



Nicht nur am Sonntagmorgen im Bett brauchen Kinder Geborgenheit. Werden sie aber vernachlässigt, gedeihen sie nicht. Möglich sind tief greifende Auswirkungen auf das Gehirn. Foto Mauritius

## Der Hunger wirkt im Gehirn rund um die Uhr

Der Psychiater Karl Heinz Brisch über das kindliche Bedürfnis nach emotionaler Geborgenheit und die Folgen von Vernachlässigung

**Kinder, deren Familie kein Schutzraum, sondern ein Bedrohungsraum ist, haben mit zeitlebens belastenden Traumatisierungen zu kämpfen. Julia Schaefer befragte den Kinder- und Jugendpsychiater Karl Heinz Brisch zu den Folgen und den therapeutischen Hilfsmöglichkeiten.**

**Der herausragende Fall der vier vernachlässigten Geschwister in Berlin hat die Öffentlichkeit aufgeschreckt. Verwahrlosung hat viele Gesichter. Wie können sich Vernachlässigung und Misshandlung auf die Entwicklung von Kindern auswirken?**

Wir können verschiedene Arten von Traumata unterscheiden, die manche Kinder in ihrer Familie erleben. In einem Fall erleben Kinder zeitlich beschränkt Gewalt. Das heißt, die Eltern sind durchaus fürsorglich, aber ab und zu explodiert ein Elternteil und bedroht das Kind. Solche Erfahrungen sind besonders traumatisch, da die Gewalt von einer Bindungsperson ausgeht. Wenn darüber hinaus noch der Intimbereich angegriffen wird, wie bei der sexuellen Gewalt, ist die Traumatisierung sehr ausgeprägt. Kinder können auch durch Vernachlässigung, die materieller und emotionaler Natur sein kann, traumatisiert werden.

**Was für Folgen hat die emotionale Vernachlässigung eines Kindes?**

Wir wissen, dass das emotionale Verhungern eines Kindes die tiefgreifendsten Auswirkungen auf das Gehirn hat, sodass die Kinder schließlich körperlich, emotional und sozial nicht mehr gedeihen. Längerfristige Ignoranz eines Kindes oder emotionaler Rückzug der Eltern sind eine besondere Form der Gewalt, die das Kind als seelischen Schmerz erlebt. Besonders dramatisch wird es, wenn Eltern auf Grund eigener psychischer Störungen für ihr Kind von Anfang an nicht zur Verfügung stehen. Der emotionale Hunger wirkt im kindlichen Gehirn rund um die Uhr. Das Gehirn ist hohen Dosen von Stresshormonen ausgesetzt. Unter diesen Bedingungen können körperliche und neuronale Wachstumshormone nicht ausreichend gebildet werden. Letztere sind dafür zuständig, dass das Gehirn zwischen den Nervenzellen Verknüpfungen herstellt. Kinder, die früh Vernachlässigung oder etwa auch noch verschiedene Formen der Gewalt erlitten haben und aus diesem Grund eine Bindungsstörung entwickelt haben, sind teilweise kleinwüchsiger, haben emotionale Störungen, häufig eine schlechte Gedächtnisfunktion, fallen gerade in der Schule durch erhebliche Lernstörungen auf und haben eine ganz andere Stressregulation. Kleinste Stressoren lösen bei ihnen größte Reaktionen aus. Sie können manchmal nicht zwischen Liebe und Hass unterscheiden. Diese Kinder leben ohne ein Gefühl von innerer Sicherheit. Ihnen fehlt das „Urvertrauen“, dass sie einen Menschen haben, der sie schützt und der ihnen hilft, wenn sie Angst haben und nicht mehr weiterkönnen. Wenn es um Beziehungen und emotionale Nähe geht, können sie in Konfliktsituationen aggressiv bis dissozial reagieren, ziehen sich eher zurück, spalten ihre Gefühle ab und reagieren mit psychosomatischen Symptomen.

**Sind solche frühen Fehlentwicklungen noch positiv zu beeinflussen?**

Wenn Kinder in einem sicheren Umfeld positive, verlässliche Erfahrungen mit Bindung machen können, fängt das Gehirn an, sich neu zu orientieren und zu verändern. Solche notwendigen neuen emotionalen Erfahrungen können schwer traumatisierte Kinder oftmals aber nur im Rahmen einer mehrmonatigen stationären Behandlung und einer intensiven Einzel- und Gruppentherapie machen. Es reicht dagegen definitiv nicht aus, die Kinder in einer Familie zu belassen, in der die Kinder verwahrlost sind, sie einmal die Woche zur Therapie zu schicken, den Eltern einen Erziehungsbeistand zu geben und wöchentlich eine Kinderkrankenschwester vorzuschicken.

**Bei Fällen von Vernachlässigung und Misshandlung muss geklärt werden, wo die Kinder leben sollen und ob sie noch einmal in ihre Ursprungsfamilie zurückkönnen. Dann werden auch Kindeswohl, das Recht auf gesunde Entwicklung und das Recht der Eltern auf Erziehung ihres Kindes gegeneinander abgewogen. Inwieweit berücksichtigen Richter Ihrer Erfahrung nach bei der Entscheidung medizinisch-psychologische Gutachten?**

Welches Recht stärker wiegt, hängt ganz vom Richter ab. Der Richter kann sich an medizinischen und psychologischen Gutachten orientieren, ist aber vollkommen frei in seiner Entscheidung. Wenn Kinder körperliche Zeichen von extremer Vernachlässigung und Misshandlung zeigen, wie zum Beispiel einen kleineren Kopfumfang oder Knochenfrakturen, dann fallen Entscheidungen oft leichter. Leider ist es auch einigen Richtern immer noch nicht richtig bekannt, welche schwer wiegende frühe psychische Störung eine Bindungsstörung ist. Läuft beispielsweise ein Kind bei einer Gegenüberstellung zu seinen Eltern, die bereits ein Geständnis abgelegt haben, gibt es durchaus Richter, die daraus folgern, dass die Bindungsproblematik und die Misshandlung gar nicht so schlimm gewesen sein können. Das kann ein fataler Trugschluss sein.

**Warum?**

Wir kennen das Phänomen der pathologischen Bindung eines Opfers an den Täter.

Selbst wenn Kinder Gewalt und Vernachlässigung durch ihre Eltern erfahren, wollen sie aktiv zu ihren Eltern, weil diese eigentlich für Schutz und Sicherheit zuständig sind. Dieses evolutionsbiologische Prinzip soll das Überleben sichern. Hier sehe ich in unserer Gesellschaft – nicht nur bei einigen Richtern – noch deutlichen Nachholbedarf, was das Wissen über die Psyche von Kindern, insbesondere die gesunde, sichere Bindung sowie die Pathologie der Bindungsstörung angeht.

**Kann bei Kindern mit einer schweren Bindungsstörung eine Entwicklung in der Ursprungsfamilie überhaupt gelingen?**

Das hängt langfristig davon ab, wie eine Veränderung der oftmals tief greifenden psychischen Störung der Eltern beeinflusst werden kann. Wenn die Eltern psychisch schwer krank sind, wird es so schnell keine Veränderung geben. Dafür bräuchte es eine längerfristige Therapie. Dann könnte man über eine Rückführung der Kinder in die Ursprungsfamilie nachdenken. Wenn die Kinder in der Zwischenzeit mehrere Jahre in Pflegefamilien verbracht haben und die Pflegeeltern für die Kinder zu sicheren Bindungspersonen geworden sind, muss man allerdings genau prüfen, ob eine Rückführung überhaupt sinnvoll ist. Es ist in Deutschland leider nach wie vor Praxis, dass ein Kind auch nach Jahren relativ kurzfristig aus einer Pflegefamilie wieder herausgeholt wird, ohne dass eine genaue Prüfung der psychischen Entwicklung der Eltern stattgefunden hat. In extremen Fällen wird Pflegefamilien manchmal gesagt, bitte stellen Sie das Pflegekind nächsten Mittwoch vor die Tür, wir holen es dann ab und bringen es in die Ursprungsfamilie zurück – in der Vorstellung, dieses Verfahren sei die weniger schmerzhaft Methode für das Kind. Solche Rückführungen sind ein Trennungstrauma für das Kind und versprechen die geringsten Erfolge.

**Was müsste sich verändern, damit sich die Situation solcher Kinder in Zukunft verbessert? Welche Rolle spielen dabei die Jugendämter?**

Für jede antibiotische Behandlung akzeptieren wir, dass sie nur wirkt, wenn der richtige Wirkstoff auch in einer ausreichend hohen

Dosierung über eine ausreichende Zeit gegeben wird. Es ist nicht verständlich, warum wir bewährte medizinische Behandlungsprinzipien nicht im Bereich der psychosozialen und psychotherapeutischen Hilfe etablieren. Wir müssen aus humanitären Gründen dauerhafte Veränderungen für manche Kinder auf den Weg bringen. Durch zu niedrige Intensität der Hilfe werden die Bedingungen für ein Kind nur chronifiziert. Das Problem der Jugendämter ist, dass sie innerhalb festgelegter finanzieller Rahmenbedingungen eine gesunde Entwicklung von gefährdeten oder bereits verwahrlosten Kindern sicherstellen müssen. Unsere Gesellschaft ist nach wie vor nicht bereit, in diesen grundlegenden Bereich ausreichend zu investieren. Wenn der Staat gefährdete Kinder und ihre Eltern wirklich auffangen will, dann muss er auch richtig Geld investieren. Jede erfolglose Unterstützung, die letztendlich manchmal darauf hinausläuft, dass ein Jugendlicher im Strafvollzug versorgt werden muss, führt in die teuerste Form der Betreuung.

**Welche Möglichkeiten der Prävention sehen Sie?**

Bei Eltern, die ihre Kinder vernachlässigt oder misshandelt haben, finden wir in der Regel Geschichten, die ebenfalls mit Vernachlässigung, Trauma und Gewalt zu tun haben. Solche Erfahrungen wirken über Generationen hinweg. Das geht durch alle sozialen Schichten. Wenn es aber einmal mit ausreichender Hilfestellung gelingt, einem Kind eine sichere Bindungsentwicklung zu ermöglichen, ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass dieses Kind selbst in der nächsten Generation sichere eigene Kinder auf den Weg bringen wird.

**Was für Hilfestellungen sowohl für Eltern wie für die Kinder könnten das sein?**

Auf Basis dieser Überlegungen und Erfahrungen haben wir auch die Präventionsprojekte SAFE – „Sichere Ausbildung für Eltern“ und BASE – „Babywatching im Kindergarten“ entwickelt. Für BASE geht eine Mutter mit einem Säugling einmal die Woche bis circa zum ersten Lebensjahr des Kindes in einen Kindergarten. Die Kinder können so durch angeleitete Beobachtung lernen, sich in die Welt von Mutter und Kind einzufühlen und die Signale des Babys zu deuten. Diese Erfahrungen können viele Einzelkinder in ihren Familien nicht machen. Wir hoffen, auf diese Weise auch schon die Kleinen zu schulen, später einmal feinfühligere Eltern zu werden. Die Kinder, die ein Jahr lang an BASE teilnehmen, sind weniger aggressiv, weniger aufmerksamkeitsgestört, können sich in Not eher Hilfe holen, haben weniger psychosomatische Beschwerden und weniger Ängste. Im Rahmen von SAFE betreuen wir werdende Eltern ab der 20. Schwangerschaftswoche und üben mit ihnen bis zum ersten Lebensjahr des Kindes ein positives Bindungsverhalten ein. Bei eigenen ungelösten traumatischen Erlebnissen bieten wir den Eltern vor der Geburt eine Stabilisierung und nach der Geburt eine Traumapsychotherapie an, damit sich die gemachten Erfahrungen nicht beim Kind wiederholen. Dieses Jahr bilden wir für das SAFE-Programm mehr als 300 Mentoren aus. Bayern hat beschlossen, dass die SAFE-Gruppen in allen Schwangerschaftsberatungsstellen laufen sollen, auch die evangelischen Beratungsstellen wollen das Präventionsprogramm einführen.



Karl Heinz Brisch erforscht die frühkindliche Entwicklung. Foto Klett-Cotta

### Karl Heinz Brisch

Karl Heinz Brisch ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, für Psychiatrie und für Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalytiker und Gruppenanalytiker. Der Vater von drei Kindern leitet die Abteilung für Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Ludwig-Maximilians-Universität in München. Er ist zugleich deutscher Vorsitzender der Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit (GAIMH). Sein Forschungsschwerpunkt liegt auf der frühkindlichen Entwicklung zu Fragen der Entstehung von Bindungsprozessen und ihren Störungen sowie der Prävention. Karl Heinz Brisch ist Verfasser des in mehrere Sprachen übersetzten Bestsellers „Bindungsstörungen. Von der Theorie zur Therapie“. Das Werk ist beim Stuttgarter Klett-Cotta-Verlag erschienen und kostet 32 Euro. Zuletzt ist dort auch sein Fachbuch „Kinder ohne Bindung“ herausgekommen. js



### MEINE FAMILIE

## Mit Händen und Füßen

Von Dilek Güngör

Onkel Ömer liegt bäuchlings auf unserem Wohnzimmerboden und stöhnt. „Sei so nett und steige mir hier zwischen die Schulterblätter“, sagt er und versucht, mit der Hand an die Stelle zu zeigen, auf die ich mich stellen soll. „Spinnst du! Das ist doch gefährlich“, sage ich. „Da passiert schon nix, stell dich einfach vorsichtig mit dem ganzen Fuß da drauf.“ Er hat mich schon oft um merkwürdige Dinge gebeten, aber das übertrifft alles. Onkel Ömer sagt, er habe das früher oft bei seinem Vater gemacht und dem habe es gut getan. Dass er damals wahrscheinlich ein kleines Kind war und kaum dreißig Kilo gewogen hat, scheint er vergessen zu haben.

Onkel Ömer, ich habe Angst, dass ich dir wehtue“, sage ich. „Was sollen wir dann deinem Physiotherapeuten sagen? „Äh, ich bin meinem Onkel auf den Rücken gestiegen, und dabei hat er sich die Schulter verrenkt?“ Der hält uns doch für bescheuert.“ Ich sage, er solle sich lieber einen Termin bei einem Masseur geben lassen, statt sich auf so riskante Methoden zu verlassen. „Da passiert schon nichts, wenn dein Onkel Schmerzen hat, kannst du ihm den Gefallen ja wohl tun“, sagt Tante Hatice. „Mach du es doch, wenn du dich traust“, antworte ich. „Nein, du nicht“, ruft Onkel Ömer ins Parkett. „Du brichst mir alle Rippen.“

### Onkel Ömer hält mich für einen Angsthansen

Den Rest des Tages blickt mich Onkel Ömer mit diesem mitleidsregenden Blick an, hilflos suchend, aber ich gebe nicht nach. „Onkel Ömer, das ist doch lebensgefährlich, wenn ich mich auf deinen Rücken stelle, geht es dir danach nur noch schlechter.“ Er sagt, ich sei ein Angsthase. Es würde lediglich einmal knacken, und dann sei alles wieder in Ordnung. „Ach, komm schon“, bettelt er. „Nein!“

Abends sitzen wir wie immer beisammen und schauen fern. Ausgerechnet heute kommt eine Dokumentation über blinde Masseur in China. Auf einer Matte liegt ein Mann, bäuchlings wie Onkel Ömer heute Mittag, der Masseur steht auf seinem Rücken. „Guck, die machen das genauso“, ruft Onkel Ömer. Zum einen freut er sich, dass er endlich Unterstützung bekommt, und das von chinesischen Masseuren aus dem Fernsehen. Zum anderen ist er wütend, weil ich mich so hartnäckig wehre. „Ja, aber siehst du nicht, dass da Haltestangen an der Decke sind und der Masseur sich daran festhält. Der steigt doch nicht einfach auf den Leuten herum“, sage ich. „Außerdem weiß der genau, wie er sein Gewicht verlagern muss, der hat das schließlich gelernt.“ Onkel Ömer gibt nicht nach. „Du kannst erst vorsichtig einen Fuß aufsetzen und dann immer mehr Gewicht dazugeben. Wenn es mir zu viel wird, sage ich stopp.“ Ich bleibe bei meinem Nein. Soll er lieber gleich am nächsten Morgen zum Arzt gehen. „Ich fahre dich auch“, verspreche ich ihm.

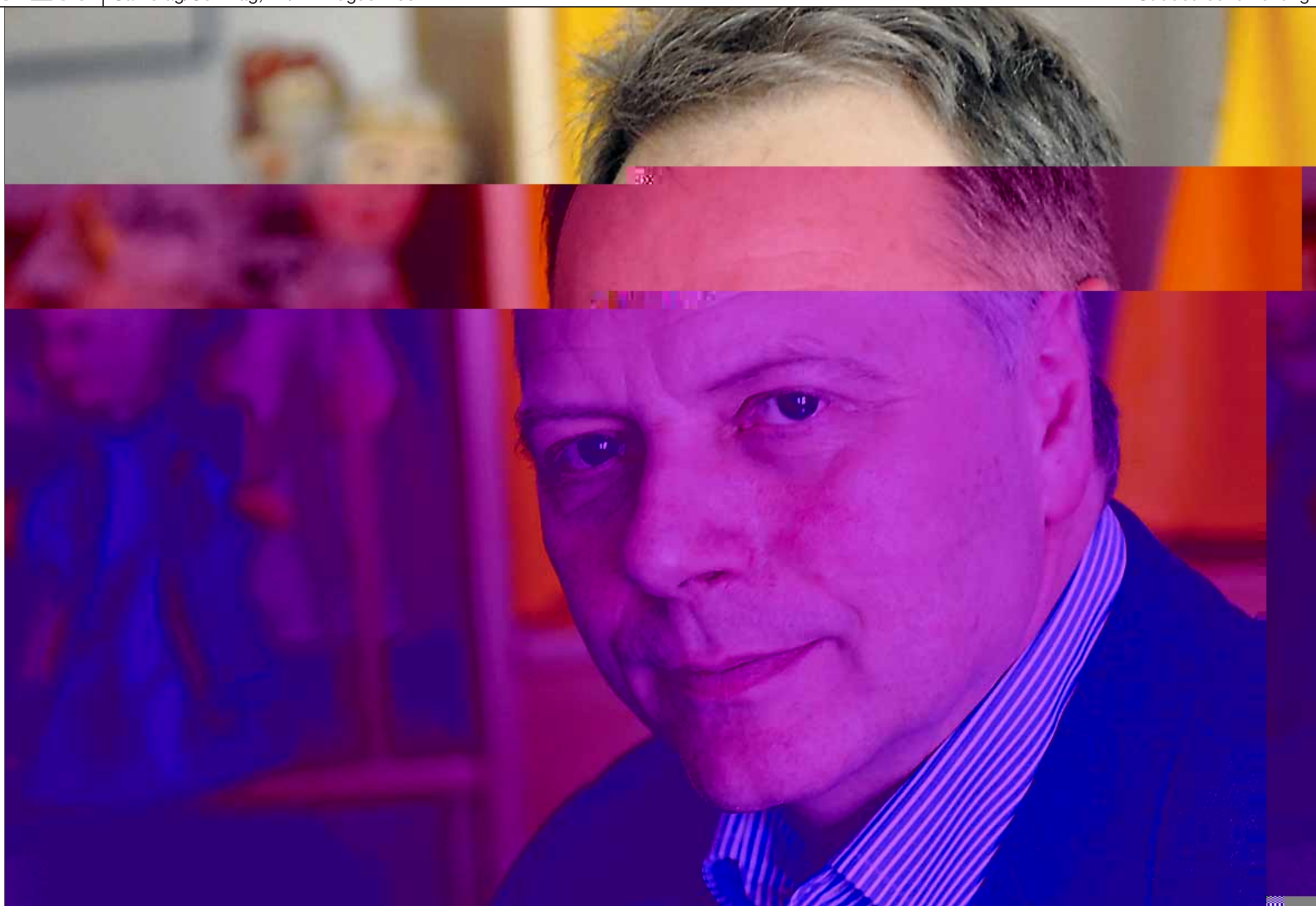
### Massage im Wartezimmer – das fehlt ja noch!

Weil Onkel Ömer keinen Termin hat, müssen wir ewig lange im Wartezimmer sitzen. „Das haben wir nun davon“, meckert er leise. „Wir hätten uns die Rumsitzerei sparen können, wenn du dich nicht so zieren würdest.“ Und nach einer Pause flüstert er: „Du kannst uns immer noch von dieser Warterei erlösen. Ich leg mich kurz hin und du stehst für ein paar Sekunden zwischen meine Schulterblätter. Dann können wir sofort nach Hause gehen.“

Ich senke meinen Kopf noch tiefer in die Apothekezeitschrift. Jetzt spinnt er völlig. Ich blättere genervt in dem Heft und stoße prompt auf einen Artikel über Thaimassage, bei der die Masseur nicht nur mit den Händen, sondern mit Ellbogen, Beinen, Füßen und Knien arbeiten. Bevor Onkel Ömer einen Blick darauf erhaschen kann, klapp ich das Heft zu. Eine Stunde später sind wir endlich dran. Es dauert keine fünf Minuten, da ist Onkel Ömer schon wieder draußen. „Das ging aber schnell“, sage ich, auf wir unsere Jacken anziehen. Onkel Ömer schweigt. „Und?“, frage ich. „Hat er dich wieder zurechtgerenkt?“ Er tut geheimnisvoll und sagt, der Masseur habe sich mit den Ellbogen auf die verspannte Stelle gestemmt und nun sei alles wieder gut. „Das hätten wir alles auch zu Hause erledigen können“, sagt er. Ich glaube ihm kein Wort.

**Dilek Güngör liest nächste Woche, am Freitag den 29. Juni, um 20 Uhr in Schwäbisch Gmünd in der Stauferklinik aus ihrem neuen Roman „Das Geheimnis meiner türkischen Großmutter“.**

Im dritten Stock eines grauen Hauses im Münchner Klinikviertel befindet sich die Ambulanz des Dr. von Haunerschen Kinderspitals. Der Leiter, Dr. Karl Heinz Brisch, wartet in seinem Büro. Eine Spielcke mit Kasperletheater und Puppen, mit Kindermöbeln und Boxen mit Spielzeugen deutet an, dass in diesem Raum mit Schreibtisch und Computer, rundem Tisch und Sofa nicht nur Gespräche mit Eltern geführt werden. Auch kleine Patienten sollen sich hier heimisch fühlen. Brisch ist Spezialist für traumatisierte Kinder. Foto: Catherina Hess



Karl Heinz Brisch  
über

# Traumata

von **Christine Brinck**

**Es vergeht kaum eine Woche, in dem nicht ein drastischer Fall von Misshandlung, Tötung, Wegsperrung oder Entführung bekannt wird. Dann wird stets von traumatisierten Kindern gesprochen. Was bedeutet Traumatisierung für Kinder und bei Kindern?**

Normalerweise hat ein Kind im Alltagsleben eine Bindungsperson, die Schutz und Sicherheit gewährleistet. In der Regel sind dies Mutter oder Vater, vielleicht auch die Großmutter oder eine Tagesmutter. Wann immer das Kind Angst hat oder sich erschreckt, weil zum Beispiel ein großer Hund vorbeiläuft oder weil es von einem Alptraum aufgewacht ist, würde es diese Bindungspersonen aufsuchen, dort erfährt es durch Körperkontakt Schutz und Sicherheit, und das Erregungssystem, was Herzklopfen verursacht, Hormone ausschüttet und Alarm schlägt, würde sich dann ganz rasch wieder beruhigen.

**Und wenn das nicht der Fall ist . . .**

Wenn ein Kind allerdings entführt wird, sich absolut hilflos und ohnmächtig fühlt, und niemand da ist, der Schutz, Sicherheit und Beruhigung ermöglicht, gerät es in einen Zustand von größter körperlicher und seelischer Erregung. Die Hormone, die für Stress und Gefahr aktiviert werden, sind über lange Zeit messbar im Blut erhöht.

**Entführungen von Kindern sind eher selten, häufiger sind Misshandlungen.**

Genau, eine ganz andere, aber häufig vorkommende traumatische Situation entsteht, wenn die Personen, die für den Schutz des Kindes zuständig wären, gleichzeitig diejenigen sind, die Angst machen, bedrohen, schlagen, vergewaltigen oder in irgendeiner Weise dem Kind dauernden Stress verschaffen, weil sie es verwahren lassen und nicht einmal für Essen oder Trinken sorgen oder das Kind einfach viele Stunden in der Wohnung allein lassen, wo es in panischer Angst schreit. Dann kann ein Kind in einen Zustand geraten, wo sich Körper und Psyche überhaupt nicht mehr beruhigen können.

**Wie zeigt sich das?**

In einer solchen Situation entwickeln Kinder viele verschiedene Symptome, wie etwa ständige Angstzustände und Panikanfälle. Als letzte Überlebensstrategie kommt das Kind klassischerweise schließlich in die Situation, dass der Körper die Wahrnehmung von Gefühlen ganz „abschaltet“, um nicht mehr spüren zu müssen, was nicht aushaltbar ist. Wir nennen das „Dissoziation“, da stehen die Kinder gewissermaßen neben sich. Oder ein Kind bekommt Alpträume, liegt zitternd im Bett und kann vor Angst nicht mehr einschlafen, hat sogenannte Flashbacks.

**Flashbacks?**

SZdigital: Alle Rechte vorbehalten - Süddeutsche Zeitung GmbH, München  
Eine Dienstleistung des SZ-Archivs

Ja, plötzlich einschließende Bilder, von dem, was das Kind als lebensbedrohlich erlebt hat. Solche Bilder oder alten Filme können Kinder oft nicht mehr einfach abstellen, außer durch Dissoziation. Der Preis der Dissoziation besteht darin, dass Kinder schließlich gar keine Gefühle mehr spüren, weder Angst noch Schrecken, noch Freude, Zuwendung oder Trost.

**Wie überleben Körper und Psyche diese dauernde Bedrohung?**

Ein sicheres Bindungsfundament, das man als Kind emotional verinnerlicht hat, kann einen widerstandsfähiger machen, wenn man durch einen fremden Menschen in eine bedrohliche Extremsituation gerät. Wenn aber etwa die Eltern als potentielle Bindungspersonen selbst von frühester Kindheit an ihr Kind bedrohen und ihm Gewalt antun oder es vernachlässigen, wird es unter diesen Umständen nie eine sichere Bindung als emotionales Fundament mit seinen Eltern aufbauen, zu denen es einerseits Nähe sucht, bei denen es andererseits gleichzeitig panische Angst erlebt.

**Dauert eine Therapie bei Kindern weniger lang als bei Erwachsenen?**

Ein Kind muss nicht jahrelang im Keller eingesperrt sein, es kann auch sein, dass ein Kind in einer familiären Situation regelmäßig sexuell missbraucht wird und Gewalt erfährt. Dann dauert es auch Jahre später in der Therapie sehr lange, eine junge Frau wieder aus ihren psychischen Zuständen herauszuholen. Das ist therapeutisch sehr schwierig.

**Welche Traumata haben Ihre jungen Patienten erlebt? Und was ist die Altersgruppe?**

Die Jüngsten sind Säuglinge, die erst wenige Wochen alt sind, die geschüttelt werden, die geschlagen werden, bis hin zu

„Oft wird klar, dass Eltern selbst als Kinder Gewalt erfahren haben.“

jungen Erwachsenen, die Gewalt in jeder Form erlebt haben.

**Ist Schütteln Missbrauch oder geschieht es aus Unkenntnis heraus?**

Oft ist es Unkenntnis, oft wissen die Eltern aber auch, dass es nicht sein darf, und sie tun es trotzdem. In der Regel passiert es in Wut und Zorn, einem Affektdurchbruch, wie wir sagen, wenn die Eltern sich selber nicht mehr steuern können. Einen Säugling in einem Anfall von Wut zu schütteln, ist freilich eine andere Situation, als wenn Eltern ihr Kind be-

wusst quälen, Zigaretten auf ihm ausdrücken, ihr Kind in eine heiße Badewanne stellen.

**Ist das Problem nicht, dass ein so gequältes Kind meist ziemlich spät zu Ihnen kommt? Oder nie, wie etwa der kleine Kevin aus Bremen, wie Nadine, Amani, Jessica, Pascal, Emely, die die Quälerei nicht überlebt haben?**

Sehr viele dieser Kinder sehen wir überhaupt nie. Aber in der Regel fallen uns diese Kinder auf, wenn sie zur medizinischen Behandlung zu uns gebracht werden, manchmal von den Eltern, manchmal natürlich auch von anderen Personen wie Kindergärtnerinnen. Denen kann es merkwürdig vorkommen, dass ein Kind zum wiederholten Mal montags mit blauen Flecken im Gesicht und am Gesäß in den Kindergarten kommt.

**Oft genug fällt ja leider niemandem etwas auf, und das, auch wenn die Behörden eingeschaltet sind.**

Leider sehen wir in manchen Wochen gleich mehrfach Kinder mit Verletzungen, im Extremfall etwa mit Knochenbrüchen, Schädelfrakturen, Verbrühungen, die ihnen durch Gewalt von nahestehenden Betreuungspersonen zugefügt wurden. In einer solchen Situation trifft sich die sogenannte „Kinderschutzgruppe“, der neben Ärzten verschiedener Fachrichtungen und Kinderkrankenschwestern, Psychologen, Sozialarbeiter, Gerichtsmediziner und Kinder- und Jugendpsychiater angehören. Je nach Situation finden in dieser Zusammensetzung auch Helferkonferenzen mit den Eltern und den Mitarbeitern des Jugendamtes statt.

**Was sagen denn die Eltern in so einem Fall?**

Die meisten Eltern sind betroffen darüber, was passiert ist, denn sie hatten sich vorgenommen, es mit ihren Kindern besser zu machen und sie nicht so zu schlagen, wie sie es selbst als Kind erlebt haben.

**Und was ist mit denen, die nicht erschüttert sind?**

Manche Eltern leugnen, etwas mit der offensichtlichen Gewalterfahrung ihres Kindes zu tun zu haben. Oft wird im Gespräch klar, dass die Eltern selbst als Kind in vielfältiger Form Gewalt erfahren haben, also selber traumatisiert sind. Sie berichten von Erlebnissen, die unbewältigt und unverarbeitet sind. Und die eigenen Kinder mit ihren vielfältigen Äußerungen von Weinen, Nähe suchen oder Protest rühren dann an diese unverarbeiteten Erfahrungen der Eltern. Plötzlich springt da eine alte Geschichte auf samt allen heftigen Gefühlen und überrollt die Eltern. Dann kann es passieren, dass sich das Kind in einer Szene wiederfindet, die ursprünglich die seiner Eltern war.

**Fortzeugend Böses . . .**

Genau, eine unbehandelte Traumaerfahrung bleibt ein schlummernder Risikofaktor. Kinder erinnern Eltern oft an Situationen, in denen sie selbst in einer ohn-

mächtigen Lage waren. Das Schreien eines Babys ist ein starker Reiz, den man nicht so schnell abstellen kann. Weil man nicht mehr aushält, was das Baby in einem auslöst, muss es daran gehindert werden zu schreien. Im schlimmsten Fall wird es gepackt, geschüttelt, ihm ein Kissen aufs Gesicht gedrückt, um die eigene Not unter Kontrolle zu bringen. Nicht unbedingt, weil man dem Baby etwas Böses will. Das Baby ist nur der Auslöser, den man beseitigen will.

**Hat denn ein Kind, das so etwas durchgemacht hat, überhaupt eine Chance, es jemals zu bewältigen?**

Wenn die Psychotherapie das in einer schützenden therapeutischen Beziehung gut aufgreifen kann, dann gelingt es über einen längeren Zeitraum, die Affekte der

„Ein Kind darf nicht Tag und Nacht von Bildern überschwemmt werden.“

Lebensbedrohung, der Hilflosigkeit, den Schmerz, die Wut und die Enttäuschung, all diese Gefühle, die mit einem solchen Trauma verbunden sind, vielleicht so gut zu bewältigen, dass der Alltag, wenn neue Reize kommen, nicht zu einer neuen Höllenfahrt werden muss. Was aber bleibt, sind die Verletzungen und die Narben, es wird nicht wieder heile Haut.

**Was ist dann der Unterschied zwischen dem behandelten Trauma und dem unbehandelten?**

Bei guter Verarbeitung blutet es in der Seele nicht immer wieder aufs Neue, wenn man an die alte Erfahrung rührt. Es tut noch weh, aber man wird eben nicht von Affekten geschüttelt, so wie es jemandem ergehen kann, der an ein unverarbeitetes Trauma erinnert wird.

**Sie haben von Flashbacks gesprochen. Wie kann etwa ein kriegstraumatisiertes ruandisches Kind je überwinden, dass es dabei war, als seinem Vater mit der Machete der Kopf abgeschlagen wurde?**

Solche Kinder sind alle schwerst traumatisiert. Die Bilder unter Kontrolle zu bringen, ist ein erster Teil der Therapie. Es wäre ein Riesengewinn, wenn ein solches Kind nicht Tag und Nacht von diesen Bildern überschwemmt würde. Der erste Teil der Therapie heißt darum immer, Stabilisierung und Kontrolle über die Gefühle und Bilder zu gewinnen.

**Stabilisierung, Schutz, Sicherheit, Ruhe sind Ihre Eckpfeiler, bräuchte man dafür nicht mehr als vier Betten, die Sie auf Ihrer Station haben?**

Diese vier Betten, die wir am Hauner-

schen Kinderspital haben, reichen für die vielen Kinder, die wir sehen, überhaupt nicht aus, um ihnen eine spezifische traumapsychotherapeutische Behandlung zukommen zu lassen. Die Dunkelziffer ist riesig groß. Es geht aber auch nicht nur um Kinder, die misshandelt und missbraucht werden. Es geht oft auch um ein Kind, das aus dem Haus geht und einen lebensbedrohlichen Unfall erleidet oder seine Eltern bei einem Verkehrsunfall verliert. Dieses Kind ist ebenfalls traumatisiert, die Geschwister und die Familienangehörigen unter Umständen auch.

**Da sind Sie mit vier Betten ja schnell am Ende.**

Mit vier Betten kann man nur wenigen Kindern weiterhelfen. Dank der Stiftung Omnibus können wir Kindern nach traumatischen Erlebnissen helfen. Wir behandeln viele dieser traumatisierten Kinder durch unseren psychologischen sowie kinder- und jugendpsychiatrischen Konsildienst, das heißt während die Behandlung erfolgt, können die Kinder wegen ihrer körperlichen Symptome stationär untersucht und versorgt werden. Auch durch Behandlungen in unserer Ambulanz können wir traumatisierten Kindern weiterhelfen und verhindern, dass ihre Symptome chronisch werden.

**Gewalt, Unfälle, Tod in der Familie, Scheidung – das heißt doch, dass man viel mehr Personal und Platz für die ambulante wie die stationäre Behandlung von traumatisierten Kindern bräuchte.**

Mein Traum wäre, dass wir für Bayern quasi modellhaft eine Möglichkeit hätten, viel mehr Kinder stationär in einer wirklich spezialisierten Kinder-Familien-Trauma-Klinik behandeln zu können. Die sollte möglichst in einer Landschaft in Bayern sein, die allein schon wegen ihrer Lage in der Natur zum Stressabbau beiträgt. In einer solchen Fachklinik für Traumapsychotherapie könnte man nach der Erstbehandlung die Kinder und ihre Familien rasch und zügig weiterbehandeln, damit die Traumaerfahrungen sich erst gar nicht psychisch festsetzen.

**Nun gab es ja einst ein solches Kindersanatorium, das Erich Benjamin Haus in Schäftlarn bei München.**

Es ist bemerkenswert, dass Benjamin, der Professor hier an der Kinderklinik war, vor achtzig Jahren ein eigenes Haus bereitgestellt hat, um damals schon traumatisierte Kinder wegweisend mit modernen Methoden der Psychotherapie und Heilpädagogik zu behandeln. Das war revolutionär für ganz Deutschland. Ein Sponsoren-Ehepaar hat das Haus jetzt gekauft und will es umbauen.

**Warum wäre das Benjamin-Haus so ein guter Platz für Ihre Patienten?**

So ein Haus wäre geeignet für die allermeisten Kinder, die traumatische Erfahrungen gemacht haben und ihre Familien. Wenn wir unmittelbar stabilisieren und helfen können, die überwältigenden

Erlebnisse zu verarbeiten, kommt das Leben für diese Familien und ihre Kinder auch schneller wieder auf den Weg. Wir haben einen riesigen Bedarf, darum bilden wir ja auch in Traumapsychotherapie aus. Aber noch fehlen uns die räumlichen Möglichkeiten. Das soll sich mit dem Benjamin-Haus ändern.

**Wäre das ein Platz für Sonderfälle oder auch für Ihre Alltags-Patienten?**

So ein Haus wäre geeignet für die allermeisten Kinder, die traumatische Erfahrungen gemacht haben und ihre Familien.

**Was tun Sie sonst für die Prävention?**

Die Sensibilisierung der Bevölkerung hat offensichtlich zugenommen, es wird genauer hingeschaut. Vordringliches Ziel aber ist, Eltern Behandlung zukommen zu lassen. Eltern das misshandelte Kind wegzunehmen, schützt zwar das Kind, aber dies ist als alleinige Maßnahme nicht ausreichend, weil diese Eltern oft noch ein zweites oder drittes Kind bekommen. Wir haben dieses Problem jetzt in unserem Präventionsprojekt „SAFE - Sichere Ausbildung für Eltern“ aufgegriffen, das sich an werdende Eltern ab der 20. Schwangerschaftswoche richtet.

**Wie funktioniert das?**

Es ist ein Trainingsprogramm zur Förderung einer sicheren Bindung zwischen Eltern und Kind. In Seminaren helfen wir den Eltern sehr früh, über alle Fragen und Probleme, die mit einem Kind auf sie einströmen, Kenntnisse zu sammeln und eigene schmerzliche Kindheitserlebnisse schon in der Schwangerschaft und nach der Geburt zu verarbeiten, bevor sie diese an ihre Kinder weitergeben.

**Und ist das Kind auf der Welt, wird dann alles gut?**

Wir bieten weitere Seminare für die Eltern während des ganzen ersten Lebensjahrs an und haben auch eine Hotline, unentgeltliche Einzelgespräche und Kleingruppenarbeit mit der Möglichkeit, dass die Eltern auch an Videoaufnahmen von sich und ihrem Kind lernen können. Unsere bisherigen Erfahrungen mit Eltern in SAFE-Gruppen zeigen, dass so – nicht nur theoretisch – tatsächlich die Teufelskreise der Wiederholung von Gewalterfahrungen über Generationen unterbrochen werden können.

**Dr. Karl Heinz Brisch, Jahrgang 1955, ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Er leitet die Abteilung für Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie im Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München. Brisch, Vater dreier Kinder, ist deutscher Vorsitzender der Gesellschaft für Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH) und Autor des in viele Sprachen übersetzten Bestsellers „Bindungsstörungen. Von der Theorie zur Therapie“ (Klett-Cotta).**