

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3691>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Adam, Hubertus; Walter, Joachim

Titel: Last und Kraft beschädigter Eltern - Wie Flüchtlingskinder im Exil gesund wachsen können

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61 (8), 584-609

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

Last und Kraft beschädigter Eltern – Wie Flüchtlingskinder im Exil gesund wachsen können

Hubertus Adam und Joachim Walter

Summary

Burden and Capability of Damaged Parents – How Refugee Children can Grow in Exile

In trauma, dialectical tension arises between the inner perspective of the traumatized subject and the outside perspective (objective situation), between environmental stress and the subjective attribution of meaning, as well as between experience and behaviour. The traumatic process – the subject's endeavour to comprehend the overwhelming, often inconceivable experience and integrate it into its concepts of self and world – is understood against the backdrop of these interacting dimensions. The process phases "emerge from each other, run parallel, and permeate each other" (Fischer u. Riedesser, 2003). Problems that arise in the aftermath of trauma are rarely overcome by the victims alone. Attempts to process and self-heal have a social dimension, and family members are affected by war, persecution and flight in individual, varying ways. The impacts of violence experienced by parents from different crisis regions are examined in case studies with regard to the psychological development of indirectly impacted children growing up in exile.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 584-609

Keywords

refugee children – minor migrants – transgenerational trauma – psychotherapy – coping

Zusammenfassung

Bei Traumata besteht ein dialektisches Spannungsverhältnis zwischen Innenperspektive (der des leidenden Subjektes) und Außenperspektive (objektive Situation), zwischen belastenden Umweltbedingungen und subjektiven Bedeutungszuschreibungen sowie zwischen Erleben und Verhalten. Aus diesem Zusammenspiel heraus ist der traumatische Prozess zu verstehen, in dem versucht wird, die überwältigende, oft unverständliche Erfahrung zu begreifen und in das Selbst- und Weltverständnis zu integrieren. Die Phasen „gehen auseinander hervor, laufen parallel und durchdringen einander“ (Fischer u. Riedesser, 2003). Durch das Trauma aufgeworfene Probleme sind meist nicht durch die betroffene Person allein zu bewältigen. Verarbeitungs- und Selbstheilungsversuche haben eine soziale Dimension, und von Krieg, von Verfolgung und Flucht sind Individuen, auch innerhalb einer Familie, unterschiedlich betroffen. Auswirkungen von Gewalt, die Eltern erlebt haben, werden anhand von Fallbeispielen aus verschiedenen Krisenregionen untersucht und die psychische Entwicklungen der nicht direkt betroffenen, im Exil aufgewachsenen Kinder.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 584 – 609 (2012), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

Schlagwörter

Flüchtlingskinder – Migrantenkinder – transgenerationale Traumatisierung – Psychotherapie – Coping

1 Psychische Traumatisierung

In der Menschheitsgeschichte sind Einzelpersonen oder Gruppen immer traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt gewesen. Solche Ereignisse waren zu allen Zeiten auch direkte oder indirekte Ursache von Migration oder Anlass zur Flucht. Menschen besitzen große Fähigkeiten, auch extreme Situationen zu überleben. Aber solche traumatisierenden Erlebnisse können „das psychologische, physiologische und soziale Gleichgewicht eines Menschen in solchem Maße verändern (...), dass die Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis alle anderen Erfahrungen überschattet und die Gegenwart stark beeinträchtigt“ (v. d. Kolk u. McFarlane, 1996, S. 27).

1.1 Die Entwicklung des Traumabegriffs

In der Forschung zur psychischen Traumatisierung bestand die ätiologische Fragestellung anfangs darin, ob ein Trauma psychisch oder organisch bedingt sei. Sigmund Freud folgte zunächst der Auffassung, dass Traumata eine bedeutende Rolle bei der Entstehung der Hysterie spielen und erklärte dies dadurch, dass Geschehnisse im Unbewussten abgespeichert, mit den in der Situation erlebten Affekten verbunden und schließlich in einem veränderten Bewusstseinszustand verschlüsselt würden. Freud nahm an, dass sowohl die individuelle Konstitution als auch die objektiven Faktoren der traumatischen Situation an der Ätiologie der Psychoneurosen teilhaben und dass in manchen Fällen die eine Seite, in manchen Fällen die andere dominiert (Freud, 1906). Freud postulierte für den Organismus eine Vorrichtung, die ihn vor der Einwirkung zu starker Außenreize schützt: Die Sinnesorgane entnehmen der Außenwelt so genannte Proben, so dass man sich unter Umständen, z. B. durch Flucht, den zu starken Außenreizen entziehen kann (Freud, 1920). Kann man sich dem Reiz aber nicht entziehen, ist dieser nach Freud dann traumatisierend, wenn er das Verarbeitungsvermögen des Organismus übersteigt.

Die betroffene Person erlebt in einer dann eintretenden traumatischen Situation überwältigende Affekte. Gelingt eine Verarbeitung dieser Affekte nicht ausreichend, so bleibt dem Individuum keine andere Wahl als diesen Affekt zu verdrängen mit ihm zugleich viele Gedanken, Fantasien und Situationsbilder, die mit ihm in einem assoziativen Zusammenhang gestanden haben. In Zukunft werden Assoziationen, die verdrängte Elemente erwecken, gleichzeitig auch diesen nicht abreagierten Affekt reaktivieren, so dass jeweils erneute und stärkere Verdrängung erforderlich wird. Freud formulierte mit diesem Konzept der Nachträglichkeit (Freud, 1896) einen komplexen Auslöse- und Wirk-

mechanismus bei der Entstehung eines Traumas, bei denen psychische, somatische und soziale Bedingungen vielfältig verknüpft sind. Mentzos zufolge hat Freud mit diesen Überlegungen in seiner Traumatheorie der Neurosen erkannt, dass nicht der Zusammenstoß mit der Umwelt, also nicht das Trauma als solches, sondern die Behinderung der Abreaktion und Verarbeitung des Affektes pathogen ist (Mentzos, 2000).

Nach dem 2. Weltkrieg wurden von Psychiatern besonders die psychischen Probleme der Kriegsoffer beachtet. Pedersen prägte angesichts der Flüchtlingsproblematik nach dem Krieg den Begriff der „Flüchtlingsneurose“. Durch politische Verfolgung und Flucht entstanden seiner Beobachtung nach Ängste, Halluzinationen, Persönlichkeitsveränderungen und Amnesien. Pedersen sah Gründe für eine psychische Destabilisierung der Flüchtlinge insbesondere darin, dass diese ihre Ziele, Erwartungen und sozialen Ambitionen im Heimatland hatten aufgeben müssen und Einfluss auf ihre sozialen Gruppen verloren hatten (Pedersen, 1949).

Krystal untersuchte die Spätfolgen massiver Traumatisierung; seine Ergebnisse legen nahe, dass die Kernerfahrung des Traumatisiertseins im „Aufgeben“ besteht und in der Akzeptanz von Tod und Vernichtung (Krystal, 1978). Eitinger behauptete in einem Vortrag in Hamburg 1987, dass die prämorbid Persönlichkeit fast ohne Bedeutung sei, wenn der Stress überwältigende Formen annehme. „Fast jeder, der solchem Stress ausgesetzt ist, muss pathologisch reagieren. Vielleicht ist es richtiger zu sagen, muss normal auf so pathologische Situationen reagieren“ (Eitinger, 1990, S. 130).

Trauma als Folge von Krieg wurde auch im Zusammenhang mit dem Vietnamkrieg diskutiert. Allerdings standen nicht die Opfer im Blickpunkt, sondern die amerikanischen Soldaten, von denen viele einen Psychiater aufsuchten. Diese diagnostizierten zuerst Angststörungen, Depressivität, Substanzmissbrauch, aggressive Reaktionen und Persönlichkeitsstörungen (Summerfield, 2001). Das gehäufte Auftreten von Diagnosen innerhalb einer Gruppe von Personen mit ähnlichen traumatisierenden Erlebnissen führte später zu dem Syndrom „Post Traumatic Stress Disorder“ (PTSD). Summerfield weist darauf hin, dass die ersten, die die Verwendung des Konstrukts PTSD bei der Diagnose befürworteten, aus der Antikriegsbewegung in den USA kamen. Sie setzten sich dafür ein, das Konstrukt PTSD zu verwenden, weil dadurch deutlicher werde, dass die traumatisierenden Ereignisse des Krieges für die Störung verantwortlich sind (Summerfield, 2001, S. 95).

Die so genannte Posttraumatische Belastungsstörung wie sie im DSM-IV (APA, 1994) beschrieben wird, wurde auch in die ICD-10 (WHO, 1991) aufgenommen und unter F43.1 klassifiziert. Das dort beschriebene Bild unterscheidet zwischen

- einer akuten Belastungsreaktion (F43.0), die nur wenige Tage andauert,
- der Posttraumatischen Belastungsstörung selbst (F43.1) und
- einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0), bei der die Persönlichkeitsveränderung über mindestens zwei Jahre bestehen muss.

Die Lebenszeitprävalenz von PTSD wird im DSM-IV nach Studien in der nordamerikanischen Allgemeinbevölkerung mit 1-14 % angegeben. Bei so genannten

Risikopopulationen (Kriegsveteranen, Opfer krimineller Gewalt) liegen die Prävalenzraten zwischen 3 % und 58 %. Die großen Unterschiede werden von der jeweiligen Erfassungsmethode und der Zusammensetzung der Stichproben verursacht. Die Angaben über die Prävalenz von PTSD bei Kindern und Jugendlichen streuen noch weiter und reichen je nach Art des Traumas (und je nach Studie) von 0-100 % (McNally, 1992; Yule, 1994). Schepker (1997) zitiert Studien, die für junge erwachsene US-Bürger ein Lebenszeitrisko von 9 % fanden, für solche mit traumatisierender Exposition unterschiedlichster Art lag das PTSD-Risiko bei 25 %.

1.2 Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung

Die „Akute Belastungsreaktion“ (ICD-10: F43.0) bzw. die „Posttraumatische Belastungsstörung“ (ICD-10: F43.1) sind die einzigen Störungen innerhalb der genannten Klassifikation, bei denen ein auslösender sozialer Faktor – „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (WHO, 1991) – als diagnostisches Kriterium vorausgesetzt wird. Die Störungen dieses Abschnittes unterscheiden sich von den übrigen daher nicht nur aufgrund der Symptomatologie und des Verlaufs, sondern auch durch die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren. Das belastende Ereignis oder die andauernden unangenehmen Umstände sind dabei primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden.

Die internationale Übereinkunft auf ein PTSD-Konstrukt trägt zur Vereinfachung der Klassifizierung von Störungen, die in Folge von Belastungen auftreten, bei, hilft aber nicht bei der Definition „psychisches Trauma“. Dieser Begriff wird heute umgangssprachlich für fast alles Schädigende eingesetzt und zu wenig differenziert. Man muss zwischen dem traumatisierenden Ereignis bzw. dem traumatischen Prozess, wenn Reize oder Situationen länger einwirken, dem traumatischen Zustand und den bleibenden pathologischen Veränderungen unterscheiden (Bohleber, 2000). Nach dem Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung von Fischer und Riedesser (2003) ist Trauma nicht nur als „Stimulus“ oder „Stress“ anzusehen. Sie definieren Trauma als „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer u. Riedesser, 2003, S. 82).

Die Autoren weisen also den Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen eine bedeutende Rolle bei der Entstehung oder Vermeidung eines Traumas zu, womit sich diese Definition von den DSM- und ICD-Definitionen unterscheidet. Den Autoren zufolge entsteht ein dialektisches Spannungsverhältnis zwischen Innenperspektive (der des leidenden Subjektes) und Außenperspektive (objektive Situation), zwischen belastenden Umweltbedingungen und subjektiven Bedeutungszuschreibungen sowie zwischen Erleben und Verhalten. Aus diesem Zusammenspiel heraus ist die „trauma-

tische Situation“ (Fischer u. Riedesser, 2003, S. 62) zu verstehen. Den Autoren zufolge stellt sie die erste Phase der Traumatisierung dar, als zweite Phase entsteht die traumatische Reaktion. Darunter wird wiederum die Art und Weise der Verarbeitung einer Situation verstanden, deren Bewältigung die individuellen Kapazitäten überschreitet. Als dritte Phase bezeichnen die Autoren den traumatischen Prozess, in dem versucht wird, die überwältigend, oft unverständliche Erfahrung zu begreifen und in das Selbst- und Weltverständnis zu integrieren. Die Phasen „gehen auseinander hervor, laufen parallel und durchdringen einander“ (Fischer u. Riedesser, 2003, S. 63).

Ferner sind durch das Trauma aufgeworfene Probleme meist nicht durch die betroffene Person allein zu bewältigen. Verarbeitungs- und Selbstheilungsversuche haben eine soziale Dimension, und von einem Disaster, auch von einem Krieg, von Verfolgung und Flucht, sind Individuen, auch innerhalb einer Familie, unterschiedlich betroffen. Die differentielle Betroffenheit und Bewältigung wirken sich u. a. in der Familiendynamik aus. Nach Fischer und Riedesser (2003) ist es für das Ausmaß der Traumatisierung der Betroffenen, für ihre Reaktionen und den entstehenden Prozess von Bedeutung, wie sich die Allgemeinheit (und die Familie) zum individuellen „Elend der Traumatisierten“ (Fischer u. Riedesser, 2003, S. 64) verhält. Ausgrenzung und Missachtung durch die Allgemeinheit – damit diese nicht an die Katastrophe erinnert wird – kann zur Verlängerung der traumatischen Situation für die Betroffenen führen. Umgekehrt muss die soziale Zuschreibung eines Opferstatus als Symptom verstärkender Faktor in Betracht gezogen werden. Die Autoren halten die Gerechtigkeit und die Anerkennung von Würde besonders bei von Menschen absichtlich verursachten Katastrophen für wichtig, damit der Verlauf der durch die traumatisierenden Ereignisse ausgelösten psychischen Störungen positiv beeinflusst werden kann.

1.3 Psychische Traumatisierung bei Kindern

Bereits in den 40er Jahren wurden Beobachtungen psychischer Traumatisierungen von Kindern veröffentlicht. Anna Freud und Burlingham (1943, 1944) hatten ungewöhnliche Verhaltensweisen bei sehr kleinen Kindern beobachtet, die wegen der Bombenangriffe auf London von den Eltern getrennt worden waren und 1951 veröffentlichten Freud und Dan Beobachtungen über dreijährige Waisenkinder, die ein Konzentrationslager überlebt hatten, (Freud u. Dan, 1951).

Als ein Ergebnis seiner 25-jährigen Follow-up-Untersuchung über das Schicksal jüdischer Kriegswaisen in den Niederlanden führte Keilson (1979) schließlich den Begriff „sequentielle Traumatisierung“ ein. Er unterschied drei traumatisierende Sequenzen, denen diese Kinder ausgesetzt gewesen waren: Erstens die Besetzung der Niederlande durch deutsche Truppen („präludivendes Moment der Verfolgung“, Keilson, 1979, S. 56), zweitens die direkte Verfolgung durch die Nationalsozialisten und drittens die Nachkriegsperiode mit den Schwierigkeiten der Wiedereingliederung der überlebenden Kinder in neue Familien bzw. soziale Institutionen. Als wichtigstes Ergebnis der Untersuchung fand Keilson, dass erst eine Betrachtung der drei trauma-

tischen Sequenzen als Ganzes es ermöglicht, die traumatisierende Belastung und deren Wirkung auf die Entwicklung der Kinder zu verstehen. Er hat gezeigt, dass z. B. eine eher günstige zweite und eine ungünstige dritte Sequenz zu schwereren psychopathologischen Auffälligkeiten führen können, als eine ungünstige zweite und eine günstige dritte. Keilson's „sequentielle Traumatisierung“ ist ein über einen großen Zeitraum verteilter Prozess und bringt somit wieder eine zeitliche und biografische Dimension von Belastungssequenzen ein, die subjektiv als ein kohärentes Trauma erlebt wird.

Aber auch über die Generationsgrenzen hinweg können belastende Ereignisse wirken. In Familien, in denen nach traumatisierenden Ereignissen bei den Eltern eher der Vermeidungs-Pol (avoidance) traumatischer Störungen besonders prominent ist, fühlen sich die Kinder oft ausgeschlossen von zentralen Lebensbereichen der Eltern und damit alleine gelassen (Walter u. Bala, 2004). Der „Schweigepakt“ über die Vergangenheit wird für sie zur besonderen Belastung (Bar-On, 1996). Die Kinder stellen Vermutungen über „mögliche Fakten“ (Bar-On, 1999) an und werden durch entstehende Ängste belastet. Die Psychoanalytikerin Judith Kestenberg untersuchte über eine längere Zeit Kinder von Holocaust-Überlebenden. Sie fühlen sich oft, so Kestenberg (1989), in die nie angesprochene Erlebenswelt der Eltern ein und übernehmen unbewusst z. B. die Rollen von verstorbenen früheren Bezugspersonen der Eltern, von Verfolgten und Verfolgern oder isolierte, oft verdrängte Gefühle und Affekte der lebensbedrohlichen Gesamtsituation. Kestenberg versteht dies als eine Übertragung von nicht reflektierten Erfahrungsanteilen der Eltern auf die nächste Generation und als Konkretisierung durch die Kinder – sie spricht von Transposition der traumatisierenden Ereignisse.

Es folgte eine wachsende Zahl von Veröffentlichungen, die sich mit den Folgen verschiedener Arten von Katastrophen („man-made disasters“ und „natural disasters“) für Kinder und Jugendliche befassten (z. B. Bloch, Silber, Perry, 1956; Eth u. Pynoos, 1985; Garnezy u. Rutter, 1985; Jensen u. Shaw, 1993; Keilson, 1979; Stuvland, 1994; Terr, 1979). Eine wichtige Differenzierung traf Terr (1991). Sie unterscheidet in ihrer allgemeinen Übersicht zur Traumatisierung von Kindern zwei Typen von Traumata: Traumata vom Typ I, deren auslösendes Ereignis das Kind „einzigartig“, „plötzlich“ und „unerwartet“ trifft. Daraus können Symptome wie zwanghafte Handlungen, Vermeidungsverhalten und Überwachsamkeit resultieren. Traumata vom Typ II entstehen durch lang anhaltende schwere Belastungen. Die Symptome, die sie hervorrufen, sind untypisch für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD); sie verursachen eher Verleugnung, psychisches „Abstumpfen“, Selbstbeschwichtigung und Persönlichkeitsstörungen (Terr, 1991).

In der ICD-10 wird bei der Diagnose von PTSD noch kein Unterschied zwischen Kindern und Erwachsenen gemacht. Im DSM-IV hingegen ist ein für Kinder und Jugendliche spezifisches Symptommuster beschrieben. Dieses enthält zusätzlich zu den bei Erwachsenen beobachtbaren folgende Symptome (dt. Übers. zit. n. Saß, 1996, S. 491):

- aufgelöstes oder agitiertes Verhalten;
- Spiele, in denen wiederholt Themen des erlebten Traumas ausgedrückt werden;
- stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt;
- traumaspezifische Neuinszenierung beim Handeln und Fühlen.

Scheeringa, Zeanah, Drell und Larrieu (1995) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die DSM-IV-Kriterien vor allem für jüngere Kinder immer noch nicht ausreichend sensibel sind. Bürgin (1995) meint, dass – will man die Folgen traumatisierender Ereignisse für die psychische Entwicklung eines Kindes wirklich verstehen – in vielen Fällen sogar gewartet werden muss, bis die Adoleszenz vorüber ist oder sogar bis die Betroffenen selbst Kinder haben. Sieht man bei jüngeren Kindern in Folge eines Traumas häufig die Entwicklung von psychosomatischen Störungen, kann gerade während der Adoleszenz nach Bürgin (1995) durch vorangehende Traumatisierungen die seelische Balance gestört werden, so dass die Jugendlichen Verhaltensweisen zeigen, die früheren psychischen Entwicklungsstufen entsprachen (Trennungsangst, Anhänglichkeit, Verlust von Autonomie). Auch kann die Entwicklung einer Psychose begünstigt werden oder – quasi als Selbstheilungsversuch – Drogenmissbrauch die Folge sein (Bürgin, 1995, S. 20).

Alle psychotherapeutischen Schulen, gleich welcher Richtung, weisen heute der frühen Kindheit eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von psychopathologischen Symptomen zu (Resch, 1996). Auf jeder Altersstufe muss das Kind/der Jugendliche bestimmte Entwicklungsaufgaben erfüllen. Das Erkennen des biologischen, affektiven, kognitiven und sozialen Entwicklungsstands sowie der „Konstellation der protektiven Faktoren und Risikofaktoren“ (Resch, 1996, S. 3) ist daher insbesondere zur Einschätzung von Entwicklungschancen und -risiken nach vorheriger Traumatisierung erforderlich. Eventuell entstehende psychopathologische Phänomene bei Kindern müssen auch nach Traumatisierungen als multimodales und multikausales Geschehen interpretiert werden. Ein Kind ist aber den psychosozialen und biologischen Entwicklungseinflüssen nicht nur ausgeliefert, sondern das Kind „erhöht auch durch aktive Wahl und initiativen Zugang die Wahrscheinlichkeit, bestimmten Entwicklungseinflüssen mehr oder weniger ausgesetzt zu sein“ (Resch, 1996, S. 191). Sein interaktives Entwicklungsmodell zum Verständnis psychopathologischer Phänomene ist der Abbildung 1 (folgende Seite) zu entnehmen.

1.4 Kindliche Traumatisierung und Entwicklungsprozesse

Keilson hatte bei seiner Forschung zur Traumatisierung von Kindern festgestellt, dass eine Traumatisierung in der Kindheit nicht nur von der „konstitutionell bedingten Basistoleranz“, der „so genannten psychischen Plastizität“ des Kindes und dem „Schweregrad des wirksamen Agens“ bedingt wird, sondern vor allem auch „von der Altersphase und dem Entwicklungsgrad“ (Keilson, 1979, S. 53). Nach Keilson ist die entwicklungsbedingte Ich-Stärke bzw. Ich-Schwäche entscheidend dafür, inwiefern die kindliche Persönlichkeit den Anforderungen der Erfahrungen gewachsen ist. Herman (1992) ist der Auffassung, dass beim Erwachsenen ein einmaliges oder auch wiederholtes traumatisierendes Ereignis eine bereits geformte Persönlichkeit angreift, während bei Kindern die Persönlichkeit durch derartige Erlebnisse und die eventuell entstehenden Folgen geprägt und deformiert wird. Terr (1991) benutzt

das Beispiel des kindlichen rheumatischen Fiebers, um die Schwere der möglichen Folgeschäden einer Traumatisierung bei einem Kind zu verdeutlichen. So wie das in der Kindheit auftretende Fieber erst später im Erwachsenenalter, zu Folgeschäden am Herz führen kann, so kann eine Traumatisierung bei einem Kind noch in der erwachsenen Persönlichkeit zu Dissoziation, gewalttätigem Verhalten, extremer Passivität und Angststörungen führen.

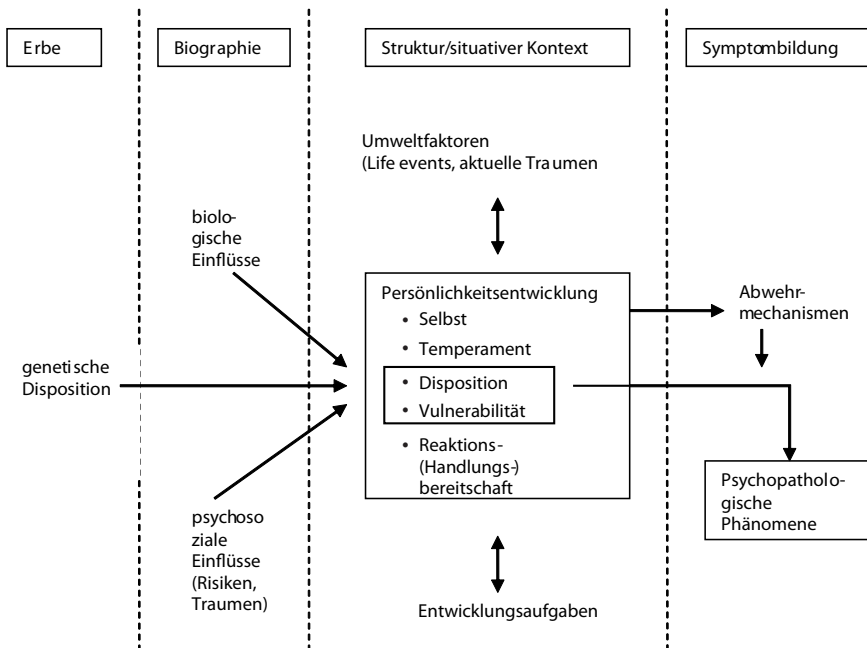


Abbildung 1: Interaktives Entwicklungsmodell psychopathologischer Phänomene nach Resch (1996, S. 193)

Die Verfügbarkeit einer Bezugsperson ist sehr wichtig für die Prävention von Traumata von Kindern. Ältere Kinder bzw. Jugendliche, die eine stabile Kindheit mit verlässlichen Bezugspersonen erlebt haben, sind demnach besser geschützt vor traumatisierenden Einflüssen, da ihnen Möglichkeiten zur Verfügung stehen, aktiv in ihr Schicksal einzugreifen. Auch Kinzie, Sack, Angell, Manson und Rath (1986) stellen bei Flüchtlingskindern fest, dass die Möglichkeit des Kindes auf intakte Familienstrukturen zurückzugreifen, sowohl für die Verarbeitung der traumatisierenden Situation selbst, als auch für den post-traumatischen Verlauf von großer Wichtigkeit ist.

In der Säuglings- und Kleinkindzeit müssen die Kinder von den Eltern angenommen und akzeptiert werden. Der Anteil des Kindes besteht dabei darin, sein angeborenes soziales Verhaltensrepertoire für angemessene Signale (Lachen, Schreien etc.) so einzusetzen, dass die primären Bezugspersonen adäquat antworten und sich beim Säugling ein

Gefühl des „Gut-versorgt-Werdens“ (Winnicott, 1958) einstellen kann. Entsteht eine positive Beziehung zwischen Kind und primären Bezugspersonen, in der sich beide Seiten gegenseitig stimulieren, wird die Fähigkeit der Kinder, sich autonom weiterzuentwickeln, erweitert, so dass auch die nächsten Entwicklungsaufgaben angemessen gelöst werden können. Diese bestehen in der weiteren Kleinkindzeit insbesondere in der schrittweisen Lösung der Kinder von den Eltern, im Kindergartenalter in der Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen und der Wahrnehmung und Einarbeitung der umgebenden „sozialen Landschaft“ in das innere Erleben des Kindes (Bowlby, 1980; Dornes, 1993). In der Adoleszenz findet nach Kohlberg ein Übergang vom Stadium der konventionellen Rollenkonformität zum Stadium selbst akzeptierter moralischer Prinzipien statt (Kohlberg, 1974). Nach Bohleber führen die biologischen Veränderungen insbesondere zu kognitiven und affektiven Veränderungen, so dass bestehende bzw. scheinbar gelöste Konflikte erneut aufbrechen können. Der Adoleszente muss sich damit zwangsläufig erneut befassen und sich als eine wesentliche Aufgabe in diesem Alter diesem Sog hin zu früheren Entwicklungsstadien widersetzen (Bohleber, 1996).

In der Säuglings- und frühen Kleinkindzeit kann der Aufbau eines entwicklungsfördernden Beziehungsgeflechts zwischen den Kindern und den primären Bezugspersonen, z. B. durch Krankheit, Trennung oder Tod der Eltern oder aber Migration und Flucht, beeinträchtigt werden. Klein- und Vorschulkinder können insbesondere durch das Hinzukommen von Geschwisterkindern, später im Schulkindalter durch verschiedenste Schwierigkeiten, Veränderungen, Bedrohungen im näheren sozialen Umfeld psychisch instabil werden. Jugendliche sind in ihrer Entwicklung gefährdet, wenn es ihnen nicht gelingt, Erfahrungen bei der Lösung neuer Aufgaben anzuwenden. Insbesondere familiäre Bindungs- und Beziehungsmuster, die manchmal eine Loslösung der Jugendlichen vom Elternhaus verhindern, indem hochgesteckte Erwartungen geäußert oder z. B. Schuldgefühle an die Jugendlichen delegiert werden, erschweren eine Weiterentwicklung in diesem Altersabschnitt (Cicchetti u. Lynch, 1995). Sind Eltern durch Krieg, Verfolgung, organisierte Gewalt, unverarbeitete Verluste, aber auch durch Unterernährung, wie sie in vielen Kriegsländern vorkommt, traumatisiert, können sie ihre Kinder nicht mehr ausreichend halten und versorgen. Die meist für die Versorgung verantwortlichen Mütter sind dann oft psychisch erschöpft und für die Kinder emotional nicht erreichbar. Andere Mütter haben keine Zeit für ihre Kinder, weil sie zum Beispiel auf der Suche nach verschwundenen oder verhafteten Vätern sind und für das wirtschaftliche Überleben der Familie sorgen müssen.

Ständige Umzüge etwa auf der Flucht erschweren den Kontakt zu Gleichaltrigen und können stärker als bei Säuglingen zu einem Gefühl, nirgendwo zu Hause zu sein, führen. Drohten sogar körperliche Verletzungen oder wurden die Kinder tatsächlich verletzt, können sich beim Kind eigene Vorstellungen und Schuldphantasien über die Verursachung unter Umständen unkontrolliert weiterentwickeln. Die Bedrohung des Körperbildes, archaische Verstümmelungsängste sowie das Verlassenwerden durch die Eltern in der Stunde erlebter größter Gefahr kann dann das Selbst- und Weltverständnis des Kindes erschüttern. Schwerere Traumatisierungen können bei Säuglingen mit

ihren begrenzten Verarbeitungs- und Reaktionsmöglichkeiten zur so genannten „frozen watchfulness“ führen, einem chronischen Alarmzustand mit stuporösem Charakter. Der Glaube an den Schutz durch bisher als nahezu omnipotent erlebte Elternfiguren und die damit verbundene Illusion der körperlichen Unverletzlichkeit kann erschüttert werden (Walter, 1998). Insbesondere kleinere Kinder können durch massive Zweifel an der Schutzfunktion der Eltern in einer Gefahrensituation verunsichert werden.

Kinder im Kindergarten- und Vorschulalter nehmen altersbedingt die Ereignisse anders wahr und verarbeiten sie anders. Krieg mit Granatenbeschuss, die Verfolgungszeit, die Flucht und das Exil sind auch für sie oft mit Trennungen und Wechsel der Bezugspersonen verbunden. In ihren Kontakten zur Umwelt erleben sie allerdings, unmittelbar noch als die kleineren Kinder, die Gewalt. Das bedeutet, dass sie bei gleicher objektiver Situation, bei gleicher Exposition den Dingen und Ereignissen, denen sie ausgesetzt sind, andere Bedeutung zumessen können. Sie können z. B., anders als Säuglinge, zwischen gefährlichem Granatenbeschuss und einem Feuerwerk aus Freude unterscheiden, obwohl die Geräusche ähnlich sein können. Diese Kinder können aber dadurch belastet sein, dass normalerweise vorhandene magische Gedanken und Allmachtsfantasien in derartigen Situationen jederzeit schreckliche Wirklichkeit werden können. Die Realität eines plötzlich massiv beschädigten Vaters bekommt dann nahtlosen Anschluss an heimliche Wünsche und Fantasien zum Beispiel des Sohnes, der möglicherweise in noch egozentrischem Denken fantasiert, durch böse Gedanken die schwere Verletzung oder gar den Tod des Vaters (mit-)verursacht zu haben. Bewusste und unbewusste Beziehungskonflikte innerhalb der Familie können die Folge sein und altersentsprechende Rollen- und Fantasienspiele erschwert werden. Im Krieg sehen und erleben auch kleinere Kinder reale Gewalt sowie eine schematische Einteilung der äußeren Welt in „gut“ und „böse“, wie sie von Gesellschaften, die in Krisensituationen nicht ausreichende Konfliktlösungs- und Integrationsfähigkeiten besitzen, häufig vorgenommen werden. Kinder können diese Einteilung übernehmen und daran gehindert werden, abzuwägen und zu differenzieren. Darin kann eine Grundlage für später persistierende Feindbilder liegen (Walter, 1998).

Schulkinder, die Krieg, Flucht und Exil erleben, sind ebenso wie Erwachsene in mehreren Rollen gefordert (Straker, 1988). Manchmal werden sie trotz ihrer Jugend schon in kriegsrische Auseinandersetzungen einbezogen und müssen zum Beispiel in die Schule gehen und kämpfen. Ferner verändern sich durch die Belastungen im Krieg die Rollen innerhalb der Familie. Schon die Schulkinder müssen den abwesenden Vater gerade in den eher patriarchalen Gesellschaften, wie zum Beispiel in Afghanistan, ersetzen. Auch die Mädchen werden in ihrer Rolle als heranwachsende Frau früher und anders gefordert, als es die tradierten Rollenvorstellungen vorschreiben. Zudem sind Mädchen in Kriegsgebieten ständig der Gefahr ausgesetzt, sexuell missbraucht zu werden. Häufig sind aber auch andererseits Kinder in der präpubertären Latenzzeit nahezu symptomfrei. Sie durchlaufen möglicherweise eine unauffällige Entwicklungszeit, auch weil sie kognitiv schon die Belastungen der Eltern, die Sorge um Geschwister und die Zukunft der Familie verstehen, und sich selbst, um das große Ganze nicht zu gefährden, eher

zurücknehmen. Die Gefahr liegt darin, dass derartige Versuche von Bewältigung dysfunktional werden können, wenn die nächsten psychischen Entwicklungsschritte anstehen, oder größere soziale Veränderungen, wie zum Beispiel bei der Flucht, bis dahin funktionierende Bewältigungsstrategien versagen lassen. Das Erleben der Eltern in der Abhängigkeitsrolle und als nicht mehr unterstützend und schützend kann die weitere Entwicklung der Kinder beeinträchtigen (Kraul, Ratzke, Reich, Cierpka, 2003).

In der Adoleszenz interferieren Verantwortung und Fürsorge für die in Gefahr befindliche Familie mit Ablösungswünschen, was dazu führen kann, dass letztere heftige Schuldgefühle verursachen. „Es ist schwer, sich von Eltern zu trennen, deren Welt in die Brüche gegangen ist“, meint Bettelheim (1977, S. 11). Das in dieser ambivalenten Situation bei den Jugendlichen oft entstehende Schuldgefühl wird Ausbruchsschuld genannt (Romer et al., 2004). In Zeiten von Krieg und Verfolgung wird die Adoleszenz kürzer, da die Jugendlichen gezwungen sind, schnell erwachsen zu werden. Aggressive und sexuelle Fantasien gewinnen dramatisch an Realität, wenn die Jugendlichen sexuellen Gewalttaten zuschauen müssen. Aggressive und gewaltvolle Fantasien und Realität sind für betroffene Jugendliche kaum unterscheidbar, anstatt zunehmend differenziert zu werden. Erwachsene Vorbilder fehlen oft. Die Jugendlichen, die oft schon in Kämpfe verwickelt worden sind, haben auch gelernt, dass man Gesetze und ethische Normen straflos verletzen darf. Dies kann dazu führen, dass eine Neu- bzw. Reorientierung der Normen und Werte bei einer Rückkehr des Vaters oder später im Exil nicht gelingt und eine Integration dadurch erschwert wird. Jugendliche erleben sich in diesen Situationen der Bedrohung oft als sehr mächtig, sowohl innerhalb als auch außerhalb der Familie. Sie schaffen es manchmal als Einzige nach Deutschland zu fliehen, oft auf einem monatelangen Weg durch viele Länder (Adam, 2004). Sie sind dabei aber auch gefährdet, im Exil in die Hände von Kriminellen und ins Drogenmilieu zu geraten. Jugendliche sind, wenn sie zuvor eine stabile Kindheit erlebt haben, resistenter gegen Verluste, da ihnen mehr Möglichkeiten zur Verfügung stehen, ihr Schicksal selbst zu beeinflussen. Für sie kann laut Garbarino Krieg auch „Spaß“, das Abenteuer jung zu sein und auf die Welt losgelassen zu werden bedeuten, besonders wenn sie in einer „Sackgassen-Existenz“ gefangen sind oder sich nach Ruhm und Aufregung sehnen (Garbarino, Kostelny, Dubrow, 1991). Straker (1992) spricht hier von „Helden auf der Suche nach einem Drehbuch.“

Pynoos, Steinberg und Wraith (1995) schlagen ein entwicklungspsychologisches Traumakonzept vor, welches den komplizierten Verlauf der Entwicklungslinien der Kindheit, die Familie und die Situation der Gesellschaft, in der das Kind lebt, berücksichtigt, ohne allerdings dezidiert auf die Problematik der transgenerationalen Weitergabe von Traumata einzugehen. Sie sind der Auffassung, dass traumatisierende Erfahrungen das Vertrauen des Kindes oder Jugendlichen in „die Welt im Allgemeinen“ und darin, dass seine persönliche Sicherheit und seine psychische Integrität unangetastet bleiben, erschüttern. Diese Erfahrungen können Auswirkungen auf das Selbstkonzept, das individuelle Verhalten und zukünftige Handlungsspielräume haben. Die Autoren meinen, dass ein Kind oder Jugendlicher auf ein belastendes Ereignis, abhängig von der indivi-

duellen „Verwundbarkeit und Widerstandskraft“ – die aus der „ecology of the child“ resultieren – mit einer akuten Stressreaktion reagiert. Reichen die Ressourcen zur Bewältigung des Ereignisses dann nicht aus, kann die folgende Entwicklung des Individuums behindert werden. Es können sich innerhalb von Wochen Symptome herausbilden und/oder Störungen der Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen auftreten.

1.5 Transgenerationale Weitergabe von Traumata

Flüchtlingsfamilien unterscheiden sich primär – auch in ihrer Vielfältigkeit – in nichts von anderen Familien ihrer Kultur. Familiäre Belastungen, Verbindungen und Loyalitäten prägen die Einstellungen der Eltern wie der Kindergeneration. Nach der Flucht aus Kriegs- und Krisengebieten sind Täter, Opfer und Mitläufer oft nur begrenzt unterscheidbar, alle können potenziell traumatisierenden Belastungen ausgesetzt gewesen sein. Kulturelle und religiöse Glaubenssätze, Tabuthemen, Geschlechterideologien und, wie Volkan (1998) betont, die Identifikation mit kulturell-historischen Ruhmesblättern und Traumata, prägen zentrale Lebens- und Beziehungsthemen (Luborsky u. Crits-Christoph, 1990) zumindest der Elterngeneration von Flüchtlingen. Bei individuell politisch Verfolgten handelte es sich in der Vergangenheit oft um Eltern mit der Grundüberzeugung, eine politische Vision verwirklichen zu können, die – zumindest in der Ideologie – den Kindern einmal zu Gute kommen sollte. Diese Grundüberzeugung, die im Lebenslauf oft nachträglich in Frage gestellt werden musste, hat häufig primär eine schützende Funktion. Diese besteht einerseits im Zugang zu organisierten gegenseitigen Unterstützungsmöglichkeiten, daneben im Gefühl, in einer solidarischen Gemeinschaft oder Subkultur gehalten zu sein. Die politische Grundüberzeugung dient als Bedeutungsgebung, als ein anzustrebendes Ziel (z. B. politische Entwicklung, „Befreiung“, Rache und Vergeltung, „Wiederherstellung der Ordnung“), welches es sich lohnt, mit anderen zu teilen. Bei der heute überwiegenden Mehrzahl der Flüchtlinge, die aus Kriegs- und Krisengebieten nach Europa oder Deutschland kommt, sind diese leitenden und schützenden Grundüberzeugungen oft nicht vorhanden, geht es doch meist um das Entkommen aus unerträglichen Lebensumständen.

Die transgenerationale Weitergabe von psychischen Traumata findet bei allen Flüchtlingsfamilien in Form von tradierten Werten und Normen statt sowie durch Wertung und Bedeutungszuschreibung vorgenommener bzw. unterlassener Konfliktregulation, Reinigungsrituale oder Versöhnungsprozesse. Wird z. B. der Kindergeneration bei der Bewältigung eine unbewusste Aufgabe zugeschrieben, z. B. die des Rächers, muss durch repetitive Erzählungen oder Konfrontation mit dem vermeintlichen Täter ein entsprechender Hass in ihr wachgehalten werden. Gesellschaftliche Anerkennungsformen der erlittenen Belastung oder des Schadens sind wichtig, um die Weitergabe von Traumata zu bremsen. Das war die Aufgabe von Wiedergutmachungszahlungen (Deutschland) oder die Veröffentlichung erlittenen Unrechts in Wahrheitskommissionen (Chile, Südafrika) mit gleichzeitigem formellem Versöhnungscharakter. Eine Kultur der Erinnerung mit entsprechenden Ritualen kann einen begrenzten psychischen Übergangsraum

füllen und ein begrenzendes Ende des Rituals kann den Übergang in die Normalität einleiten. Heilsam sind Rituale dann, wenn den Betroffenen eine Perspektive geboten wird. Neben sozialen entstehen private Rituale wie die Errichtung eines „Schreins“, die hilfreich, aber auch schädlich sein können.

Beispiel 1

Im Rahmen eines nur scheinbar kulturell/religiös motivierten Racheakts hatte ein kulturell entwurzelter, Alkohol trinkender, Drogen konsumierender und in dissoziale Handlungen verwickelter jungerwachsener Afghane seine Schwester getötet. Die Schwester hatte sich von der Kultur der Eltern gelöst, hatte Freunde, konsumierte Alkohol und zeigte eine verwahrlosende Entwicklung, war aber durchaus an die Familie gebunden. Die öffentlich beschämte Mutter richtete im Schlafzimmerschrank einen Schrein ein – für beide Kinder, die sie an den Tod und das Gefängnis verloren hatte. Der jüngste Sohn, scheinbar unwissend, entwickelte eine Essstörung und Spielstörung mit deutlich aggressiven Anteilen. Er vermisste die viel Zeit vor dem Schrein verbringende Mutter. In der Familientherapie brachte erst die sorgsame Eröffnung des Familiendramas Besserung. Im Folgenden stellten sich noch mehrere Verwandte und Freunde der ermordeten mit akuten Belastungssyndromen beim Behandler vor.

Bei diesem Beispiel handelt es sich um Kontaminationsvorgänge, die eng mit Identifikationen mit Opfern und Tätern verbunden sind. Maltas und Shay (1995) sprechen von „traumatischer Ansteckung“ (trauma contagion). Grubrich-Simitis (1984) betont, dass verschwiegene Themen konkretisiert und in der Folge von Kindern handelnd ausgelebt werden können. Zum Beispiel kann sich eine Tochter eines Verfolgten der damaligen chilenischen Diktatur in einen Uniformierten verlieben, unwissend, dass dies im Vater traumatisierende Erinnerungen weckt. Ein anderes Beispiel ist ein Ehemann einer im Krieg im ehemaligen Jugoslawien sexuell missbrauchten Frau, der Zärtlichkeit und Sexualität vermeidet. Er blendet damit unbewusst einen wichtigen Bereich der Beziehung und eigener Lusterfahrungen aus – während die Tochter sexuell promiskuitive und übergriffige Beziehungsformen lebt. In einem weiteren Fall kam es zu nicht organisch bedingten Ohnmachtsanfällen eines Mädchens mit afghanischen Eltern, in Deutschland geboren, dessen Familie während des Krieges mit Tod und Zerstörung konfrontiert worden war. Derartige psychosomatische Störungen sind oft als Metaphern, denen eine ursprüngliche traumatisierende Erfahrung zugrunde liegt, zu verstehen, wozu die Familie allerdings meist nicht in der Lage ist. Die Vergangenheit ist gleichzeitig präsent und verdrängt, und somit nicht mehr Teil eines familiären biografischen Narrativs.

Die später geborenen Kinder werden in das Schicksal der Eltern vielfach einbezogen und beginnen Symptome aufzuweisen, die teilweise denen der psychisch gestörten Eltern ähneln, teilweise auch ihnen entgegengesetzt sind. Manche Kinder spüren, dass sie eine Mission zu erfüllen haben, oder dass sie in einer bedrohlichen Welt leben, der

einst die Eltern zum Opfer fielen (Niederland, 1980, S. 233). „Auf Bedürfnisse nach Ansichtigwerden der verlorenen Werte antwortend, stellen sie (die Kinder, d. A.) diese Vorstellungen und die entsprechenden Konflikte konkretisierend dar. Sie leben sie aus. Da sich das in einer nichtverbalen Modalität abspielt, kann der in Holocaust-Familien häufig gefundene ‚Pact of Silence‘ zwischen Kindern und Eltern eingehalten werden, während die Konkretisierungen unablässig, im Sinne eines Wiederholungszwanges vom Thema der Extremtraumatisierung handeln“ (Grubrich-Simitis, 1984, S. 8).

Die Bedrohung durch die Kinder besteht darin, an Demütigungen und seelische Verletzungen erinnert zu werden oder in der kontinuierlichen Angst der Eltern, den Kindern könnte Ähnliches passieren. Diese Gefühle sind nur schwer auszuhalten und werden oft durch Omnipotenzgefühle der Eltern abgewehrt. Dies kann reaktiv zur Unempfindlichkeit gegenüber Körper- und Affektsignalen anderer, auch der Kinder, führen (Grubrich-Simitis, 1984). Grubrich-Simitis wies darauf hin, dass „manche extrem traumatisierte Mutter offenbar darin beeinträchtigt war, die für das Glück der primären Strukturbildungsprozesse unerlässliche Schutzschildfunktion, wozu besonders das Fördern der frühkindlichen Ich-Prozesse gehört, adäquat auszuüben, obgleich es sich doch in der Regel um erwünschte und geliebte Kinder handelte“ (S. 13).

Die Erziehungshaltung von Flüchtlingsfamilien ist beeinflusst von der kulturellen Tradition, von eigenen Erfahrungen in der Herkunftsfamilie, von der Bilanz der Flucht, den dominanten Modellen im Aufnahmeland, den Haltungen und der Dominanz möglicher subkultureller Referenzsysteme sowie intrafamiliären Rollen und Aufgaben. Manche Eltern halten die Kinder möglichst nahe und geschützt und verhindern somit hinreichend gute Erfahrungen mit der Außenwelt – Roehr-Strier spricht von Känguru-Eltern. Andere überlassen ihre Kinder aus Hilflosigkeit scheinbar einflusslos der vielfältigen Außenwelt (Kuckucks-Kinder). Andere wiederum lernen innerhalb und außerhalb der Familie reflektiert unterschiedliche Verhaltensweisen und Moralvorstellungen zu leben – oft verbunden mit unlösbaren Konflikten und einem Gefühl der Spaltung der Lebensbereiche (Chamäleon-Kinder) (Roer-Strier, 1997).

Im psychotherapeutischen Prozess ist die Betrachtung der biografischen Narrative wichtig, da in diesen die Bedeutungszuschreibungen der einzelnen Familienmitglieder aber auch der Familie als Ganzes deutlich werden. Diese können auf Grund unterschiedlicher Kenntnis der Erlebnisse und Umstände, den Rollenzuschreibungen in der Familie und abhängig von der Kommunikation auf der Geschwisterebene sehr unterschiedlich sein. Wenn eines der Ziele ist, eine Geschichte mit der man leben kann zu finden, die als kohärent und das Leben mit Konflikten ermöglichend erachtet wird, so ist das Teilen der Narrative ein Faktor, der die transgenerationale Weitergabe einer Symptomatik vermindern kann. Ein kohärent verhandelbares und sich entwickelndes Traumanarrativ kann Nähe ermöglichen und Unverständnis und Trennung der Generationen vermindern und damit vor unbewussten Reinzenerungen schützen. Die Vermeidungshaltung gegenüber der als bedrohlich empfundenen Umwelt kontaminiert die Gedankenwelt der zweiten Generation oder führt zu mangelnder Exposition gegenüber Konflikten. Konflikt und die Erfahrung einer guten Lösung bilden aber

gerade die Grundlage einer Lebenshaltung, die die Welt als basal wohlwollend erleben lässt und Handlungsfähigkeit und Selbsteffizienz erlaubt.

Häufig sind Kinder widersprüchlichen Anforderungen ausgesetzt, mit der Folge von Schuldgefühlen, wegen der Unmöglichkeit, sie erfüllen zu können. Ferner wird ihnen oft ein Übermaß an Verantwortung und Funktionen aufgebürdet, so dass die Entwicklung der Autonomie bei den Kindern behindert werden kann. Aufträge können sein (n. Tyrangiel, 1989):

- Ich soll das Leben meiner Eltern lebenswert machen, dann erhalte auch ich die Berechtigung zu leben.
- Ich soll ein gutes Kind sein, sonst werde ich mit dem Verfolger identifiziert.
- Ich soll in der Nähe bleiben, denn ich bin das sinngebende Element im Leben meiner Eltern.
- Ich soll meine Eltern unterstützen, denn sie sind schwach.
- Ich soll sie in der Bewältigung ihres Leidens unterstützen, denn die psychische Niederlage soll in der Familie versteckt bleiben.
- Ich soll erfolgreich sein, denn sie können es nicht.
- Ich soll nicht fühlen, denn aggressive Fantasien könnten jederzeit zur Wirklichkeit werden.

2 Coping

2.1 Definition von Coping

Wie eine Person eine Situation zu bewältigen versucht, hängt zunächst davon ab, ob sie die Auswirkungen, die diese auf ihr eigenes Wohlbefinden haben könnte, als günstig, irrelevant oder als belastend bewertet („primäre Bewertung“), wobei bei letzterem weiter unterschieden wird zwischen Schädigung, Verlust, Bedrohung (antizipierter Schaden) oder Herausforderung (antizipierte Meisterung) (Lazarus u. Launier, 1981). Hier spielen Fragen nach der Art und dem Ausmaß einer potenziellen Schädigung, ihrer Bedeutsamkeit für die betroffene Person, der Wahrscheinlichkeit des tatsächlichen Eintretens sowie der Mehrdeutigkeit einer Situation eine Rolle (Aldwin, 1994; Lazarus u. Launier, 1981). Dieser primären Bewertung wird eine Beurteilung der eigenen Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten („sekundäre Bewertung“) gegenübergestellt. Diese hat wiederum Bedeutung sowohl für die Gestaltung der Bewältigungsmaßnahmen als auch für die Ausformung des primären Bewältigungsprozesses. Eine Person, die sich zutraut, eine Situation zu meistern, wird diese nicht länger als bedrohlich empfinden (Lazarus u. Launier, 1981).

Lazarus und Launier (1981) verstehen unter Bewältigung („Coping“) alle intrapsychischen und verhaltensorientierten Anstrengungen eines Individuums, die externen und internen Anforderungen sowie die resultierenden Konflikte zwischen diesen zu meistern, welche die Ressourcen des Individuums beanspruchen oder übersteigen.

Nach ihrer Auffassung hat die Beziehung zwischen der äußeren und inneren Welt beim Prozess des Bewältigens traumatisierender Lebensereignisse eine besonders große Bedeutung. Diese Anstrengungen, die Menschen nach belastenden Lebensereignissen unternehmen, bzw. das Bewältigungsverhalten, das betroffene Personen zeigen, sind allerdings keine „homogene Klasse von Reaktionen“ (Filipp u. Aymanns, 2003, S. 300). Es handelt sich um Reaktionen in oder nach einer stressreichen Situation, in der sich eine Person befindet bzw. befand. Das Spezifikum dieser Situation wiederum ist, dass sie die adaptiven Ressourcen der Person herausfordert, sogar oft übersteigt und die „Person-Umwelt-Passung“ (Filipp u. Aymanns, 2003, S. 300) beträchtlich verändern kann.

Coping ist demzufolge das Bemühen, mit dem Ungleichgewicht (der Nicht-Passung) zwischen Anforderungen und individuellen Handlungsmöglichkeiten fertig zu werden, wird damit also – im Gegensatz zum Alltagssprachgebrauch – vom Gelingen dieser Bemühungen unterschieden. In der Übersetzung von Coping wird ein semantisches Problem deutlich, da „Coping“, anders als das deutsche Wort „Bewältigung“, den Endzustand nicht konnotiert. Es wäre somit treffender, im Deutschen von Bewältigungsversuch bzw. Bewältigungsbemühung zu sprechen (Ulich, 1987) oder die Begriffe „Auseinandersetzung“ (Schmidt, 1984) oder „Belastungsverarbeitung“ (Weber, 1992) zu verwenden. Dabei kann die Bewertung von Bewältigungsbemühung in Abhängigkeit von dem belastenden Ereignis, dem situativen Kontext sowie dem Zeitpunkt, an dem man die Effektivität der Bemühungen einschätzt, verschieden ausfallen (Laux u. Weber, 1990). Ob ein Bewältigungsversuch geeignet oder ungeeignet ist, lässt sich also nur unter Beachtung der aktuellen Situation und des Ziels der Bewältigungsbemühungen des jeweiligen Individuums im Zeitverlauf beurteilen.

2.2 Coping von Familien

Eine Definition von Coping von Familien liefern McCubbin, McCubbin, Thomson und Thomson (1998, S. 9): „Coping von Familien besteht in familiären Strategien, in Mustern und Verhaltensweisen, die zur Erhaltung oder Stärkung der Familie als Ganzes, zur Erhaltung emotionaler Stabilität und Wohlbefinden ihrer Mitglieder, zur Verschaffung oder Nutzung familiärer oder Umweltressourcen bei der Situationsbewältigung und zur Initiierung von Anstrengungen bei der Lösung von durch Stressoren ausgelösten Problemen dienen.“ In dieser Definition wird die Funktion der Familie als Gruppe und die Erhaltung ihrer Integrität als Aufgabe bei der Konfrontation mit Stress beschrieben. Ferner wird die aktive Problembewältigung der Familie angesprochen: Die Familie als Gruppe bemüht sich aktiv, den Einfluss des Stressors zu reduzieren und nach Ressourcen innerhalb der Familie oder in der Umwelt zu suchen.

Die Forschung zum Coping von Familien basierte zunächst auf Modellen, die die Entstehung von Stress in der Familie erklären sollen. Hill (1971) entwickelte Ende der 40er Jahre bei der Untersuchung von familiären Reaktionen auf kriegsbedingte Trennung und Wiedervereinigung nach dem Zweiten Weltkrieg ein derartiges Mo-

dell. Dieses Modell, bekannt auch als ABCX-Modell, erklärt die Entstehung einer familiären Krise (dafür steht das X in dem Kürzel) durch die Interaktion der folgenden drei Faktoren: das Stressoreignis (A-Faktor), die Krisenbewältigungsressourcen der Familie (B-Faktor) und die Art, wie die Familie das Ereignis definiert (C-Faktor). Hill (1971) meint mit dem Stressoreignis (Faktor A) ein singuläres Ereignis oder Schwierigkeiten, die in einer singulären Situation auftauchen. Bewältigungsressourcen (Faktor B) sind die Summe dessen, was den Familien hilft, Stresssituationen zu bewältigen, unabhängig davon, ob diese Ressourcen innerhalb oder außerhalb der Familie liegen.

McCubbin und Figley (1983, S. 9) verstehen unter internen Bewältigungsressourcen die Fähigkeit der Familie, den Stressor oder die Veränderungen in der Familie zu verhindern, die zu einer Krise oder Zerrüttung der etablierten Funktionsmuster innerhalb der Familie führen könnten. Erfolgreiche Krisenbewältigung verhindert dann den Autoren zufolge große Veränderungen der familiären Funktionsmuster. McCubbin und Olson (1989) halten Kohäsion und Anpassungsfähigkeit einer Familie für deren wichtigste Ressourcen bei der Bewältigung von Stresssituationen. Ein zu starker Zusammenhalt kann für die Autonomieentwicklung einzelner Mitglieder schädlich sein, und eine zu schwache zur Auflösung familiärer Beziehungen führen. Außerdem kann eine zu große Adaptationsfähigkeit der Familie viel Unruhe in die familiäre Struktur bringen, wenn z. B. nach der Migration oder Flucht nicht geklärt ist, welches Familienmitglied sich an neue Strukturen anpassen möchte bzw. das von anderen verlangt. Eine zu schwache Adaptationsfähigkeit der Familie führt zu starren familiären Strukturen. Neben den internen spielen auch die externen Ressourcen bei der familiären Problembewältigung eine wichtige Rolle, was auch in der Flüchtlingsforschung bestätigt wurde (Lipson, 1993; Sack, 1998; Stein, 1986). Darunter sind Beziehungen außerhalb der Familie zu verstehen, wie z. B. zu Verwandten, Freunden, Nachbarn, aber auch soziale Kontakte zu Vereinen bzw. Organisationen (Religionsgemeinschaften, Sportvereine, Subkulturen usw.) oder die professionelle Unterstützung durch Psychologen und Psychotherapeuten.

Das ABCX-Modell wurde von McCubbin und Patterson (1983) zum doppelten ABCX-Modell erweitert. Eine grafische Darstellung des doppelten ABCX-Modells zeigt Abbildung 2 (folgende Seite).

Die Autoren gehen davon aus, dass jede Krise zusätzliche Stressoren mit sich bringt (Erweiterung des A-Faktors), so dass die Familie ihre ursprüngliche Einschätzung der Krisensituation korrigieren (Erweiterung des C-Faktors) und zusätzliche Bewältigungsmöglichkeiten einbeziehen muss (Erweiterung des B-Faktors). Es handelt sich also um eine Wechselwirkung dreier Prozesse, nämlich der Kumulation von Stressoren, der Wahrnehmung der Krisensituation und der sich verändernden Mobilisierung von Ressourcen in der Familie, die letztlich zu einer oder mehreren Krisenbewältigungsstrategien führt. Um diese Strategien, die sowohl Kognitionen als auch Verhalten der Familie einschließen, beschreiben zu können, verwendet McCubbin den Begriff „Coping“. Das Modell erfasst alle Copingstrategien, unabhängig davon, ob sie zur Bewältigung der Krise tatsächlich beitragen oder nicht.

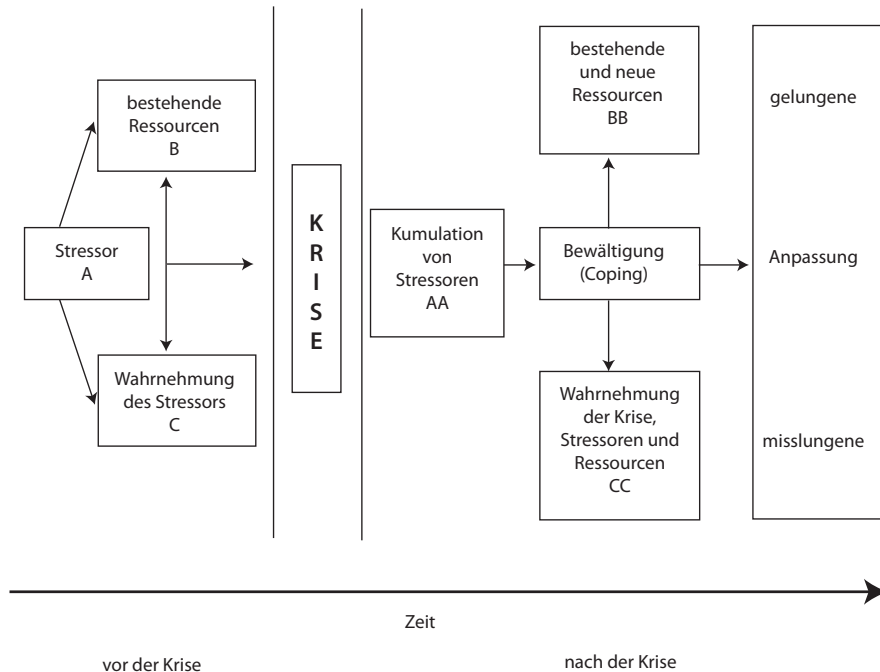


Abbildung 2: Doppeltes ABCX-Familienstressmodell (nach McCubbin u. Patterson, 1983, S. 12)

Familiäre Copingstrategien sind nach McCubbin et al. (1998) alle Verhaltensweisen, die eine Familie zur Bewältigung von Stresssituationen anwendet. Wenn die Familie versucht, die durch den Stressor hervorgerufene Situation so zu bewältigen, dass es dabei zu möglichst minimalen oder gar keinen Veränderungen bestehender familiärer Strukturen kommt, spricht man von strukturerhaltendem bzw. anpassendem Coping (McCubbin u. Figley, 1983). Diese Form des Copings wird dann angewendet, wenn es noch zu keiner Familienkrise gekommen ist und die Familie sich immer noch in der Lage fühlt, die durch den Stressor ausgelöste Situation ohne Veränderungen der Struktur in der Familie zu bewältigen bzw. zu beseitigen. McCubbin und Figley (1983) unterscheiden drei Hauptstrategien des anpassenden Copings:

- Vermeidung: Die Familie versucht, den Stressor zu ignorieren oder zu leugnen, in der Hoffnung, dass die Situation sich von allein löst.
- Elimination: Die Familie bemüht sich, die durch den Stressor ausgelöste Situation so zu verändern oder neu zu definieren, dass für die Familie keine Bedrohung entsteht.
- Assimilation: Die Familie bemüht sich, die durch den Stressor ausgelöste Situation mit der bestehenden Familienstruktur zu akzeptieren. Dabei kann es aber zu Veränderungen der Struktur kommen.

Sollten diese Strategien misslingen und die Krise sich zuspitzen, bemüht sich die Familie, diese durch Veränderung der Familienstruktur (Verschiebung von Aufgaben oder Rollen innerhalb der Familie) zu meistern. Das ist meist der Fall, wenn die durch den Stressor ausgelöste Situation zu großen Beanspruchungen führt (z. B. Scheidung, Tod, Elternschaft) oder zu Situationen, die sich durch einen Mangel an Ressourcen (z. B. finanzielle Not) oder durch Chronizität (z. B. chronische Erkrankungen) auszeichnen (McCubbin u. Figley, 1983). Die Prozesse der Restrukturierung werden durch Nutzung von externen Ressourcen wie soziale Unterstützung und durch die Fähigkeit der Familie, Kompromisse zu schließen, durch gegenseitige Unterstützung und Mitwirkung aller Familienmitglieder an der Krisenbewältigung erleichtert.

2.3 Beispiel 2, Nigeria: Jasmin, 14 Jahre

Stationärer Aufnahmearbeit der in Deutschland geborenen Tochter eines nigerianischen Vaters und einer deutschen Mutter waren niedergeschlagene Stimmung, selbstverletzende Verhaltensweisen, Ängste und psychosomatische Beschwerden. Sie beschrieb zudem Beziehungsschwierigkeiten mit Mitschülern und ihrem Vater. Sie hatte Versagensängste und litt unter ihrer Hautfarbe. Der Vater floh aus Nigeria, da er dort als junger Journalist erhebliche Repressalien habe erleiden müssen. Die Mutter, alkoholkrank, verließ die Familie als Jasmin fünf Jahre alt war. Der Vater leidet selbst unter einer Anpassungsstörung und Alkoholabusus. In den neuen Bundesländern hatte er in den 90er Jahren mehrfach als Afrikaner unter Rassismus gelitten, die Mutter wohl aus Aufenthaltsrechtlichen Gründen geheiratet. Infolge seiner eigenen psychischen Belastungen waren und sind seine väterlichen Erziehungskompetenzen erheblich eingeschränkt, die Mutter konnte dies nie kompensieren. Der Vater verweigerte sich empathischen Gefühlen der Tochter, insbesondere dann, wenn sie Probleme mit ihrer Hautfarbe angab. Er verlangte von ihr Gefühle der Einsamkeit und des Sich-Ausgegrenzt-Fühlens ebenso abzuwehren, wie er es in seiner Sicht erfolgreich getan hatte: Abspaltung und Verleugnung, insbesondere der afrikanischen Herkunft und der nach wie vor dort lebenden Familie. Er befürchtete unbewusst, wenn seine Tochter stolz, autonom unbeschwert wäre, an seinen gebrochenen und verlorenen Stolz erinnert zu werden und verweigerte seiner Tochter daher eine Auseinandersetzung mit seiner Geschichte und der afrikanischen Herkunftsfamilie.

2.4 Beispiel 3, Afghanistan: Jussuf, 9 Jahre

Jussuf kommt aus Afghanistan. Er stottert, aber nur auf Dari, seiner Herkunftssprache. Die Sprache wurde zum Symbol dessen, was in dieser Sprache passiert ist. Die Familie wurde, als er vier Jahre alt war, nachts von den Taliban überfallen. Der Vater nahm seinen Sohn auf den Arm, wollte eine Treppe hinunter

fliehen, fiel und der Sohn brach sich die Vorderzähne ab. Seither schämt er sich und hält die Hand vor den Mund, wenn er ihn öffnet. Bilder von Gefahr, Flucht, körperlicher Verletzung, die Notwendigkeit, in der Situation zu schweigen und vom Vater nicht ausreichend gehalten zu werden, vermischen sich in seiner Erinnerung. Sein Vater schildert, dass er versucht, nur auf Deutsch mit seinem Sohn zu sprechen. Er fürchtet, ihm zu schaden, wenn er seine Muttersprache spricht. Eine differenzierte Kommunikation kann so nicht entstehen. Deutsch zu sprechen stellt zwar einen Versuch des Vaters dar, seinem Sohn zu helfen, sie erinnert aber auch an seine eigene Hilflosigkeit, seine Schuldgefühle, den Sohn nicht ausreichend geschützt zu haben, ihn in der kritischen Situation fallen gelassen zu haben. Die Kommunikation ist eingeschränkt, karg und hilflos. Es wird unmittelbar deutlich, wie sehr eine traumatische Erfahrung nicht nur eine Welt der Erinnerungen beschädigt, sondern auch eine ganze Sprache mit beschädigen kann, die an die Erfahrungen erinnert.

3 Psychotherapeutische Interventionen

Ziel der Behandlung von Flüchtlingskindern und ihren Familien ist, neben reiner symptomatischer Entlastung, dass sie ein Gefühl von Kohärenz und ein Gefühl, in der Welt handlungsfähig zu sein, entwickeln. Der Wiederaufbau der Hoffnung, die ein maßgeblicher Faktor bei der Flucht war, ist dabei ebenso eine zentrale Orientierung im Rahmen einer Behandlung wie die Einstellung zur Versöhnung mit den Geschehnissen von früher bzw. mit konkreten Tätern. Therapeuten sind bei Flüchtlingskindern aufgefordert, nach Ressourcen zu suchen, die es ermöglichen, sich mit dem ehemaligen Gegner (unabhängig davon, ob als solche bekannte Individuen, z. B. Nachbarn benannt werden oder Gruppen z. B. „die Soldaten“) zumindest so zu arrangieren, dass eine psychische Weiterentwicklung des Kindes ermöglicht wird. Gefühle von Wut und Hass sowie ein Wunsch nach Rache können sicherlich als Bewältigungsmechanismen nach traumatisierenden Erlebnisse im Krieg zur psychischen Stabilisierung beitragen. Bestehen diese Gefühle aber über längere Zeit und beherrschen sie sogar die Gefühlswelt und werden auf eine „unpassende Umwelt“ übertragen, können sie dadurch dysfunktional werden, dass die Kinder und Jugendlichen Vergangenes nicht reflektieren und Zukunftspläne entwickeln, sondern aggressive Verhaltensweisen z. B. in der Schule zeigen (Adam u. Klasen, 2011).

Rekontextualisierung und Normalisierung sind nach einer oft langen Phase von Krieg und Trennung durch Flucht oder Gefangenschaft erste wichtige Punkte. Die Wichtigkeit der ersten Stunden und Tage im Exilprägen ganz wesentlich die Beziehung zum Aufnahmeland. Hier haben Kinder-, Jugendlichen- und Familientherapeuten auch eine politische und präventiv wichtige Rolle: Als Berater und Psychotherapeuten können sie in Institutionen hilfreich sein, damit der Familie ein warmes Willkommen gegeben werden kann, damit Unterstützungssysteme angeboten und qualitativ hoch-

wertige, durch Supervision begleitete Hilfen angeboten und Strukturen in Aufnahmeeinrichtungen so modifiziert werden können, dass diese dem Wechsel der Kultur und dem Nebeneinander von differenten Kulturen gerecht werden können.

Zur Normalisierung des Alltags gehören Zugang zu Informations- und Beratungsangeboten, für die Kinder der Zugang zu Bildung und zu Spiel- und Ausdrucksmöglichkeiten. Der Umgang mit unterschiedlichen Sprachen und differente Kompetenzen innerhalb der Familie damit umzugehen, gewinnt an Bedeutung und verändert Rollen und Aufgaben innerhalb des Familiensystems. Psychotherapeutisch spielt dabei das Schweigen und Verschweigen von Familiengeschichte ebenso eine wichtige Rolle wie die Überflutung mit Informationen über die Vergangenheit. Gefragt, was die Hauptbelastung für die Eltern in ihrem Leben ist, benennen Flüchtlingskinder am häufigsten die Einsamkeit der Eltern – weit häufiger als die erlebten traumatisierenden Belastungen. Beziehungen nach innen und außen schaffen die Möglichkeit, traumatisierende Erlebnisse zu verarbeiten. Subkulturen informierter „Drehpunktpersonen“ (Goffmann, 1975) oder ethnisch politischer Gruppierungen bieten im optimalen Fall den Zugang zu (leider nicht immer adäquater) Information und ermöglichen die Kontakte zur Umwelt.

Durch das Zusammentreffen mit der neuen Kultur verändern sich fast immer familiäre Rollen und Hierarchien, was insbesondere von den Eltern meist nicht vorhergesehen und damit geplant und bilanzierend reflektiert wird. Migration und Flucht führen zu Veränderungen des familiären Lebenszyklus und der familiären Utopie, aber es entstehen auch Wünsche für die Zukunft. Diese Wünsche sind oft auch Abwehr- und Bewältigungsversuche der Hilflosigkeit, Desorientierung, Abhängigkeit und Sprachlosigkeit im Exil. Gerade in der Phase nach dem Ankommen in der neuen Gesellschaft können die geschilderten Bedingungen die Betroffenen allerdings auch motivieren, gegen diese anzugehen. Eltern können sich selbst nach Grinberg und Grinberg als „Helden“ verstehen oder, wegen entstehender Schuldgefühle, als „Abtrünnige“ (Grinberg u. Grinberg, 1990, S. 184). Diese Schuldgefühle gegenüber den Zurückgebliebenen sowie die Wut auf das Land, welches man verlassen musste, können zu Spannungszuständen oder aggressivem Verhalten führen, so dass die Integration im Aufnahmeland erschwert wird und es zur gegenseitigen Ablehnung zwischen Aufnehmenden und Ankommenden kommen kann. Die Ablehnung im Exil führt dazu, dass eigene Schuldgefühle sowie Wut auf das Heimatland nicht wahrgenommen, sondern diese Gefühle gegenüber dem Aufnahmeland empfunden werden. Dieses ist dann kein rettender Ort mehr, sondern selbst Ursache allen Übels. Das Heimatland wird dabei idealisiert, und die Migranten und Flüchtlinge bemühen sich, sich selbst und ihre Kinder vor den ihrer Meinung nach schädigenden Einflüssen des Exils zu schützen. Dies führt z. B. dann dazu, dass trotz aller gut gemeinten Angebote auch so genannte „kultursensible“ Angebote (Sprach-, Kochkurse) von den Eltern abgelehnt werden. Als Reaktion entsteht in der Aufnahmegesellschaft wiederum Unverständnis und Ablehnung, so dass ein Teufelskreis der Ausgrenzung entsteht.

Im psychotherapeutischen Zugang ist es daher wichtig, das Thema Kultur und zu erwartende kulturelle Konflikte aufzugreifen. Es sollte – wie in jeder Psychotherapie – ausführlich erklärt werden, was dies in der hiesigen Kultur eigentlich ist und, dass mit Themen von Scham und Schuld achtsam, aber aktiv umgegangen wird und viele Symptome als wertvolle aber oft nicht umgebungsangepasste Bewältigungsversuche verstanden werden. Ferner ist Psychoedukation von Bedeutung, damit die Familien kennenlernen, welche Erziehungshaltungen sich in Deutschland entwickelt haben, um Kinder auf eine bezogen „autonome“ Zukunft vorzubereiten. Auch sollten Flüchtlingseltern lernen, welche Hilfen das Jugendhilfesystem hilflosen Eltern bietet und wie Kindeswohl in Deutschland verstanden wird. Hierzu gehören auch Fragen zur Sexualität und Sexualerziehung, zu Kindergarten, Schule und Sprachförderung.

Daneben sollten Rückkehrängste und -wünsche, Illusionen und Desillusionierung im Exil, akzentuiertes Erleben der adoleszenten Autonomieentwicklung sowie Umgang mit materiellen Verlockungen und Gefahren thematisiert werden. Zentral ist, die Familie sequentiell immer wieder in Bilanzen der Verarbeitung der Erfahrungen zu begleiten, um eine kontinuierliche Re-Elaboration zu ermöglichen. Dabei sollten auch geltende Normen und Werte in Deutschland immer wieder aktiv in die Diskussion gebracht werden – oft mit einem kritischen Blick darauf, dass viele Entwicklungen der Kinderförderung und des Kinderschutzes auch in Deutschland noch keine lange Tradition haben.

Traumasppezifische symptomorientierte Methoden der Behandlung können in der Behandlung von Intrusionen und Flashbacks hilfreich sein. Dabei ist die Gegenwart der Eltern bei Traumabehandlungen der Kinder oft hilfreich, solange die Familie als ein „sicherer Ort“ empfunden wird oder wieder als solcher etabliert werden soll. Voraussetzung ist aber eine hinreichend vertraute Beziehung, deren Aufbau oft mehr Zeit beansprucht als traumaspezifische Interventionen selbst.

Geschwistertherapien sind oft indiziert: Der Austausch der Blickwinkel, die reflektierte Anwendung von Bewältigung und die Entwicklung der Eltern durch Psychoedukation sowie Interventionen, die die Kinder berücksichtigen, werden von den Kindern als hilfreich erlebt. Dadurch kann das Gefühl der Isolation vermindert werden und sich die lebenslange Beziehung zwischen den Geschwistern stabilisieren. Das führt dazu, belastende Konflikte der Geschwister um Aufmerksamkeit und Zuwendung depressiver oder verstummter Eltern zu verringern. Auch ein Verständnis von und Umgang mit aggressiven Impulsen bei Flüchtlingseltern kann hier erarbeitet werden.

Trauma ist heute oft eine Modediagnose, die die menschliche Fähigkeit zur sinnvollen Abwehr, zur Meisterung oder das Vorhandensein von Resilienz auf Grund guter Vorerfahrungen und Ressourcen vernachlässigt. Sowohl Verleugnung als auch die gesellschaftliche (und leider auch wissenschaftliche) Gleichsetzung des Durchlebens potenziell traumatischer Situationen mit „traumatisiert sein“, zu erwartender psychischer dauerhafter Schädigung oder dem Status als „Opfer“ können dabei Symptomatik und transgenerationale Weitergabe verstärken.

Literatur

- Adam, H. (2004). In between – Adolescent refugees in exile. In J. Wilson, B. Drozdek (Hrsg.), *Broken Spirits – The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims* (S. 521-546). New York: Brunner-Routledge.
- Adam, H., Klasen, F. (2011). Trauma und Versöhnung, Versöhnungsbereitschaft bei traumatisierten Flüchtlingskindern. *Trauma und Gewalt*, 5, 356-369.
- Aldwin, C. M. (1994). Stress, coping, and development. *An Integrative Perspective*. New York: The Guilford Press.
- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. Aufl.). Washington: APA.
- Bar-On, D. (1996). Die Last des Schweigens: Gespräche mit Kindern von Nazi-Tätern. Reinbek: Rowohlt.
- Bar-On, D. (1999). *The indescribable and the undiscussable: Reconstructing human discourse after trauma*. Budapest: Central European University Press.
- Bettelheim, B. (1977). *Erziehung zum Überleben*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Bloch, D., Silber, E., Perry, S. (1956). Some factors in the emotional reaction of children to disaster. *American Journal of Psychiatry*, 113, 416-22.
- Bohleber, W. (1996). Einführung in die psychoanalytische Adoleszenzforschung. In W. Bohleber (Hrsg.), *Adoleszenz und Identität*. Stuttgart: Internationale Psychoanalyse.
- Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 54, 797-839.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss* (Band 3). New York: Basic.
- Bürgin, D. (1995). Psychic traumatization in children and adolescents. In Stiftung für Kinder (Hrsg.), *Children – War and persecution* (S. 14-26). Osnabrück: Secolo.
- Cicchetti, D., Lynch, M. (1995). Failures in the expectable environment and the impact on individual development: The case of the child maltreatment. In D. Cicchetti, D. Cohen (Hrsg.), *Developmental Psychopathology* (Band 2, S. 32-71). New York: Wiley.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Eitinger, L. (1990). KZ-Haft und psychische Traumatisierung. *Psyche*, 2, 118-132.
- Eth, S., Pynoos, R. (Hrsg.) (1985). *Posttraumatic stress disorder in children*. Washington: American Psychiatric Press.
- Filipp, S.-H., Aymanns, P. (2003). Bewältigungsstrategien (Coping). In R. H. Adler, J. M. Herrmann, K. Köhle, W. Langewitz, O. W. Schonecke, T. von Uexküll, W. Wesiak (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns*. (6. Aufl., S. 297-310). München: Urban & Schwarzenberg.
- Fischer, G., Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Freud, A., Burlingham, D. (1943). *War and children*. New York: Medical War Books.
- Freud, A., Burlingham, D. (1944). *Infants without families*. New York: International Universities Press.
- Freud, A., Dan, S. (1951). An experiment in group upbringing. *Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 127-168.
- Freud, S. (1896). Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychosen. *Gesammelte Werke*. Bd. I. Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Freud, S. (1906). Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. *Gesammelte Werke*. Bd. V. Frankfurt/M.: S. Fischer.

- Freud, S. (1920). Jenseits des Lustprinzips. Gesammelte Werke. Bd. XIII. Frankfurt/M.: S. Fischer.
- Garbarino, J., Kostelny, K., Dubrow, N. (1991). No place to be a child. Growing up in a war zone. Lexington: Lexington Books.
- Garnezy, N., Rutter, M. (1985). Acute reaction to stress. In M. Rutter, L. Hersov (Hrsg.), *Child and adolescent psychiatry: Modern approaches* (2. Aufl., S. 152-176). London: Blackwell Scientific Publications.
- Goffmann, E. (1975). *Stigma*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Grinberg, L., Grinberg, R. (1990). Psychoanalyse der Migration und des Exils. München: Internationale Psychoanalyse.
- Grubrich-Simitis, I. (1984). Vom Konkretismus zur Metaphorik. *Psyche*, 1, 1-28.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hill, R. (1971). *Families under Stress: Adjustment to the crises of war separation and reunion*. Westport: Greenwood Press.
- Jensen, P. S., Shaw, J. (1993). Children as victims of war: Current knowledge and future research needs. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 697-708.
- Keilson, H. (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische Follow-up-Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Stuttgart: Enke.
- Kestenberg, J. S. (1989). Neue Gedanken zur Transposition. Klinische, therapeutische und entwicklungsbedingte Betrachtungen. *Jahrbuch der Psychoanalyse*, 24, 163-189.
- Kinzie, J. D., Sack, W. H., Angell, R. H., Manson, S., Rath, B. (1986). The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 25, 370-376.
- Kohlberg, L. (1974). Zur kognitiven Entwicklung des Kindes. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Kolk, B. A. van der, McFarlane, A. C. (1996). 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. 27-45). Paderborn: Junfermann.
- Kraul, A., Ratzke, K., Reich, G., Cierpka, M. (2003). Familiäre Lebenswelten. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik* (2., akt. u. erg. Aufl., S. 175-221). Berlin: Springer.
- Krystal, H. (1978). Trauma and affects. *Psychoanalytic Study of the Child*, 33, 81-116.
- Laux, L., Weber, H. (1990). Bewältigung von Emotionen. In K.R. Scherer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Psychologie der Emotion*. Göttingen: Hogrefe.
- Lazarus, R., Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J. Nitsch (Hrsg.), *Streß* (S. 213-260). Bern: Hans Huber.
- Lipson, J. G. (1993). Afghan refugees in California. Mental health issues. *Issues in Mental Health Nursing*, 14, 411-423.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding Transference*. New York: Basic Books.
- Maltas, C., Shay, J. (1995). Trauma Contagion in Partners of survivors of Childhood Sexual Abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 529-539.
- McCubbin, H. I., Figley, C. R. (1983). *Stress and the family. Coping with normative transitions* (Band 1). New York: Brunner/Mazel.

- McCubbin, H. I., Olson, D. H. (1989). Family coping strategies. In D. H. Olson (Hrsg.), *Families, what makes them work* (S. 135-162). Beverly Hills: Sage Publications.
- McCubbin, H. I., Patterson, J. (1983). The family stress process: The double ABCX-model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.
- McCubbin, H. I., McCubbin, M. A., Thomson, A. I., Thomson, E. A. (1998). *Resiliency in native American and immigrant families*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- McNally, R. J. (1992). Stressors that produce posttraumatic stress disorder in children. In J. Davidson (Hrsg.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (S. 31-44). Washington: American Psychiatric Press.
- Mentzos, S. (2000). *Neurotische Konfliktverarbeitung*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Niederland, W. G. (1980). *Seelenmord*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Pedersen, S. (1949). Psychopathological reactions to extreme stress displacements (refugee neurosis). *The Psychoanalytical Review*, 36, 344-354.
- Pynoos, R., Steinberg, A. M., Wraith R. (1995). A developmental model of childhood traumatic stress. In D. Cicchetti, D. J. Cohen (Hrsg.), *Developmental psychopathology* (Band 2: Risk, disorder and adaption (S. 72-95). New York: John Wiley.
- Resch, F. (1996). *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. Weinheim: Beltz/PVU.
- Roer-Strier, D. R. (1997). Coping strategies of immigrant parents: Directions for family therapy. *Family Process*, 35, 363-376.
- Romer, G., Haagen, M., Barkamnn, C., Thomalla, G., Schulte-Markwort, M., Riedesser, P. (2004). Kinder körperlich kranker Eltern. *Hamburger Ärzteblatt*, 3, 124-127.
- Sack, W. H. (1998). Multiple forms of stress in refugee and immigrant children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 7, 153-167.
- Saß, H. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV: Übersetzt nach der 4. Auflage der DSM-IV der American Psychiatric Association*. Bern: Hans Huber.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Drell, M. J., Larrieu, J. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.
- Schepker, R. (1997). Posttraumatische Belastungsstörungen im Kindesalter – Diagnose, Verlaufsprädiktoren und therapeutische Strategien. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*, 25, 46-56.
- Schmidt, L. R. (1984). *Psychologie in der Medizin. Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis*. Stuttgart: Thieme.
- Stein, B. N. (1986). The experience of being a refugee: Insights from research literature. In C. L. Williams, J. Westermeyer (Hrsg.), *Refugee mental health in resettlement countries*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Straker, G. (1988). Post-traumatic stress disorder: A reaction to state-supported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 12, 383-95.
- Straker, G. (1992). *Faces in the Revolution: The Psychological Effects of Violence on Township Children in South Africa*, Claremont, SA.
- Stuvland, R. (1994). School-age children affected by war: The UNICEF-program in former Yugoslavia. In L. T. E. Arcel (Hrsg.), *War victims, trauma and psycho-social care* (S. 111-126). Zagreb: European Community Task Force.
- Summerfield, D. (2001). The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *British Medical Journal*, 322, 95-98.

- Terr, L. (1979). Children of Chowchilla. *Psychoanalytic study of the child*, 34, 547-623.
- Terr, L. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- Tyrangiel, S. (1989). Emigrantenkinder – Die zweite Generation. In H. S. Herzka, A. Schumacher, S. Tyrangiel (Hrsg.), *Die Kinder der Verfolgten. Die Nachkommen der Naziopfer und Flüchtlingskinder heute* (S. 23-79). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Ulich, D. (1987). *Krise und Entwicklung. Zur Psychologie der seelischen Gesundheit*. München: PVU.
- Volkan, V. (1998). *Bloodlines: From Ethnic Pride to Ethnic Terrorism*. New York: Basic Books.
- Walter, J. (1998). Psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingskindern und ihren Familien. In M. Endre, G. Biermann (Hrsg.), *Traumatisierung in Kindheit und Jugend* (S. 59-77). München: Reinhardt.
- Walter, J., Bala, J. (2004). Where meanings, sorrow, and hope have a resident permit: treatment of families and children. In J. B. Wilson, B. Drozdek (Hrsg.), *Broken spirits – The treatment of traumatized asylum seekers, refugees, war and torture victims* (S. 487-520). London: Brunner Routledge.
- Weber, H. (1992). Belastungsverarbeitung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 21, 17-27.
- Winnicott, D. W. (1958). The capacity to be alone. In D. W. Winnicott (Hrsg.), *The maturational process and the facilitating environment* (S. 29-36). New York: International Universities Press.
- World Health Organisation [WHO] (1991). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Hrsg. von H. Dilling, W. Mombour, M. H. Schmidt. Bern: Hans Huber.
- Yule, W. (1994). Posttraumatic stress disorders. In M. Rutter, E. Taylor, L. Hersov (Hrsg.), *Child and adolescent psychiatry. Modern approaches* (S. 392-406). Oxford: Blackwell Scientific Publications.

Korrespondenzanschriften:

Prof. Dr. med. H. Adam, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Martin Gropius Krankenhaus GmbH, Oderbergerstrasse 8, 16225 Eberswalde; E-Mail: adam.kju@mgkh.de

Dr. J. Walter, Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Liliencronstr. 130, 22149 Hamburg; E-Mail: j.walter@kkh-wilhelmstift.de

Hubertus Adam, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Martin Gropius Krankenhaus, Eberswalde; *Joachim Walter*, Katholisches Kinderkrankenhaus Wilhelmstift, Hamburg