



„Wenn die Seele leidet“

Kinder und Jugendliche im Kontext von
traumatisierenden Gewalterfahrungen

Materialheft zur Fachtagung
am 31. März 2014 in Leipzig

FRAUEN *für* FRAUEN

Frauen für Frauen e.V. Leipzig



Evangelische Jugend in Sachsen
Landesjugendpfarramt

Inhalt

- 4 **Vorwort**
Tobias Bilz – Landesjugendpfarrer (Ev.-Luth. Landesjugendpfarramt Sachsens)
Heike Siebert – Landesjugendwartin (Ev.-Luth. Landesjugendpfarramt Sachsens)
- 5 **Grußwort zur Tagung „Kinder als Zeugen häuslicher Gewalt“ am 31. März 2014 in Leipzig**
Tobias Bilz – Landesjugendpfarrer (Ev.-Luth. Landesjugendpfarramt Sachsens)
- 7 **„Belastete Kindheiten, gesundheitliche Beeinträchtigungen und fortgesetzte Gewalt gegen Frauen im Erwachsenenleben“ – Präsentation zum Fachvortrag am 31. März 2014**
Dr. Monika Schröttle – Interdisziplinär arbeitende Sozialwissenschaftlerin und Politologin
- 11 **Zur Verdachtsabklärung sexueller Missbrauch mit der Methode des „Simultanen Mehrperspektivenansatzes nach Dr. Katharina Maucher“ – Fachvortrag am 31. März 2014**
Dr. Katharina Maucher – Diplom-Psychologin und promovierte Erziehungswissenschaftlerin
- 17 **Entwicklung der konzeptionellen und administrativen Strukturen des Trauma-Info-Telefons von Ankerland e. V., Hamburg – Workshopdokumentation vom 31. März 2014**
Ilse Hüttner – Vorstand Ankerland e. V., Leiterin Trauma-Info-Telefon
- 20 **Ablauf einer Verdachtsabklärung im Externen Experteninnen- und Experten-Team (EET) – Workshopdokumentation vom 31. März 2014**
Dr. Katharina Maucher – Diplom-Psychologin und promovierte Erziehungswissenschaftlerin
- 24 **„Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Kinder innerhalb der Familie“: Zur Arbeit mit den betroffenen Kindern und dem nicht gewalttätigen Elternteil – Workshopdokumentation vom 31. März 2014**
Dr. Patricia Bell – Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungszentrum der Ev. Hochschule in Darmstadt
- 30 **Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung (§ 1631, Absatz 2 BGB) – Fachaufsatz**
Lynn Huber – Diplom-Sozialarbeiterin/-pädagogin, Systemische Familientherapeutin
Mandy Rziepela – Diplom-Sozialarbeiterin /-pädagogin
Vera Fünfstück – Diplom-Sozialarbeiterin /-pädagogin, Systemische Familientherapeutin
- 32 **„Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung“: Ein Modellprojekt für die Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele ‚Gesund aufwachsen‘ und ‚Depressive Erkrankungen verhindern‘ – Fachaufsatz**
Dr. phil. Manuela Richter-Werling – Gründerin und Geschäftsführerin von Irrsinnig Menschlich e.V., Systemischer Coach
- 36 **Über Ankerland e. V. – Best practice**
Dr. med. Andreas Krüger – Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Vorstand Ankerland e. V., Ärztl. Leiter / Ärztl. Leiter des Instituts für Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters (IPKJ)
Ilse Hüttner – Vorstand Ankerland e. V., Leiterin Trauma-Info-Telefon

Die Veranstalterinnen



Heike Siebert
Landesjugendwartin im Evangelisch-Lutherischen
Landesjugendpfarramt Sachsens



Gabi Eßbach
Koordinierungs- und Interventionsstelle gegen
häusliche Gewalt und Stalking (KIS) Leipzig

Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser,

Traumatisierungen können zahlreiche, dauerhafte Verletzungen hervorrufen: körperliche, seelische, soziale. Viele Menschen leiden jahrelang unter Angst- und Panikattacken, Schlafstörungen, starken Gefühlsstörungen und haben vielleicht schon weitere Folgesymptome entwickelt: Sie arbeiten von morgens bis abends, rauchen zu viel und essen zu wenig. Oder sie werden depressiv und krank.

Frau Dr. Monika Schröttle wird im ersten Fachvortrag den Zusammenhang zwischen Gewalt und Gesundheit im Lebensverlauf von Frauen thematisieren. Sie zeigt auf, wie frühe Gewalt- und Belastungserfahrungen ursächlich zu somatischen und psychischen Beeinträchtigungen im Erwachsenenleben führen. Ebenso erhöht sich das Risiko, Opfer von Gewalt auch im Erwachsenenleben zu werden. Frühzeitige Gewalt und Gesundheitsprävention sind deshalb ein wichtiger Schlüssel, um den Kreislauf der Gewalt langfristig zu durchbrechen.

Im zweiten Fachvortrag wird Frau Dr. Katharina Maucher das „Frankfurter Modell“ – zur Verdachtsabklärung bei sexuellem Missbrauch vorstellen.

Der Nachmittag steht ganz im Zeichen intensiven

Austauschs in vier Arbeitsgruppen. Die beiden Referentinnen werden ihre Vorträge vom Vormittag vertiefen.

In den zwei weiteren Arbeitsgruppen werden praxisorientierte Ansätze in der Arbeit mit durch sexualisierte und/oder häusliche Gewalt traumatisierte Kinder und Jugendliche vorgestellt.

Das Landesjugendpfarramt, vertreten durch Heike Siebert, bietet 2014 erstmalig eine zusammenhängende Qualifizierungsmodulreihe zu Resilienz von Kindern und Jugendlichen im Rahmen des Präventionskonzeptes an. Weiterführend zur Fortbildung für Mitarbeitende in der Kinder- und Jugendarbeit werden themenspezifische Fachtagungen angeboten.

Tobias Bilz
Landesjugendpfarrer

Heike Siebert
Landesjugendwartin

Evangelisch-Lutherisches Landesjugendpfarramt
Sachsens

Dresden, im August 2014

Grußwort zur Tagung „Wenn die Seele leidet“- Kinder und Jugendliche im Kontext von traumatisierenden Gewalterfahrungen am 31. März 2014 in Leipzig

Tobias Bilz, Landesjugendpfarrer

**Meine sehr verehrten Damen und Herren,
sehr geehrte Referentinnen, sehr geehrte Frau
Eßbach, liebe Heike,**

es ist mir eine Ehre und Freude, heute hier zu Beginn des Fachtages gegen häusliche Gewalt – dieses Jahr unter der Überschrift „Wenn die Seele leidet“ – ein Grußwort sagen zu dürfen. Diese Tagung ist eine Veranstaltungsreihe des Landesjugendpfarramtes in Kooperation mit der Koordinierungs- und Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking in Leipzig. Seit acht Jahren findet sie statt. Heute kann ich endlich erstmalig dabei sein. Lassen Sie mich drei Gründe sagen, warum diese Tagung und die Arbeit um die Problematik, die uns hier heute beschäftigt, für mich außerordentlich wertvoll sind:

1. Wir brauchen mehr als betroffene Reaktionen! Als um das Jahr 2010 unsere Gesellschaft von Missbrauchsskandalen erschüttert wurde, hat das sehr wohl eine wichtige öffentliche Aufmerksamkeit für dieses Thema erzeugt. Seit dem ist viel passiert, was dringend notwendig war und ist:

Missbrauchsfälle wurden und werden aufgearbeitet, gesetzliche Regelungen – etwa im Bundeskinderschutzgesetz – wurden verbessert, eine umfassendere Aufklärungsarbeit ist auf den Weg gebracht und viele Einrichtungen der Kinder- und Jugendarbeit haben Verhaltenskodizes verabschiedet. Das ist auf jeden Fall wertzuschätzen, das sind wichtige Fortschritte!

Wenn aber notwendige Veränderungen allein auf der Basis von aktueller Betroffenheit eingeleitet werden, stehen sie in der Gefahr, mit abnehmender Betroffenheit wieder in Vergessenheit zu geraten. Betroffenheit „greift sich ab“. Sie wendet sich auch neuen / anderen Themen zu!

Eine reine Skandalisierung kann deshalb nicht ohne weiteres über lange Zeiträume aufrechterhalten werden. Auch die Hyperaktivität Engagierter führt zu Erschöpfung bzw. Enttäuschung und kann mittelfristig in Gewöhnung münden. Diese Fachtagung aber gab es bereits, bevor die breite Öffent-

lichkeit auf dieses Thema aufmerksam wurde. Sie setzt auf fundierte Befassung mit dem Thema, sie bleibt dem ihr eigenen Anliegen verpflichtet – unabhängig von medialer Aufmerksamkeit! Damit leistet sie einen wichtigen Beitrag – unabhängig von der Tagespolitik!

Ein zweiter Gedanke:

2. Theoretische Durchdringung und Praxisbezug kommen zueinander.

Die Fachreferentinnen des heutigen Tages – die Sozialwissenschaftlerin Dr. Monika Schröttle sowie die Diplompsychologin Dr. Katharina Maucher – lassen erwarten, dass wir heute Vorträge mit hoher wissenschaftlicher Qualität erleben werden. Natürlich sind diese Vorträge aus reflektierter therapeutischer und beraterischer Praxis heraus entstanden. Das aber ist nur eine Seite dessen, was bei diesem Thema unerlässlich ist. In vier Arbeitsgruppen wird darüber zu diskutieren sein, was das mit unserer pädagogischen, sozialarbeiterischen und therapeutischen Praxis zu tun hat. Deshalb muss und wird diese Tagung dem Ziel untergeordnet sein, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, wie Missbrauchs- und Gewalterfahrungen verhindert und Betroffenen geholfen werden kann.

Von Heike Siebert weiß ich, dass sie für ihre Arbeit wesentlich durch ihre persönlichen Gespräche mit jungen Mädchen und Frauen motiviert und geleitet wird. Wir befriedigen also mit dieser Tagung keineswegs nur ein allgemeines Interesse oder wissenschaftliche Neugier. Wir möchten vielmehr einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Lage Betroffener leisten.

Ein dritter und letzter Gedanke:

3. Diese Tagung und die dahinter stehende Arbeit sorgt sich um einen angemessenen Umgang mit



dem, was zur Problematik sexuellen Mißbrauchs und häuslicher Gewalt zu sagen ist!

Ganz klar: Die Themen, die hier besprochen werden, sind unangenehm!

Wer möchte sich gern mit einer Not auseinandersetzen, für die es keine einfache Linderung oder schnelle Problemlösungen gibt? Manche Reaktionen neigen auch deshalb zu Verharmlosung einerseits oder Alarmismus andererseits, weil Betroffene oder Verantwortliche für sich keine Form eines angemessenen Umgangs gefunden haben.

Was aber ist zu tun?

Ich bin kein Fachmann, meine aber doch verstanden zu haben, dass es auf wirksame Prävention durch konsequente Aufklärung und intensive Öffentlichkeitsarbeit im Allgemeinen, couragierten Einsatz im konkreten Fall und hohe Fachlichkeit bei wirksamer Hilfeleistung gleichermaßen ankommt. Erst aus diesem Zusammenspiel ergeben sich angemessene Verhaltensweisen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,
aus diesen Gründen wünsche ich dieser Tagung,
... dass sie zu neuen Erkenntnissen führt,
... dass sie die Situation Betroffener zu verstehen hilft und
... dass sie Mittel für die konkrete Arbeit an die Hand gibt.

Ich danke herzlich für Ihre Aufmerksamkeit!

Tobias Bilz, Landesjugendpfarrer



Belastete Kindheiten, gesundheitliche Beeinträchtigungen und fortgesetzte Gewalt gegen Frauen im Erwachsenenleben

Dr. Monika Schröttle,
Interdisziplinär arbeitende Sozialwissenschaftlerin
und Politologin

Auf der Tagung hielt Dr. Monika Schröttle einen Fachvortrag zum oben angeführten Thema. Nachfolgend sind die Folien ihrer Präsentation abgedruckt.

Belastete Kindheiten, gesundheitliche Beeinträchtigungen und fortgesetzte Gewalt gegen Frauen im Erwachsenenalter

Eröffnungsvortrag, Fachtagung
„Wenn die Seele leidet“
31.03.2014, Leipzig

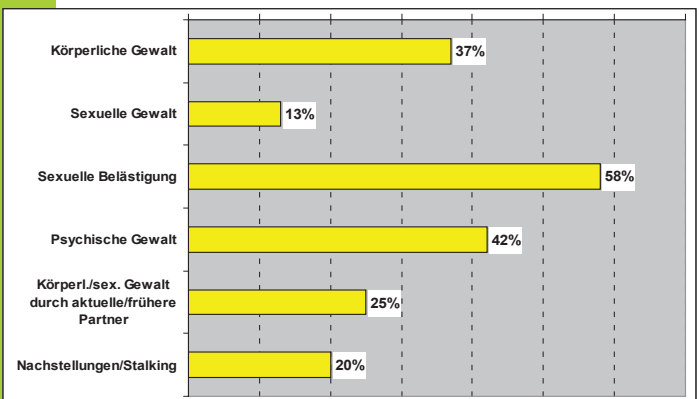
Dr. Monika Schröttle,
Vertretungsprofessur, Universität
Dortmund und Projektleitung, IfeS
Erlangen-Nürnberg

Gewalt in Kindheit und Jugend

- Kinder sind die am häufigsten von Gewalt betroffene Bevölkerungsgruppe.
- Dunkelfeldstudien 1990er Jahre:
 - 70-80% von *elterlicher körperlicher Gewalt* betroffen (10-15% schwere *Misshandlungen*)
 - gewaltförmige elterliche Erziehung rückläufig, nicht aber schwere Misshandlungen
 - *sexueller Missbrauch*: 10-18% der Mädchen und 5-7% der Jungen (hohes Dunkelfeld)
- Retrospektive Frauenstudie (2004): 81% körperliche Übergriffe durch Eltern, 36% elterliche psychische Gewalt, 20% Zeuginnen von Gewalt zwischen den Eltern, 10% sexueller Missbrauch.

1. Gewaltausmaße – Kindheit und Erwachsenenleben

Gewaltausmaß im Erwachsenenleben Frauen



Tatorte und Täter-Opfer-Kontexte

Gewalt gegen Frauen ist überwiegend Gewalt durch männliche Beziehungspartner im häuslichen Bereich.

Zusammenhang Kindheitsgewalt und Gesundheit - Frauen

Gesundheitliche und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten				
	Mehr als 7 körperliche Beschwerden	4 und mehr psychische Beschwerden	Signifikanz	Bemerkungen
4.7 Sexuelle Gewalt (bis 16. Lebensjahr) – nur Befragte mit schriftl. Fragebogen				
ja	31,4%	60,8%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	18,8%	38,6%		
4.8 Anzahl genannter unterschiedlicher Formen von Gewalt bis und nach 16. Lebensjahr – nur Befragte mit schriftl. Fragebogen				
Keine Nennung	11,1%	22,0%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
1-2 Nennungen	17,9%	39,1%		
3-4 Nennungen	29,9%	60,8%		
5-6 Nennungen	49,3%	78,1%		

2. Folgen von Gewalt

Fazit: Gesundheitliche Folgen von Gewalt

- **Gesundheit und Gewalt:** erhebliche gesundheitliche, psychische und psychosoziale Folgen von Gewalt bei allen Formen von Gewalt (s.a. RKI-Themenheft)
- negative Auswirkungen auch auf Gesundheitsverhalten, Arbeits- und soziale Situation sowie reproduktive Gesundheit
- deutlich erhöhte Belastungen bei Kumulation verschiedener Formen von Gewalt in Kindheit und Jugend und im Erwachsenenalter
- Wissen über gesundheitliche Folgen von Gewalt für Diagnostik, Prävention und Intervention im Gesundheitssektor hoch relevant.
- Gesundheitsprävention und Gewaltprävention bedingen einander; hohe Kosten von Gewalt, auch im Gesundheitswesen.

Gesundheitliche und psychosoziale Folgen von Gewalt

- **Fortgesetzte Gewalterfahrungen im Lebensverlauf** (Gewalt in Kindheit: 2- bis 4-fach erhöhte Gefahr, Opfer von Partnergewalt und/oder sexueller Gewalt zu werden)
- **Verletzungsfolgen** (bis hin zu Behinderung/Tod)
- **Somatische und psychosomatische Folgebeschwerden/-erkrankungen** (Schmerzsymptome, Magen-Darm, gynäkologische Beschwerden, Herz-Kreislauf, zerebrale Störungen, Hauterkrankungen, chron. Erkrankungen)
- **Psychische Folgen** (Entwicklungsstörungen, Schlaf-, Angst-, Essstörungen, Depressionen, PTBS, Selbstwertprobleme, Leistungseinschränkungen, Suizidalität)
- **Psychosoziale Folgen** (Brüche im Leben)
- **Gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen** (Suchterkrankungen, Bewegungsmangel, Selbstverletzung)

3. Behinderung als Folge und Risikofaktor

Zusammenhang Kindheitsgewalt und Gesundheit - Frauen

Gesundheitliche und psychische Beschwerden in den letzten 12 Monaten				
	Mehr als 7 körperliche Beschwerden	4 und mehr psychische Beschwerden	Signifikanz	Bemerkungen
4.5 Körperliche Gewalt in der Kindheit (bis 16. Lebensjahr) – nur Befragte mit schriftl. Fragebogen				
ja	25,4%	49,7%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	15,8%	33,6%		
4.6 Psychische Gewalt (bis 16. Lebensjahr) – nur Befragte mit schriftl. Fragebogen				
ja	35,1%	64,8%	**	Positiver Zusammenhang zwischen Gewaltbelastung und körperlichen/psychischen Beschwerden
nein	17,2%	36,3%		

Gewalt in Kindheit und Jugend – Frauen mit Behinderungen

Frauen mit Behinderungen haben deutlich häufiger als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt.

- **Wechselseitiger Zusammenhang von Gewalt und Behinderung**
- **Gewalt in Kindheit und Jugend:**
 - teilweise erhöhte Betroffenheit durch **elterliche körperliche, vor allem aber psychische Gewalt**
 - * psychische Gewalt: ca. 50-60% (vs. 36% bei Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt)
 - * körperliche Gewalt: 74-90% (vs. 81%)
 - **2- bis 3-fach erhöhte Betroffenheit durch sexuellen Missbrauch in Kindheit/Jugend:**
 - je nach Befragungsgruppe hat jede 2.- 4. Befragte mit einer Behinderung sexuelle Übergriffe durch Kinder/Jugendliche und Erwachsene erlebt

Gewalt im Erwachsenenleben

Frauen mit Behinderungen haben deutlich häufiger sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben erlebt als andere Frauen.

- **Sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben**
 - 2- bis 3-fach erhöhte Betroffenheit durch sexuelle Gewalt im Erwachsenenleben
 - mehr als jede 3. bis 5. Frau hat sexuelle Übergriffe im Erwachsenenleben erlebt (bei schweren Sinnes- und Körperbehinderungen: ca. jede 2. bis 3. Frau)
 - höchste Betroffenheit: psychisch erkrankte Frauen in Einrichtungen und gehörlose Frauen
- **Sexuelle Gewalt im Lebensverlauf: in Kindheit und/oder Erwachsenenleben**
 - mehr als jede zweite bis dritte Frau mit einer Behinderung hat sexuelle Gewalt in Kindheit und/oder Erwachsenenleben erlebt

Gewalt im Erwachsenenleben

Auch körperliche und psychische Gewalt im Erwachsenenleben wurde von Frauen mit Behinderungen fast doppelt so häufig erlebt wie von Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt.

- **Körperliche Gewalt im Erwachsenenleben**
 - fast doppelt so häufig wie Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt (58-75% vs. 35%)
 - + schwerere und bedrohlichere Übergriffe
- **Psychische Gewalt im Erwachsenenleben**
 - ebenfalls deutlich häufiger als im Bevölkerungsdurchschnitt (68-90% vs. 45%)

4. Und was ist mit Jungen / Männern ?

Gewalt in Kindheit und Jugend von Jungen/Männern

- Jungen in etwa gleich häufig wie Mädchen von elterlicher körperlicher Gewalt betroffen (teilweise schwerere Gewalt).
- Jungen erleben häufiger psychische Gewalt durch Eltern.
- Jungen und junge Männer sind häufiger von körperlicher Gewalt in Jugend und jungem Erwachsenenalter betroffen (Täter: andere Jungen und Jugendliche).
- Jungen erleben seltener sexuellen Missbrauch (allerdings auch hohe Dunkelziffer).
- Im Erwachsenenleben sind Männer kaum mehr von körperlicher Gewalt betroffen (insbesondere auch nicht im familiären Kontext) – Ausnahme: Männer aus vulnerablen Bevölkerungsgruppen.

Tabelle 9: Multiple Gewalterfahrungen (psychische, körperliche und sexuelle Gewalt) in Kindheit/Jugend und im Erwachsenenleben

Multiple Formen von Gewalt in Kindheit/Jugend und Erwachsenenleben ²⁾	Basis: Alle befragten Frauen. Mehrfachnennungen.						
	Repräsentative Haushalts- und Einrichtungsbefragung	Haushalte	Einrichtungen/ allgemeine Sprache	Einrichtungen/ vereinfachte Sprache	Zusatz- gehörlose Frauen	Zusatz- blinde Frauen	Zusatz- körperbehinderte Frauen
	Bevölkerungsdurchschnitt (BMFSFJ 2004) N=8.445 (%)	N=800 (%)	N=102 (%)	N=318 (%)	N=83 (%)	N=128 (%)	N=130 (%)
	7	27	37	16 ¹⁾	42	33	30

1) Anteile bei Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen geringer, weil sie sich häufiger nicht an Gewalt in Kindheit und Jugend erinnern konnten und häufiger keine Angaben gemacht haben.

2) Hier sind Frauen einbezogen, die 2-3 verschiedene Formen von Gewalt in Kindheit/Jugend und Erwachsenenleben erlebt haben (5-6 Nennungen in Bezug auf die drei Formen von Gewalt jeweils in Kindheit/Jugend und Erwachsenenleben).

Gewalt in Kindheit/Jugend bei Jungen/Mädchen mit/ohne Behinderung

Tabelle 49: Körperliche und/oder psychische Gewalt durch Eltern – Gesamtbetroffenheit

	1		2		3		4		5		6		Signifikanz ⁵⁾			
	Männer mit Behinderungen	In Kindheit / Jugend beeinträchtigt	Männer Durchschnittsbevölkerung	Frauen mit Behinderungen	In Kindheit / Jugend beeinträchtigt	Frauen Durchschnittsbevölkerung	Alle	In Kindheit / Jugend beeinträchtigt	Alle	In Kindheit / Jugend beeinträchtigt	1+3	1+4	2+5			
<i>Mindestens eine Handlung benannt</i>	N=193 (%)	N=37 (%)	N=206 (%)	N=766 (%)	N=267 (%)	N=7.472 (%)										
Körperliche und / oder psychische Übergriffe durch Eltern	92	81	96 ¹⁾	88	90	83					n.s.	n.s.	n.s.			
Körperliche Übergriffe durch Eltern	89	81	90 ¹⁾	85	86	81					n.s.	n.s.	n.s.			
Psychische Übergriffe durch Eltern	48	32	72 ¹⁾	53	62	36					**	*	n.s.	**	*	**

Basis: Alle befragten Männer / Frauen in Haushalten, die bei einem oder beiden Elternteilen aufgewachsen sind. Prozentwerte gerundet. Bei Männern Durchschnittsbevölkerung. Befragte ab 18 Jahren.

1) Bei der Pilotstudie wurde das Item „auf andere Weise bestraft“ nicht einbezogen, da es sich auf beide Gewaltformen beziehen konnte.

Fazit: Mädchen/Frauen mit Behinderungen und Gewalt

- Die Studie verweist auf die massiven und langfristigen Schädigungen durch (frühe) Gewalt und den Zusammenhang mit fortgesetzter Gewalt im Lebensverlauf.
- Die Studie verweist auf die erhöhte Vulnerabilität bei (gesundheitlich) beeinträchtigten und behinderten Menschen.
- Und auf den Zusammenhang von Geschlecht, Gewalt und Gesundheit.

Gewalt im Erwachsenenleben bei Männern / Frauen mit/ohne Behinderung

Tabelle 56: Überblick über psychische, körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen im Erwachsenenleben

Bei Einstiegsfrage oder mindestens einer Gewalt-Situationen benannt	1		2		3		4		Signifikanz		
	Männer mit Behinderungen	Männer Durchschnittsbevölkerung ¹⁾	Frauen mit Behinderungen	Frauen Durchschnittsbevölkerung ¹⁾	1+2	1+3	3+4				
	N=200 (%)	N=214 (%)	N=800 (%)	N=8.445 (%)							
Psychische Gewalt	65	46	77	45	**	*	**	**	**	**	
Körperliche Gewalt	71	43	62	35	**	*	**	*	**		
Sexuelle Gewalt	5	2	27	13	n.s.	*	**	*	**		

Basis: Alle befragten Männer / Frauen in Haushalten. Prozentwerte gerundet. Mehrfachnennungen.

1) Bei Männern Durchschnittsbevölkerung. Befragte ab 18 Jahren.

Pilotstudie enthält keine Einstiegsfragen. Die Werte der Männer mit Behinderungen weichen ohne die Einstiegsfrage jedoch nur geringfügig von den angegebenen ab.
Männer mit Behinderungen, Psychische Gewalt Erwachsenenleben ohne Einstiegsfrage: 64%.
Männer mit Behinderungen, Körperliche Gewalt Erwachsenenleben ohne Einstiegsfrage: 69%.

Fazit: Jungen/Männer mit Behinderungen und Gewalt

- Jungen mit Behinderungen sind u.U. in Kindheit und Jugend stärker geschützt vor Gewalt in engen sozialen Beziehungen als Jungen ohne Behinderung.
- Männer mit Behinderungen sind gefährdeter, Gewalt zu erleben als Männer ohne Behinderung (weniger aber im Kontext von Paar- und Familienbeziehungen).
- Lebensgeschichtlicher Zusammenhang zwischen Kindheitsgewalt und späterer Schädigung / Behinderung / Opferwerdung bei Jungen / Männern weniger deutlich (Wird Gewalt im Lebenslauf stärker aggressiv verarbeitet? Stellt das einen Schutz vor erneuter Opferwerdung dar? Werden damit langfristige gesundheitliche Schädigungen vermindert?)
- Mehr Fragen als Antworten, da noch zu wenig systematische Forschung zu männlicher Opferwerdung ...

Gewaltsame Kindheitserfahrungen – stärkster Prädiktor für schwere Gewalt im Erwachsenenleben

- Bei Frauen, die Gewalt in Kindheit und Jugend erlebt haben, Risiko für spätere Partnergewalt 2- bis 3-mal höher; bei sexuellem Missbrauch Risiko für spätere sexuelle Gewalt 4-mal höher.
- 50-77% der in aktueller Paarbeziehung von Gewalt betroffenen Frauen haben Gewalt in der Kindheit erfahren (je nach Schwere der Gewalt, Muster 1-6).
- 75-77% der in aktueller Paarbeziehung von schwerer Gewalt betroffenen Frauen (Muster 5 und 6) haben körperliche, sexuelle und psychische Gewalt in Kindheit und Jugend erfahren.

5. Mädchen und Jungen als Opfer von (früher) Gewalt – was ist zu tun?

Konsequenzen ...

- Mädchen und Jungen gleichermaßen vor Gewalt schützen und nach Gewalterfahrungen unterstützen.
- Geschlechtsspezifische Zusammenhänge im Hinblick auf Opferwerdung, Täterwerdung und gesundheitliche / psychische / psychosoziale Folgen beachten.
- Resilienzfaktoren wichtig:
 - Wer wird später trotz Gewalt in der Kindheit nicht wieder Opfer / Täter? Warum? Wie konnten intergenerationale Kreisläufe unterbrochen werden?
 - Wo hat sich gesundheitliche / psychische / psychosoziale Schädigung bei Gewaltbetroffenen nicht manifest? Hinweise auf konstruktive Verarbeitung schwieriger Lebensereignisse und hilfreiche Faktoren zur Überwindung / Verarbeitung von Gewalt im Lebensverlauf.
- Maßnahmen zur systematischen Unterstützung und Stärkung von gewaltbetroffenen Mädchen / Jungen erforderlich.

Fragen?
Diskussion ...





Zur Verdachtsabklärung sexueller Missbrauch mit der Methode des Simultanen Mehrperspektivenansatzes (SIMPA) nach Dr. Katharina Maucher

Dr. Katharina Maucher
Diplom-Psychologin und promovierte Erziehungswissenschaftlerin

Dieser Beitrag basiert auf einem Vortrag im Rahmen der Tagung "Wenn die Seele leidet" – Kinder und Jugendliche im Kontext von traumatisierenden Gewalterfahrungen. Der Vortrag wurde für den Abdruck bearbeitet und ergänzt.

Das Frankfurter Modell bezeichnet die einmalige Zusammensetzung von Handlungsrichtlinien, die einer Intervention beim Verdacht des sexuellen Missbrauchs vorangestellt ist. Ursprünglich wurde das Modell für das Jugendamt Frankfurt entwickelt. Diese seit 1999 erprobte Methode besticht durch ihre Kindeswohlorientierung. Die Weiterentwicklung dieses Prozedere lässt unterdessen auch ihre Anwendung in der Sachverständigenarbeit für das Familiengericht zu.

Frau Dr. Maucher ist eine überzeugte Kinderschützerin. Sie appelliert an die Erwachsenen, mehr Verantwortung für die Sicherheit der Kinder zu übernehmen. Das Verständnis von Kinderschutz bezeichnet sie als janusköpfig: „Kinderschutz, bevor etwas passiert und Kinderschutz, nachdem etwas geschehen ist“.

Die Angst vor dem Verdacht

Jeder sexuelle Missbrauch ist ein Angriff auf unsere Intimsphäre - auch die der Fachkräfte. Und dies, obwohl sexueller Missbrauch im Prinzip nur ganz wenig mit Sexualität, dagegen sehr viel mit Machtmissbrauch zu tun hat. Sexualität ist lediglich das Vehikel, um Machtmissbrauch und Unterwerfung zu praktizieren. Der Täter versucht dadurch, seine Überlegenheit und Mächtigkeit gegenüber dem Kind durchzusetzen. Die außerordentlich große Angst besteht sogar vor dem Verdacht. Die Angst vor sexueller Gewalt an Kindern ist nachvollziehbar, wenn man bedenkt, dass kaum jemand damit umgehen kann. Für die Professionellen besteht besonders die Gefahr, in die Missbrauchsdynamik hineingezogen zu werden. Überhaupt scheint „sexuelle Gewalt an Kindern“

das Symbol für Schuld und Versagen jedes Einzelnen, aber auch der staatlichen Gemeinschaft insgesamt in Bezug auf ihre Beziehung zu Kindern zu sein.

Unterschied zwischen Straf- und Familienrecht

Wir unterscheiden die Gerichtsbarkeiten Strafrecht und Familienrecht. Im Strafrecht werden Beweise benötigt, beim Familienrecht besteht kein Anspruch auf Beweise, denn es geht hier nicht um die Täterverfolgung, sondern um das Kindeswohl.

Im Strafverfahren werden oft Glaubhaftigkeitsbegutachtungen zu den Aussagen des Kindes beauftragt. Das Kind ist der einzige Opferzeuge, und demnach wird das Kind vorerst auf die Glaubhaftigkeit seiner Aussage hin überprüft.

Das Paradoxe an dieser Begutachtung kindlicher Aussage liegt in der Fokussierung auf das Kind.

Das Kind hört: „Du musst die Wahrheit sagen, du darfst nicht lügen, sonst kommt dein Papa ins Gefängnis“.

Daraufhin sagt das Kind: „Ja, aber mein Papa, darf er auch nicht lügen?“

Die Antwort: „Doch, das ist ja der Täter, der darf natürlich lügen“.

Spätestens ab diesem Punkt versteht das Kind gar nichts mehr. Das Kind erfährt eine enorme, nicht zumutbare Belastung und Ungerechtigkeit, es wird durch die Begutachtungsmaschine durchgepresst.

Der in der Glaubhaftigkeitsbegutachtung zentrale Ausgangspunkt der Nullhypothese setzt eine falsche Aussage voraus. Dies bedeutet, dass die Aussage des Kindes so lange für unwahr gehalten wird, bis dies mit den erhobenen Daten nicht mehr in Einklang zu bringen ist. Für das Kind bedeutet dieses Verfahren eine Re-Traumatisierung im

klassischen Sinne. Diese Herangehensweise reproduziert und bestätigt das, was der Täter von Anfang an zum Kind gesagt hat: Dir glaubt sowieso niemand. Die Glaubhaftigkeitsbegutachtung der Aussage ist aus der Kinderschutzperspektive eine institutionelle Kindeswohlgefährdung.

Auch die Kritik an der Glaubhaftigkeitsbegutachtung war entscheidend für die Entwicklung eines Gegenmodells, der Methode der Verdachtsabklärung sexuellen Missbrauchs mit dem Simultanen Mehrperspektiven Ansatz. Doch zuerst sollten ein paar Begriffe erläutert werden.

Die Parteilichkeit mit dem Kind wird durch Parteilichkeit mit dem Kindeswohl gleichgesetzt. Unsere Aufgabe besteht darin, nicht für das Kind zu arbeiten, sondern für das Kindeswohl. Seit dem § 8a SGB VIII gibt es den Begriff der Verantwortungsgemeinschaft:

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen.

Dies bedeutet, dass alle Fachkräfte an der Einschätzung des Gefährdungsrisikos zur Mitwirkung verpflichtet sind. Es sollte nicht aufdeckend gearbeitet werden, denn das Verb „aufdecken“ impliziert die Annahme, dass ein Missbrauch stattgefunden hat. Aufdecken kann man nur das, was schon da ist, und diese Aussage können wir erst nach einer genaueren Untersuchung der Situation äußern. Die Abklärung stellt den Verdacht und nicht das Kind in den Vordergrund. Der Verdacht des sexuellen Missbrauchs hat sich entweder erhärtet/nicht entkräftet/oder entkräftet. Mit dieser Methodik bewegt man sich ausdrücklich aus dem Feld des Strafverfahrens heraus.

Sobald sexueller Missbrauchsverdacht im Raum steht, fühlen wir uns automatisch in unserer Intimsphäre angegriffen. Es entsteht eine Dynamik, die uns mitreißt und uns verleitet zum Schwarz-Weiß-Denken oder uns zwingt, uns zu positionieren: entweder für den Täter, für die Familie oder für das Kind. Letzten Endes sind wir nicht fähig in Graustufen zu denken. Das passiert, weil wir es nicht aushalten können, dass etwas Schreckliches geschehen ist, und wir nicht in der Lage sind, diesem ein Ende zu setzen. Wir brauchen um uns herum Systeme, die uns ermöglichen, diese Belastungen auszuhalten. Wir brauchen Schutz. Die

Sozialarbeiter können nicht schützen, solange sie nicht selbst geschützt sind.

Exkurs: Konstruktivismus

Distanz ist das Gegenmodell zur Verstrickung. Deshalb müssen wir darauf achten, uns mit Methoden auszurüsten, damit wir in Distanz zu dem Geschehen kommen. Jeder in diesem dynamischen Feld will uns auf seine Seite ziehen. Unsere Aufgabe besteht aber darin, unsere eigene Seite zu finden. Im Modell nach Dr. Maucher muss die Fachkraft immer wieder aus dem eigenen System heraussteigen. Man muss sich mit dem Externen Expertinnen- und Experten-Team treffen, um dort sein Material zu präsentieren. Es wird nicht nur auf das Kind und auf sexualisiertes Verhalten geschaut. Wichtig ist dabei die Bewertung der Strukturen.

Der Konstruktivismus geht davon aus, dass gewisse Zweifel an dem Glauben angebracht sind, dass Wissen und Wirklichkeit übereinstimmen. Unsere Erfahrung ist abhängig von der Funktion unserer Sinne und wie sich diese Sinnenstruktur im Laufe der Zeit und auf dem Wege von Kommunikation und Interaktion entfaltet und entwickelt hat.

Grundlegende Erkenntnisse des Konstruktivismus:

- » Es gibt nicht eine objektiv gültige Wahrheit, sondern zahllose Wirklichkeitsauffassungen (Konstrukte), die sämtlich Ergebnisse von Interaktion sind.
- » Wahrnehmung ist keine bloße Abbildung der Außenwelt, sondern Ergebnis der aktiven Auseinandersetzung mit dieser.
- » Wir sind als „erkennende Subjekte“ zugleich Bestandteil und Gestalter/-innen der Wirklichkeit.
- » Wir tendieren zu Informationen, die zu unseren vorhandenen Erkenntnisstrukturen passen. Wissen ist so gesehen lediglich Wiedererkennen.
- » Neues Wissen entsteht durch Störungen, Irritationen, die uns zwingen, unsere Überzeugungen zu überprüfen.
- » Konstruktivistinnen werden neugieriger, toleranter und empathischer gegenüber ihren Mitmenschen.

Im Konstruktivismus ist die Erkenntnis relevant, dass es nicht eine objektiv gültige Wahrheit, son-

dern zahllose Wirklichkeitsauffassungen gibt, die widersprüchlich sein können, die jedoch alle Ergebnisse von Interaktion sind. Gehalt der Theorie des Konstruktivismus ist, dass es keine objektive Wahrheit unabhängig von subjektiven Wahrnehmungen gibt, sondern die Wirklichkeit durch uns konstruiert und uns durch unser Erleben erst zugänglich gemacht wird.

Wahrnehmung ist also keineswegs nur eine bloße „Abbildung“ der „Außenwelt“, sondern ist immer auch das Ergebnis unserer aktiven Auseinandersetzung mit dieser. Dabei tendieren wir vor allem zu Informationen, die zu unseren bereits vorhandenen Erkenntnisstrukturen und -tendenzen passen. Die Konstruktivistin wird zwangsläufig toleranter und empathischer gegenüber ihren Mitmenschen. Da man beim Anderen nichts voraussetzen darf, ist man ständig neugieriger und bemüht, die Erfahrungswelt des anderen kennenzulernen. Konstruktivistisch zu denken und sich zu verhalten verhilft letztlich auch zu mehr Gelassenheit gegenüber dem überwiegend unberechenbaren Leben.

„Ja, ich bin überzeugt, da war ein Missbrauch.“ Sobald diese Aussage fällt, besteht die Gefahr, dass aus dem gesamten Material das zusammengesucht wird, was den Verdacht bestätigt. Neues Wissen, neue Interpretationen entstehen durch Störungen. Wir müssen eigenständig und professionell bleiben. Indem wir die Seite der Täter oder des Kindes einnehmen, haben wir unsere Professionalität verloren.

Bedeutung institutioneller Unterstützung

Der Vorgesetzte muss die Sozialarbeiter/-innen als Garant/-innen schützen. Der Dienstvorgesetzte muss zur Verfügung stehen, damit die Fachkraft zu einer Einschätzung kommen kann.

Ein Beispiel aus eigener Praxis:

„Ich habe einen tollen Vorgesetzten gehabt. Und dann kam ein Missbrauchsverdacht mit einer Frau als Verdachtstäterin. Da sagte dieser tolle Vorgesetzte: „Ich habe Sie immer unterstützt, ich finde ihre Arbeit toll. Aber jetzt gehen Sie zu weit, jetzt machen Sie ja schon die Frauen zu Täterinnen.“

Dieser Mann hatte ein gängiges Weltbild: Die Frauen sind gut, also durfte ich diese Frau nicht konfrontieren. Die Frau war eine Lehrerin, sie hat einen Jungen in der ersten Klasse – mit sechs Jahren – im Klassenraum zurückbehalten, alle

waren weg, und sie hat verlangt: Du setzt dich auf den Stuhl und ziehst dich jetzt aus! Sie hat ihn angefasst und hat sich anfassen lassen. Mit sechs Jahren! Als er 16 Jahre alt war, hat er erstmals darüber gesprochen.

Ich habe meinen Vorgesetzten weiterhin geschätzt, bin aber dennoch dem Verdacht nachgegangen.“

Fachkräfte brauchen Unterstützung. Wenn sie zu einer fundierten fachlichen Einschätzung gekommen sind, dann muss jemand da sein, der bei der Umsetzung hinter ihnen steht, auch dann, wenn es Konflikte gibt und vielleicht das Familiengericht eingeschaltet werden muss.

Das bedeutet, wenn eine Fachkraft bei ihrer Hochrisikokinderschutzarbeit selbst Schutz genossen hat, ist sie im Stande, auch das Kind zu schützen.

Sexueller Missbrauch

Je nachdem, wie man sexuellen Missbrauch definiert, kommt man zu verschiedenen Ergebnissen. Für die Frankfurter Jugendhilfe gibt es seit 1999 eine einheitliche und verbindliche Definition von sexuellem Missbrauch:

Sexueller Missbrauch

(Synonyme: sexuelle Gewalt, sexuelle Misshandlung und sexuelle Ausbeutung)

„Als sexuelle Ausbeutung wird jede sexuelle Handlung eines Erwachsenen/eines Jugendlichen an einem Mädchen oder einem Jungen gesehen, welches/welcher aufgrund seiner emotionalen oder kognitiven Entwicklung nicht in der Lage ist, der Handlung frei zuzustimmen. Das betroffene Kind wird unter Ausnutzung seiner gegebenen Abhängigkeits- und Vertrauensbeziehung zum Objekt der Befriedigung sexueller und aggressiver Bedürfnisse des handelnden Erwachsenen oder älteren Jugendlichen. Hierbei geht es nicht in erster Linie um die Befriedigung sexueller Bedürfnisse, sondern um das Ausleben von Macht-, Dominanz- und Überlegenheitsansprüchen. Ein zentrales Moment sexueller Ausbeutung und Gewalt ist die Verpflichtung zur Geheimhaltung. Sie verurteilt das Kind zu Sprachlosigkeit, Wehrlosigkeit und Hilflosigkeit.“

Trifft man eine Entscheidung, so sollte man damit rechnen, dass man in dieses Manipulationsgefüge sehr schnell geraten kann. Aus diesem Grund ist es wichtig, niemals bei einem Fall die Entscheidung allein treffen zu müssen. Es hat sich be-

währt, mit Menschen den Fall zu besprechen, die absolut nichts mit dem Fall zu tun haben und auch nichts von dem Fall wissen.

Die Entwicklung der SIMPA

Der Ausgangspunkt für die Entwicklung des „Simultanen Mehrperspektivenansatzes - SIMPA“ war die Erkenntnis: Sexueller Missbrauch bildet sich speziell auf drei Ebenen und deren Wechselwirkung ab: Kind, Familie (System), Verdachts-Täter. Nur der synchrone Blick auf diese drei Elemente und ihre Wechselwirkungen eröffnen uns eine Idee zu dem Ganzen. Um diese zu gewährleisten, braucht es drei Expertinnen, die als Team den missbrauchsimmanenten Konflikt externalisieren, die drei jeweils am Missbrauch beteiligten Elemente vergegenständlichen und damit den inneren Diskurs sichtbar machen.

Methodisch wird beim Simultanen Mehrperspektivenansatz nach Dr. Katharina Maucher mit indirektem Material gearbeitet. Der Kern dieser Technik besteht darin, dass nur das Material verwendet wird, das über den Verdachtsfall bekannt ist. Unter dem Begriff „Material“ verstehen wir alles Wissen, was eine Person, ein Team o.ä. im Zusammenhang mit einem Missbrauchsverdacht erhoben hat, und zwar zu Kind, System, Verdachtstäter und deren wechselseitigen Beziehungen.

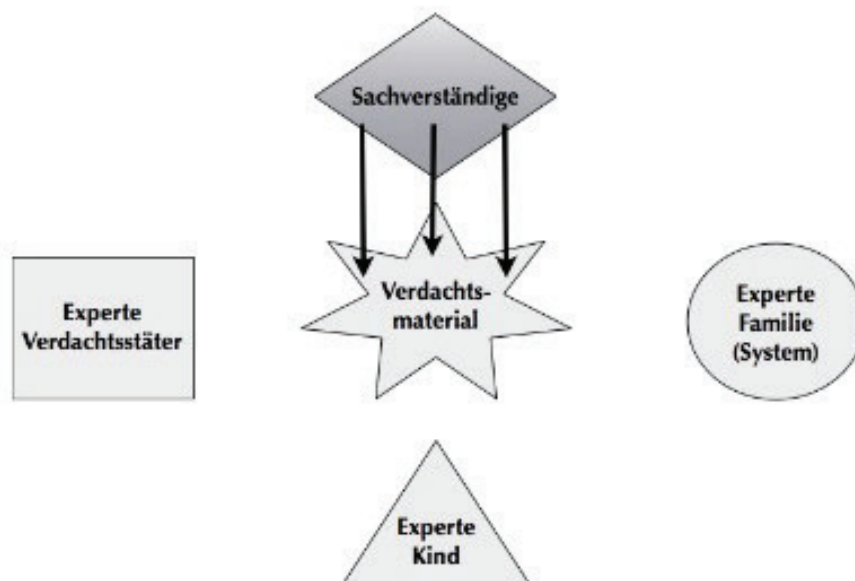
Ein Verdacht des sexuellen Missbrauchs wird in der Methode des Simultanen Mehrperspektivenansatzes in drei Phasen abgeklärt:

Phase 1:

Das Verdachtsmaterial wird drei Externen Expertinnen und Experten durch die Fachkraft (z.B. auch Sachverständige) vorgetragen. Das Externe Expertinnen und Experten-Team (EET) arbeitet mit der Verdachtsdarstellung, nicht mit der Fachkraft. Bei der Anwendung der Methode des Simultanen Mehrperspektivenansatzes im „EET“ sind immer alle drei Expertinnen/Experten anwesend und betrachten alle vorgetragenen Elemente.

Nach den etwa 20-minütigen Vorträgen erhalten die Externen Expertinnen/Experten die Möglichkeit, aus ihrer jeweiligen Perspektive Fragen zu stellen. Durch dieses perspektivenorientierte Zurückfragen können Aspekte, die Verzerrungstendenzen begründen, aufgedeckt werden.

Erster Schritt: Präsentation des Verdachtsmaterials durch Sachverständige

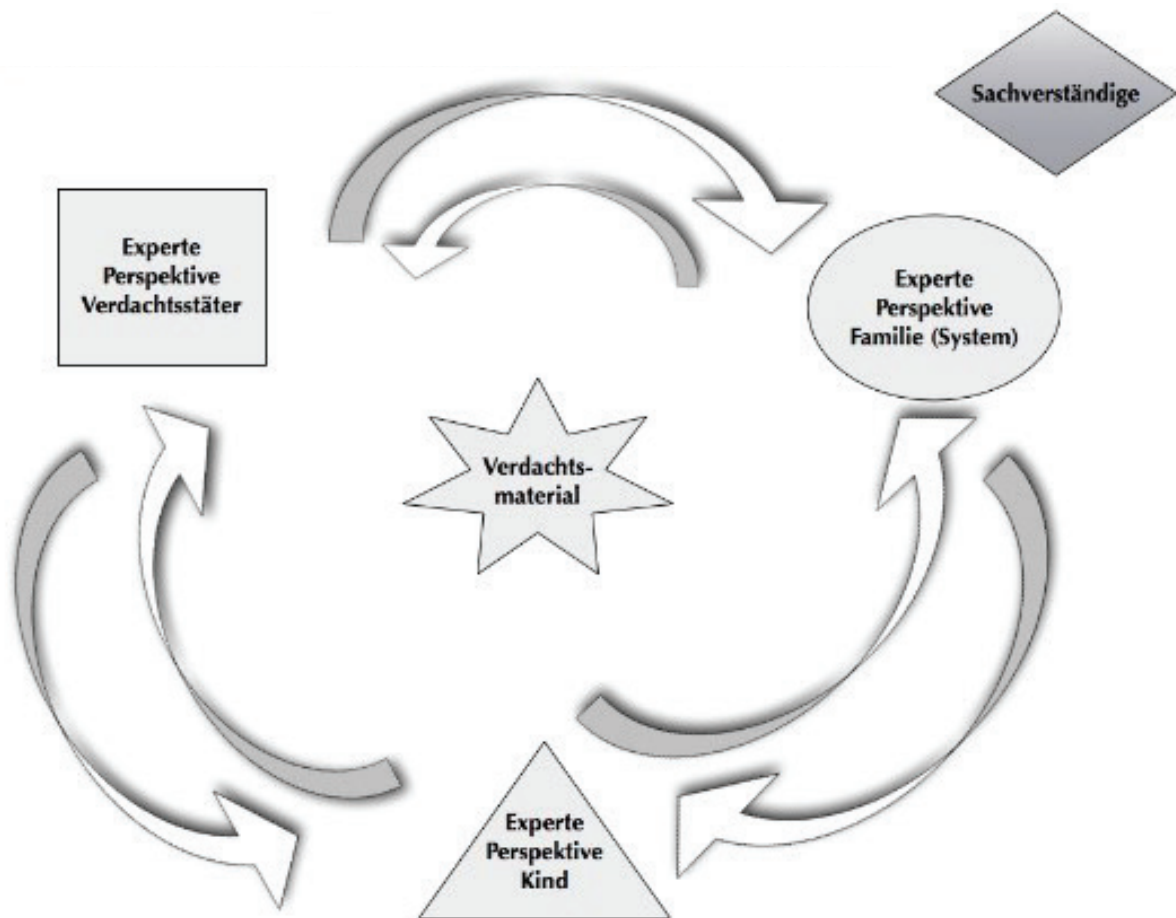


Phase 2:

Die Externen Expertinnen/Experten begutachten und diskutieren das „Verdachtsmaterial“ aus den drei Perspektiven: Kind, Familie (System) und Verdachtstäter. Währenddessen ist die Fachkraft (Sachverständige), die das Material vorgestellt hat, zwar im Raum, darf sich aber nicht einmischen. Sie erlebt quasi von außen mit, wie sich ihr Material in der assoziativen Phase verändert. Nach der Diskussionsphase zwischen den drei Expertinnen geben diese – jeweils aus ihrer Perspektive – ein Votum zu dem Verdacht ab, das sich orientiert an den Kategorien: Verdacht erhärtet, Verdacht nicht entkräftet, Verdacht entkräftet.

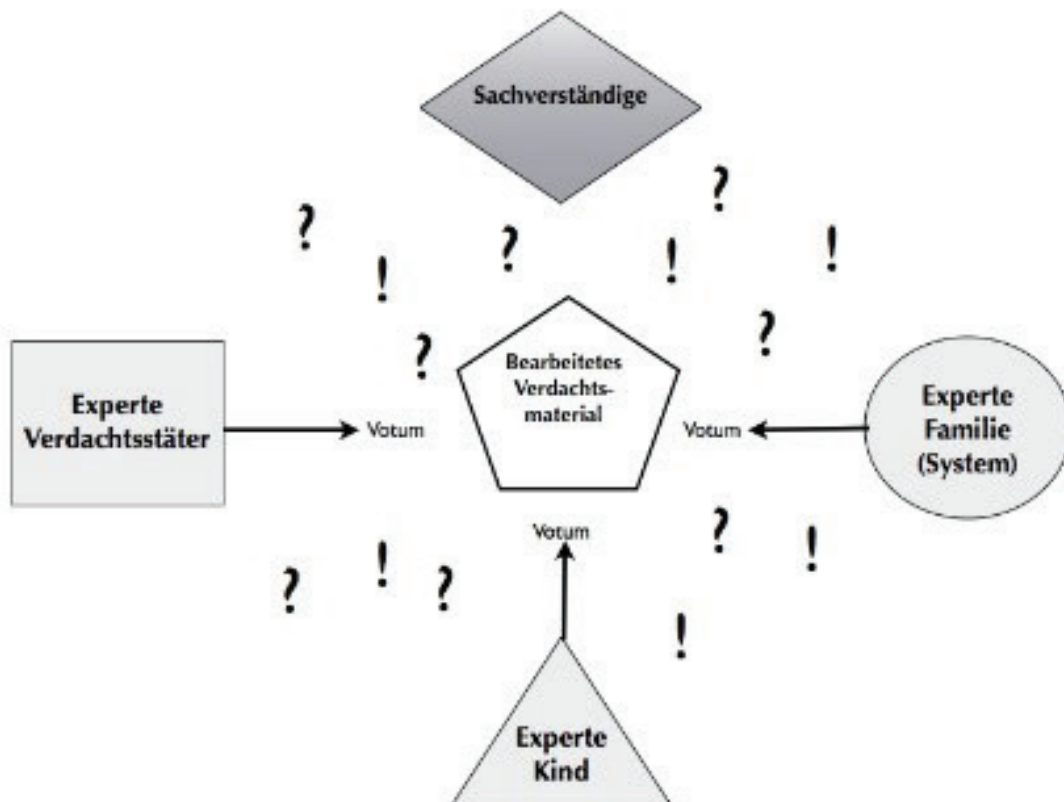
Wichtig: Das Externe Expertinnen Team gibt Voten zum Verdacht. Die Fachkraft (Sachverständige), die das Verdachtsmaterial präsentierte, trifft die Entscheidung zum Verdacht und verantwortet sie persönlich.

Zweiter Schritt: Bearbeitung des Materials mit SIMPA (Simultaner MehrPerspektivenAnsatz)



Phase 3:

Diese wird auch Dialogphase genannt. Hier kann die Fachkraft bei den Externen Expertinnen/Experten noch die Dinge nachfragen und klären, die ihr während Phase 2 wichtig waren. Jetzt ist nun Gelegenheit, Empfindungen, auch abweichende Einschätzungen zum vorliegenden Teil zu äußern, Unverstandenes zu hinterfragen und den Gesamtkontext im Hinblick auf den Verdacht zu diskutieren.



Quellen

Maucher, K., Kooperation und KonstruktivCoaching „KuK“. Letzter Zugriff am 07.05.2014. Verfügbar unter <http://www.katharina-maucher.de/index.html>.

Sozialgesetzbuch (SGB) VIII. § 8a Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung. Letzter Zugriff am 05.05.2014. Verfügbar unter <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbviii/8a.html>.

Entwicklung der konzeptionellen und administrativen Strukturen des Trauma-Info-Telefons von Ankerland e.V., Hamburg

Ilse Hüttner, Vorstand Ankerland e. V., Leiterin Trauma-Info-Telefon



Zu Beginn des Workshops gab Frau Hüttner einen kurzen Überblick über die Tätigkeitsfelder von Ankerland e.V.:

Der Förderverein hat das Ziel, die Versorgungslage traumatisierter Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien nachhaltig zu verbessern und Versorgungslücken zu schließen. Die Arbeit des Vereins finanziert sich rein über Spenden und alle Mitarbeiter sind ehrenamtlich tätig.

1. Information

Hierzu betreibt der Verein Öffentlichkeitsarbeit und veranstaltet u. a. die Ankerland TraumaTage, eine Veranstaltungsreihe zum Thema Entstehung und Therapie von Traumata bei Kindern und Jugendlichen. Die Fortbildungs- und Informationsveranstaltung spricht neben Fachkräften auch Betroffene sowie die allgemeine Öffentlichkeit an und findet alle zwei Jahre statt.

2. Das Therapiezentrum

Kernziel des Vereins ist der Aufbau eines Therapiezentrums mit einem spezifischen traumatherapeutischen Behandlungskonzept, welches von Dr. Andreas Krüger entwickelt wurde. Das Therapiezentrum soll eine Spezialeinheit zur Krisen- und Langzeitbehandlung darstellen, in dem neben intensiven Gesprächstherapien auch Kunst-, Musik-, Ergo- und Physiotherapien unter Einbindung des sozialen Umfeldes stattfinden.

3. Weiterbildung und Hilfe

Fort- und Weiterbildungen finden in Kooperation mit dem Institut für Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters (IPKJ) von Dr. Krüger statt. Dort werden verschiedene Zielgruppen über wissenschaftliche und klinische Erkenntnisse sowie über die Ursachen, Folgen und Behandlung von Traumafolgestörungen weitergebildet. Hilfe bietet Ankerland derzeit in Form des Trauma-Info-Telefons an, dessen konzeptionelle Strukturen Thema des Workshops sind.

Das Trauma-Info-Telefon

Die Versorgung traumatisierter Kinder, junger Menschen und ihrer Familien sollte ein hohes Maß an gesellschaftlichem Interesse finden. Die Erfahrung zeigt, wie wichtig es ist, alle Kräfte im Umfeld des Kindes zu bündeln, um ein Netzwerk aus effizient interagierenden Hilfen zu schaffen.

Es gibt viele verschiedene Möglichkeiten, ein Trauma zu erleben: Verkehrsunfall, Krankheit des Kindes, Krankheit oder Tod eines Angehörigen, Gewalt oder Mobbing in der Schule, sexueller, körperlicher oder seelischer Missbrauch, Gewalt in der Familie und/oder Vernachlässigung.

Eine gezielte und fachkompetente Behandlung sowie ein Netzwerk aus weiterführenden Hilfe- und Unterstützungsangeboten sollte eine bestmögliche Versorgung im Sinne der Betroffenen ermöglichen.

Seit Oktober 2010 betreibt der Verein das Trauma-Info-Telefon, um Hilfesuchenden Auskunft darüber zu geben, wo in Hamburg und Umgebung zum Kontext Trauma Hilfe in Form von wohnortnahen Behandlungs- und Therapieangeboten, Hilfe- und/oder Unterstützungsmöglichkeiten sowie weiterführende Angebote gefunden werden kann.

Ziel ist es, sowohl Betroffenen als auch Mitarbeitern von Institutionen die Möglichkeit der Nutzung eines multiprofessionellen Angebots aufzuzeigen und dieses transparent zu machen.

Neben Kliniken und ihren Ambulanzen sowie niedergelassenen Ärzten und Therapeuten werden weiterführende Hilfen in Form von u. a. Behörden, Beratungsstellen oder Rechtsbeiständen benötigt. Das Trauma-Info-Telefon bietet mit seiner umfangreichen Datenbank erstmals eine Plattform Professionen übergreifender Hilfeorganisationen, die es in Hamburg in dieser Form noch nicht gab.

Die Anliegen der Anrufer haben eine große Bandbreite und oftmals wird aus den geschilderten Ereignissen klar, dass es sich um komplexe Gemengelagen handelt:

Verschiedene Behörden sind bereits involviert, das Kind/die Kinder wurde/n bereits aus der Familie herausgenommen oder es läuft ein Sorgerechtsstreit zwischen den Eltern.

Um Hilfe so zielgerichtet wie möglich weiterzugeben, erfragen unsere Mitarbeiter, welche Maßnahmen bereits ergriffen wurden:

Fand z. B. eine diagnostische Abklärung beim Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie statt? Gab es in der Vergangenheit eine Therapie oder findet gegenwärtig eine solche statt? Wurden Beratungsstellen oder andere weiterführende Hilfen in Anspruch genommen?

Wir geben Informationen ohne persönliche Bewertung des Angebots oder der Dienstleistung und unterstützen durch gezieltes Nachfragen die Fähigkeit zur eigenen Entscheidungs- und/oder Lösungsfindung. Hierbei handelt es sich um einen reinen Informationsdienst, wir geben keine psychologische oder pädagogische Beratung oder Seelsorge.

Ist ein Anrufer jedoch z. B. durch persönliche Betroffenheit nicht in der Lage, das Problem zu benennen oder auszusprechen, so versuchen unsere Mitarbeiter durch strukturgebendes Nachfragen den Anrufer dahingehend zu unterstützen, für sich die Klarheit und Sicherheit zu gewinnen, sein Anliegen zu formulieren, welches wertfrei und ohne Interpretation von unseren Mitarbeitern gehört wird.

Alle Mitarbeiter unterliegen der Schweigepflicht hinsichtlich der Personendaten, der geschilderten Ereignisse sowie der Arbeitsunterlagen. Inhalte der Datenbank werden grundsätzlich nicht in ihrer Gesamtheit, sondern nur fallbezogen an Anrufer weitergegeben.

Unser Leistungsangebot richtet sich niederschwellig an alle Menschen, die im Kontext einer Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen Hilfe benötigen oder sich über die bestehenden Versorgungsstrukturen informieren möchten. Hierzu gehören neben Eltern und Verwandten, Pflege- und Adoptiveltern sowie anderen gesetzlichen Vertretern auch ältere betroffene Jugendliche, Betroffene jeglichen Alters sowie Institutionen, die mit betroffenen Kindern arbeiten oder diese betreuen.

Um den Teilnehmern des Workshops einen Eindruck zu vermitteln, werden ein privates und ein institutionelles Fallbeispiel genannt.

Jeder Anruf wird dokumentiert und zur fachlichen Kontrolle an die zuständigen Supervisoren via E-Mail versendet. Sollte es aufgrund komplexer Anliegen zu Nachfragen des Mitarbeiters kommen, können diese über einen „Notfallcode“ in der Betreffzeile der E-Mail oder auch telefonisch mit den Supervisoren zeitnah geklärt werden. Der Workflow ist digital, die Inhalte der als Formular-PDF angelegten Dokumentationen werden automatisiert ausgelesen und in Excel archiviert.

Wer ruft an?

- » 56 % Privatpersonen: u. a. Eltern, Verwandte, Pflege- oder Adoptiveltern, Betroffene
- » 44 % Institutionen: u. a. Mitarbeiter der Kinder- und Jugendhilfe, Jugendämter, Kitas, Schulen, ReBBZ, Erziehungsberatungsstellen, sonst. Beratungsstellen, niedergelassene Ärzte und Therapeuten, Kliniken
- » 32 % der Anfragen sind bundesweit (hierfür verfügt Ankerland über eigene Listen von bundesweiten Traumatherapeuten, Aufnahmekriterien s. u.)

Altersgruppe der Betroffenen

- » 1 1/2 bis 10 Jahre: 38 %
- » 11 bis 18 Jahre: 45 %
- » über 18 Jahre: 17 % (junge Menschen, ältere Erwachsene)

Anfragekontext nach Häufigkeit

- » Beziehungsgewalt (Häusliche Gewalt), davon ein hoher Prozentsatz an traumatisierten Pflege- und Adoptivkindern
- » sexueller Missbrauch
- » Krankheit (des Kindes)
- » Gewalt im erweiterten sozialen Umfeld
- » weitere Anfragekontexte: Unfall, Tod oder Suizid eines Angehörigen, Flüchtlingstrauma, psychisch kranke Eltern, Suizidalität (des Kindes), Trennung der Eltern, Bezeugen eines Mordes

Das Informationsangebot umfasst vier Säulen der Hamburger Versorgungslandschaft und des nahen Umfeldes:

1. Trauma-Therapeuten für Kinder und Jugendliche, Erwachsene und Familien

Die Aufnahmekriterien für Therapeuten setzen die Approbation als ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut und/oder Kinder- und Jugend-

lichentherapeut sowie die Fortbildung in einem oder mehreren traumatherapeutischen Verfahren voraus, welche durch die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) anerkannt sein müssen.

Hierzu hat Ankerland einen Fragebogen entwickelt, der neben den o. g. Aufnahmekriterien auch Informationen zur Praxisausrichtung, den Abrechnungsmodi mit den Kostenträgern, die Wartezeiten, Kontingente für Akutbehandlung und die Häufigkeit der Behandlung von traumatisierten Patienten erfragt.

2. Psychosoziale Versorgungslandschaft

Häusliche Gewalt/Gewalt im erweiterten sozialen Umfeld, sexuelle Gewalt, Krisenintervention, Kinderschutzhäuser, Frauenhäuser, stationäre und ambulante Jugendhilfe, psychosoziale Beratungsstellen, Trauer und Suizid, Sucht, Rechtsbeistände in Form von Fachanwälten, Zeugenbetreuung, Opferentschädigung sowie öffentliche Rechtsauskünfte

3. Behörden

Kinder- und Jugendnotdienst (KJND), Jugendpsychologischer/-psychiatrischer Dienst (JPPD), Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste (JPD), Jugendämter, Allgemeine Soziale Dienste (ASD), Kinderschutzkoordinatoren der Bezirksamter, ReBBZ (Regionale Bildungs- und Beratungsstellen der Schulbehörde) und Soziale Notdienste

4. Kliniken, Institute und Berufsverbände

Kinder- und Jugendpsychiatrien, Kinderkrankenhäuser und pädiatrische Abteilungen, Kinder- und Jugendpsychosomatische Abteilungen; bundesweit: Trauma-Ambulanzen für Kinder und Jugendliche, Kinderschutzzentren, Traumakliniken für Erwachsene, Psychosomatische Kliniken für Erwachsene sowie Kammern, Berufsverbände, Ausbildungsinstitute und Arbeitsgemeinschaften

Schulung und Supervision

Die Schulung und Supervision der Mitarbeiter sowie die fachliche Kontrolle aller Dokumentationen erfolgt durch Dr. Krüger und zwei externe Supervisoren: eine Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie ein psychologischer Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut. Beide haben langjährige Erfahrung in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit traumatischen Erfahrungen, umfangreiche Kenntnisse über die psychosoziale Versorgungs-

landschaft und Fortbildungen in verschiedenen traumatherapeutischen Verfahren.

Die Schulung der Mitarbeiter findet in drei Teilen statt:

1. Im *Institut für Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters (IPKJ)* werden in einem Workshop anschaulich und allgemein verständlich die Grundlagen der Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters als Einstieg in das Thema vermittelt.

2. In der zweiten Schulung werden Grundkenntnisse und Informationen bezüglich der Institutionen der psychosozialen Versorgungslandschaft vermittelt. In Rollenspielen werden geeignete Verhaltens- und Gesprächsstrategien im Umgang mit verschiedenen Anruferkontexten geübt.

3. Im dritten Teil der Schulung geht es um die administrativen Abläufe und die Handhabung der internen Arbeitsunterlagen. Die Mitarbeiter erhalten darüber hinaus einen Leitfaden in schriftlicher Form zur Orientierung.

Regelmäßige Supervisionen dienen der Besprechung der Fälle/Anrufe im Team sowie der Weiterbildung der Mitarbeiter und geben Raum für eigene Anliegen innerhalb des Arbeitskontextes.

Fazit

Das Trauma-Info-Telefon ist heute ein fester Bestandteil der Hamburger Versorgungslandschaft, was zum einen durch den hohen Anteil an Institutionen zum Ausdruck kommt, die diesen Dienst in Anspruch nehmen, sich zum anderen aber auch in den positiven Rückmeldungen der Fachwelt – u. a. bei den Ankerland TraumaTagen oder dem Opferchutztag der Polizei in Hamburg – widerspiegelt. Mit der Arbeit als Lotsen im „Versorgungsdschungel“ trägt der Informationsdienst einen wichtigen Teil dazu bei, dass schwerst traumatisierte Kinder, Jugendliche und ihre Familien zielgerichtet die professionelle Hilfe erhalten, die sie benötigen.

Ablauf einer Verdachtsabklärung im Externen Expertinnen und Experten-Team (EET)

Dr. Katharina Maucher
Diplom-Psychologin und promovierte Erziehungswissenschaftlerin



Es sollten im Workshop praktisch der Ablauf einer Verdachtsabklärung im Externen Expertinnen und Experten-Team (EET) dargestellt und die Methode des Simultanen Mehrperspektivenansatzes (SIMPA) konkretisiert werden. Die intensive Auseinandersetzung mit verschiedenen Perspektiven erfolgte in Form eines Rollenspiels, welches zum besseren Verständnis und einer Vertiefung des im Vortrag gehörten Themas der Verdachtsabklärung verhelfen sollte.

Alle Teilnehmer/-innen wurden in drei Gruppen eingeteilt und jedes Team hatte die Aufgabe, aus der jeweiligen Perspektive spezifische Merkmale herauszuarbeiten.

Frage:

Welche spezifischen Merkmale sind typisch für

- » Verdachtstäter? (Gruppe 1)
- » Familie? (Gruppe 2)
- » Kind? (Gruppe 3)

Die Kleingruppen verfügten über eine viertel Stunde, um über das Thema ausführlich zu diskutieren und die Kernaussagen auf dem Flipchart festzuhalten. Die Ergebnisse wurden wie folgt präsentiert:

Gruppe 1 - Verdachtstäter

- » zwei verschiedene Richtungen:
 1. Täter, die kooperativ sind, wirken gut nach außen hin, versuchen die Tat unter der Decke zu halten, sind angepasst und haben gute Außenwirkung.
 2. Es gibt auch Täter, die alles abstreiten, Verweigerungshaltung einnehmen, stellen sich selbst als Opfer dar „ich kann halt nicht anders“, weisen die Schuld ab oder weisen diese anderen (dem Kind) zu.
 - » manipulativ, versuchen zu polarisieren oder einen auf seine Seite zu ziehen
 - » verfügen über eine hohe soziale Kompetenz:

im kognitiven Bereich eher als im emotionalen Bereich

- » fehlendes Unrechtsbewusstsein: sie wissen, dass es falsch ist, empfinden es nicht als unrecht
- » gesteigertes Triebverhalten als Entschuldigung
- » Das Verhalten wird bagatellisiert.
- » Nebenschauplätze schaffen (die Aufmerksamkeit auf andere Bereiche lenken, z.B. Dienstaufsichtsbeschwerde)
- » ausgeprägte Kontrollstrukturen (unter Druck setzen)
- » strategisches Verhalten
- » Innerfamiliärer Missbrauch gehört zu den risikolosesten Verbrechen.

Nachtrag zu Gruppe 1

Bis jetzt wurde hauptsächlich über Täter, also in männlicher Form besprochen. Dabei kam die Frage auf, ob es wohl auch Frauen gibt, die Täterinnen werden? Frau Dr. Maucher ist der Meinung, dass wir noch endlose Schrecken vor uns haben herauszufinden, wie groß die tatsächliche Anzahl der Menschen ist, die weiblich sind und missbrauchen. Bisher genießen Frauen einen ganz massiven Schutz, unter anderem vonseiten der Gesellschaft. Der Grund könnte darin liegen, so Frau Dr. Maucher, dass wir unbedingt irgendetwas Gutes brauchen. Wir brauchen einen Erwachsenen, der nicht böse ist.

„Ich habe viele Beobachtungen zu dem Punkt Pflegeverhalten gemacht. Ich erfahre von Sozialarbeitern z.B.: Da wird ein 9-Jähriger von der Mutter noch geduscht und überall ganz gründlich gewaschen. Wenn das umgekehrt wäre, wenn erzählt würde, dass ein Vater seine 9-jährige Tochter gründlich überall wäscht und duscht, dann würden alle Alarmglocken läuten. Bei Frauen nicht.“

(Dr. Maucher)

Es scheint, dass Frauen andere Zugänge zum

Missbrauch haben und anders als Männer missbrauchen. Auch aus diesem Grund wissen wir zu wenig über dieses Feld. Frauen haben auch andere Motive. Bisher scheinen Täterinnen besondere Strategien zu verfolgen, indem sie ihr Missbrauchsverhalten in fürsorgliches Mütterverhalten einbetten, sodass es von außen nur bedingt erkennbar ist. Dennoch ist dieses Verhalten wahrscheinlich genauso wenig krankhaft, wie es bei Männern krankhaft ist. Es ist keine Krankheit, es ist eine tiefe soziale Störung, indem Männer ihre eigenen Ohnmachtsgefühle nicht bearbeiten, sondern agieren. Täter unterwerfen ständig Schwächere. In der eigenen Familie ist das Risiko, dafür zur Verantwortung gezogen zu werden, gleich null. Sexueller Missbrauch in der Familie ist somit das fast risikoärmste Verbrechen.

Frauen hingegen haben andere Strategien:

„In einer Krippe kam der Verdacht auf, dass ein Erzieher (29 Jahre), die Kinder missbraucht. Damals war ich noch beim Jugendamt. Die Leiterin hat mir die Krippe gezeigt mit der Aussage: „Schauen Sie doch, wir haben hier überhaupt keine Ecken und es ist überhaupt nichts abgeschlossen. Niemand kann hier missbrauchen.“ Der Wickeltisch stand in einem dieser Gruppenräume aber so, dass die erwachsene Person mit dem Rücken zur Gruppe stand. Der Verdacht hat sich bestätigt, der Erzieher hat vor allen Augen das Kind auf dem Wickeltisch missbraucht. Es stellte sich heraus, dass die Leiterin (50 Jahre) seine Komplizin war, sie hat ihn geschützt, was niemand wusste. Die beiden waren ein Paar und haben gemeinschaftlich missbraucht. Frauen als Mittäterinnen, das gibt es oft.“

(Dr. Maucher)

Andererseits gibt es auch Täter, die nicht alles abstreiten, sie packen im Gegenteil alles auf den Tisch und bitten um Hilfe. In diesem Fall ist es jedoch schwierig zu unterscheiden, inwieweit diese Aussage ehrlich ist und nicht als Manipulationsstrategie eingesetzt wird.

„Das einzige Geständnis, was ich gehört habe, war: „Sie haben so recht, wenn Sie jetzt mit mir so umgehen, ich muss Ihnen sagen, ich wäre auch nicht gerne Kind in meiner Familie“. Als Sachverständige steht das Kind in meinem Interesse an erster Stelle. Ich bin keine Täterverfolgerin.“

(Dr. Maucher)

Gruppe 2 - Familiensystem

- » geschlossenes vs. offenes System:
- 1. Innen-Grenzen sind nicht vorhanden oder unsicher
- 2. Außen-Grenzen: hermetisch geschlossenes System
- » „my home is my castle“: alles ist meins und es geht niemanden was an, Zuhause bestimmen wir alles
- » beschwichtigen, bagatellisieren
- » Ängste (existenzielle)
- » feste Bündnisse sowie keine Solidarität zwischen den Geschwistern
- » „Vorderbühne“- Darstellung nach außen vs. „Hinterbühne“- was sich Zuhause hinter geschlossenen Türen abspielt
- » Bestimmte Sachen werden im Gespräch umgedeutet und „schöngeredet“.
- » Realitätsverzerrungen
- » Tabuisierung vs. Betroffenheit (in der Familie wird nicht darüber gesprochen)
- » passive Aggressivität
- » transgenerationale Phänomene
- » Rollenunklarheiten der Familienmitglieder
- » sexualisiertes Klima, Sexualisierung von allen Beziehungen, nicht nur durch Handlungen, sondern auch durch Sprache

Nachtrag zu Gruppe 2

Sehr oft sind Rollenunklarheiten innerhalb des Familiensystems zu beobachten. Dem Opfer wird signalisiert: „Du machst alles kaputt!“ Das System parentifiziert das Opfer, indem es sagt: „Du hast die gesamte Verantwortung, wenn du redest, dann fliegt hier alles auseinander, der Ernährer kommt ins Gefängnis und wir verarmen. Das ist dann die Verantwortung des Kindes.

Sehr strenge, autoritäre Erziehungspraktiken. Ein offenes System ist auch innen offen, hat keine Grenzen. Die Nebenschauplätze kommen auch innerhalb der Familie oft vor. Zusammenspiel von häuslicher Gewalt und sexuellem Missbrauch kann eine vertuschende Wirkung haben. Die Mutter ist abgelenkt, mit sich selbst beschäftigt, hat ihre eigenen Probleme und das schafft den Raum für den sexuellen Missbrauch. Das Kind muss die Mutter schützen, indem es sich missbrauchen lässt und der Mutter, die sowieso schon geprügelt wird, nicht noch eigene Sorgen aufbürden will.

Gruppe 3 - Kind

- » Es gibt kein Missbrauchssyndrom bzw. wir kennen auch symptomfreie Kinder.
- » Traurigkeit
- » Aggression: gegenüber anderen oder sich selbst
- » Rückzug
- » Schamgefühl
- » Verantwortungsübernahme: Schutz für die Familie, es wird suggeriert vom Täter „Du bist so eine ganz Süße.“
- » Loyalitätskonflikte: Wem gegenüber fühle ich mich verpflichtet?
- » Ekelgefühl (Kinder hören auf sich zu waschen, werden dick)
- » hohe Ambivalenz (etwas schön und gleichzeitig schrecklich)
- » Ängste verschiedener Art
- » Probleme mit der Grenzziehung: Nähe-Distanz-Problem
- » sexualisiertes Verhalten:
 1. verbal
 2. äußerlich durch altersunangemessene Kleidung
 3. im Spiel oder Kontakt mit anderen
 - » Dissoziation
 - » erhöhte Sensibilität: feine Antennen
 - » psychische Folgeerkrankungen: Essstörungen, Ängste, Depressionen etc. als eine mögliche Reaktion → Hierbei ist es wichtig, eine Differentialdiagnose durchzuführen.

Der Ablauf einer Verdachtsabklärung

Im Vortrag bereits erwähnte Inhalte einer Verdachtsabklärung und deren Ablauf wurden anhand eines Rollenspiels erläutert. Hierbei wurde jede Perspektive anhand der drei Gruppen (Verdachtstäter, Familie, Kind) präsentiert.

Eine Verdachtsabklärung läuft wie folgt ab:

1. Formulierung einer Fragestellung
2. Vorstellung des Verdachtmaterials:

In dem Zeitrahmen von ca. 20 Minuten wird alles, was aus der Sicht der Fachkraft den Verdacht begründet, vorgestellt. Hilfreich sind – sofern verfügbar – Hintergrundinformationen zur Familie (z.B. Familiengeschichte), zur Entwicklung des Kindes (Entwicklungsverlauf, Geschwister, Potenziale und Ressourcen, Symptomatik) und zum vermeintlichen Missbrauchstäter.

3. Rückfragen/Nachfragen: Die Rückfragen sind Klärungs- und Verständnisfragen seitens des EET, die sich auf das Verdachtmaterial beziehen und zur vertieften Bearbeitung dienen sollen.

4. Bearbeitung durch das EET

Von Beginn der Fallvorstellung an entstehen bei den Expertinnen und Experten Gedanken, Eindrücke, Bilder, Fantasien, Assoziationen und Hypothesen bezogen auf das vorgestellte Verdachtmaterial. Sinnvoll ist es hier, die Darstellung der den Fall vorstellenden Fachkraft nicht zu unterbrechen, sondern die Schilderungen offen und aufmerksam zu verfolgen, auf sich wirken zu lassen und nur zu zuhören. Die abschließend an die Fallvorstellung noch gestellten Fragen zum Detailverständnis und Erfassen des Gesamtbildes werden an dieser Stelle schon unter den ersten Eindrücken und Assoziationen des Gehörten vorgenommen.

5. Formulierung der Voten

6. Abschließendes gemeinsames Gespräch

Falldarstellung Amira:

Im Jugendamt haben Lehrerinnen angerufen und haben Folgendes erzählt: Es geht um eine türkische Familie mit drei Kindern: Amira 9 Jahre, mittlere Tochter 7 Jahre, der kleine Bruder 5 Jahre alt. Alle Kinder sind in Deutschland geboren. Sie wohnen zu fünft in einer Zweizimmerwohnung. Es geht um die älteste Tochter, die Amira. Amira heißt eigentlich Sena, wird aber von allen Amira genannt. Sie war in der Vorklasse, hat ein Jahr lang alles non-verbal mitgemacht. Auch am Tage der Überprüfung zur Sprachheilschule sprach sie nicht. Am ersten Schultag war Amira nicht dabei, kam in der ersten Woche immer zu spät in die Schule, und auch dort sprach sie nicht. Mit anderen Kindern hat sie keinen Kontakt, manchmal erzählt sie einiges, jedoch ohne Blickkontakt. Amira radiert immer alles weg. Sie kommt den Erwachsenen zu nah, sie zupft an ihnen herum, flüstert Unverständliches oder Belangloses ins Ohr. Das macht alle sehr aggressiv. Amira beteiligt sich nicht an Gemeinsamkeiten. Alles, was sie solitär machen kann, macht sie gern, z.B. Springschiffchen hüpfen. Im Sport zieht sich Amira ausschließlich in der abgeschlossenen Toilette aus. Sie hat ein extremes Schamgefühl. Zuhause, sagt die Mutter, sei es kein Problem. Amira hat starke Kopfschmerzen, einen Tick und sie wischt sich ständig die Augen. Sie hat von August bis Dezember ca. 8 kg zugenommen. Hat Brüste, wirkt speckig. Wenn man ihre Hände anfasst, spürt man nichts. Insgesamt lässt sich Amira nicht gern anfassen, fasst selbst auch

nicht gern an. Bei Ärzten lässt Amira sich nicht untersuchen. Sie scharf ihre kleinen Geschwister wie eine Henne um sich, sorgt für sie, kommandiert sie aber auch herum. Die Eltern machen „Ärzte-Hopping“: Kein Kinderarzt will sie mehr nehmen, weil sie so unzuverlässig sind. Beide Eltern arbeiten nicht. Die Mutter ist eine eloquente, schicke Frau, in Deutschland aufgewachsen, gelernte Zahnärztin, ca. 35 Jahre alt. Der Vater kann kein Deutsch, macht den Eindruck, als käme er erst gestern aus der Türkei. Er wirkt erheblich älter, fast zurückgeblieben. Für ihn muss die mittlere Tochter übersetzen, was sie auch perfekt tut.

» EET-Runde

Die Aufgabe lautete zu überlegen, wer der Verdachtstäter sein könnte. Wichtig dabei ist es, aus dem eigenen System herauszukommen und sich lediglich auf die eine Ebene zu konzentrieren und innerhalb der Kleingruppen auszutauschen. Es sollte eine Haltung ausformuliert und durch die Gruppensprecherin in der EET Runde vorgetragen werden.

- » Im Anschluss an den „kleinen Austausch“ wurde in der Runde des EET zum vorgetragenen Material aus jeder Perspektive assoziiert.

Die Verhaltensauffälligkeiten, die das Kind zeigt, können ein Hinweis auf Missbrauch sein. Es liegen jedoch keine deutlichen Anzeichen vor. Die Schamgefühle beim Umkleiden sowie der soziale Rückzug wirken ambivalent: Zum einen richtet das Kind offenbar Botschaften nach außen, zum anderen versteht diese Botschaften keiner. Das Kind will gehört werden, es braucht Hilfe und gibt uns Hinweise, dass etwas nicht stimmt.

Es wurde über mögliche Täter nachgedacht und außer Mutter und Vater stand laut Material keine andere Person im Verdacht. Die Familiendynamik wirkt nicht greifbar. Der Vater nimmt scheinbar keine mächtige Position ein. Er ist älter als die Mutter und kann kein Deutsch, was Minderwertigkeitsgefühle hervorrufen könnte. Andererseits könnte auch die Mutter mit diesem Mann eine heile Familie spielen, und selbst die Täterin sein, obwohl es wenig hergibt. In der Familie sind Machtstrukturen vorhanden. Der Wohnraum könnte zu eng sein, sodass es zu Grenzüberschreitungen kommen könnte. Zusammenfassend wurde festgehalten, dass man sich die Familie unbedingt näher anschauen sollte.

- » Voten wurden abgegeben:
nicht entkräftet, nicht entkräftet, nicht entkräftet

» Auswertung

Das Schweigen spielt eine große Rolle in dieser Falldarstellung, denn das Schweigen ist auf allen drei Ebenen vorhanden. Die Einzige, die sprechen könnte, wäre Amira/Sena, aber auch sie spricht nicht. Interessant ist weiterhin, dass man von den beiden kleinen Geschwistern nichts erfährt.

Eindeutig ist, dass die Grenzen und die Ebenen einer Familie nicht eingehalten werden.

Warum schweigen sie alle? Und geben dem Kind einen anderen Namen?

Sie wollen etwas vertuschen. Amira redet etwas, und zwar so, dass man es nicht verstehen kann. Sie will sprechen, darf aber nicht. Immer dann, wenn die Ärzte der Familie zu nah gekommen sind, ist diese Familie einfach zum anderen Arzt gegangen. Die Eltern wirken nicht mit und ändern nichts. Sie kümmern sich gar nicht um die Kinder, die Kinder interessieren sie nicht. Amira muss etwas schützen. Sie steckt in einer Rolle, die ihr deutlich nicht gut tut, und sie kann sich nicht entwickeln, ist gefährdet.

Fazit

Durch diese Übung sollten die Teilnehmer/-innen ein Gefühl bekommen, wie es ist, aus einem komplexen Teil sich nur auf diesen Ausschnitt, sei es die Familie, der/die Täter/-in oder das Kind, zu konzentrieren und frei darüber zu assoziieren. Das ist die Besonderheit der SIMPA-Methode.

Wie ging es weiter mit Amira?

Die Arbeit mit den Eltern hat angefangen, und wir sind zum Familiengericht gegangen. Das Familiengericht hat Amira aus der Familie herausgenommen. Weiterhin hat sich in der Familie nichts verändert, sodass die beiden Geschwister ihr nachgefolgt sind. Die Kinder wurden allein gelassen. Der Verdacht sexuellen Missbrauchs wurde nicht weiterverfolgt, weil die Kinder geschützt waren und hervorragend betreut worden sind.

Nun bleibt die Frage offen, weshalb Sena einen anderen Namen bekam. Sie bekam einen anderen Namen, weil sie plötzlich zur Mutter wurde. Ihr wurde die Mutterrolle aufgezwungen, sie durfte nicht mehr Kind sein. In dieser Rolle wurde sie missbraucht. Sie hat sich, nachdem sie sprechen durfte und dabei niemanden mehr schadete, ziemlich gut entwickelt.

„Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Kinder innerhalb der Familie“ Zur Arbeit mit den betroffenen Kindern und dem nicht gewalttätigen Elternteil

Dr. Patricia Bell

Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungszentrum der Ev. Hochschule in Darmstadt



Im Mittelpunkt des Workshops stand sexuelle Gewalt gegen Kinder durch die Vaterfigur innerhalb der Familie. Man muss sich an dieser Stelle klar machen, dass Kinder zu Hause auch von Gewalt anderer Art sowie von sexueller Gewalt durch sonstige Erwachsene bedroht sein können, sogar ausgehend von Frauen aus der eigenen Familie und von außerhalb. Dennoch wurde hier der genannte Schwerpunkt gewählt, da es sich um eine häufige Form sexueller Gewalt an Kindern handelt und so manches Dilemma bei Interventionen von SozialarbeiterInnen in den betroffenen Familien bei und nach der Aufdeckung sexueller Gewalt gegen Kinder hierauf zurückgeht.

Nach der Aufdeckung der Tat muss die Mutter häufig eine Menge Kritik einstecken. Sie hätte es „doch wissen müssen“, dass dem Kind Gewalt angetan wurde und sei deshalb mitschuldig. Tatsache ist, dass sich auf die Mutter, den nicht gewalttätigen Elternteil, der die Kinder nicht vor der Gewalt bewahrt hat, mehr Wut richtet als auf den Gewalttäter selbst. Überlegt man, welche langfristigen Formen von Unterstützung die Kinder brauchen, ist die Mutter natürlich eine zentrale Ressource. Wichtig ist deshalb, zwischen den seltenen Fällen zu unterscheiden, in denen Frauen Kindern gegenüber sexuell gewalttätig werden – sei es alleine oder zusammen mit einem männlichen Partner – beziehungsweise von der anhaltenden sexuellen Gewalt gegen die Kinder wissen und sich entscheiden, nicht dagegen vorzugehen einerseits und dem häufigeren Fall, in dem Frauen die sexuellen Übergriffe auf ihre Kinder nicht mitbekommen haben, andererseits. Man kann sich kaum vorstellen, dass Kinder im eigenen Zuhause vielleicht jahrzehntelang permanente sexuelle Übergriffe ertragen müssen, ohne dass ihre Mutter hiervon erfährt, und doch weiß ich von meiner Arbeit mit Familien nach der Aufdeckung, dass dies durchaus der Fall sein kann. Zum besseren Verständnis dieses Phänomens führte ich eine eingehende Untersuchung an Frauen durch, die zum

Zeitpunkt meiner Ermittlungen davon ausgingen, dass eines oder mehrere ihrer Kinder von ihrem Partner sexuell missbraucht worden war(en).

Die erste Erkenntnis der Untersuchung lautete, dass es nicht möglich war, sich ausgehend von den Berichten der befragten Frauen ein klares Bild von dem tatsächlich Geschehenen zu machen. Was sie darüber wussten, war bruchstückhaft und aus einander oft widersprechenden Aussagen der missbrauchten Kinder, Geschwister, Täter, Sozialarbeiter/-innen, Polizeibeamtinnen und Polizeibeamten etc. zusammengereimt. Die Aufdeckung ist kein bestimmter Moment, in dem alles ans Licht kommt, sondern vielmehr ein interaktiver Prozess, der Jahre in Anspruch nehmen kann. Der Prozess, anhaltende sexuelle Gewalt gegen Kinder innerhalb der Familie zu erkennen, stellt vor ein ontologisches Problem von daher, dass er zunächst einmal voraussetzt, auch nur die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, dass es so sein könnte.

Der aufkeimende Verdacht, dass der Partner womöglich ein Gewalttäter ist, der sich sexuell an seinem eigenen Kind vergeht, ist ein Gedanke, der die meisten Frauen mit purem Grauen erfüllt und der ihnen nicht über die Lippen kommt. Die Suche nach Beweisen, die einen solchen Verdacht erhärten oder zerstreuen, ist ein schmerzhafter Prozess, und eine Bestätigung dieses Verdachts verändert das ganze Leben. Frauen, die in diese Lage geraten, müssen sich selbst als Frau, als Partnerin und als Mutter komplett auf den Prüfstand stellen. „Wie konnte ich so einen Mann heiraten?“; „Wie konnte es passieren, dass mein Kind mir nichts gesagt hat?“ – solche Fragen werden sie sich ständig stellen und man wird sie ihnen auch als Anschuldigung entgegenschleudern. Zu wissen, dass der Partner ihr Kind sexuell missbraucht hat, hat verheerende Auswirkungen, und hierauf mit Wut, Verrat und Trauer zu reagieren, ist weit verbreitet.

Oberflächlich betrachtet lautet die Antwort auf die Frage, warum Frauen die sexuelle Gewalt an ihren Kindern nicht bemerken, dass die Übergriffe womöglich in ihrer Abwesenheit stattfinden. Die Mutter schläft zu der fraglichen Zeit, ist im Bad, auf der Arbeit, im Krankenhaus oder von anderem in Anspruch genommen. Die Übergriffe finden unter dem Deckmantel normaler väterlicher Handlungen statt, etwa beim Baden der Kinder, beim Zubettbringen, beim Babysitten, auf Ausflügen oder bei der Wahrnehmung des Umgangsrechts nach einer Scheidung oder Trennung.

Abgesehen davon kann das äußere Erscheinungsbild der Beziehung zwischen Täter und Kind enorm variieren. Ihre Beziehung kann innig und liebevoll wirken oder distanziert und feindselig, und in Familien, in denen mehr als ein Kind sexuell missbraucht wird, kann sie auch bei jedem Kind anders aussehen. Die Kinder werden vom Vater manipuliert oder eingeschüchtert, sie sollen niemandem etwas erzählen, schon gar nicht ihrer Mutter. Allein schon die Autorität, die den Vätern in ihrer Familie zukommt, reicht oft aus, um sicherzustellen, dass das Kind nichts von Übergriffen erzählt, die ihm ja obendrein Angst machen sowie verwirrend und ihm peinlich sind.

Den Kindern redet man oft ein, es würde ihnen ohnehin niemand glauben, ihre Mutter würde die Schuld beim Kind suchen oder sie würde nicht damit fertig, wenn sie das wüsste. Oft sind die Kinder von den Reaktionen, die eintreten könnten, wenn sie etwas erzählen – Wut, Rache oder eine zerstörte Familie – massiv überfordert. Es ist leicht, Kinder dahingehend zu manipulieren, dass sie sich verantwortlich fühlen für das, was geschehen ist, und ihre Mutter und mitunter auch den Täter vor einer Aufdeckung schützen wollen.

Auf dem Kind lastet dann die Bürde, das Geheimnis wahren zu müssen. Nichts zu erzählen ermöglicht aber eine Fortsetzung des Familienlebens, wogegen sich zu offenbaren alle Beteiligten in eine Krise stürzen würde, auch die Geschwister und die gesamte Verwandtschaft. In solchen Fällen kann eine Aufdeckung lange erduldeten sexueller Gewalt unvermittelt in Zusammenhang mit einem innerfamiliären Konflikt völlig anderer Art auftauchen und mag zunächst einmal nicht sehr überzeugend wirken.

Die vagen Anspielungen und Signale der Kinder werden oft nicht ernst genommen. Meine Untersuchungen ergaben eindeutig, dass die Tatsache, dass ihr Kind sich ihnen gegenüber nicht aussprechen konnte über die erlittenen Übergriffe oder dies erst Jahre oder gar Jahrzehnte später tat, für die

betroffenen Mütter mit das Härteste an der Situation war.

Ein Schluss, zu dem die Untersuchung zunächst gelangte, lautete von daher, dass Mütter nichts gegen die ablaufende sexuelle Gewalt an ihren Kindern unternähmen, weil sie nichts davon wüssten. Die Vorfälle ereignen sich in ihrer Abwesenheit, niemand erzählt ihnen davon und die Handlungen des Vaters sind von ganz normalen väterlichen Handlungen nicht zu unterscheiden. Mütter, die registrierten, dass ihr Kind ein Problem hatte, fragten auf der Suche nach Erklärungen für die Notsignale des Kindes Ärztinnen und Ärzte, Lehrer/-innen, Sozialarbeiter/-innen etc. um Rat. Und nicht nur die Mütter, sondern auch die diversen Fachleute erkannten nicht, dass sexuelle Gewalt dahinter stand.

Wenn wir untersuchen, warum diese oberflächliche Erklärung nicht befriedigend ist, gilt es, unsere Erwartungen an Mutterschaft und Familienleben kritisch zu hinterfragen. Das nachfolgende Zitat stammt aus meiner aktuellsten Untersuchung zu der Frage, wie Frauenhäuser mit sexueller Gewalt gegen Kinder umgehen.

„Ich denke, wenn eine Mutter ist, wie sie als Mutter sein sollte, wenn sie eine Verbindung zu ihrem Kind hat und ihr Kind liebt und ein Verantwortungsgefühl gegenüber ihrem Kind hat, dann wird sie darauf reagieren.“ (Int. 6:90).

Das starke Band zwischen Mutter und Kind wird Frauen aufoktroziert. Die Verantwortung für die Kinder ist innerhalb der Familie nicht gleichmäßig verteilt, und die Bindung zwischen Mutter und Kind ist gleichzeitig Ursache und Begründung der ungleichmäßigen Arbeitsteilung in Sachen Kinderbetreuung. Frauen sind angeblich besonders sensibel im Umgang mit Kindern, sie haben einen „Mutterinstinkt“, was einerseits ihre Rolle als bessere Kinderbetreuerinnen festschreibt und gleichzeitig Männer davon ausschließt, diese Fähigkeiten zu entwickeln.

Die Tatsache, dass sie im Alltag die Hauptverantwortung dafür tragen, sich um die Kinder zu kümmern, sorgt dafür, dass sie eine größere Sensibilität für kindliche Bedürfnisse entwickeln, und von einer Mutter wird eine Art siebter Sinn im Hinblick auf das Wohl ihres Kindes erwartet oder sie hat als Mutter versagt. Angesichts dieser Debatte ist die Aufdeckung anhaltender sexueller Gewalt gegen ein Kind innerhalb der eigenen Familie schon allein Grund genug, von einer Schuld der Mutter auszugehen – „das muss/sollte sie doch gewusst haben“. Die

familiären Verhältnisse, die zuvor ganz normal wirkten, gelten nun de facto als gestört und der Mutter wird unterstellt, ihrer Verantwortung für den Schutz des Kindes/der Kinder nicht gerecht geworden zu sein.

Die Aufdeckung von ablaufendem sexuellem Missbrauch bedroht die Heile-Welt-Ideologie der Familie, die gegenseitige Liebe, Fürsorge, Geborgenheit und Vertrauen zwischen unterstützenden Eltern betont, die gemeinsam auf Schutz und Förderung ihrer Kinder bedacht sind. Diese Debatte verschleiern die Kräfteverhältnisse und maskiert die in der Familie anzutreffende Hierarchie zwischen den Geschlechtern und Generationen. Ungeachtet anderslautender Diskurse definiert sich die Hauptaufgabe des Vaters immer noch als die des außer Haus tätigen Ernährers. Selbst in Familien, in denen die Mutter ebenfalls berufstätig ist, übernehmen die Männer nicht im gleichen Maße die Verantwortung für unbezahlte Hausarbeit und man erwartet es auch nicht von ihnen.

Auf diese Weise wird ein männliches Privileg im häuslichen Umfeld tagtäglich untermauert und auch den Kindern vermittelt. Und dieser privilegierte Status kann missbraucht werden. Die Familienideologie macht „Familienvater“ und „Vergewaltiger / Kinderschänder“ zu Kategorien, die sich wechselseitig ausschließen, so dass es schon ein ziemlicher ontologischer Sprung ist, einen Familienvater als Kindesvergewaltiger zu bezeichnen.

Hinzu kommen ideologische Vorstellungen von Kindheit, die es erschweren, sexuelle Gewalt gegen Kindern als solche zu identifizieren, da diese die Kindheit als sorglose Zeit der Unschuld definieren, in der das verwundbare Kind von den Erwachsenen vor den harten Realitäten des Lebens zu beschützen ist. Tatsache ist aber, dass Kinder mehr Gewalt ausgesetzt sind als jede andere Bevölkerungsgruppe und dass diese Gewalt und Missbrauch durch Stärkere zu Hause, in der Schule und auf der Straße durchaus wahrnehmen. Sie kennen sexuelle Gewalt durch Erwachsene und Gleichaltrige – sei es aus eigener Erfahrung, aus Nachrichtenmeldungen zu Kindesentführungen oder vom Hörensagen durch andere Kinder.

Schwammige Warnungen besorgter Erwachsener vor Fremden und davor, sich „nicht anfassen“ zu lassen, sind unzureichend, und der Wunsch, Kindern nähere Fakten in Sachen sexuelle Übergriffe zu ersparen, liefert sie diesen erst recht aus und verringert die Wahrscheinlichkeit, dass sie sich Hilfe suchen können, wenn ihnen Derartiges wi-

derfährt. Das Bedürfnis der Erwachsenen, sich ihr idyllisches Kindheitsbild nicht zu zerstören, verhindert, dass Kinder die Fähigkeiten und das Wissen erwerben, das sie brauchen, um sich angemessen zu schützen. Noch immer bringt man Kindern bei, dass Erwachsene (vor allem die Eltern) besser wüssten, was für die Kinder gut ist, und man ermahnt sie, höflich, brav und gehorsam zu sein. Auf diese Weise versagen die Erwachsenen ihnen den gebührenden Schutz, da eine nur punktuelle Ermächtigung von Kindern nicht möglich ist und den Erwachsenen an einem Fortbestand kindlicher Unterordnung gelegen ist.

Ideologische Vorstellungen von Mutterschaft, Kindheit und Familie verleiten uns zu dem Glauben, sexuelle Gewalt gegen ein Kind im Herzen der Familie sei mit einem normalen Familienleben unvereinbar und müsse daher auf den ersten Blick zu erkennen sein. Und doch ist ja ein nicht unerheblicher Teil der Bevölkerung häuslicher Gewalt ausgesetzt, was sich auch mit der mehrheitlichen Erfahrung der von mir befragten Mütter deckte – ein Befund, der auch von den Ergebnissen anderer Forschungsprojekte bestätigt wird.

Häusliche Gewalt schafft die Voraussetzungen für ein Muster familiären Zusammenlebens, innerhalb dessen sexuelle Gewalt gegen Kinder stattfinden und unentdeckt bleiben kann. Allerdings bedeutet das nicht, dass man dort, wo häusliche Gewalt stattfindet, auch immer sexuelle Gewalt gegen Kinder antreffen wird, noch dass sexuelle Gewalt gegen Kinder sich auf Haushalte beschränkt, in denen bereits ein derartiges Gewalklima herrscht. Dennoch ist das eine häufig genug Begleiterscheinung des anderen, als dass Fachkräfte, die in häuslichen Gewaltsituationen einschreiten, sich dieser Gefahr für eventuell involvierte Kinder gewahr sein müssen.

Sexuelle Gewalt tritt oft als Bestandteil häuslicher Gewalt auf und die Kinder werden Zeuge dessen, indem ihre Mutter etwa als „Hure“, „Flittchen“ oder „Schlampe“ beschimpft wird. Jedes zehnte Kind, das in einem von häuslicher Gewalt zerrütteten Haushalt heranwächst, wird Zeuge, wie seine Mutter vergewaltigt wird. Die Frauen, die Vergewaltigung in der Ehe erleben, kommen nicht unbedingt auf den Gedanken, dass ihren Kindern Ähnliches drohen könnte. Auch wenn sexuelle Gewalt gegen Frauen als Abweichung gilt, wird sie noch als reguläres männliches Sexualverhalten eingeordnet, während sexuelle Gewalt an Kindern als pervers gilt und als etwas, das „normale“ Männer nicht tun würden. Häusliche Gewalt zeigt ein Gewaltpotenzial

gegenüber den allernächsten Angehörigen.

Von daher stellt sexuelle Gewalt gegenüber Kindern in der Familie eine Ausdehnung bereits bestehender Verhaltensmuster dar. Häusliche Gewalt und die Androhung von Gewalt rücken den Täter für das Opfer ins Zentrum der Aufmerksamkeit, ist es in seinem Alltag doch ständig mit Versuchen beschäftigt, Ausbrüche von Gewalt zu vermeiden, abzuwehren, zu bewältigen und zu überleben. Die Erziehungskompetenz der Mutter leidet unter dem Aushalten der Gewaltbeziehung und die Untergrabung ihrer Autorität ist konkreter Bestandteil der Gewaltausübung. Erstens wird die Mutter oft für die Art beschimpft, wie sie ihre Mutterrolle ausfüllt. Die Kritik, die Mutter täte zu viel oder zu wenig von dies oder jenem oder an ihrer Erziehung überhaupt eskaliert oft und schlägt dann in Gewaltattacken um. Zweitens kann es sein, dass der Täter die Kinder dazu anspornt, in seine Kritik an der Mutter mit einzustimmen, wodurch sie zum Gegenstand gemeinsamer familiärer Verachtung wird oder die Kinder sogar bei körperlichen Übergriffen mitmachen. Drittens erleben die Kinder ihre Mutter als schwach und unfähig, sich selbst zu schützen, geschweige denn ihre Kinder. Zudem erschwert ein Leben mit häuslicher Gewalt es den Frauen extrem, das Verhalten des Täters zu hinterfragen. Dabei ist ein Erstverdacht auf sexuelle Gewalt gegen Kinder innerhalb der Familie oft sehr schwer festzumachen. Die Handlungen des Täters sind nur schwer von normalen väterlichen Aktivitäten abzugrenzen, an denen allenfalls eine „irgendwie merkwürdige“, bedenkliche oder verwirrende Komponente wahrgenommen wird. Die Fähigkeit, vom Täter bei auftretenden Ungereimtheiten Rechenschaft zu verlangen, ist für die Aufdeckung sexueller Gewalt gegenüber Kindern daher von zentraler Bedeutung. Frauen, die mit häuslicher Gewalt leben, haben jedoch gelernt, sich Derartiges zu verkneifen, um keine Gewalt zu provozieren.

Zusätzlich dazu, dass häusliche Gewalt zu einer Familienstruktur beiträgt, die anhaltende sexuelle Gewalt gegen Kinder erst ermöglicht, vereitelt sie also auch die Aufdeckung einer solchen Tat. Nicht genug damit, dass Kindern, die mit häuslicher Gewalt aufwachsen, eine starke Mutter verwehrt ist, die sich selbst und ihre Kinder schützen kann – sie lernen durch das Rollenvorbild ihrer Mutter auch, hierzu zu schweigen. Aus Scham und in der irrigen Hoffnung, die Kinder wüssten nicht, was sich da abspiele, sprechen Frauen mit ihren Kindern selten über die von ihnen erlebte Gewalt. Dieses Stillschweigen vermittelt Kindern, dass Übergriffe im

eigenen Familienkreis kein Gesprächsthema sind, und sie stärken zudem die Position des Täters, der als Einziger mit dem Kind über die sexuelle Gewalt redet. Die Frau in eine Außenseiterrolle zu drängen, ist oft eine Taktik, die der Täter, von dem häusliche Gewalt ausgeht, anwendet, um mehr Kontrolle zu erlangen. Sich zu isolieren kann jedoch auch eine Strategie der Frauen selbst sein, um so der beschämenden Erfahrung zu entgehen, sich als misshandelte Ehefrau zu outen und den äußeren Anschein eines normalen Familienlebens zu wahren. Mit der Isolation der Mutter reduziert sich die Zahl der Menschen, denen die Kinder etwas über die erlebte Gewalt erzählen können, und damit die Wahrscheinlichkeit, dass verantwortungsbewusste Erwachsene bemerken, dass das Kind etwas belastet. Und selbst für den Fall, dass jemand die innere Not des Kindes mitbekommt, wird sie möglicherweise darauf zurückgeführt, dass es mit häuslicher Gewalt zu leben hat.

Eine räumliche Trennung vom Täter nach einem Vorfall mit häuslicher Gewalt kann Kindern eine Chance bieten, sich über die ablaufende sexuelle Gewalt zu offenbaren. Kinder, die mit ihren Müttern ins Frauenhaus ziehen, kommen vielleicht zum ersten Mal mit Fachkräften in Kontakt, die ihnen helfen. Indem sie die Handlungen des Täters beim Namen nennen und verurteilen, durchbrechen sie die Mauer des Schweigens, von der häusliche Gewalt umgeben ist. Frauen, die über Jahre vielleicht viel Energie in das Bemühen gesteckt haben, die Gewalt zu leugnen, mit der sie sich abgefunden hatten, brauchen Zeit, um ihre Beziehung nun angesichts der Erkenntnis, dass ihr Partner gewalttätig und übergriffig ist, neu zu überdenken. Mit der Tatsache konfrontiert, dass auch die Kinder sexuelle Gewalt erfahren haben, brauchen sie Zeit, um nicht nur ihre eigene Rolle als Frau/Partnerin neu einzuschätzen, sondern auch ihre Rolle als Mutter. Die Frauen sind sich der ideologisch begründeten Erwartungen an Mütter durchaus bewusst und werden große Schuldgefühle empfinden, in einer gewalttätigen Beziehung ausgeharrt zu haben, die ihre Kinder anhaltender sexueller Gewalt aussetzte. Diese Schuldgefühle können noch schlimmer ausfallen, wenn die betreffenden Frauen um der Kinder willen in der Beziehung geblieben sind.

Ihre eigene Gewalterfahrung **und** die Schändung ihres Kindes anzuerkennen, ist extrem schmerzhaft und schwierig. Hinzu kommt, dass Frauen nach der Aufdeckung oft viel Unterstützung brauchen, um für ihre Kinder weiter wirksam die Mutterrolle ausfüllen zu können. Sie brauchen Hilfe dabei, erkennen

und glauben zu können, dass anhaltende sexuelle Gewalt zum Leben ihrer Kinder gehört hat. Und sie brauchen Hilfe bei der Identifizierung von sexuellem Fehlverhalten. Die Frauen können ihren Kindern keine Unterstützung bieten, ohne mit der selbst erfahrenen sexuellen Gewalt umzugehen – im Rahmen der Beziehung zum Täter oder vielleicht davor – über die sie womöglich nie gesprochen haben.

Die erste Reaktion auf die Konfrontation mit einem eindeutigen Hinweis auf sexuelle Gewalt gegenüber dem eigenen Kind ist oft Fassungslosigkeit, Schock und das Verlangen, das Kind auszufragen, um zu klären, was faktisch geschehen ist. Diesen Gefühlen können wenig später Angst, Panik, Aversion, Scham und Ekel folgen. Hier ist es wichtig, der Mutter dabei zu helfen, mit dieser anfänglichen Schockreaktion zurechtzukommen und sie nicht am Kind auszulassen. Eine adäquate Reaktion besteht darin, dem Kind zu glauben und es in keiner Weise für das Geschehene verantwortlich zu machen; für das Kind Partei zu ergreifen, um es künftig schützen zu können. Die Mütter werden langfristig Unterstützung benötigen, um angemessen zu reagieren und mit den Konsequenzen der Aufdeckung für sich selbst, das betroffene Kind, andere Kinder und den weiteren Familienkreis umzugehen. Sollte der Fall vor Gericht gebracht werden, wird die Mutter mit dieser fortdauernden Belastung für das Kind und der Frustration über ein Rechtswesen umgehen müssen, das mit solchen Fällen oft nicht angemessen umzugehen weiß.

Die Aufdeckung sexueller Gewalt an Kindern zu unterstützen, ist zeitaufwendig. Es braucht Zeit, um das Vertrauen des Kindes zu gewinnen, um ausreichend „Beweise“ dafür zusammenzutragen, dass sexuelle Gewalt stattgefunden hat, und die Mutter sowie das Jugendamt hiervon zu überzeugen. In einigen Fällen gelingt es nicht, diese Schritte erfolgreich zu Ende zu bringen. Die beruflich mit ihnen Befassten müssen mit Fällen leben, in denen sie nicht ermitteln konnten, was wirklich geschehen war oder in denen sie nie erfahren, wie sie ausgehen. Das Rechtswesen versagt nur allzu häufig, wenn es um Kinder geht, die Erwachsene sexueller Gewalt ihnen gegenüber bezichtigen. Anwälte und Richter verstehen vielleicht nicht die Dynamik unausgesetzter Gewalt im häuslichen Umfeld – Kindern und ihren Müttern wird vielleicht nicht geglaubt und das Umgangsrecht des Vaters mit seinen Kindern womöglich aufrechterhalten. Diejenigen, die sich beruflich für die Frauen und Kinder einsetzen, werden eventuell als voreingenommen betrachtet und nicht ernst genommen. Selbst Sozialarbeiter/-innen, de-

nen der Umgang mit häuslicher Gewalt vertraut ist, berichten, dass sie sexuelle Gewalt an Kindern im Rahmen ihrer Arbeit als außerordentliche Herausforderung erleben. Besonders wichtig ist hier, dass die Mitarbeiter/innen durch die Einrichtungen, für die sie tätig sind, die Unterstützung und Supervision erhalten, die sie brauchen.

Zusätzliche Schwierigkeiten beim Umgang mit sexueller Gewalt gegen Kinder liegen dann vor, wenn eine Mutter ihr Kind nicht schützen kann oder will. Vielleicht ist sie selbst die Täterin oder steckt mit dem Täter unter einer Decke. Doch auch auf andere Weise, durch Vernachlässigung oder körperliche Gewaltbereitschaft, kann dem Kind vonseiten der Mutter Gefahr drohen. Die Mutter glaubt ihrem Kind vielleicht nicht bzw. gibt ihm die Schuld an dem Vorfall. Oder das Kind leugnet, dass sexuelle Gewalt stattgefunden hat, obwohl dringende Verdachtsmomente und sogar gewisse Beweise dafür vorliegen. Es möchte vielleicht den Kontakt mit dem Vater aufrechterhalten oder entscheidet sich sogar, bei ihm statt bei der Mutter zu wohnen. Auch bei bestätigter sexueller Gewalt will ein Kind und/oder seine Mutter vielleicht weiterhin Kontakt mit dem Täter haben oder sogar mit ihm zusammenleben. Alternativ hierzu wird eine Fortsetzung des Kontakts zum Vater vielleicht trotz eindeutiger Beweise für sexuelle Gewalt und gegen den Wunsch des Kindes und der Mutter gerichtlich angeordnet. In solchen Fällen müssen Frauen ihr Kind zwingen, Zeit beim Täter zu verbringen.

Auch Fachleute selbst sind nicht immun gegen Reaktionen wie Angst, Panik, Aversion, Scham und Ekel, wenn sie mit Fällen sexueller Gewalt gegen Kinder konfrontiert sind. Sie müssen sich mit ihrer eigenen Erfahrung von sexueller Gewalt in der Kindheit auseinandersetzen – ob in Form tatsächlicher Übergriffe, in Form merkwürdiger und verwirrender Situationen, die sie damals nicht verstanden haben, oder in Form von Ängsten, die in ihnen aufkeimten, nachdem in den Nachrichten von vergewaltigten, entführten und ermordeten Kindern berichtet worden war.

Kinder, die sexuelle Gewalt aufdecken, wählen gezielt, wem sie sich anvertrauen möchten. Diese Wahl treffen sie nicht nach Qualifikation oder danach, wie viele Weiterbildungen jemand absolviert hat. Unabhängig von ihrem konkreten Aufgabengebiet sollten alle, die mit Kindern in Berührung kommen, in der Lage sein, Kindern gegenüber, die sexuelle Gewalt aufdecken, „Erste Hilfe“ zu leisten. In Notfällen oder Konfliktsituationen kann man das

Kind ohne Wissen des verantwortlichen Erwachsenen beraten. Es ist zwar wichtig, Eltern gegenüber offen zu sein, doch nur wenn dies nicht die Sicherheit des Kindes gefährdet. Darüber hinaus sind beruflich Involvierte berechtigt, Informationen in Bezug auf das Kindeswohl mit anderen Behörden auszutauschen. Wichtig ist es, im Blick zu behalten, dass Kinder oft auf indirekte Weise oder nebenbei „auspacken“, während sie mit anderem beschäftigt sind. Außerdem testen sie die Reaktionen Erwachsener, indem sie scheinbar unbedeutende Vorfälle erzählen, die sie leicht wieder zurücknehmen oder abstreiten können, wenn die Reaktion alarmierend ausfällt.

Ich bin den Workshop-Teilnehmer/-innen dankbar für die obigen Erkenntnisse, die in einen anstehenden Forschungsbericht einfließen werden.

Wenn ein Kind sich Ihnen anvertraut, sollten Sie

- » sich für sein Vertrauen bedanken.
- » ihm sagen, dass das etwas ist, was Kindern nicht passieren sollte.
- » ihm bei Bedarf versichern, dass es nicht seine Schuld ist.
- » ihm sagen, dass Sie ihm helfen wollen.

Eine einfache Möglichkeit, Ihre Bereitschaft zu signalisieren Kindern zuzuhören, besteht darin, entsprechende Poster aufzuhängen oder Faltblätter auszulegen, die bei Beratungsstellen erhältlich sind.

Der Workshop teilte sich in zwei Gruppen auf, um basierend auf den Erkenntnissen meiner Untersuchung von 2013 zu Frauenhäusern in Deutschland „Best Practice“- Beispiele für die Arbeit mit Frauen und Kindern zu betrachten. Beim Feedback wurden die folgenden Punkte angesprochen:

- » Inwieweit ist es angemessen, Kinder bei der Aufnahme in ein Frauenhaus zu der vonseiten ihres Vaters / des Partners ihrer Mutter erfahrenen Gewalt zu befragen? Sollte man Kinder überhaupt befragen und, wenn ja, sollten sie auch zu Gewalt befragt werden, die von der Mutter ausgegangen sein mag?
- » In welchem Umfang sollten Frauen verantwortlich für die sexuelle Gewalt gemacht werden, der ihre Kinder ausgesetzt waren? Sollte das Verständnis für die Mutter und deren Unterstützung irgendwo Grenzen haben?
- » Ist es für Sozialarbeiter/-innen zu verantworten, ihrer Klientel gegenüber Aspekte anzusprechen, bei denen es angesichts des eingeschränkten Rahmens ihrer Zuständigkeit aussichtslos ist, Hilfsangebote machen zu können?

Kinder und Jugendliche haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung (§ 1631, Absatz 2 BGB)

Lynn Huber, Dipl. Sozialarbeiterin/-pädagogin,
Systemische Familientherapeutin
Mandy Rziepela, Dipl. Sozialarbeiterin/-pädagogin
Vera Fünfstück, Dipl. Sozialarbeiterin/-pädagogin,
Systemische Familientherapeutin

Kinder und Jugendliche sind nicht nur Zeugen häuslicher Gewalt, sondern immer auch Opfer. Sie erleben eine körperliche Bedrohung gegenüber einem betreuenden Elternteil, meist der Mutter, auch als Bedrohung gegen sich selbst. Weil Kinder und Jugendliche so abhängig sind von der Person, die sie versorgt und betreut, kommt ihnen eine Bedrohung dieser Erwachsenen sogar noch schlimmer vor als eine Bedrohung der eigenen körperlichen Unversehrtheit.

Was geschieht mit einem Kind oder Jugendlichen in einer solchen Situation? Zunächst stehen ihnen, genau wie Erwachsenen auch, drei archaische Notfallreaktionen zur Verfügung: Flucht, Kampf und Erstarrung. Je jünger ein Kind ist, umso weniger kann es die ersten beiden Reaktionen nutzen. Es ist zu erschrocken und zu schwach, um fliehen zu können, es hat noch nicht ausreichend Kraft und Geschicklichkeit entwickeln können, um gegen die Bedrohung ankämpfen zu können. Da bleibt als beste Überlebensreaktion die Erstarrung, ein Abschalten der Gefühle nach innen und fast aller Wahrnehmungen nach außen. Es können posttraumatische Belastungsstörungen entstehen. Kinder und Jugendliche, die die Gewalt des Vaters gegen die Mutter miterleben, entwickeln eine Vielzahl von Störungen in der emotionalen, kognitiven und sozialen Entwicklung.

72% der Mädchen und 95% der Jungen wiederholen später das Verhaltensmuster der Eltern in der eigenen Beziehung, das heißt, sie werden entweder Täter oder Opfer. Diesen Kreislauf gilt es zu durchbrechen!

Folgen häuslicher Gewalt für Kinder und Jugendliche

Bei vielen Kindern und Jugendlichen, die Gewalt zwischen ihren Eltern miterleben, zeigen sich zu-

FRAUEN **für** FRAUEN

1. Autonomes Frauenhaus Leipzig

mindest zeitweise einzelne Merkmale einer Belastungsstörung. In einigen Fällen entwickeln sich diese auch zu einer klinisch relevanten posttraumatischen Belastungsstörung. Kinder und Jugendliche, die innerfamiliäre Gewalt erleben, zeigen in hohem Maße Verhaltensstörungen sowie Probleme in ihrer emotionalen Entwicklung. Gewalt in der familiären Sozialisation hat einen wesentlichen Einfluss auf aggressives oder regressives Verhalten bei ihnen.

Die Entwicklung kognitiver Fähigkeiten wird durch das Miterleben häuslicher Gewalt negativ beeinflusst. Wiederholtes Miterleben von Gewalt untergräbt die Lernbereitschaft und Konzentrationsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. Es beeinträchtigt die Entwicklung des Selbstwertgefühls. Sie fühlen sich schuldig oder schämen sich. Immer wiederkehrende Ohnmachtserfahrungen und traumatische Erlebnisse der Mutter führen dazu, dass Kinder und Jugendliche unter Umständen erwachsene, vermittelnde und schützende Rollen einnehmen müssen. Diese Parentifizierung führt zu einer Überforderung der Betroffenen.

Auswirkungen

Belastungsstörungen:

Als allgemeine Symptome einer solchen Störung gelten belastende Erinnerungen an das Erlebte, ständiges Wiedererleben (Flashbacks), Alpträume, körperliche Reaktionen wie Zittern, Erregung, Angst und Panik, regressives und aggressives Verhalten, somatoforme Reaktionen wie Bauch- und Kopfschmerzen oder erneutes Einnässen, möglicherweise Angst vor Dunkelheit, Monstern oder vor dem Alleinsein, vermindertes Interesse an Dingen, welche vor der Traumatisierung von Bedeutung waren, Trennungängste, verringerte emotionale Ansprechbarkeit, Konzentrationsprobleme, übermäßige Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Vermeidungsreaktionen.

Verhaltensstörungen:

Die betroffenen Kinder und Jugendlichen sind entweder aggressiver, zeigen antisoziales Verhalten oder eine erhöhte Ängstlichkeit und internalisiertes Verhalten. Darüber hinaus können sie weniger soziale und empathische Kompetenzen aufweisen, sind gehemmter, haben ein geringeres Selbstvertrauen. Sie entwickeln teilweise stereotype Geschlechterrollenbilder, haben größere Schwierigkeiten beim Aufbau positiver Freundschaftsbeziehungen und Einschränkungen in der Fähigkeit zur konstruktiven Konfliktbewältigung.

Kognitive Entwicklungshemmnisse:

Kinder und Jugendliche, die innerfamiliäre Gewalt erleben, weisen oft geringere sprachliche Fähigkeiten auf. Das Erleben häuslicher Gewalt kann einen Unterdrückungseffekt gegenüber den tatsächlich vorhandenen schulischen Begabungen haben. Die Lernbereitschaft und Konzentrationsfähigkeit von Kindern wird gehemmt. So können Lernrückstände entstehen, welche dann über die Schuljahre hinweg den schulischen Erfolg beeinträchtigen.

Diese Kinder und Jugendlichen brauchen eine zeitnahe, altersgemäße und individuelle Beratung. Sie haben das gleiche Recht auf Aufklärung und kindgerechte Hilfemöglichkeiten wie Erwachsene.

„Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung“:

Ein Modellprojekt für die Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele ‚Gesund aufwachsen‘ und ‚Depressive Erkrankungen verhindern‘

Dr. phil. Manuela Richter-Werling, Gründerin und Geschäftsführerin von Irrsinnig Menschlich e.V., Systemischer Coach



Liebe Leserinnen und lieber Leser,

erinnern Sie sich noch an Ihre Jugend? Wie verrückt Sie waren? Was Sie sich alles getraut haben? Und was Sie begeistert hat? Oder auch wie einsam Sie sich fühlten, wie ungeliebt, wie unverstanden? Heute als „gestandene“ Menschen wissen Sie: Kein Lebensalter bietet so viel Vitalität, Neugier und Begeisterungsfähigkeit wie die Jugend. Gleichzeitig ist kein Lebensalter so anfällig für Probleme, die die eigenen Lösungsmöglichkeiten übersteigen. Psychische Krisen, Süchte, selbstschädigendes Verhalten oder Kriminalität beginnen in keiner Lebensphase so häufig wie in der Pubertät. Viele junge Menschen brauchen unsere Hilfe, um ihre Probleme besser bewältigen zu können. Sie tun sich schwer mit einer Welt, die sich, angetrieben von einer immer komplizierteren Technologie, mit halbrecherischer Geschwindigkeit verändert. Auch wir Erwachsenen tun uns schwer damit: Was erwarten und verlangen wir von unseren Kindern? Was können wir ihnen für die Zukunft mitgeben, damit sie ihr Leben in Zufriedenheit und Optimismus aufbauen können?

Wir von Irrsinnig Menschlich e.V. tun das auf der „Baustelle des 21. Jahrhunderts: Psychische Gesundheit“ – so stand es kürzlich in einer großen deutschen Zeitung. Wir fördern die seelische Gesundheit von Jugendlichen in Schule und Ausbildung. Das tun wir seit unserer Gründung im Jahr 2000 mit Herz, Verstand und Überzeugung als „Rufener in der Wüste“, Mutmacher, Durchhalter und Wellenschläger.

Wer uns vorantreibt sind die Jugendlichen selbst. Jedes Mal sagen sie, wie wichtig es für sie sei, das Projekt „Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung“ zu erleben und dass wir unbedingt weitermachen sollen, damit jeder Schüler in Deutschland etwas über „seinen Schatz seelische Gesundheit“ erfährt, wie er ihn entdecken, hegen

und pflegen kann. Ein größeres Kompliment kann man von Teenagern kaum bekommen. Was sie am meisten berührt: Dass sie Menschen kennenlernen, die seelische Krisen und Gesundung erfahren haben und die sie alles fragen können: Wie merkt man, dass man psychisch krank ist? Soll man darüber sprechen? Was hilft und macht gesund? Was tut der Seele gut? Dadurch bekommt das komplexe Konstrukt „seelische Gesundheit“ ein Gesicht, ist zum Greifen nah – und dabei ganz normal. Sich auf Augenhöhe zu begegnen, Lebenserfahrungen auszutauschen und voneinander zu lernen - darauf setzt „Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung“.

Seit 2009 ist „Verrückt? Na und!“ in Zusammenarbeit mit der BARMER GEK und dem Kooperationsverbund gesundheitsziele.de einen weiteren Schritt vorangekommen: Aus dem einstigen „Graswurzel“-Projekt ist ein Programm geworden, das regionale und überregionale Akteure miteinander vernetzt und Menschen ermutigt, sich mit Lust und Fantasie für die Stärkung der seelischen Gesundheit von jungen Menschen einzusetzen. Über 55 regionale Gruppen in Deutschland und zwei in Tschechien und der Slowakei arbeiten bereits nach dem Konzept von „Verrückt? Na und!“ (Stand 2014).

Ebenfalls in 2009 wurde ich als Gründerin und Initiatorin von „Verrückt? Na und!“ in die internationale Fellowship von Ashoka aufgenommen. Ashoka vereint weltweit Menschen mit neuen, skalierbaren Ideen zur Lösung dringender sozialer Probleme. 2012 haben wir das WIRKT!-Siegel von PHINEO bekommen und 2014 hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe die Schirmherrschaft über „Verrückt? Na und!“ übernommen. Dennoch agieren wir immer noch mit äußerst begrenzten Ressourcen und suchen Kooperation mit allen wichtigen Akteuren, um den Konzepttransfer zu beschleunigen, weil die entscheidenden Grundlagen für Gesundheit, Wohlergehen, soziale und be-

rufliche Kompetenz in den Jahren des Heranwachsens gelegt werden.

Das gesellschaftliche Problem: Seelische Gesundheit in Schulen kein Thema

Emotionale Auffälligkeiten und psychische Gesundheitsprobleme von Schülern manifestieren sich oft in der Jugend und werden häufig erstmals in der Schule erkannt. Zwischen 20 und 30% der Heranwachsenden in Deutschland gelten als psychisch auffällig. Der Beginn psychischer Störungen in den ersten zwei Jahrzehnten des Lebens ist mit verminderter sozialer, kognitiver und verhaltensbezogener Entwicklung verbunden (z.B. schlechte schulische und berufliche Leistungen). In der Altersgruppe zwischen 10 und 24 Jahren sind bis nahezu 40% aller Lebensjahre mit Behinderung durch psychische Erkrankungen verursacht.

Über 6 Mio. Kinder leben mit psychisch- und/oder suchtkranken Eltern zusammen. Chronisch körperliche Erkrankungen bei Heranwachsenden werden von chronisch psychischen Erkrankungen abgelöst. Die KIGGS-Studie von 2007 konnte erstmals den Zusammenhang von Armut und schlechterem Gesundheitszustand bei Kindern wissenschaftlich nachweisen.

Psychische Gesundheitsprobleme in der Kindheit, Jugend und bei jungen Erwachsenen führen zu einem substanziellen „Verlust von Jahren mit Gesundheit“. Das ist nicht nur aus Betroffenheitssicht ein gesundheitspolitisch wichtiges Ergebnis, sondern auch für die Kostenträger von großer Bedeutung, da die substanziellen „Verlust von Jahren mit Gesundheit“ mit hohen direkten und indirekten Kosten verbunden sind.

Dazu kommt, dass in allen Kulturen psychischen Erkrankungen und psychisch erkrankten Menschen ein Stigma anhaftet: Manchmal hat es positive Effekte, die Symptome der Erkrankten werden als Zeugnis göttlicher Besessenheit gedeutet. Zumeist führt das Stigma jedoch zu einer Diskriminierung der Erkrankten und ihrer Familien. In Deutschland hat zwischen 1990 und 2011 die Akzeptanz professioneller psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung im Falle von Schizophrenie, Depression und Alkoholabhängigkeit deutlich zugenommen. Im gleichen Zeitraum hat sich die Haltung der Bevölkerung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen jedoch nicht zum Positiven verändert. Im Falle von Schizophrenie hat sie sich sogar verschlechtert.

Die negativen Vorstellungen der Bevölkerung ge-

genüber Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, die kaum etwas mit der Realität zu tun haben, sind folgenschwer für die betroffenen Menschen und auch für die Gesellschaft. Wer seelisch krank wird, verliert lebenswichtige Fähigkeiten und Voraussetzungen: anerkannt zu werden und nützlich zu sein. Wer seelisch krank wird, leidet an einer von der Gesellschaft als minderwertig angesehenen Krankheit.

Prävention ist derzeit die schwächste Stelle im deutschen Gesundheitssystem. Deshalb fehlen auch wirksame lebensnahe und flächendeckende Präventionsansätze zur Erhaltung und Förderung der seelischen Gesundheit in der Schule. Im täglichen Miteinander brauchen junge Menschen weit mehr Offenheit und Verständnis. Sie müssen lernen, dass sie nicht allein sind, dass es anderen genauso geht – und dass man gemeinsam stark ist. „Verrückt? Na und!“ versucht diese Lücke zu schließen und macht Schülern, Lehrkräften und Eltern Mut, Probleme gemeinsam mit anderen besser zu bewältigen.

Der Wirkungsansatz: Mit MUT-Machern zu mehr Offenheit und Achtsamkeit

Zwei Strategien haben sich als wirksam erwiesen, um Stigmatisierung zu verringern: Aufklärung/Bildung und Kontakt zu Menschen mit psychischen Erkrankungen. Das hilft, die Wirksamkeit von Aufklärung/Bildung für die Verringerung des Stigmas zu verstärken. Forschungsergebnisse zeigen, dass Mitglieder der Allgemeinbevölkerung, die Mitglieder von Minderheiten kennen, weniger dazu neigen, Mitglieder dieser Minderheit zu stigmatisieren. Neuere Forschungen zeigen außerdem, dass Kontakt mit Menschen, die psychische Erkrankungen erfahren haben, zu einer stärkeren Verringerung negativer Zuschreibungen psychischer Erkrankungen führte als Aufklärung/Bildung allein. Ein partnerschaftlicher Umgang und ebenbürtiger Status zwischen den Teilnehmern erleichtern den Kontakt.

Diesen Ansatz nutzen wir bei „Verrückt? Na und! Seelisch fit in Schule und Ausbildung“. Wir brechen das Schweigen und laden junge Menschen ab Klasse 8 aufwärts und ihre Lehrkräfte ein zu einem offenen Austausch über die großen und kleinen Fragen zur seelischen Gesundheit. Ein Team aus Moderator und Experte in eigener Sache, also ein Arzt, Psychologe oder Sozialarbeiter einerseits sowie ein Betroffener oder eine ehemals Betroffene andererseits, führt in den Schulen klassenweise eintägige Workshops zum Thema durch. Besonders wichtig ist das Gespräch mit den Betroffenen.

Dadurch bekommt das komplexe Konstrukt „seelische Gesundheit“ ein Gesicht, ist zum Greifen nah – und dabei ganz normal.

Ausgangspunkt sind immer die Lebenserfahrungen der Jugendlichen: z.B. Stress mit den Eltern oder Freunden, Umgang mit Alkohol und Drogen, Depression, Krankheiten in der Familie, der Tod von nahestehenden Menschen, Zukunftssorgen. In jeder Klasse lernen wir Schülerinnen und Schüler kennen, die schon selbst oder als Angehörige Erfahrungen mit psychischen Krisen machen mussten. Die Schüler, die schon einen gewissen Abstand zum Erlebten haben, sind froh, endlich einmal offen darüber reden zu können. Wir wissen alle, wie schwer das Stigma „psychisch krank“ immer noch wiegt. Sehr eindrucksvoll sprechen diese Schüler insbesondere darüber, was und wer ihnen geholfen haben, aus der Krise herauszukommen. Das sind wichtige Botschaften für die Mitschüler. Denn normalerweise denken wir nicht darüber nach, was wir im Falle einer seelischen Krise brauchen würden, was uns gut tun würde. Wir lernen in jeder Klasse solche Lebensweltmeister kennen, die ihre Erfahrungen gern an Mitschüler und Lehrer weitergeben würden, nur im schulischen Alltag kaum Gelegenheit dazu bekommen. Wir schaffen den Raum dafür. Bei „Verrückt? Na und!“ steht der Austausch von Lebenserfahrungen im Mittelpunkt: Geteiltes Leid ist halbes Leid. Geteilte Freude ist doppelte Freude!

„Verrückt? Na und!“ ist ein einfaches, lebensnahes und wirksames Projekt der Prävention und Gesundheitsförderung, um mit seelischer Gesundheit gute Schule zu machen. Zielgruppen: Schülerinnen und Schüler zwischen 14 und 25 Jahren aller Schultypen und „Experten in eigener Sache“, d.h. vor allem junge Menschen, die psychische Gesundheitsprobleme erfahren haben; Lehrkräfte, Schulsozialarbeiter, Schulpsychologen, Eltern, Fachleute in Verbänden, Vereinen, kommunalen Einrichtungen, Kliniken.



Das Konzept von „Verrückt? Na und!“

Das Projekt findet an einem Projekttag in der Schule statt, dauert ca. fünf bis sechs Stunden und erfolgt in drei Schritten:

1. Schritt: Wachmachen für das Thema „Psychische Gesundheit / Wohlbefinden“

Das Team knüpft an den Lebenserfahrungen der Schüler an und ermuntert sie, sich mit ihren Erfahrungen, Fragen und Vorstellungen zum Thema einzubringen und auseinanderzusetzen.

2. Schritt: Glück und Krisen

Die Schüler beschäftigen sich in Gruppen mit Aufgaben von „Sich zu helfen wissen“ über „Wie Körper und Seele zusammenhängen“ bis zu „Neue Medien: Nützlich für die Seele?“ Das Team begleitet und unterstützt die Gruppen.

3. Schritt: Gesprächsrunde mit „Experten in eigener Sache“.

Jetzt gibt sich der Experte in eigener Sache als Betroffener zu erkennen. Das löst immer großes Erstaunen bei den Projektteilnehmern aus. Sie können es kaum glauben, dass ausgerechnet dieser Mensch psychische Krisen erfahren hat. Die Schüler erfahren, wie sich eine Depression oder Psychose anfühlt, wo man Hilfe bekommt und wie wichtig es ist, gute Freunde zu haben und nicht nur die guten Zeiten zu genießen, sondern auch gemeinsam Probleme zu meistern. Diese „unerwartete“ Begegnung ist der Schlüssel zur Veränderung von Einstellungen und bestenfalls Verhalten.

Unterstützt wird das Schulprojekt durch jugendgerechte Materialien und Medien: Krisen-Auswegweiser und Seelen-Fitmacher im Pocket-Guide-Format, die DVD „...und Du so?“, die Wanderausstellung „Wie geht’s?“ und die Internetplattform www.verrueckt-na-und.de.

Gesellschaftliche Wirkung: Das Projekt beugt vor und hilft heilen

„Verrückt? Na und!“ wirkt dreifach. Das Projekt hilft, psychische Krisen vorzubeugen. Es macht jungen Menschen Mut, aufeinander zuzugehen und offener miteinander zu reden – auch über ernste und traurige Themen. Und es fördert die Gesundung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

Die Wirksamkeit wurde in verschiedenen Evaluationen 2001, 2006 und 2011 durch das Institut für

Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health der Universität Leipzig belegt.

Die Jugendlichen nehmen ihre eigenen Stärken und Ressourcen, ihre Ängste, Vorurteile und Vorbehalte besser wahr und lernen, sie zu verstehen. Sie erfahren, wo sie Hilfe finden und wie sie Freunde und Schulkameraden unterstützen können. Indem auch die Lehrer in die Gesprächsrunden einbezogen werden, schärfen sich ihre Antennen für die Befindlichkeiten der Schüler und sie können leichter ein gutes Klassenklima schaffen. Mit ausgereifter Strategie und belegter Wirkung hilft das Schulprojekt präventiv und gesundheitsfördernd – eine wertvolle Kombination, die Schule macht und ein guter Ausgangspunkt für umfassendere und regelmäßige Präventionsmaßnahmen in der Schule und in der Kommune ist.

Unser Angebot

Die positiven Effekte der Evaluation sprechen für einen zügigen Ausbau des Angebotes durch die Gründung neuer Regionalgruppen. Langfristig soll in jedem Landkreis und jeder kreisfreien Stadt eine „Verrückt? Na und!“-Regionalgruppe entstehen. Träger können sein: Wohlfahrtsverbände, Vereine, kommunale Einrichtungen oder Unternehmen (z.B. Kliniken).

Dafür bietet Irrsinnig Menschlich an: Ausbildung von Moderatoren und „Experten in eigener Sache“, Fortbildungen von Lehrkräften und Fachkräften, Ausbildung und Einsatz von Schulcoaches, Netzwerkarbeit, Austausch über Best-Practice-Erfahrungen, Produktion und Einsatz von Informationsmaterialien.

Ihr Nutzen

Mit „Verrückt? Na und!“ erhalten Sie ein einfaches und machbares Programm, das in verschiedene Richtungen der gemeindepsychiatrischen Versorgung, Jugendhilfe, Erziehung und Bildung ausbaufähig und mit anderen regionalen Aktivitäten kombinierbar ist (z.B. Präventionsketten, „Kinder psychisch kranker Eltern“, Lehrerfortbildungen ...). Dadurch bereichern Sie Ihre Angebote und qualifizieren Ihre Fachkräfte. Sie beteiligen sich zukunftsweisend an der Verhütung psychischer Erkrankungen und an der Förderung psychischer Gesundheit von Heranwachsenden. Sie helfen langfristig menschliches Leid zu verringern, Inklusion zu fördern und enorme gesellschaftliche Kosten zu reduzieren.

Kontakt

E-Mail: m.richter-werling@irrsinnig-menschlich.de
www.irrsinnig-menschlich.de
www.verrueckt-na-und.de



Quellen

Karow, A. et al. (2013): Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von „Early Intervention Services“. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 81. Verlag Georg Thieme, Stuttgart, New York, 628-638.

Lambert, M. et al. (2013): Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen – Teil1: Häufigkeit, Störungspersistenz, Belastungsfaktoren, Service-Inanspruchnahme und Behandlungsverzögerung mit Konsequenzen. In: Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie 81. Verlag Georg Thieme, Stuttgart, New York, 614-627.

Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 50, 871-878.

Schomerus, G., Angermeyer M. C. (2013): Psychiatrie – endlich entstigmatisiert? Psychiatrische Praxis 40(02), 59-61.

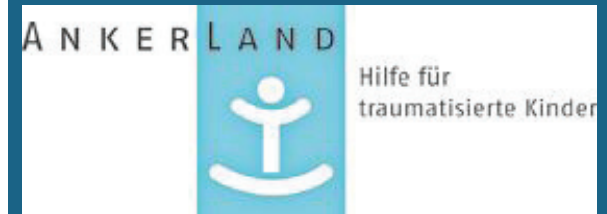
Scott, St., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001): Financial cost of social exclusion: Follow up study of antisocial children into adulthood. British Medical Journal 323(7306), 191-194.

Wittchen, H.-U. et al (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology, 21(9), 655-679.

WHO fordert stärkeren Fokus auf die Gesundheit von Jugendlichen. Pressemitteilung 14. Mai 2014. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/en/> Zugriff 20.05.2014.

Über Ankerland e.V.

*Dr. med. Andreas Krüger, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Vorstand Ankerland e.V., Ärztl. Leiter / Ärztl. Leiter des Instituts für Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters (IPKJ)
Ilse Hüttner, Vorstand Ankerland e. V., Leiterin Trauma-Info-Telefon*



Eine schwere Traumatisierung kann jedes Kind treffen: Verkehrsunfall, Gewalt auf dem Schulweg, Missbrauch, häusliche Gewalt oder Flutkatastrophen – tausend Möglichkeiten, dass die Seele bricht! Die Kosten einer unversorgten seelischen Schwereverletzung bei Kindern und Jugendlichen – das verlorene Lebensglück des Individuums sowie die Folgen für die Gesamtgesellschaft durch mögliche Verhaltensmuster von Unterdrückung und Gewalt – sind enorm hoch. In Hamburg sowie in ganz Deutschland müssen nach wie vor viele psychisch traumatisierte Kinder und Jugendliche auf eine Therapie warten, da es an Kapazitäten mangelt.

Ankerland hat sich zum Ziel gesetzt, diese Versorgungslücken zu schließen und ein Therapiezentrum aufzubauen, das die Möglichkeiten für eine optimale multiprofessionelle Versorgung traumatisierter Kinder und junger Menschen dauerhaft und in ausreichendem Umfang ermöglicht. Über das Trauma-Info-Telefon erhalten Betroffene und Mitarbeiter von Institutionen seit 2010 gezielt Adressen von Therapieeinrichtungen und weiterführenden Hilfen. Darüber hinaus informiert der Verein durch Öffentlichkeitsarbeit zum Thema alle privaten und öffentlichen Personenkreise und betreibt damit wichtige Aufklärungsarbeit.

Die psychische Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen ist ein bisher unzureichend beachtetes klinisches Problem. Die Kinder werden, fachlich unzureichend, im bestehenden Versorgungsangebot mitversorgt – ohne störungsspezifische Therapieangebote. Es bestehen lange Wartezeiten auf spezifische vollstationäre Therapieangebote in wenigen, zumeist überregionalen Einrichtungen, distanzbedingt ohne optimale Integration des Umfeldes der Patienten. Ein Langzeitmodus mit intensiver Integration des sozialen Umfeldes ist nicht möglich. Ein intensiviertes ambulantes Therapieangebot im Sinne einer multiprofessionellen traumatherapeutischen Behandlung durch Ärzte,

Psycho-, Physio- und Kreativtherapeuten sowie Pädagogen unter Einbeziehung des jeweiligen sozialen Umfeldes für schwer beeinträchtigte Kinder und Jugendliche mit Psychotrauma-Folgestörungen gibt es in Hamburg bislang nicht. Eine besondere Herausforderung stellen bei der Versorgung Kinder mit chronisch-komplexen Trauma-Folgestörungen dar (van der Kolk, 2005).

Die Prävalenzrate der Bremer Jugendstudie für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Kindes- und Jugendalter ergibt, auf die Stadt Hamburg angewendet, eine absolute Zahl von über 4000 Kindern und Jugendlichen, die in der Hansestadt an einer PTBS leiden (Essau et al., 1999). Bei der genannten Studie sind chronisch-komplexe Störungsbilder nicht explizit erfasst worden, stellen aber eine weitere Gruppe von behandlungsbedürftigen Patienten dar. Landolt fand bei 4,2 % der Jugendlichen in einer repräsentativen Stichprobe die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Landolt et al., 2013). Viele der identifizierten Kindern und Jugendlichen finden sich schon in frühen Jahren im sozialen Abseits (Baumhauer et al., 2007; van der Kolk, 2005 ebd., 2009).

Dr. med. Andreas Krüger, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Initiator von Ankerland, hat nach jahrelanger Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen, u. a. als Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, wo er die Trauma-Ambulanz für Kinder und Jugendliche mit aufbaute und leitete, ein schlüssiges und erfolgreiches Versorgungs- und Behandlungskonzept für das Therapiezentrum entwickelt: für die ärztliche Behandlung, die Begleitung und Beratung der Familien sowie die Vernetzung beteiligter Berufsgruppen.

Therapiezentrum

Das Konzept der geplanten ambulanten Behandlungseinheit wendet sich mit einem speziell auf Trauma-Folgestörungen ausgerichteten Intensiv-Behandlungskonzept an betroffene Kinder ab zwei Jahren, Jugendliche, junge Erwachsene bis 21 Jahren und ihre Familien.

Kernteam des Behandlungszentrums sollen approbierte Kinder- und Jugendtherapeuten bzw. fachärztlich ausgebildete Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sein. Ergänzt wird das Angebot durch intensive, vor allem einzeltherapeutische Behandlungen wie Kunst-, Musik- sowie Körper- und Physiotherapie.

Die Versorgungseinheit bietet ein innovatives, integratives, am Alltagsleben des Patienten und seines sozialen Umfeldes orientiertes Behandlungskonzept, welches sich am PITT-KID-Verfahren orientiert. Dieses wird als Variante für erwachsene Patienten bereits jahrelang ambulant und stationär im Erwachsenenbereich angewendet. Das Konzept wurde für Kinder und Jugendliche zum ressourcenorientierten PITT-KID-Verfahren weiterentwickelt. Die Wirksamkeit des Verfahrens ist klinisch erwiesen. Im vollstationären Bereich wurde es für Erwachsene erfolgreich evaluiert (Lampe et al. 2008).

In der professionellen Umgebung der Hansestadt wurde, auch durch die bisherigen Aktivitäten von Ankerland, ein besonderes Problembewusstsein für psychisch traumatisierte Kinder und Jugendliche etabliert, das den idealen Boden für den Aufbau des Behandlungszentrums darstellt, um in besonders konstruktiver Kooperation mit z. B. Schulbehörde, Jugendämtern, Jugendhilfeträgern, Polizei, Rettungswesen u. a. effizient zu arbeiten.

Ankerland reagiert mit seinem intensivtherapeutischen Versorgungsangebot auf eine wachsende Zahl psychisch schwer traumatisierter junger Menschen. Diese haben im Rahmen der bestehenden Versorgungssituation bisher keine ausreichend störungsspezifisch-ganzheitliche psychotherapeutische Behandlung erfahren. Im ambulanten Bereich stoßen die Behandler zudem aufgrund der, gelegentlich auch akuten, komplexen sozialpsychiatrischen Aufgabenstellungen und der Notwendigkeit einer hohen Behandlungsdichte bei einem ganzheitlichen Behandlungsansatz an die Grenzen ihrer Kapazität und ihres Versorgungsauftrages. Vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken haben aufgrund der umfassenden Aufnahmeverpflichtung wenig Möglichkeiten, das Team

konsequent auf eine spezifische Behandlung dieser Gruppe von Patienten zu konzentrieren. Durch die Bereitstellung eines hoch qualifizierten Kernteams sowie einer Ergänzung des Therapieangebotes durch z. B. kreativtherapeutische Verfahren kann das Team auch schwierigen Patienten, z. B. aus dem Bereich der stationären Jugendhilfe, kompetent und leistungsstark begegnen.

Ein wichtiges Ziel ist es, dass das Kind zum einen in seinem schützenden, stabilisierenden und unterstützenden Umfeld und Beziehungsgefüge verbleibt – dort anfänglich immer wieder mit sich und im sozialen Kontext scheitert, sich aber zunehmend durch die begleitende integrative Versorgung stabilisiert und Kompetenzen entwickelt.

Dabei wird eine ambulante Behandlung im Falle einer akuten Traumatisierung in einem Zeitraum zwischen Wochen und Monaten, bei einer chronisch-komplexen Traumatisierung bis hin zu Jahren verlaufen. Veränderungsprozesse sind sowohl bei komplexen also auch bei „einfachen“ Trauma-Folgestörungen der klinischen Erfahrung nach nicht regelmäßig schnell zu erwarten und unterliegen dem intensiven, konstruktiven, heilungsorientierten Wechselspiel – zwischen Therapeut, Patient und sozialem Umfeld in den verschiedenen Bereichen – diesem Sachverhalt wird durch das Konzept Rechnung getragen.

Zu Beginn der Behandlung, nach Prüfung der Indikation, werden nach einer intensiven, fundierten Diagnostik grundlegende Inhalte der traumapsychologischen Psychoedukation eingeführt und so zwischen Patient, sozialem Umfeld und Klinik eine „gemeinsame Sprache“ für die trauma-assoziierte Symptomatik im psychischen und sozialen Rahmen erarbeitet, welche die Grundlage für die zukünftige Kooperation und den Heilungsprozess sein wird. Die Behandlungsdauer im Therapiezentrum ist sehr wesentlich von der Hilfeplanung abhängig: Ist z.B. die soziale Einbindung, der Schutz des Kindeswohles, die Wohnsituation gesichert bzw. wie muss sie gestaltet/gesichert werden?

Das geschilderte Therapieangebot versteht sich als ein Teil eines Netzwerkes, in dem sich die verschiedenen Angebote gegenseitig bedingen, zuarbeiten und sich aufeinander abstimmen.

Behandlungsziele und Vorteile des Konzepts

- » nach Möglichkeit zeitnahe ambulante Intensivbehandlung von Patienten, auch mit chronisch-komplexen Trauma-Folgestörungen, welche durch stationäre Einrichtungen nur zeitlich begrenzt, durch das Setting oft regressionsfördernd sowie unzureichend störungsspezifisch-ganzheitlich versorgt werden können und somit nicht selten zu „Drehtürpatienten“ (High-Frequent-Usern) werden
- » Behandlung von Patienten, die im regulären ambulanten Bereich eine oft immer noch unspezifische und zu geringe Behandlungsdichte erhalten
- » spezifische Behandlung von direkt und mittelbar sich entwickelnden psychischen/emotionalen, sozialen und kognitiven Störungszeichen von Trauma-Folgestörungen
- » Verminderung von Hospitalisierung
- » Erhalt und Stabilisierung der alltäglichen Lebenssituation und aktive Förderung der Autonomie
- » gezielte Einbeziehung relevanter Bezugspersonen aus dem sozialen Umfeld in die therapeutischen Bemühungen im Sinne der Integration des Patienten, des effizienten Umgangs mit den personellen Ressourcen der Behandlungseinrichtung und somit der Optimierung der Behandlungseffizienz
- » Die Option einer Langzeittherapie wird zur nachhaltigen Gesundheit beitragen und somit der Prävention von Chronifizierungen von Trauma-Folgestörungen, massiven umfassenden Entwicklungsstörungen, der Entwicklung von Komorbiditäten, u. a. (psycho-)somatischer Krankheiten dienen.
- » Ein adäquates Schnittstellenmanagement sorgt für eine langfristig geplante und gezielte Fortführung notwendiger stationärer, rehabilitativer und anderer Maßnahmen.
- » Kostenträger werden nachhaltig hinsichtlich weiterer Kosten durch fortlaufende Chronifizierungen und weitere Krankheitsfolgen entlastet (Felitti et al., 1998, 2010; Habetha et al., 2012).

Hilfe und Information

Neben dem Betrieb des Trauma-Info-Telefons (Informationen siehe Workshop S. 17) setzt sich Ankerland für eine kontinuierliche Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit zum Thema „Entstehung und Therapie von Traumata bei Kindern und Jugendlichen“ ein. Dazu gehören Pressearbeit, Publikationen, Vorträge/Seminare und Fachtagungen. Mit den TraumaTagen initiiert und veranstaltet Ankerland seit 2011 eine alle zwei Jahre stattfindende Fachtagung, die von der Ärzte- und Psychotherapeutenkammer akkreditiert ist und darüber hinaus eine in Deutschland wohl einzigartige Informations- und Diskussionsplattform darstellt, die nicht nur Fachpublikum anspricht, sondern auch Betroffene, alle Berufsgruppen, die mit Kindern arbeiten sowie die allgemeine Öffentlichkeit informiert (www.ankerland.org/aktivitaeten/traumatage).

Schulungen und Seminare

Die Behandlungskonzepte von Traumapatienten und ihrem sozialen Umfeld werden ständig weiterentwickelt. Aus diesem Grund fördert Ankerland intensiv die Ausbildung, Anleitung und Supervision von Therapeuten.

Zusätzliche werden Kompaktworkshops und Seminare in allgemein verständlicher Sprache für Mitarbeiter von Berufsgruppen, die keinen therapeutischen Auftrag haben, aber auch für Betroffene und alle am Thema Interessierten angeboten. Hierbei wird ein grundlegender Einblick in das Thema der Psychotraumatologie vermittelt. Denn Grundwissen über Traumata sollte Allgemeingut werden – so wie jeder einen Erste-Hilfe-Kurs absolviert haben sollte.

Ankerland kooperiert dabei eng mit dem Institut für Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters (www.ipkj.de) in Hamburg.

Literatur

Baumhauer, K., Brüggemann, A., Schwab, R., Romer, G., Krüger, A. (2007). Besonderheiten posttraumatischer Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen. ZPPM.

Essau, C. A., Conradt, J., Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 27, 37-45.

Felitti, V.J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 14 (4), 245-258.

Felitti, V. J., Anda, R. F. (2010). The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Medical Disease, Psychiatric Disorders, and Sexual Behavior: Implications for Healthcare. In: Lanius, R. A., Vermetten, E., Pain, C. (Hrsg.) *The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease*. New York: Cambridge University Press: 77-87
Kolk, B. A. van der (2005). Developmental Trauma Disorder. A new, rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatr Ann* 5, 401-408.

Krüger, A., Reddemann, L. (2007). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KID. Das Manual*. Klett-Cotta: Stuttgart.

Krüger, A- (2001). *Powerbook. Erste Hilfe für die Seele. Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen*. Elbe & Krueger Verlag: Hamburg.

Lampe, A., Mitmansgruber, H., Gast, U., Schüssler, G., Reddemann, L. (2008). Therapieevaluation der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) im stationären Setting. *Neuropsychiatrie*, 22, 3/2008, S. 189-197.

Landolt, M.A., Schnyder, U., Maier, T., Schoenbucher, V. & Mohler-Kuo, M. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: a national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*; 4/2013, 26, S. 1-8.

Im Landesjugendpfarramt können Materialien aus dem Referat Arbeit mit Mädchen, Kindern und Konfirmanden/Gender bestellt und käuflich erworben werden.



Materialheft zum Fachtag „Häusliche Gewalt“ am 11. März 2010 in Leipzig

Die Fachtagung am 11. März 2010 mit dem Titel: „Bitte hört, was ich nicht sage...“ – Häusliche Gewalt an Mädchen, Spätfolgen, Bewältigung und Wege zurück in das Leben wurde vom Ev.- Luth. Landesjugendpfarramt Sachsens und der BAG Evangelische Jugendsozialarbeit e.V. durchgeführt. Das Anliegen der Tagung war es, über Spätfolgen häuslicher Gewalt bei Kindern und Jugendlichen, besonders auch bei Mädchen und jungen Frauen, zu informieren, darüber hinaus aber auch an Ressourcen der Betroffenen anzuknüpfen und Möglichkeiten der Orientierung und Hilfen aufzuzeigen. Hauptreferentinnen waren Prof. Dr. Barbara Kavemann, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut Freiburg SoFFI und Dr. med. Ulrike Pfeiffer, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie in Leipzig.

Einzelheft: 5,00 € zzgl. Versandkosten



Materialheft zum Fachtag „Sexualisierte Gewalt“ am 30. Mai 2011 in Leipzig

„Auswirkungen von sexualisierter Gewalt auf Kinder und Jugendliche und notwendige Konsequenzen“ war das Thema des Fachtages 2011. Er fand in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit e.V., BAG EJSA, statt. Hauptreferentinnen waren Frau Elisabeth Helming, Dipl.-Soziologin, Deutsches Jugendinstitut München; Dr. Catarina Katzer, Bündnis für Cybermobbing.

Einzelheft: 5,00 € zzgl. Versandkosten



Materialheft zur Fachtagung „Kinder als Zeugen häuslicher Gewalt“ am 4. März 2013 in Leipzig

Für Kinder und Jugendliche ist das Miterleben häuslicher Gewalt oft mit großer Angst, Hilflosigkeit und enormen Loyalitätskonflikten verbunden. Der Fachtag mit dem Untertitel „Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe“ hat Möglichkeiten einer bedarfsgerechten Unterstützung betroffener Kinder und Jugendlicher aufgezeigt und ist darauf eingegangen, wie Eltern nach einer Trennung aus einer gewaltgeprägten Beziehung in ihrer Erziehungsfähigkeit unterstützt werden können bzw. sogar unterstützt werden müssen. Im 2. Teil des Fachtages wurden Möglichkeiten der Resilienzförderung bei Kindern aus belasteten Familien vorgestellt. Hauptreferenten waren Alexander Korittko, Dipl.-Sozialarbeiter, Systemischer Lehrtherapeut und Supervisor (DGSF) und Sibylle Fischer, Pädagogin der Kindheit (BA), Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Ev. Hochschule Freiburg. Die Veranstaltung fand in Kooperation mit Gabi Eßbach, Koordinierungs- und Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking (KIS) Leipzig, statt.

Einzelheft: 5,00 € zzgl. Versandkosten



Spiegelbilder/Spiegelblicke

Chancen gelingender Kooperationen im Themenbereich Gewaltprävention. Gewalt gegen Mädchen und Frauen ist ein grenzüberschreitendes Problem. Deshalb haben Mitarbeiterinnen aus Frankreich, Israel, Litauen, der Slowakei und Sachsen ihre Erfahrungen ausgetauscht und nach neuen Wegen gesucht, Mädchen zu helfen, die Opfer sexueller und häuslicher Gewalt geworden sind. Unter der Leitung von Heike Siebert und in Zusammenarbeit mit der Künstlerin Verena Landau wurden neue Methoden entwickelt mit dem einen Ziel, die Verletzungen der Seele ohne Worte ausdrücken zu können. Das Ergebnis wird in diesem Bildband eindrucksvoll dokumentiert. Das Wortspiel „Spiegelbilder“ hin zu „Spiegelblicken“ zeigt auf, wie sich Bilder und unser Blick auf Ereignisse verändern. Es hilft den Multiplikatoren und Multiplikatorinnen einen Prozess zu verstehen und den Blick zu schärfen.

Schutzgebühr: 5,00 € zzgl. Versandkosten



Arbeitshilfe zur Prävention und zum Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexueller Gewalt

„Auf dich vertrau ich...“

Die Arbeitshilfe beinhaltet neben grundlegenden Basisinformationen zu sexualisierter Gewalt und Hinweisen zu Präventionsmaßnahmen einen umfangreichen Praxisteil mit Methodenbausteinen, Übungen und Spiele zum Schutz vor sexueller Gewalt.

Einzelheft: 3,00 € zzgl. Versandkosten.



Verhaltenskodex der Ev. Jugend Sachsens „Auf dich vertrau ich“

Der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Gefährdungen für ihr Wohl ist gemeinsames Anliegen aller in der Arbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien beschäftigten haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Transparente Strukturen und die Thematisierung sind der beste Schutz, missbräuchliches Verhalten in unserer Arbeit zu verhindern. Deshalb wurde dieser Verhaltenskodex entwickelt. Der Kodex wurde durch die Landesjugendkammer, das oberste Gremium der Evangelischen Jugend in Sachsen, beschlossen. Er soll auf allen Ebenen der Evangelischen Kinder- und Jugendarbeit in Sachsen umgesetzt werden und ist für die dort tätigen hauptamtlich und ehrenamtlich Mitarbeitenden verpflichtend.

kostenfrei erhältlich

Alle Materialien zu bestellen unter www.evjusa.de / Bestellcenter

Impressum

Herausgeber:

Ev.-Luth. Landesjugendpfarramt Sachsens
Caspar-David-Friedrich-Straße 5
01219 Dresden
Tel.: 0351 4692-410
Fax: 0351 4692-430
E-Mail: Heike.Siebert@evlks.de

Konzeption:

Heike Siebert (Ev.-Luth. Landesjugendpfarramt Sachsens)
Gabi Eßbach (Koordinierungs- und Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking (KIS) Leipzig)

Redaktion:

Heike Siebert (Ev.-Luth. Landesjugendpfarramt Sachsens)
Maryna Habora (M.Sc. Rehabilitationspsychologin)

Fotos:

Titelfoto: ovokuro / photocase.com
S. 5: Ev. Luth. Landesjugendpfarramt Sachsens
Alle anderen Fotos: privat

Layout:

Christiane Thomas (Ev.-Luth. Landesjugendpfarramt Sachsens)

Kooperationspartnerschaft mit:

Gabi Eßbach – Koordinierungs- und Interventionsstelle gegen häusliche Gewalt und Stalking (KIS) Leipzig

Gefördert durch den Freistaat Sachsen - Kommunalen Sozialverband Sachsen

Dresden, August 2014



Evangelische Jugend in Sachsen
Landesjugendpfarramt

Ev.-Luth. Landesjugendpfarramt Sachsens

Caspar-David-Friedrich-Straße 5
01219 Dresden

Tel.: 0351 4692-410

Fax: 0351 4692-430

E-Mail: landesjugendpfarramt@evlks.de

www.evjusa.de