



»Da bin ich heute krank von«

Was hilft ehemaligen
Heimkindern
bei der Bewältigung
ihrer Traumatisierung?

Silke Birgitta Gahleitner
Ilona Oestreich

»Da bin ich heute krank von«

Was hilft ehemaligen Heimkindern
bei der Bewältigung ihrer Traumatisierung?

Silke Birgitta Gahleitner

Ilona Oestreich

Im Auftrag des
Runden Tisches Heimerziehung

2010

IMPRESSUM

Silke Birgitta Gahleitner & Ilona Oestreich:

»Da bin ich heute krank von«. Was hilft ehemaligen Heimkindern bei der Bewältigung ihrer Traumatisierung? Im Auftrag des Runden Tisches Heimerziehung.

Copyright:

Runder Tisch Heimerziehung, Berlin, 2010 (www.rundertisch-heimerziehung.de)

Umschlagbild:

Aleksander Fisher, »In Memoriam auf Tisnikar«, Öl auf Leinwand (www.gruppe75.de)

Illustrationen:

Johannes W. Jahn (www.gruppe75.de) und Sylvia Rojahn (www.sylvies-galerie.de)

Gesamtgestaltung:

Ilona Oestreich

Inhaltsverzeichnis

I. Was will diese Veröffentlichung?	7
II. Wie wirkt sich eine komplexe Traumatisierung von Kindern im späteren Leben aus?	11
Was ist eine »komplexe Traumatisierung«?	11
Welche Folgeerscheinungen hat eine komplexe Traumatisierung?	15
Wie entwickelt sich eine komplexe Traumatisierung?	19
III. Wie kam es in den 1940er- bis 1970er-Jahren zur Traumatisierung von Heimkindern?	26
IV. Wie kann eine komplexe Traumatisierung bewältigt werden?	33
Welche Rolle spielt das Alter bei der Traumabewältigung?	36
Welche Rolle spielt das Geschlecht bei der Traumabewältigung?	39
Wie kann Traumabewältigung gelingen?	42
Anhang	46
Literaturverzeichnis	46
Anmerkungen	54

I. Was will diese Veröffentlichung?

»Mensch, wenn ich an die Zeit zurückdenke, das war Gefängnis, man macht sich ja als Kind, da war ich 14 Jahre, man macht sich ja Gedanken, warum, wieso, was hast du getan, warum bist du hier eingesperrt.« So erinnert sich eine heute erwachsene Frau an ihre Zeit im Heim. »Das ist, das sind Sachen,« erklärt sie, »wo ich sagen möchte, da bin ich heute krank von, da bin ich wirklich krank von. Ich bin so was von depressiv, das können Sie sich nicht vorstellen, ich bin ja schon so lange in Behandlung, in ärztlicher, ganz schlimm (weint) und ich war jetzt dreimal in Kur, alles hab' ich denen noch gar nicht erzählt, in der Kur, in so'ne psychosomatische Kur, bin schon dreimal gewesen, jetzt voriges Jahr genau sieben Wochen.«¹ Zweierlei wird sehr deutlich aus diesen Worten einer Betroffenen: dass der Heimaufenthalt selbst sehr schlimm war und dass sie noch heute unter den Folgen leidet.



Sylvia Rohahn: Der Traum

Es vergeht kaum ein Tag, an dem die Medien nicht von traumatischen Ereignissen berichten – z. B. von Vulkanausbrüchen, Flutwellen und Erdbeben (Naturkatastrophen), aber auch von Kriegen, Amokläufen und Kindsmisbrauch (»menschengemachte« Katastrophen). Fachleute in den Helferberufen wie Medizin, Psychologie und Sozialarbeit haben immer häufiger mit den Opfern solcher Katastrophen zu tun – mit traumatisierten Menschen. Der Ruf nach angemessenen Hilfen für Betroffene wird daher ständig lauter. Dennoch ist nicht wirklich klar, wie Hilfen für Betroffene tatsächlich aussehen sollen. Bisher stehen nicht genügend ausgereifte Konzepte zur Verfügung, die im Umgang mit Traumatisierungen angewendet werden können. Dies gilt besonders für sogenannte »komplexe Traumatisierungen«: Für sie ist typisch, dass sie

sich auf sehr viele Lebensbereiche der Betroffenen auswirken und daher häufig nicht allein medizinisch und/oder psychotherapeutisch behandelt werden können. Traumatisierungen sind zwar ein weltweit bekanntes Problem, doch jede Form der Traumatisierung hat einen individuellen Verlauf und erfordert daher auch individuelle, gezielte Herangehensweisen.

Die Aufmerksamkeit der Helfer² richtet sich meist allein auf die zerstörerischen Aspekte der Trauma-Auswirkungen, weil diese verständlicherweise für die Traumatisierten im Vordergrund stehen. Übersehen wird dabei jedoch, dass Betroffene mit ihrem Leben weiterhin zurechtkommen müssen und dies vielen unter größten Anstrengungen auch gelingt. Diese kreative Überlebenskraft wird völlig ignoriert, wenn man lediglich auf die Krankheitssymptome der Betroffenen achtet. Diese Konzentration auf das Kranke erschwert aber vor allem einen Blick auf all jene Bedingungen, die eine positivere Bewältigung im Lebensalltag mit gestalten könnten.

Hinzu kommt ein weiteres Problem: Medizin und Psychologie bemühen sich um standardisierte Forschung. Das heißt, dass in erster Linie klar abgrenzbare, einzelne Trauma-Symptome untersucht werden, die sich gut erkennen und damit auch bei verschiedenen Menschen gut vergleichen lassen. Diese Standardforschungen haben zwar in den letzten Jahren zu wichtigen medizinischen und psychologischen Erkenntnissen geführt und damit vielen Betroffenen letztlich geholfen. Doch werden eben nur einzelne Trauma-Symptome erfasst, nicht deren Bündelung, wie sie bei Menschen mit einer »komplexen« Traumatisierung typischerweise auftritt. Insbesondere wird nicht auf die vielen verschiedenen Zwischenschritte geachtet, die Betroffene auf ihrem Weg der Traumabewältigung zurücklegen. In eben diesen vielen kleinen Schritten zeigt sich aber ihre ganz persönliche »Bewältigungsstrategie«. Leider hat dies zur Folge, dass all jene Hilfeangebote nicht genauer

untersucht werden, die den Betroffenen aus eigener Sicht in ihrer ganz persönlichen Situation am besten weiterhelfen.

Zu wenig in den Blick kommen daher die sogenannten »psycho-sozialen« Prozesse Betroffener: Sie befassen sich mit den Auswirkungen, die gesellschaftliche Zusammenhänge (das Soziale) auf das Erleben des Einzelnen haben (die Psyche). Der persönliche Umgang mit einem Trauma und schwierig(st)en Lebensbedingungen ist jedoch nicht nur von den individuellen Bewältigungsstrategien geprägt, sondern immer auch verflochten mit den gesellschaftlichen Einflussmöglichkeiten, über die Menschen verfügen. Die Tatsache, dass die Betroffenen eben keinerlei Einflussmöglichkeiten hatten, spielten eine große Rolle für ihre Heimunterbringungen. Sie waren darüber hinaus ein wesentlicher Grund für ihre anschließende Behandlung in den Heimen, die geprägt war von Missachtung und Gewalt.

Diese Behandlung steht in einem historischen Zusammenhang, der bis in die NS-Zeit und bis weit davor und danach reicht. Und eben dieser historische Kontext muss bei Angebots- und Versorgungsstrukturen für ehemalige Heimkinder der 1940er- bis 1970er-Jahre mit berücksichtigt werden. Experten sprechen daher heute bereits von einem Zeitraum der 1940er- bis 1970er-Jahre³ – so soll dies auch hier gehandhabt werden.



Sylvia Rojahn: Blumenfeld II und III

Zielsetzung dieser Ausführungen ist, eine der besagten Lücken schließen zu helfen: Die Auswirkungen früher Traumatisierungen auf das Erwachsenenalter für ehemalige Heimkinder der 1940er- bis 1970er-Jahre sollen hier genauer untersucht werden. Vielen Betroffenen ist es lange Zeit – zumeist ohne jede Unterstützung von öffentlicher Seite – gelungen zu überleben, und sie haben für ihr Leid jede nur erdenkliche Form der Wiedergutmachung verdient. Materiell, vor allem jedoch durch eine angemessene Behandlung der Folgeerscheinungen, die ihre traumatisierenden Heimerfahrungen mit sich gebracht haben.

II. Wie wirkt sich eine komplexe Traumatisierung von Kindern im späteren Leben aus?

Was ist eine »komplexe Traumatisierung«?

Unter einem **Trauma** verstehen Fachleute das unerträgliche Gefühl, wenn man sich in einer lebensbedrohlichen Situation völlig schutzlos ausgeliefert fühlt und dies die Grenzen der eigenen Belastbarkeit um ein Vielfaches übersteigt.⁴ Dies passiert z. B., wenn man schwer verletzt oder mit dem Tode bedroht wird oder dies bei einem anderen Menschen in unmittelbarer Nähe miterlebt. Entsetzen und (Todes-)Angst gehen einher mit dem Gefühl, ohnmächtig zu sein, keinerlei Kontrolle mehr über eine Situation zu haben. Die natürlichen menschlichen Selbstschutzstrategien angesichts von Lebensgefahr – Flucht und Widerstand – erweisen sich in solchen Situationen als sinnlos.

Das **Ausmaß der Traumatisierung** ist abhängig von der Art, den Umständen und der Dauer des Ereignisses selbst. Und spielt eine entscheidende Rolle, in welchem Entwicklungsstand sich das Trauma-Opfer zu diesem Zeitpunkt befindet und ob es schützende Faktoren zur Verfügung hat. Es macht daher einen großen Unterschied, ob ein Mensch durch das einmalige Erleben z. B. einer Naturkatastrophe oder durch wiederholte Gewalterfahrungen von Menschenhand (»menschengemachte« Gewalt⁵) traumatisiert wird.

Als besonders gravierend gelten daher Verlusterfahrungen oder länger andauernde Traumatisierungen, die kleine Kindern in ihrem nahen sozialen Umfeld erleben – also durch Familienmitglieder oder andere **Fürsorgepersonen**. Als Gewalthandlung wird im öffentlichen Bewusstsein vor allem **körperliche Gewalt** anerkannt, die mehr oder weniger

sichtbare körperliche Verletzungen hervorruft. Seit einigen Jahren wird auch **sexuelle Gewalt** zunehmend als Gewalthandlung gesehen: wenn ein Erwachsener sexuelle Handlungen an einem Kind vornimmt, das damit entweder nicht einverstanden ist oder aber das aufgrund seines Entwicklungsstandes nicht frei und informiert zustimmen kann. Dass sexuelle Gewalt über die sexuellen Handlungen jedoch verknüpft ist mit Machtphänomenen und von den Tätern häufig gekoppelt wird mit folgeschweren Schweigegeboten für die Betroffenen, wird meist wenig zur Kenntnis genommen.⁶

Wenig anerkannt als Gewalthandlung ist außerdem **psychische Gewalt**, wenn sie nicht mit körperlicher Gewalt einhergeht. Dies ist der Fall z. B. bei Erniedrigung, feindseliger Ablehnung, bei Missbräuchlichkeit und beim psychischen Terrorisieren. Hierzu zählt aber ebenso, wenn dem Kind Zuwendung und Anerkennung entzogen werden – insbesondere innerhalb einer Fürsorgebeziehung. Zu diesen Schädigungen und Traumatisierungen gehört auch Vernachlässigung: wenn die Verantwortlichen andauernd oder wiederholt ihrer Fürsorgepflicht nicht nachkommen, die aber notwendig wäre, um die physische oder psychische Versorgung ihrer Schützlinge zu gewährleisten.⁷ Das Schwierige an diesen psychischen Gewalthandlungen besteht vor allem darin, dass sie häufig weder für die Umwelt noch für die Opfer selbst präzise greifbar und beschreibbar sind.

Noch schwieriger zu vermitteln ist die traumatisierende Dimension des »**Mit-Erlebens**« **von Gewalt**. Sie geht einher mit Hilflosigkeit, Scham- und Schuldgefühlen, weil man nicht eingegriffen hat oder selbst »davongekommen« ist. Betrachtet man die 1940er- bis 1970er-Jahre, so muss zudem unbedingt die vorherrschende Rolle nationalsozialistischen Gedankenguts berücksichtigt werden: Das Verschweigen von Opfer- oder Täterschaft in der **Nazizeit und überlieferte Gewaltmuster** stellen an sich schon eine große Belastung für die nachfolgenden Generationen

dar.⁸ Hinzu kommt, dass die nationalsozialistischen Erziehungsideologien, die bis in die 1970er-Jahre hineinwirkten, ganz konkret Gewalt-handlungen gegen Kinder erlauben und sogar empfehlen.⁹ Insofern spielen sie für die Traumafolgen bei den Heimkindern der 1940er- bis 1970er-Jahre eine große Rolle. Genauer betrachtet reichen sie sogar weit bis in die Zeit vor dem Nationalsozialismus zurück und sind bereits in der sogenannten »Fürsorgeerziehung« des endenden 19. Jahrhunderts und in den damaligen gesetzlichen Regelungen zu beobachten. Der Nationalsozialismus jedoch trieb diese bereits bestehende Erziehungshaltung auf die Spitze, indem er die »Rassenhygiene« (»Eugenik«) einführte und Jugend-KZs einrichtete.¹⁰

Grundlegend erschüttert wird durch solche Gewalthandlungen – insbesondere in der frühen Kindheit – das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in der Welt und das Vertrauen in die Menschheit. Beides wird hergestellt über die ersten »**Bindungsbeziehungen**«, die ein Mensch erlebt.¹¹ Andererseits jedoch bringen früh Traumatisierte außergewöhnliche Fähigkeiten hervor und entwickeln z.T. sehr kreative und kraftvolle Überlebensstrategien. Was bei der Lebensbewältigung eine Zeit lang hilfreich ist, kann im weiteren Lebensverlauf jedoch wieder zerstörerisch werden und schwere chronische Symptome verursachen. Im Ergebnis entwickelt sich bei den Betroffenen häufig ein ausgeklügeltes System von vielfältigen körperlichen und psychischen Symptomen. Dieses System hat einen entscheidenden und nachhaltigen Einfluss auf die Persönlichkeit, die



Sylvia Rojahn: Holzweg

gerade erst im Entstehen begriffen ist¹²: es entwickelt sich eine »**komplexe Traumatisierung**«. Dieser Begriff wurde in den anglo-amerikanischen Ländern geprägt und hat sich als Bezeichnung für die destruktiven Veränderungen bei einem schwer traumatisierten Menschen inzwischen durchgesetzt.¹³

Diese destruktiven Veränderungen lassen sich in bestimmten **sozialen, psychischen, psychosomatischen und psychiatrischen Auffälligkeiten** der Betroffenen nachweisen. Doch man kann sie sogar sichtbar machen: untersucht man das Gehirn komplex traumatisierter Menschen mit bildgebenden Verfahren (z. B. sogenannte PET-Scans), so findet man ganz typische Veränderungen.¹⁴ Diese »hirnphysiologischen« Besonderheiten zeigen, dass die Wahrnehmung der Betroffenen sich stets auf Dinge konzentriert, die mit dem erlebten Trauma zusammenhängen. Auf diese Weise werden traumatisierte Menschen immer wieder überflutet von traumatischen Bildern und Zuständen, denen sie sich nicht entziehen können. Diese Überflutungen (»Intrusionen«) ergeben für sie aber nie ein vollständiges Bild, sondern bleiben bruchstückhaft. Traumatisierte sind damit »gefangen« zwischen zwei Zuständen: Auf der einen Seite Gedächtnisverlust (die traumatischen Erinnerungen werden verdrängt) und auf der anderen Seite Wieder-Erleben (die traumatisierenden Situationen aus der Vergangenheit tauchen in winzigen Erinnerungssequenzen plötzlich und mit allen dazugehörigen Angstgefühlen auf). Die Betroffenen werden hin und her geworfen zwischen überwältigenden Gefühlen einerseits und absoluter Gefühllosigkeit andererseits. Und meist haben sie keinerlei Einfluss darauf und können sich aus dieser Achterbahn nicht befreien.¹⁵

Welche Folgeerscheinungen hat eine komplexe Traumatisierung?

Traumatische Erfahrungen können zu einer traumatischen Reaktion führen, die als »**Posttraumatische Belastungsstörung**«, kurz: **PTBS**, bezeichnet wird (englisch »Post-Traumatic-Stress-Disorder« oder PTSD).¹⁶ Hiermit ist nicht ein einzelnes Symptom gemeint, sondern ein Bündel vieler unterschiedlicher Symptome. Man unterscheidet bei der PTBS drei Oberkategorien von Folgeerscheinungen (»Symptomen«): (1) Überflutung, (2) Vermeidung und (3) Übererregung.

(1) Bei den **Überflutungssymptomen** (»Intrusionen«) wird das traumatische Ereignis durch ständig wiederkehrende und eindringliche »Erinnerungen« an das Ereignis wieder erlebt. Diese Überflutungen können Bilder, Gedanken oder Sinneswahrnehmungen umfassen. Eigentlich sind sie aber keine wirklichen Erinnerungen, da man sie nicht bewusst steuern kann – im Gegensatz zu »wirklichen« Erinnerungen lassen sie sich nicht »ausschalten«. Häufig fühlen und handeln Betroffene dann, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (»Flashbacks«). Die Überflutungen gehen mit intensiven psychischen und physischen Belastungen einher.

(2) Als logische Antwort auf die Überflutungen entwickeln sich **Vermeidungssymptome** (»Konstriktionen«): die Betroffenen vermeiden alles, die mit dem Trauma zu tun hat. Es kann auch zu »Abspaltungen« kommen (»Dissoziationen«): die Betroffenen treten sozusagen im Geiste neben sich, um nicht länger den traumatischen Überflutungen ausgesetzt zu sein. Begleitet sind die Vermeidungen auch von Erinnerungsschwierigkeiten oder -lücken (»Amnesien«) und einer herabgesetzten Reaktionsfähigkeit. Bewusst vermieden werden Gedanken, Gefühle oder Gespräche, die mit dem Trauma in Verbindung stehen. Dazu gehört aber auch das Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder

Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen. Typisch sind ebenfalls: deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, ein Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen, eine Einschränkung in den emotionalen Reaktionen, seelisches Abstumpfen («Numbing») und depressive Grundstimmungen. Die emotionale Labilität und die depressiven Verstimmungen können auch zu selbstschädigendem Verhalten und Suizidgedanken bzw. -handlungen führen.

Häufig kommt es zu einem Hin- und Herschwanken zwischen den beiden Extremen der Überflutung und Vermeidung; die Betroffenen verlieren vollends die Kontrolle über sich. Hinzu treten anhaltende körperliche Übererregung, also generelle Überwachsamkeit, und damit auch Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen. Die Folge sind erhöhte Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Betroffene leben psychisch und physisch ständig angespannt und auf einem erhöhten Erregungsniveau. Dies kann sich in langfristigen psychosomatischen Erscheinungen niederschlagen.¹⁷

Die Symptome beginnen mit einer sogenannten »traumatischen Belastungsreaktion«. Von einer PTBS, der Posttraumatischen Belastungsstörung, wird erst dann gesprochen, wenn die Belastungsreaktion über einen längeren Zeitraum als vier Wochen unvermindert anhält. Ab einer Dauer von drei Monaten spricht man von einer »chronischen« Belastung. Wenn die posttraumatische Belastung sich über Jahre und Jahrzehnte fortsetzt, kann sie andauernde Persönlichkeitsveränderungen zur Folge haben. Diese Persönlichkeitsveränderungen zeigen sich in einer ganzen Reihe von sozialen, psychosomatischen und psychiatrischen Auffälligkeiten, sogenannten »Störungsbildern«, die man verschiedenen »psychischen Störungen« zuordnet.¹⁸ Die PTBS umfasst also nicht nur das Trauma selbst, sondern auch die Geschehnisse, die zu einem späteren Zeitpunkt in Anknüpfung an das Trauma stattfinden.

Man unterscheidet daher zwischen der sogenannten »primären« und der »sekundären« Traumatisierung. Die sekundäre Traumatisierung wird dabei oft auch als »Retraumatisierung«, also erneute Traumatisierung bezeichnet. Die primären Traumatisierungsfaktoren leiten sich direkt aus dem erlebten Trauma ab. Die sekundären bzw. retraumatisierenden Traumatisierungsfaktoren hängen entscheidend davon ab, wie andere Menschen mit dem Betroffenen und seiner Traumatisierung umgehen: sein direktes soziales Umfeld, aber auch die Gesellschaft, die Medien, die Öffentlichkeit. Wenn ein Trauma lange andauert und sehr früh im Leben begonnen hat¹⁹ und infolgedessen besonders viele starke Symptome zur Folge hat, spricht man von einer »Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung« oder auch »Komplexen Traumafolgestörung«.²⁰

Diese Form früher, anhaltender und wiederholter Traumatisierung²¹ hat besonders schwere Symptome zur Folge. Betroffene empfinden sich selbst als zerbrochen und zersplittert (»psychische Fragmentierung«). Sie haben das Gefühl, dass ihnen das eigene Leben entgleitet (»Desintegration«). Das Verhältnis zum eigenen Körper, zum Bewusstsein und den Gefühlen (»Affekten«) ist gestört.²² Die Selbstwahrnehmung ist erschüttert bzw. kann sich erst gar nicht entwickeln. Betroffene sind bis in ihre Grundfesten erschüttert²³ – was ihr Gefühl zu sich selbst angeht und auch ihre Beziehung zu anderen Menschen. Sie haben verloren, womit Menschen geboren werden und was sie brauchen, um sich im Leben zu behaupten: ein sicheres Gefühl für die eigene Unverletzlichkeit, ein Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten und den Glauben an das Gute im Men-



Johannes W. Jahn: Portrait grün

schen. Aufgrund ihrer tiefen Verletzung und ihres – begründeten – Misstrauens gegenüber anderen sind sie nicht in der Lage, wohlthuende, dauerhafte Beziehungen zu knüpfen. Sie bauen daher keine positiven »Bindungserfahrungen« auf, die aber nötig sind, um sich normal zu entwickeln. Die Beziehungen, die sie eingehen, verlaufen meist chaotisch und verstärken dadurch ihr Misstrauen und ihr Gefühl von Entfremdung – ein Teufelskreis. Eine weitere Folge besteht darin, dass sie das Gefühl für Grenzen verlieren: Betroffene erleben häufig, dass sie »neben sich« stehen (»Dissoziationen«), im Extremfall bis hin zu so schweren psychischen Störungen, dass eine psychiatrische Behandlung unvermeidlich wird (z. B. »Borderline-Syndrom« oder »multiple Persönlichkeitsstörung«)²⁴.

(3) Die Veränderungen zeigen sich nicht nur in diesen psychischen Auffälligkeiten, sondern sie sind auch in einer **Übererregung** der Gehirnnerven (»Neuronen«) nachweisbar. Traumatisierte nehmen die Außenwelt anders wahr und ordnen das Wahrgenommene anders zu als Menschen ohne Traumaerfahrungen. Vermutlich wirken Wahrnehmungen, die in irgendeiner Weise mit dem erlebten Trauma zu tun haben, deshalb so stark, weil sie im Gehirn quasi an allen Kontrollpunkten »durchgewunken« werden. Sie werden nicht vorverarbeitet, nicht vom Bewusstsein eingeschätzt auf sinnvoll oder nicht sinnvoll, auf wichtig oder nicht wichtig, sondern sie landen ungefiltert direkt im Gefühlszentrum des Gehirns (»Amygdala«). Die enorme Ausschüttung an Stresshormonen, die bei Betroffenen mit dem (Wieder-)Erleben einer traumatischen Situation einhergeht, verstärkt vermutlich diesen Effekt und brennt sozusagen die Wahrnehmung noch tiefer ein.²⁵

Frühe Übersensibilisierung durch vergangene Traumata erklärt so vermutlich das Verhalten vieler traumatisierter Menschen: Das Selbstschutzsystem ist in ständiger Alarmbereitschaft und führt zu Reizbarkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, unkontrollierten Über-

erregungen wie z. B. (auto-)aggressiven Verhaltensweisen. Manchmal können unbedeutende Auslöser völlig unangemessene Reaktionen herbeiführen. Wenn eine Erinnerung an das Trauma das Gehirn erreicht, werden Betroffene quasi zu Spielbällen ihrer eingebannten Trauma-Reflexe. Sie fühlen sich, als würden sie das traumatische Ereignis erneut durchleben.²⁶ Ein Trauma muss also als das Ergebnis eines komplizierten und vielschichtigen Miteinanders von psychologischen, physiologischen und sozialen Prozessen gesehen werden, das wie ein Regisseur das Leben der Betroffenen bestimmt.²⁷ Um zu verstehen, was hinter diesen »Regie-Anweisungen« steht, soll nun die Entwicklung von komplexen Traumatisierungen näher betrachtet werden.

Wie entwickelt sich eine komplexe Traumatisierung?

Es wurde bereits ausgeführt, dass ein Trauma zugleich durch individuelle wie auch soziale Bedingungen bestimmt wird. Neben den angeborenen und erlernten Faktoren, aus denen sich das Selbst eines Menschen bildet, gehören dazu vor allem seine Entwicklungsbedingungen und -möglichkeiten. In der Summe all dieser Faktoren ergibt sich für jeden Menschen ein einzigartiger, individueller Hintergrund. Vor diesem subjektiven Hintergrund nimmt ein Mensch die objektiven Ereignisse aus seiner Umgebung auf, er »erlebt« seine Umwelt, auch traumatische Ereignisse. Ein traumatisches Erlebnis wiederum bleibt für Betroffene aber nicht immer gleich – ihr Erleben ändert sich, wenn sich ihr Gehirn altersbedingt weiterentwickelt und damit ändert. Das traumatische Erlebnis wird während dieser Änderungsprozesse ständig »aktualisiert«, sozusagen auf den neuesten Entwicklungsstand des Menschen gebracht. So kommt es bei Traumatisierten zu einem komplizierten Wechselspiel zwischen den

verschiedenen beteiligten Faktoren.²⁸ Besonders wichtig ist bei diesem Wechselspiel der Einfluss der sozialen Faktoren. Daher soll nun zunächst genauer erläutert werden, wie sich Beziehungen und Bindungen zwischen Menschen entwickeln.²⁹



Johannes W. Jahn: Komposition I

Das »Zentralnervensystem« ist jener Teil des menschlichen Nervensystems, der alle lebenswichtigen Körperfunktionen reguliert (z. B. Herzschlag, Atmen). Außerdem ist er zuständig für die lebenswichtigen Reaktionen des Körpers auf die Umwelt (z. B. Hand wegziehen, wenn ein brennendes Streichholz berührt wird). In den ersten Lebensmonaten und -jahren ist das Zentralnervensystem noch stark formbar und muss angemessen angeregt (»stimuliert«) werden, damit es später funktionieren kann (z. B. kann man später nur die Bedrohung von Feuer erkennen, wenn man einst gelernt hat, die Hand vom brennenden Streichholz wegzuziehen).³⁰ Das Gehirn hat die Aufgabe, mithilfe des Zentralnervensystems ein »inneres Abbild« der äußeren Welt zu erschaffen. Dieses »innere Abbild« funktioniert sozusagen als Schablone, an der sich die weitere Entwicklung des Menschen ausrichtet.³¹ Ein traumatisiertes Kind wird auf jeder Entwicklungsstufe hin zum Erwachsenen vor neue Anforderungen gestellt, da bei ihm die Schablone stark geschädigt ist. Das

Trauma als Regisseur schreibt mithilfe dieser geschädigten Schablone das Drehbuch für das (Er-) Leben des traumatisierten Menschen. Und dieses Drehbuch greift umfassend in seine (Er-)Lebensabläufe ein: in biologische (die veränderten neuronalen Muster im Gehirn), in psychologische (die erkennbaren psychischen Störungen) und soziale (die gestörten Beziehungen zur Umwelt). Fachleute sprechen daher von »**bio-psycho-sozialen**« **Veränderungen**, die ein Trauma zur Folge hat. Diese

umfassenden Veränderungen bilden die Basis dafür, wie sich der Traumatisierte künftig gegenüber anderen Menschen verhält, wie er Erfahrungen im Leben verarbeitet und wie er schwierige Lebenssituationen bewältigt.³²

Um die bio-psycho-sozialen Veränderungen bei Traumatisierten besser zu verstehen, sind die Erkenntnisse der »**Bindungstheorie**« von großer Hilfe. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts behandelte der englische Kinderarzt John Bowlby viele schwer traumatisierte Kinder und Jugendliche. Dabei stellte er bei vielen von ihnen fest, dass ihnen im Kleinkindalter wichtige Entwicklungsschritte fehlten (»frühkindliche Defizite«) und dass sie traumatische Ereignisse erlebt hatten. Aus diesen Erkenntnissen entwickelte Bowlby die »Bindungstheorie«: eine Theorie, die helfen sollte, die lebensnotwendigen mitmenschlichen Erfahrungen eines Menschen zu verstehen.³³ Bowlby vertrat die Auffassung, dass Kinder mit einem Bindungsbedürfnis geboren werden und daher die Nähe vertrauter Personen aufsuchen. Er ging davon aus, dass diese frühen Bindungen den Kindern als sichere Basis und Grundstruktur für ihre gesamte weitere Entwicklung dienen.³⁴



Johannes W. Jahn: Komposition II

Sobald sich ein Kind durch ein Ereignis in seiner Umgebung verunsichert fühlt, wird laut der Bindungstheorie das »**Bindungssystem**« aktiviert: Das Kind zieht sich zurück in die Nähe vertrauter Menschen und »tankt auf«, bis es sich wieder sicher genug fühlt, um erneut in die Welt hinaus zu gehen. Mit diesem Hin- und Herschwingen – zwischen Erkunden der Welt, Verunsichertwerden und Auftanken bei einem vertrauten Menschen – erweitert sich der Radius des Kindes (»Exploration«). Seine Welt wird größer, indem sich seine Fähigkeiten ent-

wickeln: sein Bewusstsein («Kognition«), seine emotionalen und seine sozialen Fähigkeiten. Steht dem Kind jedoch keine vertraute Person zur Verfügung, bei der es auftanken kann («**Bindungsperson**«), wird die Entwicklung dieser lebenswichtigen Fähigkeiten behindert. Um dem Kind eine stabile Bindung zu ermöglichen, müssen Fürsorgepersonen die Signale des Kindes richtig wahrnehmen, interpretieren sowie prompt und angemessen darauf reagieren («Feinfühligkeit«³⁵). Nur auf diesem Weg wird Bindung zum zentralen Schutzfaktor für die Entwicklung des Kindes.³⁶

Auf dieser Basis unterscheidet man verschiedene **Bindungstypen**³⁷: Verhält sich die zentrale Bindungsperson dem Säugling gegenüber »feinfühlig«, reagiert sie also angemessen auf seine Bedürfnisse, so entsteht eine **sichere Bindung**. Sie ist von Vertrauen und Gegenseitigkeit geprägt, stabil und anhaltend. Bleibt die Bindungsperson aber auf Abstand zum Kind, so bildet sich eine **distanzierte Bindung** aus. Erweist sich die Bindungsperson in ihrem Verhalten als unzuverlässig – reagiert sie also mal mit Nähe und mal mit Abstand, so entsteht eine sogenannte »**unsicher-ambivalente Bindung**«. Im Umgang mit den zentralen Bindungspersonen entwickelt der Säugling auf diese Weise allmählich unbewusste Vorstellungen, Muster von sich in der Welt («internale Arbeitsmodelle«), die ihm von nun an helfen, mit sich selbst, mit anderen Menschen und mit der Welt zurechtzukommen.³⁸

In vielen Fällen früher und anhaltender Traumatisierung jedoch wird der unbelastete Zugang zu diesen existenziellen Grundbedürfnissen gerade durch jene Menschen zerstört, von denen das Kind am stärksten abhängig ist und von denen es Liebe und Vertrauen benötigt. Anstatt in den ersten Lebensjahren eine »sichere Bindungsbasis« zu erleben, bleiben diese Kinder ohne einen »sicheren Hafen«. Es entsteht für sie eine bedrohliche **Doppelbindungssituation** («Double-Bind-Situation«): einerseits haben sie das existenzielle Bedürfnis, sich der Bezugsperson

zu nähern, andererseits erleben sie immer wieder, dass sie gerade dort nicht sicher oder gar bedroht sind. Dies hinterlässt beim Kind einen unlösbaren **Bindungskonflikt**.³⁹ Fatalerweise führt dies jedoch zu einer noch verzweifelteren Suche nach Bindung – ein Teufelskreis, der zur Folge hat, dass solche Kinder häufig eine starke, aber äußerst krankhafte Bindung entwickeln, insbesondere wenn die jeweilige Fürsorgeperson selbst zu den Peinigern zählt.⁴⁰

Die Menge und Stärke des Bindungsverhaltens ist daher nicht gleichzusetzen mit der Sicherheit, die daraus entsteht. Ein »sicher gebundenes« Kind kann auf die Bindung so stark vertrauen, dass sein Bindungssystem nur geringfügig aktiviert ist. Für misshandelte Kinder hingegen besteht dagegen dauernder »Feueralarm«,⁴¹ der sich auch in Körperreaktionen niederschlägt. Ein Kind mit einer positiven Bindungserfahrung baut damit zentrale Orientierungspunkte für sein Verhalten in der Welt auf. Es entwickelt ein »**sicheres Bindungsmuster**«: Das Muster, an dem sich fortan seine Beziehungen zu Menschen orientieren, ist stabil, es wird also stabile Beziehungen eingehen. Ein Kind jedoch, das in seiner unmittelbaren Umgebung (»sozialer Nahraum«) Traumatisierungen erlebt, ist seinen Bezugspersonen völlig hilflos ausgesetzt und sucht häufig sogar aktiv nach weiterem Kontakt mit ihnen. Dies kann zur Ausbildung eines »verwirrten Bindungsmusters« (»desorganisiertes Bindungsmuster«) führen: dieses Muster ist durcheinander, instabil, chaotisch. Und daran orientieren sich auch seine künftigen Beziehungen zu Menschen: es werden instabile, verwirrte Beziehungen sein. Dabei kann sogar eine starke Bindungsstörung entstehen, häufig ein Vorläufer von Persönlichkeitsstörungen.⁴²

Ein **verwirrtes Bindungsmuster** bewirkt, dass das betreffende Kind ständig Extremzustände erlebt, die es nicht verarbeiten kann. Diese dauernde Überforderung bewirkt Veränderungen bis hinein in den Körper und das Gehirn. Damit brennt sie auch auf biologischer Ebene

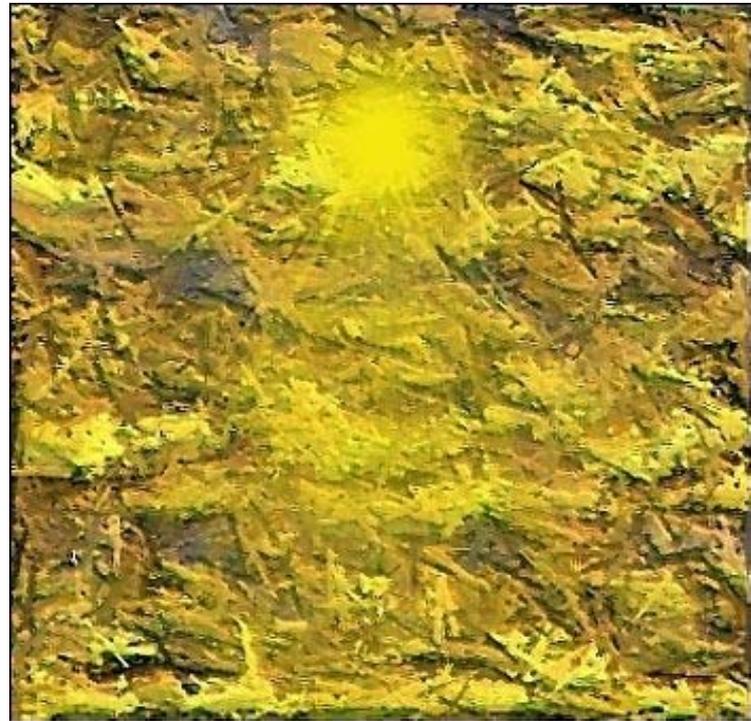


Johannes W. Jahn: Schwarzes Land

ein, wie das Kind künftig die Realität wahrnehmen und interpretieren wird.⁴³ Daraus entstehen umfangreiche Entwicklungsstörungen auf der physischen, psychischen und sozialen Ebene.⁴⁴ Ein Kind, dessen körperliche Unversehrtheit auf diese Weise zerstört ist, das emotional überfordert wird und ein verwirrtes Bindungsmuster entwickelt hat, zeigt viele Auffälligkeiten. Es reagiert häufig unbeherrscht und unangemessen, ist aggressiv (gegen andere und auch gegen sich selbst), seine Lern- und Sprachentwicklung sind verzögert. Schon früh können sich die bereits angesprochenen Abspaltungsmechanismen («Dissoziationen») entwickeln, wenn es in bedrohlichen Situationen plötzlich »neben sich« steht.⁴⁵ Bei Versuchen, neue Beziehungen einzugehen, wiederholt sich häufig die Enttäuschung, da es ihm an entwicklungsfördernden («konstruktiven») Bindungsmustern und Abgrenzungsfähigkeiten fehlt.

Ob eine Traumatisierung bei einem Kind zu einer PTBS führt, hängt daher ganz entscheidend davon ab, wie gut es in seiner Umgebung geschützt ist. Hat es vor, während und nach dem traumatisierenden Ereignis stabile **Schutzfaktoren** zur Verfügung, so muss keine PTBS entstehen. Zu dieser Erkenntnis gibt es inzwischen eine unübersehbare Anzahl übereinstimmender Studien.⁴⁶ Zu diesen Schutzfaktoren gehören direkt beschützende («protektive») Faktoren wie eine sichere Bindungsperson. Dazu gehören aber auch Faktoren, die eher indirekt beschützen, indem sie die Widerstandsfähigkeit («Resilienz») des Kindes unterstützen. Dies können Intelligenz, Lernfähigkeit, Auseinandersetzungsfähigkeit sowie ein aktives und kontaktfreudiges Temperament sein.⁴⁷ Das Fehlen von Schutzfaktoren kann die Folgen einer Traumatisierung deutlich verschlimmern.⁴⁸

Neben einzelnen Fürsorgepersonen spielt hier die umgebende **Gesamtgesellschaft** eine entscheidende Rolle. Auf beiden Ebenen ist wesentlich, ob dem Opfer angemessene Wertschätzung und Unterstützung entgegenkommt. »Erst ... wenn Betroffene glaubhaft erfahren,... dass sie das Recht haben und ... darin unterstützt werden, sich zur Wehr zu setzen und sich Hilfe zu holen, können sie sich vorstellen, dass es wirklich Auswege gibt.«⁴⁹ Nur auf diesem Wege kann der erschütterte Glauben an eine vertrauenswürdige Welt wieder gefestigt werden.⁵⁰ Allerdings wird die Gesellschaft – auch nach Ansicht von Fachleuten – häufig der sozialen Verantwortung nicht gerecht, die sie für traumatisierte Opfer trägt.⁵¹ Viele Betroffene denken aufgrund ihrer Isolation daher, sie seien mit ihrer Erfahrung alleine. Nähe und Vertrauen bedeuten für sie daher häufig eher Gefahr und nicht Schutz und Entwicklungsmöglichkeiten.



Sylvia Rojahn: Herbstlicht

III. Wie kam es in den 1940er- bis 1970er-Jahren zur Traumatisierung von Heimkindern?

Dass die Verhältnisse in Heimen oftmals traumatisierend waren, ist inzwischen durch viele Zeitungs- und Fernsehberichte, durch Foren im Internet, durch Bücher an die **Öffentlichkeit** gelangt.⁵² Der Petitionsausschuss, an den viele erschütternde Berichte herangetragen wurden, regte den Runden Tisch Heimerziehung an, der vom Bundestag – also auf höchster politischer Ebene – eingerichtet wurde.⁵³ Trotz dieser vielen unterschiedlichen Bemühungen, die traumatischen Ereignisse in den Heimen aufzudecken, kommt es jedoch immer wieder vor, dass die Betroffenen öffentlich verunglimpft anstatt endlich als Opfer anerkannt zu werden.⁵⁴ Dieses Hin und Her verschiedener Interessengruppen lässt sich besonders gut zeigen für die teilweise folgenschweren Heimaufenthalte in den 1940er- bis 1970er-Jahre.⁵⁵ Daher sollen nun die bisherigen fachlichen Überlegungen verknüpft werden mit einer Auswahl der zahlreichen Berichte, Bücher und wissenschaftlichen Studien, die sich mit den Betroffenen selbst beschäftigt haben.

Ein Heimaufenthalt in den 1940er- bis 1970er-Jahren muss nicht zwingend traumatisch verlaufen sein.⁵⁶ Die Heimkinder dieser Zeit waren jedoch meist **menschenunwürdigen Verhältnissen** ausgesetzt – im Gegensatz zu heute.⁵⁷ Das sagen nicht nur ihre persönlichen Erinnerungen, sondern auch wissenschaftliche Untersuchungen, die sich um eine objektive Betrachtung der damaligen Zustände bemühen.⁵⁸ Wie die vorangegangenen Kapitel gezeigt haben, gehören zu den komplexesten Traumatisierungen jene, die (1) im frühen Kindesalter stattfinden, (2) länger andauern und (3) von Menschen im nahen persönlichen Umfeld (»sozialer Nahraum«) bzw. von Fürsorgepersonen ausgehen. Viele der ehemaligen Heimkinder haben bei ihren dortigen

Fürsorgepersonen physische, sexuelle oder psychische Gewalt erlebt. Dies berichten auch ehemalige Heimmitarbeiter: die Jungen und Mädchen damals hätten im Heim – so formuliert es eine damalige Erzieherin – ihre »Kindheit verloren«.⁵⁹

Die **Art der Gewalt** war unterschiedlich: dazu gehörte rohe körperliche Gewalt ebenso wie sexuelle und psychische Gewaltanwendung. *»Ich bin ausgebeutet und miss-handelt worden. Ich bin zum Krüppel getreten worden und wurde sexuell mehrfach missbraucht«*, berichtet ein Betroffener.⁶⁰ Die Gewalttriale begannen häufig bereits bei der Aufnahme in die Einrichtungen. Ein ehemaliger Heimbewohner erzählt: *»Dort angekommen, wurde ich der Gruppe von meinem zukünftigen Gruppenleiter als Geisteskranker vorgestellt. In einem Kellerraum musste ich mich vor anderen völlig entkleiden. Mein Kopfhaar wurde mir brutal entfernt. Ich wurde mit einem Wasserschlauch abgespritzt und dann mit einem Desinfektionspulver überworfen. Vor allen Gruppenmitgliedern musste ich mir meine Schambehaarung entfernen.«*⁶¹ Die physischen Misshandlungen beschränkten sich dabei keineswegs nur auf Jungen – eine Betroffene erzählt: *»Alle beide haben wir kräftig den Rohrstock zu spüren bekommen und alle beide wurden wir eingesperrt, natürlich getrennt. Die Striemen vom Rohrstock hat man bei mir lange gesehen. Zu mir hat die Lehrerin gesagt, ich wäre verlogen und ein durchtriebenes Subjekt (ich wusste gar nicht, was das war).«*⁶²



Sylvia Rojahn: Der Verschlinger

Ein einziger Begriff für Gewalt allein kann gar nicht umfassen, was damalige Heimkinder erlebt haben. Vor allem berichten sie Beispiele

von Erniedrigung, Missbräuchlichkeit und Terrorisierung durch Drohungen und Isolation: Arrest, Essensentzug, stundenlanges Stehen, Schlafentzug oder die Androhung, unter kalte Duschen gestellt zu werden.⁶³ »Man durfte nicht lachen. Wenn man gelacht oder getobt hat, musste man in der Ecke stehen«, erzählt eine ehemalige Heimbewohnerin.⁶⁴ Jungen Müttern entzog man die Kinder und beschränkte den Kontakt auf ein Minimum.⁶⁵ Begründet wurde die Gewalt häufig mit einer »christlichen Erziehung«.⁶⁶ In den berüchtigten Säuglingsheimen behandelte man auf diese Weise sogar sehr kleine Kinder.⁶⁷ Michael-Peter Schiltsky, selbst ein ehemaliges Heimkind jener Zeit, hat eine umfangreiche Materialsammlung zusammengestellt. Sie beruht auf den Erzählungen einer Vielzahl ehemaliger Heimkinder, die er dazu befragt hat, und gibt Belege für jedes der genannten Beispiele mit detaillierten Erinnerungen der Betroffenen.⁶⁸

Zuweilen wird argumentiert, dass damals wie heute Heimkinder häufig bereits **aus traumatisierenden Familienverhältnissen** kamen. Sie hätten ihre Schädigung, wie z. B. eine PTBS, bereits in die Einrichtungen »mitgebracht«, ihre Traumatisierung stamme also aus der frühen Kindheitsgeschichte in der Familie. Zwar ist es grundsätzlich schwierig, die Entstehungsgeschichte von Traumatisierungen genau zu beweisen. Dennoch kann man diesem Argument entschieden widersprechen: Denn die miserablen Zustände betrafen auch Säuglingsheime – diese kleinsten Kinder konnten schon aus zeitlichen Gründen vorher gar keine schweren Störungen entwickelt haben.⁶⁹ Aber selbst wenn bei der Heimeinweisung bereits eine Schädigung vorlag, so können traumatische Ereignisse alleine noch nicht zu einer PTBS geführt haben. Denn das Ausmaß eines posttraumatischen Krankheitsverlaufs ist, wie die vorangegangenen Kapitel gezeigt haben, entscheidend von Schutzfaktoren abhängig. Das lässt sich wissenschaftlich belegen.⁷⁰ Auch damals waren Heimeinrichtungen gesetzlich verpflichtet, das Wohl ihrer Anvertrauten zu verbessern, nicht jedoch zu verschlechtern und

eventuelle Vorbelastungen zu verschlimmern (»chronifizieren«). Sie hätten also eigentlich den Schutz geben müssen, der einem Traumatisierten bei der Verarbeitung hilft.

»Fürsorge« bei Heimkindern, die es besonders gebraucht hätten,⁷¹ fand häufig schlichtweg nicht statt. Dies zeigt z. B. die Studie der Diplompädagogin Carola Kuhlmann, die bewusst beide Seiten beleuchtet hat: die Seite der Kinder und jene der ehemaligen Erzieher.⁷² Auch aus historischer Sicht kann diese Aussage belegt werden.⁷³ Vor allem aber zeigen dies die zahlreichen Betroffenenberichte: *»Die Gesellschaft will bis zum Jugendamt nichts davon wissen. Es wird bewußt totgeschwiegen. Ich habe keinen Krieg erlebt, aber meine Geschichte ist vergleichbar mit Krieg. Wie hat es ein Kind verdient schon in jungen Kinderjahren Gefängnis erleben zu müssen? Was nützt es, wenn der Staat Bildung fördert, aber Menschen in Heimen psychisch und körperlich buchstäblich dahinvegetiert sind? Wiedergutmachung mindert zumindest ein klein wenig, aber der Schmerz wird bleiben.«*⁷⁴ Es ist unwahrscheinlich, dass die Öffentlichkeit z. B. von den katastrophalen Zuständen in den Säuglingsheimen nichts wusste – dies zeigen die Recherchen von Carlo Burschel.⁷⁵

Die Erziehung in den 1940er- bis 1970er-Jahren wird auch als »Schwarze Pädagogik« bezeichnet. Sie orientierte sich an überlieferten Gewaltmustern aus dem Nationalsozialismus und dem 19. Jahrhundert.⁷⁶ Diese Verbindung ziehen auch die Opfer selbst sowie jene Autoren, die das Geschehene über Studien und Erzählungen mit ihnen aufarbeiten. In den Jugendämtern herrschte ein Menschenbild, das Kinder und Jugendliche aus Heimen als »minderwertig« ansah. Bis in die 1960er-Jahre gab es sogar unter Wissenschaftlern Meinungen, die Heimkinder als »unterwertiges Menschenmaterial« bezeichneten.⁷⁷ Der Psychologe Jürgen Müller-Hohagen ist davon überzeugt, dass die Gewaltmuster der NS-Zeit anschließend in den Köpfen weiterlebten, ohne hinterfragt zu werden.⁷⁸ Diese These lässt sich nahtlos mit den Betroffenenberichten

vereinbaren. Nach 1945 wurden die Erzieher nicht entlassen, sondern es blieben diejenigen im Amt, die bereits im Nationalsozialismus »gedient« hatten. Sie waren es auch, die die nächste Generation von Erziehern ausbildeten, sodass ihre Haltung bis zu diesen weiter überliefert wurde.⁷⁹ »Ich war ein menschliches Wrack.«, berichtet eine weitere Zeit-



Sylvia Rojahn: Nova

zeugin. »Ich war 12. Andere 12-jährige Mädchen sind fröhlich und offen. Ich habe aber ... etwas anderes gelernt – oder gewaltsam gelehrt bekommen. Nämlich, dass man letztendlich ALLEIN ist, sich nicht auf andere verlassen oder stützen darf, wenn man nicht enttäuscht oder verletzt werden will. Dass man paranoid auf sein Eigentum, seinen Körper und seine Würde achten muss. Dass Angriff die beste Verteidigung ist. Dass niemand an deiner Seite steht, wenn du wirklich Hilfe brauchst und in Tränen erstickend darum schreist. Dass Menschen allesamt kalt, grausam und gleichgültig sind. ... Das hat ihre Erziehung mir gebracht. Ja... und noch immer, obwohl ich jetzt Freunde habe, oft fröhlich bin... hab ich Traumas, bin allein entspannter ..., reagiere defensiv oder aggressiv, wenn man mir zu nahe kommt.«⁸⁰

Die Recherchen von Journalisten und die Forschungen von Wissenschaftlern fördern zunehmend mehr Fakten zu den damaligen Verhältnissen zutage. Dies betrifft nicht nur das Leben

in den Heimen, sondern auch die **Einweisung ins Heim**: »Da musste nicht irgendwas vorgekommen sein, manchmal reichte schon unregelmäßiger Schulbesuch, das nächtliche Nicht-Nach-Hause kommen, um in Heimerziehung zu geraten. Die Anlässe waren teilweise lächerlich geringfügig.«⁸¹ Diese Tatsache hat Auswirkungen auch auf das Altern

der betroffenen damaligen Kinder. Aus zahlreichen Studien rund um andere ähnlich komplexe Traumatisierungen weiß man, dass es gerade im Alter zu neuen Erinnerungsschüben kommen wird: »Es ist für diesen Vorgang bezeichnend, dass alte Fotografien, Bilder, Menschen in Ordenstracht im Straßenverkehr (Diakonissen, Nonnen, Ordensbrüder) oder Uniformierte, aber auch der Anblick von ummauerten oder mit hohen Zäunen ›gesicherten‹ Gebäuden mit der typischen Preußisch-Wilhelminischen Macht und Herrschaft symbolisierenden Architektur von Anstalten, Kasernen, Schulen, Gerichten, Rathäusern und Kirchen, ja sogar Gerüche von Reinigungsmitteln (z. B. Bohnerwachs, das für die langen mit Linoleum belegten Anstaltsflure benutzt wurde), die Blackbox der verborgenen Erinnerungen öffnen.«⁸²

Die Betroffenen berichten ein **breites Spektrum von Folgeerscheinungen**, die sie in ihrem subjektiven Krankheitserleben eindeutig auf die damalige schlechte Behandlung beziehen. Psychosomatische Erscheinungen gehören dazu ebenso wie Angstzustände, Panikattacken und anhaltende Übererregung.⁸³ Auch schwere körperliche Spätfolgen lassen sich beobachten.⁸⁴ Ebenso findet man vielfach aggressive und auto-aggressive Tendenzen, die zu den typischen »Bewältigungsversuchen« Betroffener bei einem Trauma gehören.⁸⁵ Und oft ist zu beobachten, dass sich Betroffene sozial isolieren und ängstlich Situationen meiden, die sie an traumatische Ereignisse erinnern könnten.⁸⁶ Manchen gelingt es über lange Zeit, ein scheinbar normales Leben zu führen: *»Ich muss sagen: diese Zeit hat mich sehr geschädigt, ... erst mal habe ich immer dazu geschwiegen, aber mein Mann wusste das natürlich ... ich habe immer das Bedürfnis gehabt, immer zu funktionieren, immer allen alles recht zu machen und das ist das eigentlich schlimme Erbe.«*⁸⁷ Die traumatischen Erfahrungen der Betroffenen beziehen sich dabei keineswegs nur auf den Aufenthalt in den Heimen, sondern auch auf die Gründe für ihre Heimeinweisungen. Dies zeigen auch die Jugendamtsakten jener Zeit, die für den heutigen Leser erschütternd sind.⁸⁸

Damalige Heimkinder, vor allem jene aus besonders schlechten Einrichtungen, haben heute häufig große **Probleme damit, Beziehungen und Freundschaften aufzubauen**. Viele können sich nur schwer beherrschen, haben sich nicht unter Kontrolle. Dies alles ist inzwischen wissenschaftlich bewiesen, bis hin zu Belegen von veränderten Nervenstrukturen im Gehirn. Die Gehirnnerven zeigen besondere Auffälligkeiten bei Kindern, die weitgehend ohne soziale Betreuung aufwachsen: Bei ihnen fehlen weitgehend bestimmte chemische Stoffe (»Botenstoffe« oder »Neurotransmitter«), von denen man weiß, dass sie eine wichtige Rolle dabei spielen, wenn wir Beziehungen zu anderen Menschen knüpfen oder wenn wir unsere Gefühle unter Kontrolle halten wollen. Die Erfahrungen, die kleine Kinder mit ihrem sozialen Umfeld machen, prägen ihr weiteres Leben. Sind diese Erfahrungen sehr negativ, so wird dies sozusagen auf der »Festplatte« des Gehirns eingebrannt und führt zu tief greifenden sozialen und emotionalen Schwierigkeiten im weiteren Leben.⁸⁹ *»Das ist, das sind Sachen, wo ich sagen möchte, da bin ich heute krank von, da bin ich wirklich krank von. Ich bin so was von depressiv, das können sie sich nicht vorstellen, ich bin ja schon so lange in Behandlung, in ärztlicher, ganz schlimm (weint) und ich war jetzt dreimal in Kur, alles hab' ich denen noch gar nicht erzählt, in der Kur, in so'ne psychosomatische Kur, bin schon dreimal gewesen, jetzt voriges Jahr genau sieben Wochen, ne. Mensch, wenn ich an die Zeit zurückdenke, das war Gefängnis, man macht sich ja als Kind, da war ich 14 Jahre, man macht sich ja Gedanken, warum, wieso, was hast du getan, warum bist du hier eingesperrt (fängt sich langsam wieder). Da waren wir richtig eingesperrt.«⁹⁰*

Ehemalige Heimkinder sind daher auch im hohen Alter nochmals von den traumatischen Erinnerungen betroffen, spätestens dann, wenn sie **als alte Menschen in einer Pflegeeinrichtung** untergebracht werden müssen – in einem »Heim«. Dann schließt sich »ein verhängnisvoller Kreis, in dem die traumatisierenden früheren Erfahrungen blankgelegt werden«.⁹¹ Auch dies ist inzwischen durch zahlreiche Untersuchungsergebnisse nachgewiesen.⁹²

IV. Wie kann eine komplexe Traumatisierung bewältigt werden?

Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt: Typisch für die Traumatisierungen ehemaliger Heimkinder ist, dass sie in der frühen Kindheit stattfanden und/oder besonders schwerwiegend waren, dass sie nicht zu den Naturkatastrophen, sondern den »menschengemachten« Katastrophen zählen und dass sie von wichtigen Fürsorgepersonen aus der nahen Umgebung der Kinder ausgingen. Bei dieser Art von früher Traumatisierung trifft immer das durchorganisierte (Gewalt-)System eines Erwachsenen auf das in Entwicklung befindliche, hochverletzbares (»vulnerable«) System eines Kindes. Das Kind kann der Situation weder angemessen begegnen noch ihr entfliehen noch kann es sie aus eigener Kraft beenden. Stattdessen kommt es beim Kind zu einem Umgang mit der Traumatisierung, wie er typisch ist für hilflose, ohnmächtige Menschen: Die einzige Überlebensstrategie besteht darin, die traumatisierende Situation irgendwie abzuwehren. Für die spätere psychische Verfassung wird von großer Bedeutung, wie gut die **Abwehr als »Bewältigung«** gelingt. Die späteren Symptome einer Traumatisierung lassen sich daher kaum trennen von den Bewältigungsversuchen des Kindes.⁹³

Ein Beispiel für solche hilflosen »Bewältigungsversuche« ist die schon angesprochene **»Abspaltung«** (»Dissoziation«). In einer traumatischen Situation »neben sich« zu treten, hilft zunächst, das Trauma zu ertragen. Denn auf diese Weise wird dem Kind nicht wirklich bewusst, was ihm zugefügt wird. Damit erweist sich das Abspalten anfangs als ein Schutzfaktor. Das Neben-Sich-Treten entspricht einer inneren Flucht: Da das Kind keine Chance hat, tatsächlich – also physisch – aus der Situation zu fliehen, tritt es diese innere – psychische – Flucht an. Der eigene Körper wird dabei »als fremd, als nicht mehr zugehörig erlebt, um den

physischen und seelischen Schmerz zu verringern.«⁹⁴ Auf diese Weise kann kurzfristig das Überfluten des Bewusstseins mit traumatischen Erinnerungen verhindert werden. Anfangs ist das Abspalten also nur ein Abwehrmechanismus gegen das Trauma. Doch mit der Zeit brennt sich dieser Mechanismus ein und wird zu einem festen Bestandteil der Persönlichkeit. Als festes Persönlichkeitsmerkmal jedoch hat dieses Verhalten einen großen Einfluss auf die weitere Entwicklung des Menschen.⁹⁵



Johannes W. Jahn: Ohne Titel I

Dies führt z. B. häufig zu **Selbstverletzungen** durch das Zufügen von Schnittwunden, Unterkühlungen oder Verbrennungen oder zum Drogenmissbrauch. Die Schmerzen bei den Selbstverletzungen können Traumatisierten die Möglichkeit geben, aus ihrer »Abgespaltenheit« wieder in die Welt, in den Kontakt mit sich selbst und mit anderen Menschen zu gelangen. Insofern sind Selbstverletzungen unter dem Aspekt der Abwehrmechanismen zu verstehen: als der hilflose Versuch eines traumatisierten Menschen, sich selbst zu helfen, sich selbst zu »behandeln«. Solche Selbstverletzungen als »Selbstbehandlungen« helfen Traumatisierten letztlich auch, sich vor einem Selbstmordversuch zu schützen (»Suizidprophylaxe«).⁹⁶ Sie sind **Selbsteilungsversuche**, Anpassungsleistungen, Konfliktlösungsversuche, Kommunikationsversuche und Signale an die Außenwelt. Und damit sind sie auch

bereits ein Stück Bewältigung des Traumas. So absurd es scheinen mag, weil sie im Einzelnen so destruktiv sind: Diese Bewältigungsversuche stellen **Überlebensstrategien** der Opfer traumatischer Ereignisse dar.⁹⁷

Aber auch wenn man in traumatischen Symptomen Selbstheilungsversuche der Betroffenen erkennt, so bleiben sie natürlich dennoch zerstörerisch. Für Traumaopfer stellen diese Verhaltensweisen die einzige – meist unbewusste – Möglichkeit dar, mit dem Trauma umzugehen. Dass Symptome einer Krankheit oder Störung damit letztlich gesundheits-»suchend« und gesundheitsfördernd (»salutogen«) sein können und eine Kraftquelle (»Ressource«) für Betroffene darstellen, hat schon vor Jahrzehnten der amerikanische Soziologie Aaron Antonovsky formuliert.⁹⁸ Seiner Ansicht nach wimmelt es im alltäglichen Leben von Stressfaktoren (»Stressoren«). Und dennoch kommen viele Menschen mit einer hohen Stressbelastung zurecht. Antonovsky glaubt: Je besser ein Mensch grundsätzlich in der Lage ist, sich seinem Leben zu stellen und es zu verarbeiten, desto eher kann er Stressfaktoren »umwandeln« in Quellen, die ihm Kraft geben.

Zu solchen Quellen zählt Antonovsky die Ich-Stärke und die soziale Unterstützung, vor allem aber den »**Sinn für Zusammenhalt**« (»sense of coherence«).⁹⁹ Damit ist das tiefe Vertrauen gemeint, dass alles – die Welt und man selbst – schon »zusammenhalten« wird und alles gut ausgeht, was auch immer passiert. Zu diesem »Sinn für Zusammenhalt« gehört das Vertrauen, Situationen richtig einordnen zu können und niemals die Kontrolle zu verlieren. Und es gehört die Überzeugung dazu, dass man über genügend Stärken und Kraftquellen verfügt, um mit allen Anforderungen des Lebens zurecht zu kommen.



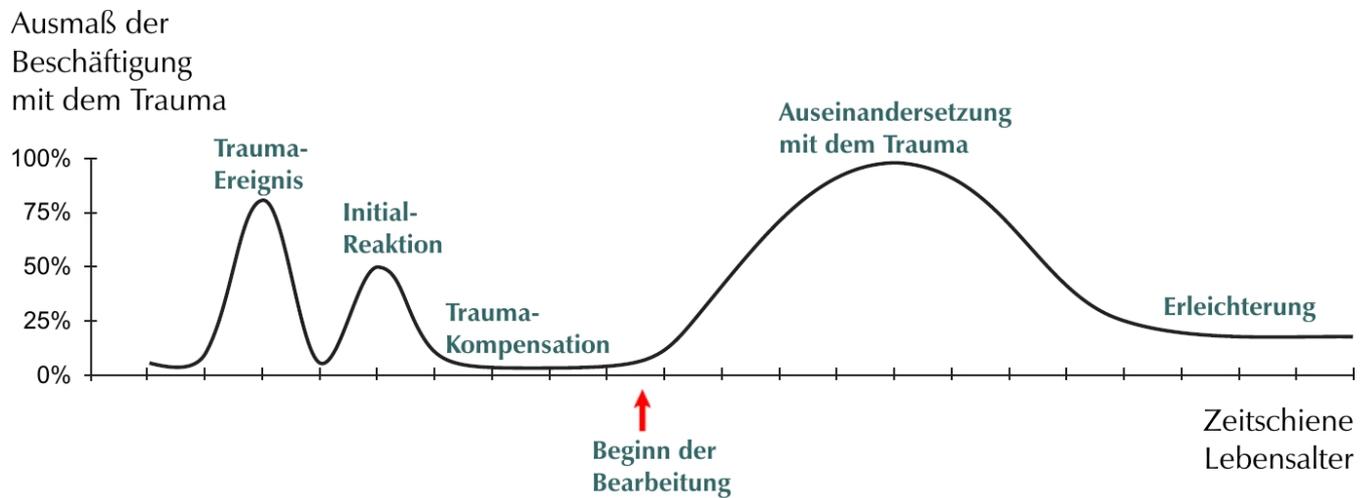
Johannes W. Jahn: Ohne Titel II

Wie bereits deutlich wurde, werden Traumafolgen jedoch neben diesen sogenannten individuellen Aspekten maßgeblich von **gesellschaftlichen Umfeldfaktoren** mitbestimmt. Sie können traumatische Zustände zementieren oder aber eine gelungene Verarbeitung unterstützen. Bewältigungsmodelle im Traumbereich berücksichtigen jedoch selten, dass die Chancen in der Gesellschaft ungleich verteilt sind. Es würde den Rahmen dieser Ausführungen sprengen, auf alle wichtigen Faktoren einzugehen. Zwei zentrale Faktoren aber sollen hier näher ausgeführt werden: Alter und Geschlecht. Sie spielen für ehemalige Heimkinder eine wichtige Rolle und sollten daher bei der weiteren Planung von Versorgungsstrukturen unbedingt berücksichtigt werden.

Welche Rolle spielt das Alter bei der Traumabewältigung?

Betroffene komplexer Traumatisierung versuchen häufig, nach einem trauma-auslösenden Ereignis (»Initialreaktion«) eine Beschäftigung mit dem Trauma zu vermeiden oder etwas ähnlich Starkes entgegenzusetzen (»kompensieren«). Diese Versuche erfolgen in der Regel unbewusst. Die bewusste Beschäftigung mit dem Trauma sinkt auf ein Minimum, an die traumatischen Erlebnisse wird nicht mehr bewusst gedacht (siehe Abbildung). Erst im weiteren Lebensverlauf – und auch nur eventuell – eröffnen sich Möglichkeiten zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Geschehenen, was zu einer Erleichterung führen kann. Häufig jedoch ist eine Aufarbeitung gar nicht möglich. Das Hin und Her zwischen Annäherung an die traumatischen Erinnerungen und Vermeidung wird zu einer **Dauerbelastung**.¹⁰⁰

Das folgende Schema zeigt, wie im Idealfall der Verlauf einer Traumabewältigung aussieht (siehe Gahleitner, 2005c):



Horizontal ist der zeitliche Verlauf abgebildet, vertikal die Stärke der Beschäftigung mit dem Trauma. An dieser Verlaufskurve ist gut zu erkennen, dass das Trauma die Betroffenen während der Auseinandersetzungphase noch einmal ebenso stark beschäftigt wie zum Zeitpunkt des trauma-auslösenden Ereignisses. Während eine Kompensation das Trauma völlig ausblendet (die Linie verläuft fast bei Null), ist es während der Erleichterungsphase am Schluss immer ein wenig vorhanden.

Das Vermeidungsverhalten führt zwar häufig dazu, dass die Betroffenen im Alltag besonders leistungsfähig sind, doch es kostet sie auch viel Kraft. Posttraumatische Beschwerden können lange Zeit ausbleiben oder auch scheinbar verschwinden.¹⁰¹ Besonders beim Übergang vom mittleren zum hohen Lebensalter jedoch »erwachen« sie häufig plötzlich wieder: Alternde Menschen fühlen sich plötzlich »aufgewühlt« und überfordert – nachdem sie doch all die Jahre durchgehalten haben. Wissenschaftliche Studien zeigen: eine **PTBS kann auch im Alter noch ausbrechen**, selbst wenn es den Betroffenen gelungen ist, sie jahrzehntelang mit kreativen Bewältigungsleistungen »im Zaum zu halten«.¹⁰² Ein solcher Ausbruch erfolgt häufig dann, wenn sich die Lebensbedingungen der Betroffenen stark verändern. Das ist z. B. der Fall, wenn sie mit der Berentung aus dem öffentlichen Leben austreten,

wenn sie aus Alters- oder Krankheitsgründen mit körperlichen Einschränkungen zurechtkommen müssen, oder auch, wenn vertraute Menschen in ihrem Umkreis sterben.

Dies kann, muss aber nicht mit **altersbedingten Verlusten** zu tun haben: »Wir Älteren wissen aus eigener Erfahrung, dass im Rückblick auf ein langes Leben Fragen nach dem Sinn des Lebens zunehmen und Bilanzierungen versucht werden. In unserem Langzeitgedächtnis entdecken wir dann, wenn wir es zulassen, längst vergessen geglaubte Bilder, Erlebnisse, Ereignisse, sinnliche Erfahrungen mit einer verblüffenden Schärfe und Genauigkeit. Aber für die meisten älter werdenden Menschen handelt es sich dabei nicht um Bilder aus dem überlebensnotwendigen, bislang hermetisch verschlossenen psychischen Bereich für traumatisierende Erfahrungen und den ihnen entsprechenden Gefühlen von Ausgeliefertheit, Hilflosigkeit, Verlassenheit, Entblößung, Beschämung und Scham.«¹⁰³

Vielmehr gehört es zu den zentralen Entwicklungsaufgaben des Alters, die eigene Vergangenheit zu verarbeiten und den »Zusammenhalt« (siehe oben, »Sinn für Zusammenhalt«) der eigenen Vergangenheit und Gegenwart herzustellen.¹⁰⁴ Beim Prozess dieses »**Zusammenhalt-Herstellers**« geht es um die Auseinandersetzung mit Erinnerungen. Sie stellen neben der Belastung auch eine große Chance dar, frühere Erfahrungen rückblickend zu bewältigen. Das erfolgreiche Verarbeiten von Erinnerungen spielt also sowohl im Alterungsprozess wie auch bei der Traumabewältigung eine zentrale Rolle.¹⁰⁵ Traumatisierte alternde Menschen haben damit eine »doppelte Aufgabe« zu erfüllen.¹⁰⁶ Die Angst auslösenden Erinnerungen an die traumatische Vergangenheit können diesen Prozess stark behindern, wenn er nicht von außen angemessene Unterstützung erfährt.¹⁰⁷ Wird der Prozess jedoch von außen unterstützt, so stellt er eine große Chance dar, sogar traumatische Erfahrungen erfolgreich zu verarbeiten (»integrieren«).¹⁰⁸

Welche Rolle spielt das Geschlecht bei der Traumabewältigung?

Die eben beschriebene Traumaverarbeitung auf dem Weg ins Alter scheint auf den ersten Blick bei Männern und Frauen gleich zu verlaufen. Beim genaueren Hinsehen jedoch werden einige interessante Unterschiede deutlich. Sie enthalten wertvolle Informationen für mögliche Hilfen für Menschen mit komplexen Traumatisierungen.¹⁰⁹

Alle komplex Traumatisierten erleben das Geschehene als prägend für ihr Leben, so weit sie es erinnern können. Männer neigen jedoch etwas mehr als Frauen dazu, die Erfahrungen zu verharmlosen, obgleich die Folgeerscheinungen der Traumatisierung bei beiden gleich schwer sind. Bereits als Jugendliche neigen Mädchen eher dazu, Probleme in sich »hineinzufressen« (»**Internalisierung**«). Jungen hingegen reagieren auf Probleme eher damit, »auszurasten« (»**Externalisierung**«). Diese Tendenz verstärkt sich noch auf dem Weg zum Erwachsenwerden. Auch als Erwachsene sieht man bei Frauen mehr Verhaltensweisen, die sich gegen sie selbst richten (»autoaggressiv«): psychosomatische Erscheinungen und Selbstverletzungen. Bei Männern sind jene Verhaltensweisen typischer, die sich gegen andere richten: sie sind aggressiv, nehmen Drogen oder beteiligen sich an gefährlichen Unternehmungen (»**Risikoverhalten**«).

Aus dem Leidensdruck bei Frauen kann zwar die Chance entstehen, dass sie ihre Traumatisierung im Verlauf ihres Lebens erfolgreich verarbeiten. Allerdings besteht dabei auch die Gefahr, dass sie sich in der »Opferkarriere« verfangen. Solange sie keine aggressiven Gefühle zulassen und Verantwortung übernehmen – nicht für das Geschehene, aber für ihr weiteres Leben –, scheinen sie in dieser **Opferrolle** stehen zu bleiben. Ebenso kommen Männer aus ihrem **Aggressionskreislauf** nicht mehr heraus. Erfolgt dagegen bei beiden eine bewusste Auseinander-

setzung mit dem Trauma, so kann sowohl die aggressive als auch die autoaggressive Spirale durchbrochen werden. Dafür jedoch ist es nötig, dass an der Traumatisierung gearbeitet wird – an den Emotionen, die damit verbunden sind, wie auch an den Gedanken und den Erinnerungen.



Sylvia Rojahn: Pain

Frauen haben in der Regel einen besseren Zugang zu ihren Gefühlen – das entspricht dem weiblichen Geschlecht, der »traditionellen weiblichen Geschlechterrolle«, es ist (stereo-)typisch für das weibliche Geschlecht, es gehört damit zum **»weiblichen Geschlechtsrollenstereotyp«**. Männer gehen Probleme eher rational an – das wiederum entspricht dem männlichen Geschlecht, der »traditionellen männlichen Geschlechterrolle«, es ist (stereo-)typisch für das männliche Geschlecht, es gehört damit zum **»männlichen Geschlechtsrollenstereotyp«**. Jedem fehlt für eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit dem Trauma genau das, was das andere Geschlecht »besser kann« bzw. was zur anderen »Geschlechterrolle« gehört. So ist es für Männer an dieser Stelle wichtig, zu ihren Gefühlen zu finden und sich zuzugestehen, dass die Traumatisierung sie zu Opfern gemacht hat. Frauen dagegen müssen lernen, Stärke zu entwickeln und die Folgeerscheinungen ihrer Traumatisierung rational anzugehen. Jeder muss also die automatische »Überlebensstrategie des anderen Geschlechts« nutzen, um die eigene Festgefahrenheit in der Traumatisierung zu lösen. Gelingt dieser **»Griff zur gegengeschlechtlichen Strategie«**, diese Überschreitung der »Geschlechtsrollenstereotypen«, so

kommt es häufig zu einer Verbesserung der Auswirkungen. Bleibt jedoch jeder im Verhalten des eigenen Geschlechtsrollenstereotyps hängen, so scheint die Traumabewältigung für beide Geschlechter deutlich schwerer zu sein. Der Griff in die »Zauberkiste« des anderen Geschlechts jedoch, eine »Geschlechtsrollenflexibilität« also, eröffnet dagegen neue Verarbeitungsmöglichkeiten.

Mit »Geschlechterrollen« und insbesondere mit »Geschlechtsrollenstereotypen« beschäftigt sich die »Geschlechterforschung« (auch »Genderforschung«). In vielen Untersuchungen kommt sie zu dem Ergebnis, dass Menschen gesünder sind, wenn sie sich von den traditionellen Geschlechtsrollenstereotypen lösen. Eine **Mischung typisch männlicher und weiblicher Eigenschaften** sorgt demnach für die bestmögliche Gesundheit. Wünschenswert wäre für die bestmöglichen Bewältigungsprozesse sogar eine völlige Loslösung von jeder Geschlechtsbezogenheit, also eine »**Entgrenzung**«. Zu berücksichtigen ist allerdings, dass allein der Griff in die »Zauberkiste« des anderen Geschlechts nicht ausreicht. Entscheidend für ein Gelingen von Bewältigungsprozessen ist auch, welche individuellen Möglichkeiten jedem einzelnen Betroffenen zur Verfügung stehen. Es sind also nicht nur die geschlechtlichen Grenzen zu überschreiten, sondern z. B. auch soziale. Was an »Entgrenzung« zugunsten der bestmöglichen Traumabewältigung tatsächlich möglich ist, hängt ab von den jeweiligen Möglichkeiten, die eine Person für sich hat und sieht. Der Prozess kann statt zur gesunden Entgrenzung daher auch zu mehr Leiden und letztlich Resignation führen. Für manche mag unter gegebenen Bedingungen das Festhalten an vorgegebenen Geschlechtsrollen der bessere Weg sein. Es geht daher eher um ein vorsichtiges Experimentieren mit den Grenzen, nicht um deren rücksichtsloses Einreißen.¹¹⁰

Wie kann Traumabewältigung gelingen?

In der medizinischen und psychologischen Versorgung konzentriert man sich gewöhnlich auf das Kranke: es wird vor allem auf all das geachtet, was ein Mensch aufgrund einer Krankheit bzw. Störung nicht bzw. nicht mehr oder nicht mehr ganz kann. Diese »Krankheitsorientierung« nennt sich »**Pathogenese**«, sie sucht nach den Mängeln eines Menschen, nach seinen »**Defiziten**«. Die schon mehrfach angesprochene Gesundheitsorientierung (»**Salutogenese**«) hingegen sucht eher nach seinen gesundheitsfördernden (»salutogenen«) Eigenschaften: nach den Kraftquellen des einzelnen, nach seinen »**Ressourcen**«. Sie bietet damit Einsichten, die in der reinen Suche nach Defiziten häufig verloren gehen. Im Zentrum der Überlegungen steht die Frage: Wie kann es unter solchen Voraussetzungen möglich werden, die ehemaligen schrecklichen Erfahrungen zu bewältigen? Hierfür wurden viele Modelle entwickelt.¹¹¹ International durchgesetzt hat sich inzwischen ein Stufenmodell mit drei Bewältigungsphasen. Die einzelnen Phasen sind dabei nicht als starr aufeinanderfolgend zu verstehen, sondern durchdringen, überlappen und beeinflussen sich gegenseitig.

Erste Phase: Stabilisierung und Ressourcenerschließung. Eine zentrale Ausgangsbedingung für einen gelungenen Verarbeitungsprozess besteht darin, dass Traumatisierte sich sicher fühlen können. Denn eine komplexe Traumatisierung hat, wie schon ausgeführt, für die Betroffenen das Gefühl von Kontrollverlust zur Folge. Ein Mindestmaß an Sicherheit ist nun die Voraussetzung dafür, dass sie zunächst ihr erschüttertes Kontrollvermögen wieder aufbauen können. Ziel dabei ist, sie wieder zu einem geplanten Handeln zu befähigen. Dazu gehört vor allem, dass sie herausfinden, wo ihre Kraftquellen, ihre »Ressourcen« liegen – in sich selbst wie auch in den Beziehungen zu Menschen in ihrer Umgebung. Aus eigener Kraft und in sozialer Isolation, ohne eine

tragfähige Beziehung, ist es nahezu unmöglich, das Misstrauen gegenüber sich und der Welt zu überwinden. Nur auf diesem Weg kann sich ein Betroffener nach schwerer Traumatisierung an die eigene zerrüttete Identität annähern.

Zweite Phase: Behutsames Zulassen traumatischer Erinnerungen.

In der zweiten Phase der Auseinandersetzung mit dem Trauma geht es um den behutsamen Versuch, traumatische Erinnerungen zuzulassen. Ziel ist, die traumabegleitenden Emotionen zu spüren, ohne jedoch von ihnen überwältigt zu werden. Auf diese Weise wird dem Trauma sozusagen nochmals »ins Gesicht geschaut« (»Trauma-Rekonstruktion«), diesmal mit professioneller Hilfe an der Seite. Diese erneute Konfrontation dient dazu, die Wirkung der vergangenen Erfahrung auf die momentanen Gefühle und Verhaltensweisen zu verstehen. So kann das eigene Kontrollvermögen Schritt für Schritt zurückgewonnen werden. Der Betroffene lernt, mit seinen posttraumatischen Symptomen umzugehen und sein Trauma einzuordnen in das eigene Leben. Es ist nicht immer möglich, die Ängste und Abwehrmechanismen auch zu überwinden, dem Furchterregenden also für immer den Schrecken zu nehmen (»Integration in das Selbstkonzept«). Aber schon dieser Versuch hilft dabei, die bisher verdrängten Gefühle und Gedanken um das Trauma herum besser zu verstehen.



Sylvia Rojahn: Sturmflug

Dritte Phase: Neuorientierung und Reintegration. Nach einer ausreichenden Stabilisierung und/oder Bearbeitung des Traumas kann in einer Phase der Neuorientierung eine Wiederannäherung an die Umwelt stattfinden. Unter neuen Bedingungen ist nun eventuell möglich, sich auf die individuellen Möglichkeiten und Grenzen in der Gegenwart zu konzentrieren. Die Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und neue Perspektiven für sich und im Austausch mit anderen Menschen zu erschließen, werden zu den zentralen Aufgaben. Eine Annahme des Traumas (»Integration«), eine Einsicht in die Grenzen und Möglichkeiten der Bearbeitung und der damit verbundenen Veränderungen erleichtern es, sich den aktuellen Lebens- und Alltagsthemen wieder zuzuwenden. Und sie sind die Voraussetzung für eine Annäherung an die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten (»Reintegration«).

Diese eben beschriebenen drei Phasen stellen einen idealtypischen Verlauf dar. Es darf dabei nicht vergessen werden: Traumata sind gesundheits- bis lebensgefährdend, ihre Auswirkungen sind zunächst immer destruktiv. Die **Opfer tragen keinerlei Verantwortung für schwierige und herausfordernde Lebenssituationen**, die sie ja gar nicht selbst verschuldet haben. Auch darf man sich nicht darüber hinwegtäuschen, dass viele Betroffene den geschilderten dritten Schritt der Reintegration bewerkstelligen müssen, ohne ihr Trauma »vollständig« aufgearbeitet zu haben. Sie sind also auch weiterhin einer Reihe von Folgeerscheinungen ausgesetzt. Der Umgang mit Traumata und schwierigen Lebensbedingungen ist jedoch – lebenslang – auch abhängig von den individuellen Bewältigungsstrategien und Ressourcen im Umfeld, über die ein Mensch verfügt oder die er sich mit entsprechender Unterstützung verfügbar machen kann.

Ob es einem komplex traumatisierten Menschen gelingt, mit einer Traumatisierung zu leben, ob er seiner traumatischen Erfahrung einen

»Sinn« zu geben und sie in das Leben zu »integrieren« kann, hängt daher entscheidend auch von der jeweils angebotenen Unterstützung ab. Traumatisierte – und auch ehemalige Heimkinder – haben dies zahlreich beschrieben: Sie werden häufig von der Gesellschaft ausgegrenzt und »entmächtigt«¹¹². Als Gegengewicht ist daher Engagement gefragt. Mit den zahlreichen Publikationen Betroffener, mit den Internetforen, Medienberichten und Filmen zum Thema sowie mit der Einrichtung des »Runden Tisches Heimerziehung« ist bereits ein wichtiger Schritt in diese Richtung erfolgt. Allerdings fehlt es auch einigen der Medienberichte und öffentlichen Entschuldigungen an einer ausdrücklichen und klaren Benennung des Geschehenen. Dieses Phänomen ist auch aus anderen Bereichen traumatischer, von Menschenhand verursachter Ereignisse bekannt.¹¹³

Geraten ehemalige Heimkinder in eine individuelle Therapie, Beratung oder anders geartete Hilfeleistung, so kann es leicht geschehen, dass sie selbst hier, im professionellen Feld, auf solche gesellschaftlichen Bilder der Verharmlosung und Verleugnung treffen. An der Stelle, an der sie eigentlich Hilfe erwarten, kommt ihnen so abermals professionelle »Unaufgeklärtheit« entgegen. Diese Tatsache ist besonders brisant, wenn man bedenkt, dass viele der ehemaligen Heimkinder sich auf dem Wege in die Altenbetreuung befinden – einem Arbeitsbereich, in dem Abhängigkeit und Machtmissbrauch eine große Rolle spielen, wie man inzwischen weiß. Traumatisierte ehemalige Heimkinder in der Bewältigung zu unterstützen erfordert daher von der umgebenden Gesellschaft und von professionellen Helfern eine klare »Parteilichkeit«: die Traumatisierten müssen sich darauf verlassen können, dass sie auf Fürsprecher treffen, dass man für sie Partei ergreift, ohne Wenn und Aber. Dieser Grundgedanke muss dem Aufbau von Hilfestrukturen und den Angeboten, die in diesem Bereich gemacht werden, als Grundlage dienen.

Anhang

Literaturverzeichnis

- Aarts, P. G. H. & op den Velde, W. (2000). Eine früh erfolgte Traumatisierung und der Prozeß des Alterns. Theorie und klinische Implikationen. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 289-308) Paderborn: Junfermann.
- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one year olds in a strange situation. *Determinants of infant behavior*, 4, 113-136.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. «Socialization” as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Ed.), *The integration of a child into social world* (pp. 99-135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Alexander, P. C. & Anderson, C. L. (1999). Incest, attachment, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention* (pp. 345-377). Rochester, NY: University of Rochester Press. (Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. 8.).
- American Psychiatric Association [APA] (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). Washington, DC: APA.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San-Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Apitz, Yvonne (2007). *Heimerziehung und ihre verdrängte Geschichte in der Bundesrepublik. Integration von Kindern und Jugendlichen in Heime und ihre Reintegration in die Gesellschaft*. Diplomarbeit. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Fachbereich Sozialwesen
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2009). *Abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin*. KATA-TWG. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Bar-On, D. (1996). *Die Last des Schweigens. Gespräche mit Kindern von Nazi-Tätern*. Reinbek: Rowohlt. (rororo-Sachbuch. 9941.) (Amerikanisches Original erschienen 1989.).
- Bering, R., Fischer, G. & Johansen, F. F. (2005). Neurobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung im Vier-Ebenen-Modell. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3 (2), 7-18.
- Bilden, H. (2001) Die Grenzen von Geschlecht überschreiten. In B. Fritzsche, J. Hartmann, A. Schmidt & A. Tervooren (Hrsg.), *Dekonstruktive Pädagogik. Erziehungs-*

- wissenschaftliche Debatten unter poststrukturalistischen Perspektiven (S. 137-147). Opladen: Leske & Budrich.
- Birck, A. (2001). *Die Verarbeitung sexualisierter Gewalt in der Kindheit bei Frauen in der Psychotherapie*. Dissertation. Universität Köln, Fachbereich Psychologie.
- Bowlby, J. (2005). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung* (5. neugest. Aufl.). München: Reinhardt. (Englisches Original erschienen 1957.).
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust*. 3 Bde. München/Basel: Reinhardt 2006. (Englisches Original erschienen: Vol. 1 1969, Vol. 2 1973, Vol. 3 1980.)
- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma. Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma* (S. 105–135). Stuttgart: Klett Cotta.
- Burschel, C. (2008). *Säuglingsheime in Westdeutschland. Die vergessenen Kinderheime der Nachkriegszeit*. Online-Publikation. Verfügbar unter: <http://www.ehd-ev.de/saueglingenheim.pdf> [09.11.2009].
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion post-traumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. München: Pfeiffer.
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). *Leben nach dem Trauma. Über therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. München: Pfeiffer.
- Carter, C. S. (2005). The chemistry of child neglect: Do oxytocin and vasopressin mediate the effects of early experience?. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(51), 18247-18248. Online available: <http://www.pnas.org/content/102/51/18247.full.pdf> [20.10.2009].
- Cicchetti, D. (1999). Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptionelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In R. Oerter, C. v. Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 11-44). Weinheim: Beltz – PsychologieVerlagsUnion.
- Coleman, P. G. (1986). *Aging and reminiscence processes: Social and clinical implications*. New York: Wiley.
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's attachment theory. Historical, clinical, and social significance* (pp. 367–406). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Deutscher Bundestag (2008). *Empfehlung des Petitionsausschusses. Sitzung am 26. November 2008 zur Petition die Situation von Kindern und Jugendlichen in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland in verschiedenen öffentlichen Erziehungsheimen betreffend*. Berlin: Deutscher Bundestag. Online verfügbar: http://www.rundertischheimerziehung.de/download/Empfehlung_Petitionsausschuss.pdf [08.10.2009].
- E., M. (2006). *[Lebensbericht]*. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%2011.html> [08.10.2009].
- Egle, U. T. & Hoffmann, S. O. (2000). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller*

- Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (2. erw. Aufl., S. 3-22). Stuttgart: Schattauer.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Evangelischer Pressedienst Deutschland [epd] (2009). Entschädigung für DDR-Heimkinder möglich. *taz*, 05.06.2009. Online verfügbar: <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel/?ressort=in&dig=2009%2F06%2F05%2Fa0053&cHash=3178018ea0> [08.10.2009].
- Evangelischer Pressedienst Deutschland – Landesdienst Niedersachsen-Bremen [epd-lnb] (2009). *Evangelische Landeskirche bittet Heimkinder um Vergebung für Unrecht / Erklärung im Wortlaut*. Bremen: epd – Landesdienst Niedersachsen-Bremen. Online verfügbar: <http://www.evka.de/content.php?contentTypeID=4&id=11463> [08.10.2009].
- Felitti, V. J. (2002). Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 359-369.
- Finkelhor, D. & Kendall-Tackett, K. (1999). A Developmental Perspective on the Childhood Impact of Crime, Abuse, and Violent Victimization. In C. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention* (pp. 1-32). Rochester: University of Rochester Press. (Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. 8.)
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Flatten, G., Gast, U., Hofman, A., Wöller, W., Reddemann, L. & Siol, T. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinien-Entwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (2. aktual. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer. (Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.)
- Fleth, E. (2006). [Lebensbericht]. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%2010.html> [08.10.2009].
- Fliß, C. & Igney, C. (Hrsg.) (2008). *Handbuch Trauma und Dissoziation. interdisziplinäre Kooperation für komplex traumatisierte Menschen*. Lengerich: Pabst.
- Focke, W. (2006). [Lebensbericht]. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%208.html> [08.10.2009].
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Amerikanisches Original erschienen 2002.).
- Gahleitner, S. B. (2005a). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005c). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern*. Gießen: Psychosozial.
- Gahleitner, S. B. (2009). Trauma – (k)ein Thema im Alter: Überlegungen zur aktuellen Situation Hochbetagter und zu den Konsequenzen für helfende Professionen. *ezi Korrespondenz*, 24, Themenheft: Lebensberatung im Alter, 12-16.
- Gahleitner, S. B. (2010). Das »Therapeutische Milieu« als Antwort auf Gewalt: Personenzentriertes Vorgehen bei komplexer Traumatisierung in Theorie und Praxis. *Trauma & Gewalt*, 5(2), 2-14.

- Goffman, E. (1972). *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp. (Amerikanisches Original erschienen 1961.)
- Goldbeck, L., Fegert, J. M., Schmid, M. & Besier, T. (2008). *Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Abschlussbericht. gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen*. Ulm: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie.
- Graeber, H. (2006). *Misshandelte Zukunft. Unfassbare Kindheitserlebnisse in Kinderheimen im Nachkriegsdeutschland* (2. veränd. Aufl.). München: pg.
- Grossmann, K. (2002). Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 54-80). München: Reinhardt.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hankin, C. S. (1997). Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 357-384). Berlin: Springer.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Harper Collins.
- Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex posttraumatic syndrome (DESNOS). In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Post-traumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 213-228). Washington, CD: American Psychiatric Press.
- Hochauf, R. (2003). Zur Rekonstruktion früher traumatischer Erfahrungen. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 7(1), 44-55.
- Hollenbach, Martin (2005). *Camino – Religionen auf dem Weg. Hiebe statt Liebe – Die vergessenen Qualen kirchlicher Heimkinder*. Manuskript einer Radiosendung auf HR 2.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Jason Aronson. (Original erschienen 1976.)
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1*. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2010). *Multiple Persönlichkeiten. Seelische Zersplitterung nach Gewalt* (durchges. Neuaufl.). Paderborn: Junfermann.
- Jacobs, S. (Hrsg.) (2009). *Neurowissenschaften und Traumatherapie Grundlagen und Behandlungskonzepte*. Göttingen: Universitätsverlag. (Universitätsdrucke Göttingen.)
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. Figley (Ed.), *Trauma and its wake. The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 15-35). New York: Brunner/Mazel.
- Kappeler, M. (1999). *Rückblicke auf ein sozialpädagogisches Jahrhundert. Essays zur Dialektik von Herrschaft und Emanzipation im sozialpädagogischen Handeln*. Frankfurt: IKO.
- Kappeler, 2009 b;
- Kappeler, M. (2009a). *Der Kampf ehemaliger Heimkinder um die Anerkennung des an ihnen begangenen Unrechts*. Online verfügbar: http://www.veh-ev.info/download/Kappeler-Kampf_ehemaliger_Heimkinder_%20um_Anerkennung.pdf [08.10.2009].

- Kappeler, M. (2009b). »Ich konnte nicht länger schweigen – aber wer wird mir glauben? « – Über die Traumatisierungen ehemaliger Heimkinder. Heimerziehung in den fünfziger und sechziger Jahren. Kinder haben Rechte – Erinnerung und Ausblick. Vortrag beim Diakonietag der Karlshöhe/Ludwigsburg am 14.02.2009. Online verfügbar: http://www.karlshoehe.de/uploads/media/M_Kappeler-Traumatisierungen.pdf [08.10.2009].
- Kappeler, M. (2009c). Die Wege ins Heim. In R. Kröger & C. Schrapper (Hrsg.), *Fürsorgeerziehung der 1950er und 1960er Jahre. Stand und Perspektiven aktueller Forschung Dokumentation eines ExpertInnengesprächs am 3. Juni 2009 in Koblenz in Kooperation AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. und Universität Koblenz-Landau, Institut für Pädagogik* (S. 6-28). Koblenz: Universität Koblenz.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Khan, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.
- Klitzing, K. (2003). Entwicklung nach früher Traumatisierung. In L. Koch-Kneidl & J. Wiese (Hrsg.), *Entwicklung nach früher Traumatisierung* (S. 82-95). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kretschmer, Julia (2007). *Heimerziehung nach dem Zweiten Weltkrieg. Darstellung, Analyse und Erziehungswirklichkeit von den 50er Jahren bis heute*. Diplomarbeit. Fachhochschule Dortmund, Studiengang Soziale Arbeit.
- Krone, D. (2006). [Lebensbericht]. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%2011.html> [08.10.2009].
- Krone, D. (2007). *Albtraum Erziehungsheim. Die Geschichte einer Jugend*. Leipzig: Engelsdorfer.
- Krystal, H. (1981). Integration and self-healing in posttraumatic states. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), 165-189.
- Kuhlmann, C. (2008). »So erzieht man keinen Menschen! «. *Lebens- und Berufserinnerungen aus der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre*. Wiesbaden: VS.
- Lebowitz, L., Harvey, M. R. & Herman, J. L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 378-391.
- LeDoux, J. E. (1998). *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. München: Hanser. (Amerikanisches Original erschienen 1996.).
- Lehning, K. (Hrsg.) (2006). *Aus der Geschichte lernen. Die Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren, die Heimkampagne und die Heimreform. Veranstaltung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen ... am 9. Juni 2006 in Idstein. Tagungsdokumentation*. Wiesbaden: Landeswohlfahrtsverband Hessen.
- Lützke, A. (2002). *Öffentliche Erziehung und Heimerziehung für Mädchen 1945 bis 1975: Bilder »sittlich verwahrloster« Mädchen und junger Frauen*. Dissertation. Universität Duisburg-Essen. Verfügbar unter: In: <http://miless.uni-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-11226/luetzke.pdf>. [09.10.2009]
- Maercker, A. (1997). Besonderheiten bei der Behandlung der post-traumatischen Belastungsstörung. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 51-74). Berlin: Springer.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experience are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cichetti & E. M. Cum-

- mings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (p. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research* (pp. 66-106). Chicago: University Of Chicago Press. (Monographs of the Society for Research in Child Development. 50.).
- McCann, L. & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- Molnár, J. A. (2008). *Wir waren doch nur Kinder... Geschichte einer geraubten Kindheit*. Frankfurt: August von Goethe Literaturverlag.
- Müller-Hohagen, J. (1994). *Geschichte in uns. Psychogramme aus dem Alltag*. München: Knesebeck.
- Olbricht, I. (1997). *Folgen sexueller Traumatisierung für die weitere Lebensgestaltung*. Vortrag während der 47. Lindauer Psychotherapiewochen: Lindau.
- Page, R. (2006). *Der Albtraum meiner Kindheit und Jugend – Zwangseinweisung in deutsche Erziehungsheime*. Leipzig: Engelsdorfer.
- R., H. (2006). [Lebensbericht]. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%209.html> [08.10.2009].
- Riedesser, P., Fischer, G. & Schulte-Markwort, M. (1999). Zur Entwicklungspsychologie und -pathologie des Traumas. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 79-90). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Röper, G. & Noam, G. (1999). Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In R. Oerter, C. v. Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 218-239). Weinheim: Beltz-Psychologie Verlags Union.
- Rosenthal, G. (Hrsg.). (1997). *Der Holocaust im Leben von drei Generationen. Familien von Überlebenden der Shoah und von Nazi-Tätern*. Gießen: Psychosozial.
- Rosner, Rita & Hagl, Maria (2008). Posttraumatische Belastungsstörung. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 205-209.
- Roth, G. (1997). *Zwischen Täterschutz, Ohnmacht und Parteilichkeit. Zum institutionellen Umgang mit »Sexuellem Mißbrauch«*. Bielefeld: Kleine.
- Runder Tisch Heimkinder (2009). Das Heim im Kopf. *Die Zeit*, 15.06.2009. Online verfügbar: <http://www.zeit.de/online/2009/25/heimkinder-laxy?page=all> [14.10.2009].
- Rutter, M. (2006). Die psychischen Auswirkungen früher Heimerziehung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie* (S. 91-137). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachsse, U. (2006). Beziehung als Trauma: der nicht sexuelle Missbrauch. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 10(2), 99-104.
- Sadigh, P. (2009). Schwarze Pädagogik in der Bundesrepublik. Ein Interview. *Die Zeit*, 17.02.2009. Online verfügbar: <http://www.zeit.de/online/2009/08/heimkinder-runder-tisch?page=all> [08.10.2009].
- Schiltsky, M.-P. (2006). [Lebensbericht]. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%2016.html> [08.10.2009].
- Schiltsky, M.-P. (2009). *Datenbank-Heimkinder. Zusammengestellt aus Gesprächsprotokollen, schriftlichen Lebensberichten und Antworten Betroffener auf den Fragebogen auf www.heimseite.eu*. Vahlbruch: Michael-Peter Schiltsky.

- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Erste Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa. [SBG1]
- Schmidt, R. (2006). *Heimgeschichte*. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%2015.html> [08.10.2009].
- Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M. & Münder, J. (1997). *Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit*. Münster: Votum.
- Schubert, J. (1999). *mundtot – Nachkriegsbiografie eines nicht gewollten Besetzer-Kindes*. Frankfurt: VAS.
- Schünemann, A. (2008). *Heim-Weh*. Halle: Projekte-Verlag.
- Siegel, D. J. (1999). *Wie wir werden die wir sind. Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens/die Entwicklung des Menschen in Beziehungen*. Paderborn: Junfermann. (Amerikanisches Original erschienen 1991.).
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Amerikanisches Original erschienen 1985.).
- Streeck-Fischer, A. (1999). Mißhandelt – Mißbraucht: Probleme der Diagnostik und Psychotherapie traumatisierter Jugendlicher. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 174-196). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck-Fischer, A. (2006). *Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz*. Stuttgart: Schattauer.
- Struck, N. (2008). Heimerziehung heute – mögliche Dialoge mit ehemaligen Heimkindern. *Forum Erziehungshilfen*, 14 (2), 87-91.
- Stücker-Brüning, J. (2009). Die persönliche Aufarbeitung optimal unterstützen. *Neue Caritas*, 110(15), 23-25.
- Sucker, R. (2008). *Der Schrei zum Himmel. Kinderzwangsarbeit in Christlichen und Staatlichen Kinderheimen. Autobiographie*. Leipzig: Engelsdorfer.
- Terr, L. C. (1995). Childhood traumas. An outline and overview. In G. S. Everly & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 301-319). New York: Plenum.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- van der Kolk, B. A. (1999). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 32-56). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- van der Kolk, B. A. (2000). Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 169-194). Paderborn: Junfermann.
- van der Kolk, B. A., Burbridge, J. A. & Suzuki, J. (1999). Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 57-78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- van der Kolk, B. A. & McFarlane, A. C. (2000). Trauma – ein schwarzes Loch. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 27-46). Paderborn: Junfermann.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. & Herman, L. H. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. The complexity of adaption to trauma. *American Journal of Psychiatry, Festschrift Supplement*, 153(7), 83-93.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (4. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Wensierski, P. (2007). *Schläge im Namen des Herrn. Die verdrängte Geschichte der Heimkinder in der Bundesrepublik*. München: Deutsche Verlagsanstalt.
- Wintersperger, S. (2006). Wann ist das Trauma zu Ende? Wege und Ziele in der Traumatherapie. *Imagination*, 28(2), 39-48.
- Wirtz, U. (1989). *Seelenmord. Inzest und Therapie*. Zürich: Kreuz.
- Wöller, W., Gast, U., Reddemann, L., Siol, T. & Liebermann, P. (2004). Akute und komplexe Traumafolgestörungen. In G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, W. Wöller, L. Reddemann & T. Siol (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext* (2. aktual. und erw. Aufl.; S. 29-50). Stuttgart: Schattauer. (Leitlinien psychosomatische Medizin und Psychotherapie.)
- Yehuda, R. (2001). Die Neuroendokrinologie bei Posttraumatischer Belastungsstörung im Licht neuer neuroanatomischer Befunde. In A. Streeck-Fischer, U. Sachsse & I. Özkan (Hrsg.), *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis* (S. 43-71). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Anmerkungen

- 1 Ex-Heimkind Margarethe G.; zit. n. Lützke, 2002, S. 402.
- 2 In diesen Ausführungen werden der Lesefreundlichkeit wegen nur die männlichen Bezeichnungen benutzt. Frauen sind jedoch selbstverständlich immer mitgemeint.
- 3 Erst der Jugendhilfetag 1978 leitete maßgebliche Veränderungen ein; Kappeler, 2009c.
- 4 Fischer & Riedesser, 1998, S. 79.
- 5 Ebenda.
- 6 Gahleitner, 2005b.
- 7 Schone et al., 1997.
- 8 Siehe Bar-On, 1989/1996; Rosenthal, 1997.
- 9 Müller-Hohagen, 1994.
- 10 Kappeler, 1999.
- 11 Bowlby, 1969/2006, 1973/2006, 1980/2006; Brisch, 1999; Gahleitner, 2005a.
- 12 Herman, 1993; Terr, 1995.
- 13 Siehe van der Kolk et al., 1996; für aktuelle Diskussionen um den Traumabegriff im deutschsprachigen Raum siehe Rosner & Hagl, 2008; Wöller et al., 2004; für aktuell gültige diagnostische Leitlinien siehe Flatten et al., 2004.
- 14 Siehe unter anderem Bering et al., 2005; Carter, 2005.
- 15 Siehe van der Kolk, 1999.
- 16 Mediziner und Psychologen orientieren sich zur Erkennung psychischer Krankheiten an international üblichen Klassifikationsschlüsseln. Die derzeit am häufigsten verwendeten Diagnoseschlüssel im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie sind »ICD-10« und »DSM-IV«. ICD-10 ist die »Internationale Klassifikation psychischer Störungen«, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (siehe WHO, 2000). DSM-IV ist das »Diagnostische und statistische Manual für psychische Störungen«, herausgegeben von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (siehe APA, 2000). Zu ICD-10 und DSM-IV siehe auch Fischer & Riedesser, 1998; Flatten et al., 2004. Übersichten zur Problematik der PTSD findet man u. a. bei van der Kolk et al. (1996), Maercker (1997), Fischer & Riedesser (1998), Ehlers (1999), Butollo et al. (1999), Hochauf (2003), van der Kolk & McFarlane (2000), van der Kolk (1999); für Ergebnisse aus Kohortenstudien siehe insbesondere Felitti (2002); aktuell gültige diagnostische Leitlinien (Flatten et al., 2004).
- 17 Siehe zusammenfassend Gahleitner, 2005b.
- 18 Fischer & Riedesser, 1998; Flatten et al., 2004.
- 19 Tritt ein traumatisierendes Ereignis nur einmal auf (z. B. ein Autounfall), so sprechen die Fachleute von einem »Typ I-Trauma«. Lang andauernde, wiederholte Traumatisierungen (z. B. Kindesmissbrauch über Jahre) nennt man »Typ II-Traumata«. Siehe hierzu van der Kolk et al., 1996; Terr, 1995.
- 20 Siehe die aktuelle Diskussionen um den Traumabegriff bei Rosner & Hagl, 2008; Wöller et al., 2004; aktuell gültige diagnostische Leitlinien Flatten et al., 2004.

- 21 Siehe hierzu Keilson, 1979; Khan, 1963.
- 22 Sachsse, 2006.
- 23 In der deutschen Trauma-Fachliteratur wird für die hier beschriebene »Erschütterung der Grundfesten« der englische Ausdruck benutzt, den der amerikanische Psychologe Ronnie Janoff-Bulman für dieses Phänomen geprägt hat: »shattered assumptions« (siehe Janoff-Bulman, 1985).
- 24 Siehe Wirtz, 1989; Huber, 2003, 2010; van der Hart et al., 2008
- 25 Siehe u.a. Carter, 2005; LeDoux, 1996/1998; Maercker, 1997; Yehuda, 2001; Jacobs, 2009).
- 26 Van der Kolk, 1999, S. 35f.
- 27 Carter, 2005; Fischer & Riedesser, 1998; Felitti, 2002.
- 28 Cicchetti, 1999; Klitzing, 2003; Streeck-Fischer, 1999, 2006.
- 29 Ausführlich hierzu siehe Gahleitner, 2005a.
- 30 LeDoux, 1996/1998.
- 31 Van der Kolk, 1999, S. 50. Siehe auch Siegel, 1991/1999.
- 32 Finkelhor & Kendall-Tackett, 1999; Röper & Noam, 1999.
- 33 Die zentralen Publikationen Bowlbys zur Bindungstheorie sind zusammengetragen in dem dreibändigen Werk »Bindung und Verlust« von 2006.
- 34 Siehe auch Brisch, 1999.
- 35 Siehe das »Konzept der Feinfühligkeit«, Ainsworth et al., 1974.
- 36 Bowlby, 1957/2005.
- 37 Ainsworth & Wittig, 1969.
- 38 Fonagy et al., 2002/2004; Main et al., 1985; Stern, 1985/1992.
- 39 Brisch, 2003.
- 40 Grossmann & Grossmann, 2004.
- 41 Grossmann, 2002.
- 42 Brisch, 1999; Crittenden, 1995; Main & Hesse, 1990.
- 43 Van der Kolk et al., 1999. Siehe auch oben, die Kapitel »Was ist eine komplexe Traumatisierung?« und »Welche Folgeerscheinungen hat eine komplexe Traumatisierung?«.
- 44 Alexander & Anderson, 1999.
- 45 Riedesser et al., 1999; van der Hart et al., 2008.
- 46 Siehe zusammenfassend hierzu Gahleitner, 2005a.
- 47 Egle & Hoffmann, 2000.
- 48 In diesem Zusammenhang spricht man z. B. auch von der »kumulativen« (verstärkenden, summierenden) Traumatisierung (siehe Keilson, 1979; Khan, 1963).
- 49 Roth, 1997, S. 102.
- 50 Janoff-Bulman, 1985.
- 51 Herman, 1993.
- 52 Siehe dazu u. a. die Monografien: Wensierski, 2007; Graeber, 2006; Schubert, 1999; Schünemann, 2008; Page, 2006; Sucker, 2008; Krone, 2007; Molnár, 2008; die Onlinepublikationen: Focke, 2006; R., 2006; Fleth, 2006; E., 2006; Krone, 2006; Schmidt, 2006; Schiltsky, 2006; die Sekundärliteratur: Kappeler, 2009a und b; Kuhlmann, 2008; sowie die entsprechende Empfehlung des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestags: Deutscher Bundestag, 2008; schließlich die (Betroffenen-)Web-

- sites bzw. Online-Foren: www.rundertisch-heimerziehung.de, www.heimseite.eu, www.emak.de und www.veh-ev.info.
- 53 Deutscher Bundestag, 2008.
- 54 Herman, 1993.
- 55 Siehe u. a. Apitz, 2007; Kretschmer, 2007; Lehning, 2006; Stücker-Brüning, 2009.
- 56 Siehe z. B. Schiltsky, 2006.
- 57 Eine umfassende Untersuchung zeigt, dass auch heutige Heimkinder stark belastet sind. Im Gegensatz zu damals empfinden die Bewohner heute ihren Heimaufenthalt als positiv (Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin, 2009; Goldbeck et al., 2008; Schmid, M., 2007; siehe aber auch kritische Stimmen dazu wie z. B. Struck, 2008). Eine Ausnahme machten bis vor wenigen Jahren die Bedingungen in rumänischen Kinderheimen, die denen der 1940er- bis 1970er-Jahre in Deutschland ähnelten. Über die Schädigungen dieser Kinder gibt es interessante Untersuchungsergebnisse, die als Vergleich eventuell herangezogen werden könnten (siehe u. a. Rutter, 2006).
- 58 Siehe u. a. Apitz, 2007; Deutscher Bundestag, 2008; Kuhlmann, 2008; Kretschmer, 2007; Schiltsky, 2006.
- 59 epd-lnb, 2009. In der soziologischen Fachliteratur wurde darauf schon in den 1970er-Jahren hingewiesen (z. B. Goffman, 1961/1972).
- 60 Betroffenenbericht, zit. n. Kappeler, 2009a, S. 10.
- 61 Betroffenenbericht, zit. n. Kappeler, 2009a, S. 9.
- 62 Betroffenenbericht, zit. n. Kappeler, 2009a, S. 7.
- 63 epd, 2009.
- 64 Betroffenenbericht, zit. n. epd-lnb, 2009.
- 65 E., 2006.
- 66 Siehe u. a. Runder Tisch Heimkinder, 2009; Focke, 2006.
- 67 Burschel, 2008.
- 68 Schiltsky, 2009.
- 69 Siehe Burschel, 2008.
- 70 Siehe oben, die Kapitel »Was ist eine komplexe Traumatisierung?«, »Welche Folgeerscheinungen hat eine komplexe Traumatisierung?« und »Wie entwickelt sich eine komplexe Traumatisierung?«. Siehe auch Keilson, 1979; Khan, 1963.
- 71 Siehe zu den traumatischen Folgen von Heimerziehung Kretschmer, 2007.
- 72 Kuhlmann, 2008.
- 73 Apitz, 2007.
- 74 Betroffenenbericht; zit. n. Kretschmer, 2007, S. 120.
- 75 Burschel, 2008.
- 76 Kappeler, 2009a.
- 77 Sadigh, 2009; siehe auch Krone, 2006.
- 78 Müller-Hohagen (1994).
- 79 Sadigh, 2009; siehe auch Krone, 2006.
- 80 Betroffenenbericht; zit. n. Kretschmer, 2007, S. 101.
- 81 Hollenbach, 2005, S. 3f.
- 82 Kappeler, 2009b, S. 1.
- 83 Fleth, 2006.

- 84 Siehe z. B. Krone, 2006.
- 85 Siehe z. B. Schmidt, 2006.
- 86 Deutscher Bundestag, 2008; siehe auch unten, Kapitel »Welche Rolle spielt das Alter bei der Traumabewältigung?« und »Welche Rolle spielt das Geschlecht bei der Traumabewältigung?«
- 87 Ex-Heimkind Elke Meister; zit. n. Hollenbach, 2005, S. 9.
- 88 Siehe z. B. Lützke, 2002.
- 89 Siehe die Überblicksstudie von Carter, 2005.
- 90 Ex-Heimkind Margarethe G.; zit. n. Lützke, 2002, S. 402.
- 91 Kappeler, 2009b, S. 3.
- 92 Siehe weiter unten, die Kapitel »Welche Rolle spielt das Alter bei der Traumabewältigung?« und »Welche Rolle spielt das Geschlecht bei der Traumabewältigung?«
- 93 Gahleitner, 2005b.
- 94 Wirtz, 1989, S. 142.
- 95 Für eine umfassende aktuelle Übersicht siehe van der Hart et al., 2008; für die Praxis Fliß & Igney, 2008.
- 96 Olbricht, 1997, S. 55; siehe auch Briere, 1992.
- 97 Birck, 2001.
- 98 Antonovsky, 1979; auf das Trauma bezogen siehe u. a. Gahleitner, 2005b.
- 99 Antonovsky, 1979, 1997.
- 100 Birck, 2001, S. 48.
- 101 Krystal, 1981.
- 102 Aarts & op den Velde, 2000; Hankin, 1997; McCann & Pearlman, 1990.
- 103 Kappeler, 2009b, S. 2.
- 104 Coleman, 1986.
- 105 Horowitz, 1976/1986.
- 106 Aarts & op den Velde, 2000, S. 304.
- 107 Van der Kolk, 2000.
- 108 Siehe ausführlich Gahleitner, 2009.
- 109 Siehe dazu ausführlich Gahleitner, 2005b.
- 110 Die Geschlechterforscherin Helga Bilden warnt vor dem »Einreißen fragiler Identitäten«; Bilden, 2001, S. 145).
- 111 Siehe u. a. Butollo et al., 1998; Lebowitz et al., 1993; aktuell Gahleitner, 2010; Wintersperger, 2006.
- 112 Herman, 1992, S. 51ff.
- 113 Herman, 1992.

