sind. Sobald sich jedoch die primären Bezugspersonen als präsent und verlässlich erwiesen haben, hat dies zur Folge, dass sich die Kinder auch als Erwachsene in ihrem familiären Umfeld und in der Gesellschaft zurechtfinden und wohl fühlen (vgl. Rank 2020, S. 20).

## **2.2 Bindungsformen, Urvertrauen und deren Relevanz**

In diesem Kapitel wird sich mit der Relevanz einer guten Bindung zwischen Kind und primärer Bezugsperson hinsichtlich der Verarbeitung eines Traumas auseinandergesetzt.

Nach John Bowlby ist das Bindungsverhalten genetisch verankert und sollte ein Fürsorgeverhalten bei der primären Bezugsperson auslösen. Während des ersten Lebensjahres bildet sich das Fundament einer Bindung aus. Dieses wird durch die permanente Präsenz der Bezugsperson erreicht und den traurigen Ausdruck des Kindes, sobald sie die Person vermisst. Eben dieses Fundament bildet die Grundlage für das spätere Bindungsverhalten (vgl. Kasten 2009, S. 138).

Bevor auf die Bindungstheorie eingegangen wird, werden zunächst die Grundlagen einer Bindung erläutert. Die Bindungstheorie wurde von John Bowlby, einem englischen Kinderpsychiater und Psychoanalytiker, Ende der 50er Jahre entworfen. Eine der bedeutenden Kernaussagen ist, dass der Säugling die Veranlagung hat, die Nähe einer Bezugsperson zu suchen. Sobald er sich hungrig, allein gelassen oder müde fühlt, werden Bindungsverhaltensweisen wie Schreien, Weinen usw. ausgelöst, die der Bezugsperson vermitteln sollen, dass es wieder Nähe und Zuneigung braucht. Dieses Bindungssystem ist durch ein autonomes Motivationssystem charakterisiert, welches mit anderen Systemen interagieren möchte. Das Gefühl von Gebundenheit stellt ein gefühlsmäßiges Band dar und entwickelt sich im Laufe der Interaktionen und Kommunikation zwischen Kind und Bezugsperson (vgl. Dornes 2013, S. 221). Diese Gebundenheit ist die Grundlage für eine gesunde soziale und psychische Entwicklung des Kindes (vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2017, S. 58).

Jene Bindung muss nicht nur zu einer Bezugsperson entstehen, sondern entwickelt sich zu den Personen, die sich am meisten mit dem Säugling beschäftigen. Sie entwickeln mit der Zeit die unterschiedlichsten Beziehungen zu den verschiedensten Personen. Diese Vielfältigkeit dient dem Kind später dazu, Entwicklungsaufgaben lösen zu können. Die fundamentalsten Merkmale sind liebevolle Zuverlässigkeit und Beständigkeit. Denn nur dadurch kann das Kind Sicherheit empfinden und ein Urvertrauen zu seiner Umgebung und zu sich selbst aufbauen. Des Weiteren spielen Wertschätzung, Empathie und Respekt eine wesentliche Rolle, das Kind muss die Gewissheit haben, seine Bedürfnisse, Wünsche und Ängste frei äußern zu können, ohne dafür bestraft oder verurteilt zu werden (vgl. ebd. S. 59).

Ob sich eine sichere Bindung mit genau diesen Merkmalen entwickelt oder eine unsichere, die von Verlustangst geprägt ist, hängt von der vielfältigen Beziehungsgestaltung zwischen Bezugsperson und Kind ab (vgl. ebd. S. 61). Diese Beziehungsqualität ist ein variables Beziehungsmerkmal, das sich mit der Zeit verändern kann (vgl. Kasten 2009, S. 141). Sie wird durch die Empathie und Kontinuität/Präsenz der Bezugspersonen und durch die Anforderungen des Kindes bestimmt. Die Qualität äußert sich durch das Vertrauen des Kindes in die Fähigkeiten der Bezugspersonen wie Zuneigung und Beruhigung (vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2017, S. 61).

Laut Bowlby zeichnet sich diese Beziehungsqualität in drei unterschiedlichen Beziehungsmustern ab. Zunächst gibt es die sicher gebundenen Kinder, sie tragen ein positives Selbstbild inne und haben positive Vorstellungen und Erwartungen an ihre Bezugspersonen und Umgebung. Diese Kinder besitzen die Fähigkeiten, ihre Gefühle und Ängste offen zu äußern, ihre Umgebung zu erkunden und sich bei Verunsicherung an ihre Bezugsperson zu richten. Außerdem können sie sich bei einer Trennung durch Verhaltensweisen wie Schreien und Weinen äußern und sich anschließend schnell trösten lassen (vgl. ebd. S. 61). Diese idealen Bedingungen geben dem Kind die Möglichkeit, eine sichere emotionale Bindung zu seinen Eltern aufzubauen und sie als Schutzfaktor und Ressource für die weiteren Entwicklungsphasen und Herausforderungen zu nutzen. Sie gibt dem Kind die Fähigkeit, widerstandsfähiger und resilienter gegenüber (negativer) Belastungen zu sein als Kinder, die von jeher unsicher gebunden sind (vgl. Brisch 2009, S. 106; Brisch 2010, S. 75).

Genauso wie die Bindungssicherheit gibt es auch die Bindungsunsicherheit, die ihren Ursprung im fehlenden Vertrauen gegenüber der Bezugsperson hat, wenn das Kind eigentlich Hilfe benötigt hätte. Da sie wissen, dass sie sich nicht auf die Bindungsperson verlassen können, erlernen sie eine Strategie, mit der sie den Erwartungen der Person gleichkommen und gleichzeitig ihre Reaktionen handhaben können. Diese Bindungsunsicherheit spezifiziert sich noch einmal in die unsicher-vermeidende Bindung und die unsicher-ambivalente Bindung. Erstere beschreibt Kinder, die einen Schutzmechanismus anwenden, um sich vor weiteren Enttäuschungen schützen zu können. Sie zeigen bei Trennungs-Testsituationen keine Gefühle, sowohl beim Verlassen des Raumes durch die Bindungsperson als auch bei der Wiederkehr. In ihrem bisherigen Leben konnten diese Kinder noch keine Erfahrung mit Zuwendung und Unterstützung in hilfsbedürftigen Situationen machen. Obwohl die Kinder sich unbekümmert geben, weisen sie trotz dessen physischen Stress und Anspannung auf. Durch das abweisende Verhalten der Bezugsperson bei körperlicher und emotionaler Annäherung des Kindes entwickelt sich ein negativer Selbstwert beim Kind. Des Weiteren ist es möglich, dass es dazu neigt, seine Gefühle zu unterdrücken (vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2017, S. 62).

Das unsicher-ambivalente Beziehungsmuster weist hingegen ein übertriebenes und widersprüchliches Verhalten des Kindes während und nach einer Trennungssituation auf. Sie verhalten sich äußerst wachsam und lassen die Bindungsperson nicht aus den Augen, weil sie Verlustängste haben. Sobald es zur Trennung kommt, reagieren sie sehr stark mit Schreien und Weinen. Bei der Wiederkehr ist die Bezugsperson nicht imstande, das Kind angemessen zu beruhigen, da das Kind Wut und Widerstand gegenüber der Person zeigt. Dieses Verhaltensmuster hat ihre Ursache in der Unverlässlichkeit der Bindungsperson. Das Kind kann nicht einschätzen, ob die Person zur Stelle ist, wenn es sie braucht. Des Weiteren ist anzunehmen, dass das Verhalten der Bezugsperson nicht kalkulierbar, sondern widersprüchlich ist. Es kann z.B. der Fall sein, dass die Person das Kind in der gleichen Situation mal tröstet und das nächste Mal ignoriert. Durch diese Unverlässlichkeit werden Zweifel beim Kind ausgelöst, wodurch es Schwierigkeiten hat, die eigene Umgebung zu erkunden und sich zu entspannen. Solche Kinder werden in ihrer Autonomie behindert und fühlen sich von ihrer Bezugsperson abhängig (vgl. ebd. S. 62).

Die unsicher-vermeidende und unsicher-ambivalente Bindung haben höchstwahrscheinlich ihren Ursprung in der Bindungshaltung der Bezugspersonen, die ebenfalls

so aufgewachsen sind. Die eigene komplizierte und zurückweisende Haltung wird dadurch auf das Neugeborene übertragen und somit setzt sich dieses Bindungsverhalten fort. Das Kind entwickelt dementsprechend Verhaltensweisen, die von Distanz und Ambivalenz gegenüber anderen Individuen gekennzeichnet sind. Folglich überträgt es seine Beziehungsmuster auf andere zwischenmenschliche Beziehungen, weil es eine unsichere innere Haltung besitzt. Jene Bindungsunsicherheiten stellen ein Risikofaktor in strapaziösen Situationen dar, weil das Kind nicht widerstandsfähig ist und kaum Bewältigungsmöglichkeiten gelernt hat (vgl. Brisch 2009, S. 106).

Zusätzlich zu Bowlbys drei Beziehungsmustern gibt es noch die desorganisiert-desorientierte Bindung. Da in den folgenden Kapiteln der Schwerpunkt auf das Trauma des sexuellen Missbrauchs gelegt wird, ist das anschließende Beziehungsmuster am ausschlaggebendsten. Sobald ein Kind desorganisiert an seine Bezugspersonen gebunden ist, zeigt es ungewöhnliche und schwer zu interpretierende Verhaltensweisen, wie plötzliches Erstarren, Grimassen schneiden oder Einfrieren der Mimik. Weiterhin wird diese Bindung durch widersprüchliche Bindungsverhaltensweisen charakterisiert, z.B. wird der Kontakt zur Bezugsperson mal abgebrochen und danach wieder aufgenommen, dies kann sich mehrmals wiederholen (vgl. Kasten 2009, S. 141). Diese Unsicherheit zwischen Kontaktwunsch und Angst vor der Bindungsperson beschreibt den inneren Konflikt, in dem das Kind steht. Sie besitzen keinen „sicheren Hafen“, wodurch auch ihre Explorationsfähigkeit stark behindert wird. Kinder mit solch einer Bindung zu ihren Bezugspersonen haben in der Regel traumatische Erlebnisse wie körperlichen und/oder sexuellen Missbrauch hinter sich (vgl. Haug-Schnabel/Bensel 2017, S. 63).

### **2.3 Bindung und sexueller Missbrauch**

Wie in Kapitel 2.2 aufgezeigt wurde, bedingt die Erfahrung sexuellen Missbrauchs eine desorganisierte-desorientierte Bindung. Diese Bindungsform kann folgenschwere Einflüsse auf die Entwicklung von Kleinkindern haben, was im Folgenden genauer aufgezeigt wird.

Der sexuelle Missbrauch durch eine Bezugsperson (Typ-2 intentionales Trauma) stellt für ein Kind eines der verheerendsten und traumatisierendsten Erlebnisse dar. Dabei sind Kinder bis einschließlich des ersten Lebensjahres am meisten gefährdet, da sie noch gänzlich auf die Bezugsperson angewiesen sind. Laut einer Studie des US Department of Health and Human Services (1999) sterben mehr Kinder, die dieser

Altersgruppe angehören, an sexuellen/körperlichen Misshandlungen und Vernachlässigung als in jedem anderen Alter. Exemplarisch dafür ist der sexuelle Missbrauch in jungen Lebensjahren durch den Vater oder eine andere männliche Bezugsperson. Die Handlungen des sexuellen Missbrauchs stellen für das betroffene Kind eine überwältigende Belastung dar, die zu seinen Bindungserfahrungen gehört und das Selbst-, Menschen- und Weltbild sowie sein Sicherheitsgefühl zerstört (vgl. König 2020, S. 107 f.).

Folglich entwickelt das betroffene Kind eine Bindungsstörung, welche durch Bindungsunsicherheit gekennzeichnet ist. Die psychischen Konsequenzen können nur mithilfe einer Therapie verarbeitet werden. Die ursprüngliche Bindungssituation kann so lange bewahrt werden, bis der sexuelle Missbrauch erkannt wird. Entsprechend sieht das Kind den Vater in alltäglichen Situationen als Bindungsperson, aber in Missbrauchssituationen als Gefahrenquelle. Er nutzt seine Rolle als Bindungsperson für solche Handlungen aus und ignoriert den Widerstand und die Hilfesignale des Kindes. Zusätzlich wird das Kind emotional erpresst, weil der Vater dem Kind beim Verrat seiner Tat Liebesentzug oder andere härtere Konsequenzen androht. Die Isolation des betroffenen Kindes, die durch die Androhungen des Vaters erfolgt, bewirkt, dass das Kind folglich mit seinen traumatischen Erfahrungen objektiv allein gelassen wird. Somit wird die frühzeitige Traumaverarbeitung verhindert, da die meisten Ressourcen wegfallen (vgl. Weinberg 2006, S. 81).

Das Kind befindet sich in einem Kontext, der ausschließlich von Widerstand gegenüber der Bindungsperson gekennzeichnet ist. Es spürt bei solch einer Handlung Gefühle wie Angst, Wut und Hilflosigkeit und muss diese aushalten, weil es im unausweichlichen körperlichen Kontakt zu seinem Vater steht (vgl. Brisch 2009, S. 111 f.). Diese traumatisierenden Bindungserfahrungen zwingen das Kind dazu, in einem unaufhörlichen Widerspruch zu stehen, in dem es die einzige Sicherheitsbasis als gewalttätig erlebt und gleichzeitig die Gefahrenquelle als körperliche Zuwendung empfindet (vgl. König 2020, S. 107 f.). Die Bindungsperson verhält sich in alltäglichen Situationen unauffällig und unterstützt oder hilft dem Kind. Dagegen wird sie in einer Missbrauchssituation als Gefahrenquelle erlebt, von der Gewalt und Bedrohlichkeit ausgeht. Das Kind kann diese Diskrepanz zwischen Vertrautheit und Gefahr nicht verarbeiten und steht permanent unter psychischen Stress, da es ständig einem Bindungskonflikt ausgesetzt ist (vgl. Brisch 2009, S. 111 f.).

Folglich hat das Kind Schwierigkeiten damit, seine Bindungswünsche und Bedürfnisse gegenüber dem Vater oder anderen Bezugspersonen zu signalisieren oder zu zeigen (vgl. Brisch 2009, S. 111 f.).

Ein weiteres Kennzeichen für diese Bindungsunsicherheit ist, dass das Kind eher Bindungsverhalten gegenüber fremden Menschen zeigt als zu den eigenen Bezugspersonen. Sie isolieren sich hinsichtlich des Vaters, dafür suchen sie Nähe bei fremden Personen, beispielsweise bei einem längeren Krankenhausaufenthalt. Sobald die Mutter die Absichten des Vaters in irgendeiner Weise unterstützt, fällt auch sie als „sicherer Hafen“ weg und bietet dem Kind keine Unterstützung oder Sicherheit mehr. Es kann sein, dass sie „nur“ vom sexuellen Missbrauch weiß und nichts dagegen unternimmt, das Kind dem Vater für seine Verbrechen zur Verfügung stellt oder zur Prostitution zwingt. Diese folgenschweren Szenarien lösen vollkommene Schutz- und Hilflosigkeit beim Kind aus und verwehren ihm Vertrautheit und Sicherheit. Es wird mit all seinen Gefühlen und der ständigen Bedrohung allein gelassen. Die einzige Möglichkeit auf Schutz und Nähe sucht es dementsprechend in Beziehungen zu fremden Personen oder Bezugspersonen aus anderen Instanzen. Nur sie können noch um Hilfe gebeten werden, weil sie keinen Loyalitätskonflikt bieten, da sie nicht der Familie angehören und ihm somit nicht schaden können (vgl. ebd. S. 111 f.).

Umso wichtiger ist es, dass sie sich als vertrauenswürdig und sicher erweisen, somit können sie als protektiver Faktor gelten und verhindern, dass das Kind unter der Risikobelastung dekompenziert und folglich Symptome einer Belastungsstörung entwickelt (vgl. Brisch 2010, S. 73). Jedoch besteht die Möglichkeit, dass die Menschen aus interfamiliären Kontexten dem Kind keinen Glauben schenken, dass es zu sexuellen Gewalttaten ausgehend von einer Bindungsperson kommt. Ein Grund dafür können die fehlenden sichtbaren Spuren am Körper des Kindes sein, diese lassen nicht nur andere Bezugspersonen zweifeln, sondern auch das Kind selbst. Dementsprechend wird der letzte „sichere Hafen“ des Kindes zerstört, indem ihm Misstrauen und Unverständnis entgegengebracht werden. Infolgedessen wird sich das schon bestehende Entwicklungsrisiko um ein Vielfaches erhöhen. Sobald ein Kind keine Unterstützung und Hilfe während der traumatischen Erfahrungen oder bei der Traumaverarbeitung erhält, steigert sich das Risiko an einer dissoziativen Belastungsreaktion wie der PTBS zu erkranken (vgl. König 2020, S. 108).



Normalerweise werden die physischen und emotionalen Bedürfnisse eines Kindes bei einer gesunden Bindung regelmäßig, zuverlässig und liebevoll befriedigt. Bei einer desorganisierten-desorientierten Bindung, die mit sexuellem Missbrauch einhergeht, können zwar auch die körperlichen und emotionalen Bedürfnisse während alltäglichen Situationen gestillt werden, jedoch kann sich das Kind nie ganz sicher und geborgen fühlen, weil es immer wachsam und sensitiv gegenüber der eigentlichen Gefahrenquelle sein muss. Diese Wachsamkeit bzw. Hypersensibilität vor potenziellen Gefahren oder wiederholten sexuellen Übergriffen wird auch als Hypervigilanz bezeichnet und gehört zu den kennzeichnenden Symptomen der Posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Brisch 2009, S. 113 f.; Cohen 2017, S. 146).

Selbst wenn das Kind positive körperliche Erfahrungen vor dem Beginn des Traumas machen konnte, kommt es später zu einer typischen Abwehrhaltung, die von einer intensiven und angsterfüllten Anspannung geprägt ist. Diese Form der frühen und andauernden Traumatisierung verhindert zudem einen der bedeutendsten frühkindlichen Entwicklungsprozesse, und zwar den Integrationsprozess von physischen, psychischen und emotionalen Wahrnehmungen beziehungsweise Bewertungen und damit auch der Entwicklung von Sprache und Kognition. Durch die Beeinträchtigung des Integrationsprozesses wird der seelische Schutzmechanismus des Körpers ausgelöst und es kommt zu einer Dissoziation (vgl. Weinberg 2006, S. 55). Diese Dissoziation, welche als Schutzmechanismus fungiert, deaktiviert den Körper des Kindes. Das Kind empfindet in Momenten des Missbrauchs keinen physischen Schmerz. Jedoch greift dieser Schutzmechanismus nicht nur in traumatischen Situationen oder Situationen, die an das Trauma erinnern, sondern auch in Momenten, von denen keine Gefahr ausgeht. So kann es der Fall sein, dass das betroffene Kind später positive körperliche Erfahrungen, die in positiven zwischenmenschlichen Beziehungen erfolgen, nicht mehr erleben/spüren kann. Dieser Schutzmechanismus ist so sehr automatisiert, dass er auch in ungefährlichen Momenten greift. Das Kind empfindet Gefühlslosigkeit, da es seinen Körper als abgespalten wahrnimmt (vgl. Brisch 2009, S. 113 f.). Somit ist dieses Symptom ebenfalls eines der charakteristischen Merkmale der Posttraumatischen Belastungsstörung.

Sobald die primäre Bezugsperson das Kind im sicheren Umfeld sexuell missbraucht (intentionales Trauma), wird dem Kind von Grund auf das Urvertrauen in sich selbst und in andere Personen genommen. Es wird Schwierigkeiten haben, neues Vertrauen zu gewinnen, ein Gefühl von Sicherheit zu erlangen und die eigene Umwelt zu

explorieren. Sofern das Gewaltverbrechen in irgendeiner Weise der nächststehenden Bezugsperson (z.B. Erzieher\*in, weitere Familienmitglieder) anvertraut wird, ist es von Bedeutung, dem Kind mithilfe von professionellen Instanzen zu helfen und frühzeitig zu intervenieren. Denn diese soziale Unterstützung kann die gravierenden Folgen eines solchen Verbrechens wie massive entwicklungspsychologische Defizite, negative Auswirkungen auf die seelische Entwicklung und Traumafolgestörungen (z.B. die PTBS) mindern.

## **2.4 Zwischenfazit**

Säuglinge und Kleinkinder müssen laut Eriksons psychoanalytischer Konzeption in jeder Entwicklungsphase spezifische psychosoziale Krisen bzw. Entwicklungsaufgaben lösen und durchlaufen. Die Art der Aufgabenlösung bestimmt dabei die Persönlichkeit des Menschen. Weiterhin bestimmt die Bewältigung der Krisen in den ersten Entwicklungsphasen die Bewerkstelligung späterer Krisen. Dementsprechend ist es elementar, dass das Kind in einem idealen Bezugssystem und unter optimalen Bindungsverhältnissen aufwächst. Sofern diese Bedingungen gegeben sind, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sich psychische Auffälligkeiten ausbilden. Falls aber die Bezugspersonen und das Umfeld dem nicht gerecht werden und zusätzlich besondere Erschwernisse wie traumatische Ereignisse des sexuellen Missbrauchs hinzukommen, ist das Risiko höher, dass das Kind an einer dissoziativen Belastungsreaktion (beispielsweise der PTBS) erkrankt.

## **3. Interventionsmaßnahmen bei sexuellem Missbrauch**

Im Nachfolgenden soll dargestellt werden, welche Anzeichen bei sexuellem Missbrauch auftreten können, wie eine sozialpädagogische Fachkraft diese erkennt und adäquat darauf reagieren kann. Anschließend werden Interventionsmaßnahmen vorgestellt und die Relevanz der Resilienzförderung erläutert.

### **3.1 Anzeichen sexuellen Missbrauchs**

Der sexuelle Missbrauch an Kindern (§ 176 StGB) ist eine Form der Kindesmisshandlung und zählt zu den Misshandlungen im engeren Sinne (bezogen auf den Misshandlungsbegriff). Das bedeutet, dass das Kind vor allem physisch verletzt wird, durch zum Beispiel erzwungenen Geschlechtsverkehr und/oder der Anwendung von Gewalt (vgl. Engfer 2005, S. 3 f.). Die Kindesmisshandlung wird als Benutzung und Ausbeutung des Körpers des Kindes verstanden. Dieser Umstand wirkt nicht nur physisch auf das

Kind ein, sondern auch psychisch, wodurch die normale Entwicklung des Kindes verzögert bzw. behindert werden kann (vgl. Cohen 2017, S. 146). Des Weiteren besteht zwischen Tätern und Opfern grundsätzlich eine Diskrepanz im Hinblick auf das Alter, die Reife und Macht. Zudem kann der sexuelle Missbrauch nach unterschiedlichen Intensitätsgraden unterschieden werden, welche von Beobachtungen nackter Kinder bis hin zu vollzogener oraler, analer oder vaginaler Vergewaltigung (intensivster Missbrauch) reichen (vgl. Engfer 2005, S. 12). Wie schon im Beispiel im Kapitel 2.3 wird im Folgenden der intensivste, sexuelle Missbrauch aufgegriffen und anhand dessen dargestellt, welche Möglichkeiten es gibt, als Sozialarbeiter\*in zu intervenieren.

Die vielen destabilisierenden Faktoren des sexuellen Missbrauchs beeinflussen das Selbst-, Menschen- und Weltbild des Kindes. Zudem wird seine sich noch entwickelnde Persönlichkeit verletzt, sein Gefühlsleben und die Bindungskompetenz in neuen zwischenmenschlichen Beziehungen beschädigt. Eine derartige Beziehungstraumatisierung, die sich mehrmalig wiederholt (Typ-2-Traumata), im schlimmsten Fall monate- oder jahrelang, kann sich ohne rechtzeitige Unterstützung/Intervention gravierend auf alle Lebensbereiche des Kindes auswirken und eine Posttraumatische Belastungsreaktion auslösen (vgl. Rutgers 1990, S. 16).

Eben diese Beziehungstraumatisierung stellt die schwierigsten Umstände für eine Enthüllung dar, weil das Kind gegenüber der Bezugsperson Zuneigung und Vertrauen empfindet. Folglich wird es umso schmerzhafter, diese Vertrauensperson zu verraten und sich gegen sie zu stellen (vgl. ebd. S. 17). Da das Kind in einer strukturellen und emotionalen Abhängigkeit gegenüber der Bezugsperson steht, entwickelt sich daraus eine Loyalität, die das Kind in dem Glauben lässt, dass alles, was die Person tut, weiß und sagt, richtig ist. Dementsprechend muss das Kind diesen Loyalitätskonflikt zunächst einmal überwinden, wenn es sich einer Person oder allgemein seiner Umwelt anvertrauen will (vgl. Gründer/Kleiner/Nagel 1997, S.19). Des Weiteren identifiziert sich ein Kind normalerweise mit seiner Bezugsperson bzw. orientiert sich an dieser. Diese Identifikation läuft während des sexuellen Missbrauchs weiter und stellt zusätzlich eine massive Gefährdung der seelischen Entwicklung des Kindes dar (vgl. Weinberg 2006, S. 81). Sobald die Umwelt des Kindes mit Misstrauen oder Bagatellisierungen auf die Offenlegung der Gewalttat reagiert, wird das Gefühl des Verrats und das des Schamgefühls noch verschlimmert. Folglich geht das Kind höchstwahrscheinlich kein zweites Mal das Risiko ein und wird damit alleingelassen (vgl. Rutgers 1990, S.

17). Daher ist es relevant, dem Kind mit Respekt, Vertrauen und Wertschätzung zu begegnen, indem man ihm aktiv zuhört und es ernst nimmt.

Um darstellen zu können, wie eine Fachkraft der Sozialen Arbeit Anzeichen des sexuellen Missbrauchs an einem Kind erkennen und adäquat auf diesen Verdacht reagieren kann, wird im Folgenden ein fiktives Fallbeispiel im Rahmen der interdisziplinären Frühförderung (§ 46 SGB VIII) angeführt. Angenommen, ein Junge im Alter von vier Jahren namens Max wird wegen Entwicklungsregressionen innerhalb seiner sprachlichen Fähigkeiten seitens des\*der Hausarzt\*ärztin zur interdisziplinären Frühförderung überwiesen. Nach einigen Stunden der Frühförderung fallen dem\*der Sozialarbeiter\*in weitere Symptome und Verhaltensweisen des Kindes auf, welche ihn\*sie dazu veranlassen, in den fachlichen Austausch mit Kolleg\*innen zu gehen. Im Folgenden wird die Symptomatik und das Vorgehen bei einem Verdacht erläutert, währenddessen wird Bezug zum Fallbeispiel genommen.

Die Symptome des sexuellen Missbrauchs lassen sich im Gegensatz zu einer physischen Misshandlung, auf die unter anderem Blutergüsse, Verbrennungen oder Striemen hinweisen, nicht so eindeutig erkennen. Außer das Kind vertraut sich frühzeitig einer Person an und tätigt eine klare Aussage oder es wird eine Geschlechtskrankheit/Verletzungen an den Genitalien festgestellt, welche nur aus einem sexuellen Kontakt zwischen Kind und Erwachsenem resultieren könnten. Da das Kind, wie schon erwähnt, emotional erpresst und isoliert wird, ist es ihm kaum möglich, verbale Äußerungen über das Vergehen zu tätigen. Des Weiteren beschränkt die kognitive und verbale Kompetenz eines Kleinkindes von null bis fünf Jahren die Kommunikation und Offenlegung. Demzufolge ist das Kind gezwungen, auf andere Hilfsmittel zurückzugreifen. Es äußert sich zunächst durch unspezifische Signale, die sich zu spezifischen Symptomen entwickeln können (vgl. Gründer/Kleiner/Nagel 1997, S. 20).

Erfahrenen Sozialarbeiter\*innen sind die Symptome auch aus anderen Arbeitskontexten bekannt, zum Beispiel in solchen, in denen Kinder ebenfalls traumatische Erlebnisse erfahren mussten und auf diese aufmerksam machen wollten. Jedoch können diese auftretenden Symptome auch auf andere Traumata hinweisen, wobei eine massive Häufung der Symptomatik Anlass zur genauen Überprüfung geben sollte. Sobald ein breites Spektrum der Symptomatik auftritt und mögliche Ursachen analysiert werden, muss in jedem Fall das Trauma des sexuellen Missbrauchs miteinbezogen werden. Trotz der Überprüfung durch Symptomcluster ist es wichtig zu beachten, dass

nicht nur Symptome ein ausschlaggebendes Kriterium für einen sexuellen Missbrauch sind und nicht allein dies die Grundlage für eine Einschätzung darstellen sollte (vgl. Gründer/Kleiner/Nagel 1997, S. 22). Jedoch sollte ein sich massiv änderndes Verhalten eine professionelle Fachkraft dazu veranlassen, die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass dem Kind sexueller Missbrauch widerfahren ist (vgl. Kavemann 1991, S. 14).

Die Symptomcluster lassen sich in physische (z.B. Verletzungen an Genitalien, Geschlechtskrankheiten), psychosomatische (z.B. Schlafstörungen, Einnässen), verhaltensbedingte (z.B. Regression, sozialer Rückzug, Aggressionen) und psychiatrische Symptome (z.B. depressive Stimmungen, selbstverletzendes Verhalten) einteilen. Darüber hinaus kann innerhalb des Spiels Reinszenierungen der Missbrauchssituationen beobachten. Die Kinder wenden zum Beispiel körperliche Gewalt gegenüber anderen Mitspieler\*innen an und versuchen so, auf sich aufmerksam zu machen. Weitere Kennzeichen sind ein übermäßiges Interesse an sexuellen Handlungen, sexuelles Wissen, was nicht altersgerecht ist, selbstverletzendes Verhalten oder depressive Stimmungen (vgl. Gründer/Kleiner/Nagel 1997, S. 22 ff.).

In dem Fallbeispiel von Max äußern sich die Signale zum Beispiel durch seine Entwicklungsregression innerhalb seiner sprachlichen Fähigkeiten, folglich durch verhaltensbedingte Symptome. Zu den weiteren Beobachtungen, die die Fachkraft sammeln konnte, gehören Übermüdung, Konzentrationsschwierigkeiten und ein erhöhtes Arousal (Wutausbrüche), wenn ihm die Aufgaben innerhalb der Frühförderung nicht auf Anhieb gelangen.

Wie bereits erwähnt, ist es bei Beobachtungen von Symptomen wichtig, alle Möglichkeiten in Betracht zu ziehen, vor allem die des sexuellen Missbrauchs. Nach dem der\*die Sozialarbeiter\*in mit solchen Anzeichen konfrontiert wurde, muss anschließend die Situation des Kindes hinreichend abgeklärt werden. Dementsprechend muss die Fachkraft multiprofessionell arbeiten und unter anderem Erzieher\*innen, Kinder- und Hausärzt\*innen kontaktieren und sich bei ihnen informieren, ob sie ebenfalls derartige Beobachtungen machen konnten (vgl. Rutgers 1990, S. 23). Die *„multiprofessionelle Zusammenarbeit ist in allen Phasen von Verdachtserhärtung, Aufdeckung und Therapie von sexueller Kindesmißhandlung notwendig“* (Gründer/Kleiner/Nagel 1997, S. 27). Sobald die Fachkraft einen ersten vagen Verdacht hat, ist es fundamental, erste Unsicherheiten mithilfe von Beratungsgesprächen mit Kolleg\*innen zu beseitigen. Das

Beratungsgespräch soll dazu dienen, sich über Wahrnehmungen und Beobachtungen auszutauschen und gegebenenfalls erste Hinweise zu dokumentieren. Weiterhin ist es essenziell, dass sich der\*die Sozialarbeiter\*in bei einem vagen Verdacht intrafamiliären sexuellen Missbrauchs nicht an die Eltern wendet. Denn wie bereits erwähnt, kann es sein, dass nicht nur eine Bezugsperson in den Missbrauch involviert ist. Die Absicht, die dahintersteckt, soll nicht implizieren, dass gegen die Eltern gearbeitet wird oder sie entmündigt werden, sondern vielmehr das Kind zu beschützen. Denn der sexuelle Missbrauch wird durch Geheimhaltung und Abhängigkeit charakterisiert und sobald die Gefahr besteht, dass die Bezugspersonen involviert sind, wäre es misshandlungsfördernd, sie zu informieren. Im §8 Abs. 3 KJHG ist darüber hinaus festgelegt, dass Kinder und Jugendliche Anspruch auf Beratung bei einer Notlage ohne Mitteilung der Personensorgeberechtigten haben (vgl. Gründer/Kleiner/Nagel 1997, S. 27 ff.).

Bei der Verdachtserhärtung, welche durch die Mitteilung des Kindes anhand von Bildern oder befremdlichen Äußerungen stattfinden kann, müssen mehrere Institutionen miteinbezogen werden, um einen ausreichenden Kinderschutz gewährleisten zu können. Die Institutionen sollten die Aufgaben der Fallklärung und des nachfolgenden Kinderschutzes abdecken. Dazu zählen unter anderem das Jugendamt und der Allgemeine Soziale Dienst. Die Netzwerkarbeit spielt in diesem Zusammenhang eine elementare Rolle, um dauerhaft und langfristig den Kinderschutz zu gewährleisten. Falls das Kind in einem Alter ist, in dem es sich ausreichend verbal dazu äußern kann, ist es wichtig, die Anzahl der Befragungen auf ein Minimum zu beschränken, da das Risiko unterschiedlicher Darstellungen bei Mehrfachbefragungen steigt und das Kind abermals verunsichert werden kann (vgl. ebd. S. 30).

Im Fall Max geben gemalte Zeichnungen, in denen er sich über den sexuellen Missbrauch mitteilen möchte, den Fachkräften Anlass zur Verdachtserhärtung. Da sie in einer interdisziplinären Einrichtung arbeiten, haben sie die Möglichkeit, umgehend therapeutische Hilfe hinzuzuziehen und eine zweite Meinung einzuholen. Daraufhin wird aufgrund von längerfristigen Beobachtungen und Interviews mit Erzieher\*innen und ärztlichem Fachpersonal eine Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt. Anschließend kann durch die Netzwerkarbeit mit Institutionen des Kinderschutzes der sexuelle Missbrauch durch Max Vater aufgeklärt werden. Die PTBS kann, wie schon mehrfach erwähnt, eine Folgeerkrankung einer solchen traumatischen Erfahrung sein. Die bereits erwähnten Symptomcluster des sexuellen Missbrauchs sind die

Folgereaktionen der Psyche und des Verhaltens von Max auf das Trauma. Wie festgestellt werden kann, gleichen sie der PTBS.

Die bei ihm zu beobachtenden Signale, wie unter anderem Übermüdung durch zum Beispiel Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Entwicklungsregressionen und Wutausbrüche geben Anlass, eine Posttraumatische Belastungsstörung in Betracht zu ziehen und diese zu diagnostizieren.

Der detaillierte Ablauf bei einer Verdachtserhärtung wird im Folgenden nicht weiter erläutert, da es über den eigentlichen Schwerpunkt hinausgehen würde. Trotz dessen soll nicht unerwähnt bleiben, dass der\*die Sozialarbeiter\*in als Vertrauensperson dem Kind in jedem Fall Glauben schenken muss, ihm versichern muss, dass es keine Verantwortung oder Schuld trägt und dass der\*die Täter\*in kein Recht dazu hatte, ihm etwas Derartiges anzutun. Des Weiteren helfen unterstützende, bestärkende und ermutigende Worte oder das Betonen der Ressourcen und Fähigkeiten des Kindes (vgl. Rutgers 1990, S. 26).

### **3.2 Resilienzförderung als Interventionsmaßnahme**

Beim sexuellen Missbrauch spielt die präzise strukturierte und koordinierte interdisziplinäre Intervention eine fundamentale Rolle. Die Aufgaben der unterschiedlichen Professionellen sollten klar definiert und verteilt werden. Des Weiteren hat sich eine sofortige, intensive und exakt organisierte Intervention als am wirksamsten erwiesen. Diese sollte bereits in den ersten Tagen nach der Aufdeckung des Missbrauchs erfolgen. Das Kind sollte unmittelbar nach der Aufdeckung der Missbrauchssituation entzogen und wirksam geschützt werden. Im Anschluss wird ein Unterstützungsplan (z.B. therapeutische Maßnahmen) für das betroffene Kind und gegebenenfalls für die Bezugspersonen ausgearbeitet. Anschließend werden die unterschiedlichen Rehabilitationsmaßnahmen koordiniert und überwacht, bis für das Kind akzeptable familiäre Bedingungen geschaffen wurden. Durch psychotherapeutische Maßnahmen wird die soziale Intervention begleitet und ergänzt. Falls diese Maßnahmen nicht ausreichen, um das Kind hinreichend vor dem Missbrauch zu schützen, wird eine Langzeitunterbringung, wie zum Beispiel die in einem Heim, vorbereitet. Um einen Rückfall des\*der Täters\*in zu verhindern, werden sekundäre Präventionsmaßnahmen eingeleitet. Diese wären unter anderem die Aufklärung des Umfeldes des Opfers und therapeutische bzw. juristische Maßnahmen für den\*die Täter\*in. (vgl. Rutgers 1990, S. 32 f.; Wäller 1991, S. 24 f.).

Falls die väterliche Bezugsperson, wie im Fallbeispiel Max, den sexuellen Missbrauch am Kind vollzogen hat, ist für die Genesung des Kindes wichtig, die Mutter-Kind-Beziehung zu verbessern und zu stärken (vgl. Rutgers 1990, S. 42). Max benötigt nicht nur eine Therapie, um die Geschehnisse zu verarbeiten, sondern auch die Wiederherstellung eines „sicheren Hafens“ und die Förderung und Herausarbeitung seiner Ressourcen (z.B. Resilienz) durch sozialpädagogische Unterstützung. Die Therapie und die Ressourcenförderung, welche durch eine\*n Sozialarbeiter\*in erfolgt, soll Max darin unterstützen, das Trauma zu verarbeiten und zu überwinden, um die Auswirkungen der Posttraumatischen Belastungsstörung so gering wie möglich zu halten. Spezifische Ziele stellen unter anderem die Beziehungsfähigkeit, das Erlangen von Vertrauen in sich selbst und in seine Umwelt, das Ablegen der psychischen und sozialen Isolierungshaltung und das Zulassen und Ausleben von unterschiedlichsten Gefühlen dar (vgl. ebd. S. 42 f.).

Während Max in therapeutischer Behandlung ist, liegt in diesem Fallbeispiel die Verantwortung der sozialpädagogischen Fachkraft darin, seine Resilienz parallel zu fördern. Max erlebte bis zu seinem vierten Lebensjahr eine desorganisierte-desorientierte Bindung zu seinem Vater und zu seiner Mutter, da auch sie als Mitwissende in die Gewalttat involviert war. Er konnte nicht wie andere Kinder unter idealen Bindungsverhältnissen aufwachsen und eine sichere emotionale Bindung aufbauen. Demzufolge kann er diese nicht als Schutzfaktor und Ressource für weitere Entwicklungsphasen und Herausforderungen nutzen. Normalerweise stellt die emotionale sichere Bindung das Fundament der Widerstandskraft und Resilienz gegenüber möglichen Belastungen dar. Jedoch ist dieser Grundstein bei ihm weniger stark ausgeprägt und aus diesem Grund ist es umso bedeutungsvoller, seine Resilienz zu fördern. Denn die Resilienz ist weder angeboren noch genetisch bedingt, sondern kann im Laufe der Entwicklungsphasen erworben und gestärkt werden (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, S. 41). Sie ist die Fähigkeit eines Menschen, *„Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für die Entwicklung zu nutzen“* (Welter-Enderlin 2008, S. 13). Dementsprechend soll sie Max dazu dienen, das Trauma des sexuellen Missbrauchs weitestgehend zu verarbeiten und ihm als Ressource zur Bewältigung neuer Krisen und Herausforderungen fungieren.



Eine wichtige Voraussetzung für die Resilienzförderung ist die Autonomie des Kindes. Sie stellt die Fähigkeit dar, unter Stress Hilfe zu suchen und diese auch anzunehmen. Im Fallbeispiel versucht Max, mit Hilfe von Zeichnungen auf sich aufmerksam zu machen und dem\*der Sozialarbeiter\*in zu veranschaulichen, dass er sich in einer Notlage befindet. Max hat dementsprechend die Initiative ergriffen, von der Belastung zur Hoffnung und Lösung des Problems zu gelangen (vgl. Welter-Enderlin 2008, S. 11).

Für die Bewältigung von Krisen und Herausforderungen werden protektive Faktoren benötigt, die die Widerstandskraft und Resilienz des Kindes stärken. Dazu zählen zunächst die persönlichen Ressourcen, wie zum Beispiel die Selbstwirksamkeit, die Selbstwahrnehmung und die Selbstregulation. Diese sollen bei der Resilienzförderung von Max in den Fokus genommen werden. Die möglichen sozialen Ressourcen wären die Vermittlung und Unterstützung durch Verwandtschaft (z.B. Großeltern) und die Stärkung der Mutter-Kind-Beziehung. Zusätzlich könnten noch interfamiliäre soziale Ressourcen hinzugezogen werden, wie Erzieher\*innen, welche Max zusätzlich Sicherheit und Vertrauen bieten und positive Rollenbilder vermitteln (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, S. 30 f.). Im Nachfolgenden wird ausschließlich die Förderung der persönlichen Ressourcen näher erläutert, da sie für die Stärkung der Persönlichkeit und dementsprechend auch für die Widerstandskraft verantwortlich sind.

### **Selbstwirksamkeit**

Die Förderung der Selbstwirksamkeit ist deshalb unabdingbar, weil sie die Ausprägung anderer personaler Ressourcen, wie zum Beispiel die der Selbstwahrnehmung beeinflusst. Die Selbstwirksamkeit eines Menschen stellt das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und in die zugänglichen Mittel dar. Des Weiteren ist es die Überzeugung, ein Ziel trotz Hindernisse erfolgreich zu erreichen. Die Selbstwirksamkeit wird durch die Erwartungshaltung geprägt, die ein Kind an sein Handeln stellt. Dabei bestimmt die Erwartung die Motivation an das Herangehen neuer Herausforderungen und somit auch die Bewältigung derer. Sobald das Kind merkt, dass es aus eigener Kraft etwas erschaffen oder lösen konnte, wird es in seiner Kompetenz der Selbstwirksamkeit bestätigt. Sofern ein Kind an diesen Punkt gelangt ist, wird es das Gefühl von Kontrolle erreichen und verstehen, welche Ursachen bestimmte Ereignisse haben können. Weiterhin wird ein Kind nachvollziehen können, dass sein Erfolg auf sein eigenes Handeln zurückzuführen ist und welche Strategien es dafür angewendet hat. Demzufolge kann es die erlernte Strategie auf neue Herausforderungen übertragen. Um Max in seiner

Selbstwirksamkeit zu unterstützen und diese zu fördern, muss er in den Alltag partizipativ eingebunden werden und lernen, Verantwortung zu übernehmen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, S. 46 ff.). Für seine Entwicklung ist es daher unabdingbar, dass die sozialpädagogische Fachkraft darauf achtet, ihn in Entscheidungsprozesse mit einzubeziehen und ihn an der Gestaltung seiner neuen Lebensbedingungen teilhaben zu lassen. Während seiner traumatischen Erlebnisse wurde ihm die Teilhabe an Entscheidungen genommen und ihm das Gefühl vermittelt, dass er keinen Einfluss auf das eigene Handeln besitzt (vgl. König 2020, S. 162). Er musste erfahren, was Schwäche und Wirkungslosigkeit bedeutet und Demütigungen, die Schuldgefühle in ihm auslösten, über sich ergehen lassen. Aus diesem Grund ist es bedeutsam, ihm verschiedenste Möglichkeiten zu bieten und aufzuzeigen, dass er die Fähigkeit innehat, selbst etwas zu bewirken und sich selbst zu akzeptieren (vgl. König 2020, S. 162; Rutgers 1990, S. 17). Des Weiteren hat der\*die Sozialarbeiter\*in die Aufgabe, Max in seinen Erfolgen zu bestärken, auf seine Fähigkeiten zu vertrauen und nicht vorschnell einzugreifen (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, S. 48).

### **Selbstwahrnehmung**

Die Fähigkeit der adäquaten Selbstwahrnehmung zählt zu den Grundbausteinen zwischenmenschlicher Beziehungen und ist ebenfalls wichtig für das Lösen und Bewältigen von Herausforderungen. Ziel ist es, seine eigenen Gefühle und Gedanken zu erkennen, selbstreflexiv zu sein und andere Menschen kontextbezogen wahrzunehmen. Normalerweise lernt ein Kind in frühen Lebensjahren zwischen sich selbst und anderen Personen zu differenzieren. Ausschlaggebend für das Kind sind die Rückmeldungen von seiner Umgebung und die Interaktionen mit anderen Menschen. Dabei spielen die Sinnes- und Körpererlebnisse eine fundamentale Rolle, denn sie prägen die Selbstwahrnehmung des Kleinkindes. Durch diese Erlebnisse werden Informationen über den eigenen Körper und sich selbst aufgenommen und erschlossen. Des Weiteren ist es für die Gefühlsdifferenzierung unabdingbar, dass die Bezugspersonen des Kindes seine Gefühle spiegeln, um dem Kind die Möglichkeit zu geben, sich ins Verhältnis zu anderen Individuen zu setzen. Das Kind muss durch seine Vorbilder lernen, wie man mit Hilfe von Sensibilität die Aufmerksamkeit auf den eigenen Körper lenkt und dadurch physische Zustände erkennt und adäquat auf sie eingehen kann. Überdies wird die Selbstreflexivität durch den inneren Dialog, Selbstbeobachtungen und das Beurteilen

eigener Handlungs- und Wahrnehmungsprozesse erreicht (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, S. 43 ff.).

Wie bereits erwähnt blieb Max der Integrationsprozess von physischen, psychischen und emotionalen Wahrnehmungen bzw. Bewertungen verwehrt. Demzufolge kam es zu einer Entwicklungsregression innerhalb seiner sprachlichen Fähigkeiten und zur Veränderung seiner Kognition. Diese Beeinträchtigung des Integrationsprozesses löste als Schutzmechanismus eine Dissoziation aus, die dann in Momenten des physischen Schmerzes seinen Körper deaktivierte. Da dieser Schutzmechanismus insofern automatisiert ist, dass er weiterhin greift, besteht die Aufgabe der sozialpädagogischen Fachkraft darin, Max hinsichtlich der Sensibilität für den eigenen Körper und die eigenen Gefühle zu fördern. Zusätzlich muss sie ihn darin unterstützen, seine Wahrnehmungen zu reflektieren und verbal ausdrücken zu können (vgl. ebd. S. 45).

### **Selbstregulation**

Unter idealen Bedingungen (Bindungssicherheit) erlernt schon ein Säugling die Fähigkeit, Zustände der Anspannung und Gefühle zu entwickeln, diese aufrecht zu erhalten und dessen Umfang und Dauer zu kontrollieren. Bestenfalls eignen sie sich ebenso die Regulation der dazugehörigen körperlichen Prozesse an. Das Erlernen der Selbstregulation basiert auf der Kompetenz der Bezugspersonen, angemessen auf die Gemütsregungen (Affekte) des Kleinkindes einzugehen, indem sie sich gefühlsmäßig auf ihr Kind einstellen, sich einfühlen und wahrnehmen können, welche Bedürfnisse ihr Kind hat. Dadurch kann das Kleinkind erlernen, seine Emotionen zu regulieren und der Situation entsprechende Gefühle zu entwickeln. Des Weiteren erwirbt das Kleinkind mit Hilfe seiner Bezugspersonen die Fähigkeit sein Arousal, seine motorischen Tätigkeiten, seine Affekte und seine Aufmerksamkeit zu steuern. Sobald das Kind das vierte Lebensjahr abgeschlossen hat, sollte es dazu in der Lage sein, seine Gefühle eigenständig regulieren zu können und empathisch zu sein (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, S. 48 f.).

Max konnte diese Erfahrungen nicht sammeln und bleibt wegen der Inkompetenz seiner Bezugspersonen auf Affekte adäquat reagieren zu können bzw. sie überhaupt ernst zu nehmen, in einem permanenten inneren Spannungszustand (vgl. ebd. S. 48 f.).

Er war als Kleinkind einem frühen und anhaltenden Trauma ausgesetzt, wodurch seine Gefühls- und Affektwahrnehmung bzw. -umsetzung stark behindert wurde. Max musste sich gegen die Angst vor Schmerzen und Verlust-/Verlassenheitsgefühle immunisieren, daher ist für ihn charakteristisch, einen beständigen Druck und andauernde Anspannung oder Leere zu spüren (vgl. Weinberg 2006, S. 56). Um ihm bei der Ausbildung seiner Selbstregulationsfähigkeiten zu unterstützen, ist eine positive emotionale Atmosphäre innerhalb seiner neuen Umgebung eine fundamentale Voraussetzung. Des Weiteren hat die sozialpädagogische Fachkraft die Aufgabe, Max den Umgang mit Emotionen durch Gespräche über diese oder ausdrucksstarke Abbildungen näher zu bringen. Spezifische Herangehensweisen wären, Max dabei anzuleiten, sich selbst zu beobachten, damit er lernt Affektzustände wahrzunehmen. Zudem sollte ihm aufgezeigt werden, wie Emotionen differenziert erkannt und gedeutet werden können und wie er sich neue Handlungs- und Regulationsstrategien erarbeiten kann (vgl. Fröhlich-Gildhoff/Rönnau-Böse 2015, S. 49).

Demnach ist das oberste Ziel der sozialpädagogischen Unterstützung durch die Resilienzförderung die Entwicklung der bisherigen Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs und die daraus resultierenden Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung zu minimieren und ihn anschließend weitestmöglich bei der Rehabilitation zu unterstützen. Dies erfolgt mittels der Förderung seiner Selbstwirksamkeit durch Verantwortungsübertragung und Teilhabe an Entscheidungen, Stärkung seiner Selbstwahrnehmung mit Hilfe von Selbstreflexivität und Entwicklung einer Sensibilität gegenüber seines Körpers und Gefühlen und einer anschließenden Unterstützung in seiner Selbstregulation durch Aufzeigen von Handlungsalternativen und Strategien zur Selbstberuhigung.

### **3.3 Zwischenfazit**

Eine der traumatisierendsten Erfahrungen für ein Kind stellt der sexuelle Missbrauch durch eine Bezugsperson dar. Das Kind wird nicht nur physisch verletzt, sondern vor allem auch psychisch, da in die persönliche Integrität des Kindes eingegriffen und diese nachhaltig verändert wird. Aus diesem Grund ist es als sozialpädagogische Fachkraft von fundamentaler Bedeutung, die Anzeichen des sexuellen Missbrauchs, zum Beispiel anhand spezifischer Signale oder Symptome, frühzeitig zu erkennen, adäquat zu deuten und schnellstmöglich multiprofessionell zu intervenieren. Ziel ist es,

die bisherigen verheerenden Auswirkungen des Traumas durch angemessene und nachhaltige Unterstützung wie die Resilienzförderung zu verringern, um dem betroffenen Kind eine bestmögliche Grundlage zu schaffen damit es künftige Entwicklungsaufgaben bewältigen kann.

#### **4. Fazit**

Traumatische Ereignisse können einem Menschen in den verschiedensten Formen und durch jedmögliche Art widerfahren. Sie können außerordentlich belastend auf das Individuum einwirken und es in seiner Integrität bedrohen. Dabei wird die betroffene Person physischem, kognitivem und emotionalem Stress ausgesetzt. Aufgrund der Tatsache, dass jeder Mensch einzigartig ist, nimmt auch jeder ein Trauma unterschiedlich wahr, beziehungsweise kann dieses auf verschiedenste Art und Weise verarbeiten. Die Grundlage für eine Bewältigung dessen stellen die Bindungssicherheit und Resilienz dar, die ein Kind idealerweise in den ersten Monaten seines Lebens erfahren und entwickeln kann. Jedoch gibt es Kinder, denen dies nicht geboten werden konnte, somit fehlt ihnen diese Grundlage und sie werden Schwierigkeiten haben, bevorstehende Krisen und Herausforderungen zu bewältigen. Sobald zu diesen Bedingungen eine folgenschwere Traumatisierung wie der sexuelle Missbrauch hinzukommt, wird das Kind seines Gefühls von Sicherheit und Zuneigung beraubt. Das Kind steht in einem ständigen Widerspruch, da von der Bezugsperson, die eigentlich für Sicherheit und Vertrauen steht, Gewalt ausgeht. Gleichzeitig wird dem Kind während des sexuellen Missbrauchs von der Gefahrenquelle körperliche Zuwendung gegeben. Das Kind kann diese Diskrepanz zwischen Gefahr und Sicherheit nicht verarbeiten und steht deshalb unter permanentem psychischen Stress.

Sofern dem Kind nicht frühzeitig geholfen werden kann, ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass eine längerfristige Verletzung der Persönlichkeit verursacht wird. Des Weiteren verändert sich das Selbst-, Fremd- und Weltbild und es kommt zu besonderen Erschwernissen innerhalb seiner Entwicklungsphasen. Darüber hinaus drücken sich die Folgen eines solchen Traumas durch Veränderungen bezüglich der Emotionen und des Verhaltens aus. Das Resultat dessen kann als Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert werden. Um das Kind bei der Traumaverarbeitung zu unterstützen und die Auswirkungen der Traumafolgestörung zu mindern, ist soziale Unterstützung nötig, die zum Beispiel durch professionelle Instanzen erfolgen kann. Eine besondere Rolle nimmt dabei die sozialpädagogische Fachkraft ein, die das Kind hinsichtlich seiner Resilienzfähigkeit fördern kann. Dafür muss sie in der Lage sein, die Symptome

des sexuellen Missbrauchs frühzeitig zu erkennen, adäquat zu interpretieren und unverzüglich interdisziplinär zu intervenieren. Mit Hilfe der Resilienzförderung werden anschließend spezifische Resilienzfaktoren gestärkt. Die sozialpädagogische Unterstützung hat dabei das Ziel, die weitreichenden Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs zu dezimieren, um dem betroffenen Kind die Möglichkeit zu bieten, seine Autonomie und das Vertrauen in sich und seine Umwelt wiederzuerlangen. Durch die Erkenntnisse dieser Arbeit konnte verdeutlicht werden, wie unabdingbar die rechtzeitige Prävention von Gewalttaten des sexuellen Missbrauchs ist. Wie eingangs erwähnt, steigen die Fallzahlen stetig und aus diesem Grund sollten sozialpädagogische Fachkräfte hinsichtlich dieser Problematik fachlich ausgebildet beziehungsweise weitergebildet werden, um möglichst vielen Kindern ein gewaltfreies Leben ermöglichen zu können. Somit erhalten diese die Chance, in einem sicheren familiären Kontext aufzuwachsen und ihre Beziehungen zu anderen Menschen stärken zu können, sodass sie zu einer resilienten Gesellschaft beitragen können.

## 5. Anhang

### Auflistung Risikofaktoren

Die folgende Liste führt Risikofaktoren und potenziell traumatische Situationsfaktoren auf. Diese wurden im Rahmen von Untersuchungen durch Ulrich T. Egle et al. 1997 zusammengetragen.

Risikofaktoren:

- Niedriger sozioökonomischer Status
- Schlechte Schulbildung der Eltern
- Arbeitslosigkeit
- Große Familien und sehr wenig Wohnraum
- Kontakte mit Einrichtungen der „sozialen Kontrolle“ (z.B. Jugendamt)
- Kriminalität oder Dissozialität eines Elternteils
- Chronische Disharmonie in der Primärfamilie
- Mütterliche Berufstätigkeit im ersten Lebensjahr
- Unsicheres Bindungsverhalten nach dem 12./18. Lebensmonat
- Psychische Störungen der Mutter oder des Vaters
- Chronisch krankes Geschwister
- Alleinerziehende Mutter
- Autoritäres väterliches Verhalten
- Verlust der Mutter
- Längere Trennung von den Eltern in den ersten sieben Lebensjahren
- Anhaltende Auseinandersetzungen infolge Scheidung/Trennung der Eltern
- Häufig wechselnde frühe Beziehungen
- Sexueller und/oder aggressiver Missbrauch
- Schlechte Kontakte zu Gleichaltrigen in der Schule
- Altersabstand zum nächsten Geschwister <18 Monate
- Hohe Risiko-Gesamtbelastung
- Geschlecht (Jungen vulnerabler als Mädchen)

(Egle/Cierpka 2006, S. 370f.)

## 6. Literaturverzeichnis

- Bensel, Joachim/Haug-Schnabel, Gabriele: Grundlagen der Entwicklungspsychologie - Die ersten 10 Lebensjahre. 12. Aufl. Freiburg im Breisgau 2017.
- Bonekamp, E.: Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Esser, Günter (Hrsg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. 4. Aufl. Stuttgart 2011, S. 463-473.
- Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen - Von der Bindungstheorie zur Therapie. 10. Aufl. Stuttgart 2010.
- Brisch, Karl Heinz: Bindungsstörungen und Trauma - Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In: Brisch, Karl Heinz/Hellbrügge, Theodor (Hrsg.): Bindung und Trauma - Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. 3. Aufl. Stuttgart 2009, S. 105-136.
- Cohen, Yechezkiel: Das traumatisierte Kind - Psychoanalytische Therapie im Kinderheim. In: Drews, Sibylle/Endres, Manfred (Hrsg.): Schriften zur Psychotherapie und Psychoanalyse von Kindern und Jugendlichen. Band 26. 2. Aufl. Frankfurt a. M. 2017.
- Dornes, Martin: Die frühe Kindheit - Entwicklungspsychologie der ersten Lebensjahre. 10. Aufl. Frankfurt am Main 2013.
- Egle, Ulrich T./Cierpka, Manfred: Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. In: Lohaus, Arnold/Jerusalem, Matthias/Klein-Heßling, Johannes (Hrsg.): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen 2006, S. 370-400.
- Ehring, Thomas/Kunze, Anna: Posttraumatische Belastungsstörung. In: Hoyer, Jürgen/Knappe, Susanne (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3. Aufl. Berlin 2020, S. 1160-1179.
- Engfer, Anette: Formen der Misshandlung von Kindern - Definitionen, Häufigkeiten, Erklärungsansätze. In: Egle, Ulrich T./Hoffmann, Sven O./Joraschky, Peter (Hrsg.): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung - Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 3. Aufl. Stuttgart 2005.
- Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2. Aufl. Göttingen 2018.
- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter/Fischer, Adrian G.: Lehrbuch der Psychotraumatologie. 5. Aufl. München 2020.



- Fröhlich-Gildhoff, Klaus/Rönnau-Böse, Maïke: Resilienz. 4. Aufl. München 2015.
- Gründer, Mechthild/Kleiner, Rosa/Nagel, Hartmut: Wie man mit Kindern darüber reden kann – Ein Leitfaden zur Aufdeckung sexueller Misshandlung. Münster 1997.
- Gontard, Alexander: DC:0-5 Diagnostische Klassifikation seelischer Gesundheit und Entwicklungsstörungen der frühen Kindheit. Stuttgart 2019.
- Irblich, Dieter/Graf, Anna/Landoldt, Markus A.: Posttraumatische Belastungsstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie - Ergebnisse aus Psychotherapie, Beratung und Psychiatrie. 57 (2008), H. 4, S. 247-263.
- Irblich, Dieter/Renner, Gerolf: Diagnostik in der Klinischen Kinderpsychologie - Die ersten sieben Lebensjahre. Göttingen 2009.
- Kasten, Hartmut: 0-3 Jahre - Entwicklungspsychologische Grundlagen. 2. Aufl. Berlin, Düsseldorf 2009.
- Kavemann, Barbara: Die Angst ist immer da – Sexuelle Gewalt gegen Mädchen. In: Büscher, Ulrich/Gegenfurtner, Magrit/Heid, Hans (Hrsg.): Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen – Beiträge zu Ursachen und Prävention. Essen 1991, S. 9-14.
- König, Lilith: Trauma und Bindung in der Kindheit - Grundwissen für Fachkräfte der frühen Bildung. Stuttgart 2020.
- Landolt, Markus A.: Psychotraumatologie des Kindesalters - Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. 2. Aufl. Göttingen 2012.
- Lützner-Lay, Erika: Trauma und Resilienz in Beratung und Therapie - Wie die Schatten unserer Geschichte uns begleiten und die Lebenskraft uns trägt. Wiesbaden 2016.
- Maass, Asja/Vierhaus, Marc/Lohaus, Arnold: Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters - für Bachelor. Heidelberg 2010.
- Maercker, Andreas: Traumafolgestörungen. 5. Aufl. Berlin 2019.
- Oerter, Rolf/Altgassen, Mareike/Kliegel, Matthias: Entwicklungspsychologische Grundlagen. In: Hoyer, Jürgen/Knappe, Susanne (Hrsg.): Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3. Aufl. Berlin 2020, S. 332-349.

- Pausch, Markus J./ Matten, Sven J.: Trauma und Traumafolgestörungen - In Medien, Management und Öffentlichkeit. Wiesbaden 2018.
- Rank, Simon M.: Psychische Auffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter - Praxis-Manual für pädagogische Berufsgruppen. Wiesbaden 2020.
- Rothgang, Georg-Wilhelm: Entwicklungspsychologie. In: Schermer, Franz J. (Hrsg.): Psychologie in der Sozialen Arbeit. Band 4. 2. Aufl. Stuttgart 2009.
- Rutgers, Jacqueline: Sexueller Missbrauch von Kindern – Information und Prävention. Zürich 1990.
- Schay, Peter/Liefke, Ingrid: Sucht und Trauma - Integrative Traumatherapie in der Drogenhilfe. Wiesbaden 2009.
- Wäller, Helmut: Juristische Informationen zum Umgang mit sexuellem Kindesmissbrauch. In: Büscher, Ulrich/Gegenfurtner, Magrit/Heid, Hans (Hrsg.): Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen – Beiträge zu Ursachen und Prävention. Essen 1991, S. 17-28.
- Weinberg, Dorothea: Traumatherapie mit Kindern - Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. 2. Aufl. Stuttgart 2006.
- Welter-Enderlin, Rosmarie: Einleitung – Resilienz aus der Sicht von Beratung und Therapie. In: Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (Hrsg.): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. 2. Aufl. Heidelberg 2008, S. 7-20.
- URL: [https://www.bzga.de/fileadmin/user\\_upload/PDF/pressemitteilungen/daten\\_und\\_fakten/trau\\_dich\\_mai\\_2021/BZGA-21-04783\\_Pressedokument\\_3\\_Daten\\_und\\_Fakten.pdf](https://www.bzga.de/fileadmin/user_upload/PDF/pressemitteilungen/daten_und_fakten/trau_dich_mai_2021/BZGA-21-04783_Pressedokument_3_Daten_und_Fakten.pdf) [Stand 18.08.2021]