



Christiane Hofbauer

# Kinder mit Fluchterfahrung in der Kita

Leitfaden für die pädagogische Praxis

**HERDER**



Christiane Hofbauer  
**Kinder mit Fluchterfahrung in der Kita**

Christiane Hofbauer

# Kinder mit Fluchterfahrung in der Kita

Leitfaden für die pädagogische Praxis



FREIBURG · BASEL · WIEN



2., ergänzte Auflage 2017

© Verlag Herder GmbH, Freiburg im Breisgau 2016

Alle Rechte vorbehalten

[www.herder.de](http://www.herder.de)

Umschlagkonzeption und -gestaltung:

SchwarzwaldMädel, Simonswald

Coverabbildung: Johanna O'Byrne

Autorinnenfoto: © Sophia Hautmann

Fotos im Innenteil: © Hartmut W. Schmidt, Freiburg

Satz und Gestaltung: Hauptsatz Susanne Lomer, Freiburg

Herstellung: Graspö CZ, Zlín

Printed in the Czech Republic

ISBN 978-3-451-34934-8

ISBN E-Book (PDF) 978-3-451-80862-3

# Inhalt

Einleitung .....	8
------------------	---

## 1 Rechtliche Grundlagen

1.1 Wer ist Flüchtling?.....	11
1.2 Rechtlich definierte Gruppen von Flüchtlingen .....	13
1.3 Aufenthaltsdauer, Wohnen und Bewegungsfreiheit.....	17
1.4 Arbeit, Sozial- und Familienleistungen.....	19
1.5 Medizinische Versorgung .....	21
1.6 Integrationskurse.....	21
1.7 Zugang zu Kita und Schule & Leistungen für Teilhabe und Bildung .....	22
1.8 Folgen für die Kita .....	25

## 2 Auf der Flucht

2.1 Flucht und Flüchtlinge weltweit.....	27
2.2 Fluchtgründe.....	28
2.3 Fluchtrouten nach Europa.....	29
2.4 Erfahrungen auf der Flucht .....	29
2.5 Folgen für die Kita .....	31

## 3 Lebensbedingungen in Deutschland

3.1 Von Kindern und Jugendlichen genannte Belastungsfaktoren .....	34
3.2 Die Wohnsituation .....	35
3.3 Unsicherer Aufenthaltsstatus .....	39
3.4 Familiäre Situation .....	40
3.5 Folgen für die Kita .....	41

## 4 Gesundheitszustand und Infektionsgefahr

4.1 Gesundheitscheck bei der Ankunft .....	45
4.2 Auftretende Krankheiten .....	46
4.3 Meldepflichtige Infektionskrankheiten .....	46
4.4 Weitere ansteckende Krankheiten .....	48

4.5	Schutz vor Ansteckung .....	49
4.6	Gesundheitszustand der Kinder bei Ankunft.....	49
4.7	Gesundheit von Kindern mit Migrationshintergrund.....	50
4.8	Folgen für die Kita .....	51

## 5 Traumatisierung und ihre Folgen

5.1	Traumafolgestörungen .....	55
5.2	Entstehung von Traumatisierungen .....	57
5.3	Schutz- und Risikofaktoren.....	59
5.4	Posttraumatische Belastungs- oder Folgestörung bei Kindern .....	60
5.5	Therapeutische Hilfe.....	65
5.6	Traumapädagogik .....	72
5.7	Folgen für die Kita .....	75

## 6 Sprachliche Hürden und Ressourcen

6.1	Basis Beziehung.....	78
6.2	Der Erwerb einer zweiten oder weiteren Sprache .....	80
6.3	Sprachförderung in der Kita .....	84
6.4	Alltagsintegrierte Sprachförderung I – Mündliche Kompetenzen.....	85
6.5	Alltagsintegrierte Sprachförderung II – Literacy .....	88
6.6	Bildungs- und Erziehungspartnerschaft mit Eltern, die kein oder kaum Deutsch sprechen.....	90

## 7 Kulturelle Hürden und Ressourcen

7.1	Was ist Kultur? .....	96
7.2	Kulturelle Barrieren.....	98
7.3	Pädagogische Ansätze zu (kultureller) Vielfalt .....	99
7.4	Repräsentation unterschiedlicher Lebenswelten in der Kita.....	104
7.5	Kulturelle Hürden bei der Zusammenarbeit mit Eltern .....	106

## 8 Unterstützung für Kitas durch Vernetzung

8.1 Behörden .....	110
8.2 Migrations- und Flüchtlingsberatung.....	111
8.3 Ehrenamtliche.....	113
8.4 Organisationen für Flüchtlinge.....	113
Literaturverzeichnis .....	115
Über die Autorin .....	121



## 5. Traumatisierung und ihre Folgen



## In diesem Kapitel erfahren Sie

- **Grundlegendes zu Traumatisierungen und Folgestörungen bei Kindern mit Fluchterfahrungen**
- **was unter Traumapädagogik zu verstehen ist und welche Arbeitshilfen sie bietet**
- **dass sich viele traumapädagogische Grundsätze direkt oder indirekt in den Bildungsplänen und -leitlinien wiederfinden**
- **wo Kitas Beratung und Fortbildung zum Thema »Trauma« finden können**

Auch die psychische Gesundheit der Kinder mit Fluchterfahrung beschäftigt die pädagogischen Fachkräfte: Wie viele der Kinder sind traumatisiert? Woran ist das zu erkennen? Wie kann man damit in der Kita umgehen? Und wohin kann man sich um Hilfe wenden?

Eines ist klar: Pädagogische Fachkräfte sind keine Expertinnen und Experten für Trauma. Sie sind nicht dafür zuständig, Traumafolgestörungen zu diagnostizieren oder zu therapieren. Andererseits haben Erzieherinnen und Erzieher manchmal mit traumatisierten Kindern zu tun und sollten daher sensibel für die Anzeichen von Traumafolgestörungen sein und eine Vorstellung davon haben, welche Unterstützungsmöglichkeiten es gibt.

So wird in diesem Kapitel zwar ein Überblick über Traumatisierungen, Folgestörungen und basale Grundlagen der Traumapädagogik gegeben; es folgen aber keine konkreten Angaben, wie mit Kindern mit Traumafolgestörungen umgegangen werden soll. Interessierten sei empfohlen, sich in Bezug auf Fortbildungen und Beratung an die sozialpsychiatrischen Zentren (siehe Kapitel 5.5) oder an eines der in der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik zusammengeschlossenen Institute ([www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/institute.html](http://www.bag-traumapaedagogik.de/index.php/institute.html)) zu wenden.

## 5.1 Traumafolgestörungen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) heraus, die von Ärzten weltweit genutzt wird, um Krankheiten zu diagnostizieren. In der augenblicklich geltenden Version, der ICD-10, findet sich unter »Kapitel V. Psychische und Verhaltens-

störungen« die Diagnose »F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen«. Die dort genannten Störungen sind grundsätzlich auf traumatische Erlebnisse zurückzuführen. Dazu gehören die akute Belastungsstörung (eine Störung, die direkt nach dem Ereignis auftritt und innerhalb kurzer Zeit wieder abklingt), die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie Anpassungsstörungen. Daneben gibt es weitere Störungen, die auf Traumata zurückzuführen sind, aber auch andere Ursachen haben können, wie zum Beispiel Angststörungen, auf die im Folgenden nicht näher eingegangen werden kann.

## Traumafolgestörungen bei Kindern mit Fluchterfahrungen

Zu Traumafolgestörungen bei Kindern mit Fluchterfahrungen gibt es einige Untersuchungen, die jedoch teilweise zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Das liegt vermutlich zum einen daran, dass unterschiedliche Kriterien zur Feststellung psychischer Störungen herangezogen bzw. nur bestimmte Störungen einbezogen wurden. Zum anderen beziehen sich die Studien teilweise auf bestimmte Kindergruppen – zum Beispiel auf Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem Balkan –, die je nach Situation im Herkunftsland unterschiedlich viele und gravierende, potenziell traumatisierende Erlebnisse hinter sich haben.

Martina Ruf, Maggie Schauer und Thomas Elbert (2010) versuchten, psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrungen systematisch zu erfassen, indem sie 101 Kinder im Alter von 7 bis 16 Jahren untersucht haben, die mit ihren Familien in baden-württembergischen Gemeinschaftsunterkünften lebten. 78 Prozent der Kinder hatten mindestens ein traumatisches Ereignis erlebt. 20 Prozent wiesen eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) auf – im Vergleich zu 1,2 Prozent der Kinder aus der inländischen Bevölkerung. Auch andere psychische Störungen waren zu beobachten, wobei sich hier in der Häufigkeit keine Unterschiede im Vergleich zu Kindern ohne Fluchterfahrungen zeigten. Auf ähnliche Zahlen kommen Maria Gravranidou und Kolleginnen (2008): In dieser Studie berichteten 60 Prozent der Kinder von mindestens einem traumatischen Erlebnis, und 16 Prozent der Kinder zeigten deutliche Symptome einer PTBS. In einer noch nicht veröffentlichten Studie, in der rund 100 syrische Kinder und Jugendliche in Erstaufnahmeeinrichtungen in München untersucht wurden, wiesen 22,3 Prozent der Kinder eine PTBS und 16,3 Prozent eine Anpassungsstörung auf (Mall 2015).

## 5.2 Entstehung von Traumatisierungen

Eine Traumatisierung kann dann entstehen, wenn Menschen extrem belastenden Ereignissen ausgesetzt sind. In solchen Situationen werden zwei angeborene Verhaltensmuster, nämlich der Flucht- und der Kampfflex, aktiviert: Gibt es keine Möglichkeit zu einer der beiden Reaktionen, so fühlen sich die Betroffenen ohnmächtig und der Situation völlig ausgeliefert. Das führt zu einem Schockzustand, der sie erstarren lässt.

Das Bewusstsein kann dann inneres und äußeres Erleben nicht mehr in einen sinnvollen Zusammenhang bringen. Es findet eine Flucht nach »innen« statt, und die Betroffenen distanzieren sich vom Erlebten. Die Situation wird nicht in die Biografie und ins Gedächtnis assoziiert, sondern vom eigenen Erleben abgespalten = dissoziiert. Betroffene berichten zum Teil, dass sie die Situation als »Beobachter« außerhalb ihres Körpers wahrgenommen hätten. Gleichzeitig wird das Erlebte in einzelne Fragmente aufgesplittert: Die Situation wird nicht zusammenhängend wahrgenommen und erinnert, sondern einzelne Sinneseindrücke und kognitive wie emotionale Aspekte werden als Fragmente abgespeichert. Dadurch ergibt das Erlebte keine erzählbare, logisch nachvollziehbare Einheit mehr. Das führt auch dazu, dass das Erlebnis oft in unterschiedlicher Weise erzählt wird – nicht, weil die Betroffenen lügen oder etwas vermeiden wollen, sondern weil die Erinnerung lückenhaft ist und aus den Fragmenten konstruiert werden muss. Zur Heilung müssen diese Fragmente wieder zu einer sinnvollen Einheit zusammengesetzt und in die eigene Biografie integriert werden.

Traumatische Erfahrungen führen nicht automatisch dazu, dass längerfristig psychische Auffälligkeiten auftreten. Manche der Betroffenen schaffen es, die Erlebnisse zu verarbeiten und in ihr Selbstbild zu integrieren. Dabei spielen mehrere Faktoren eine Rolle:

### Trauma-Arten

Erlebt jemand einmalig ein traumatisches Ereignis wie einen Autounfall oder einen Überfall (= ein Monotrauma), so zeigen die Betroffenen anschließend zunächst oft psychische Symptome wie zum Beispiel Schlafstörungen, Angst oder Depressionen, die aber in der Regel nach einigen Monaten abklingen. Hier spricht man von einer »akuten Belastungsstörung«, die normalerweise maximal sechs Monate anhält und nicht behandelt werden muss. Auch eine zeitweilige Anpassungsstörung kann vorkommen, die sich bei Kindern häufig in Form von Störungen des Sozialverhaltens bzw. Regressionen zeigt.

Erleben Personen mehrere, voneinander unabhängige traumatische Ereignisse (= ein Multitrauma) – zum Beispiel einen Überfall, später einen Autounfall und dann weitere solcher Situationen –, so wird es mit jeder neuen Situation schwieriger, in die »Normalität« zurückzukehren. Aber auch hier treten bei vergleichsweise vielen Betrof-

fenen keine dauerhaften psychischen Störungen auf; bei einigen kommt es jedoch zu Posttraumatischen Belastungsstörungen.

Höher ist die Wahrscheinlichkeit von Folgestörungen bei sequentiellen Traumata. Hier erleben die Betroffenen mehrfach traumatische Situationen, die miteinander zusammenhängen. Sequentielle Traumatisierungen treten häufig zum Beispiel im Krieg, auf der Flucht oder durch lang dauernde existenzbedrohende Lebensphasen auf. Es ist also davon auszugehen, dass die meisten Flüchtlinge sequentiell traumatisiert sind. Dabei kommt es häufig zu Ängsten, Depressionen, somatoformen Störungen, also körperlichen Symptomen ohne physiologische Ursachen, und Suchtverhalten.

## Trauma und Lebensalter

Zusätzlich spielt das Alter, in dem eine traumatische Erfahrung gemacht wird, eine Rolle: Je älter die Betroffenen sind, desto mehr Erfahrungen mit schwierigen Situationen haben sie bereits. Hier hilft bei der Verarbeitung das Wissen, dass schon andere, belastende Situationen im Leben gemeistert wurden. Die Betroffenen können auf die Strategien, die ihnen in diesen Situationen weitergeholfen haben, zurückgreifen.

Je jünger die Betroffenen sind, desto ungeschützter sind sie den traumatisierenden Erlebnissen ausgesetzt. Sie sind auf die Unterstützung der Bezugspersonen angewiesen. Können diese nicht helfen, so verlieren Kinder bei sequentiellen Traumata das Vertrauen in ihre Umwelt. Die Selbstintegrität und die Bindungssicherheit werden beeinträchtigt und so die Identitätsentwicklung gestört. Umstritten ist, ob diese Form des Traumas nicht als »Entwicklungs-trauma« eigenständig neben den anderen Trauma-Arten aufgeführt werden sollte, da die Auswirkungen noch einmal gravierender und von anderer Qualität sind. So kommt es in diesen Fällen insbesondere zu Dissoziativen Störungen, Depressionen, Suizidalität und PTBS sowie dem erhöhten Risiko einer späteren Persönlichkeitsstörung.

## Exkurs: Dissoziative Störungen

Nach ICD-10 (F44) werden Dissoziative Störungen folgendermaßen definiert: »Das allgemeine Kennzeichen der dissoziativen oder Konversionsstörungen besteht in teilweisem oder völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. [...] Eher chronische Störungen, besonders Lähmungen und Gefühlsstörungen, entwickeln sich, wenn der Beginn mit unlösbaren Problemen oder interpersonalen Schwierigkeiten verbunden ist. [...] Die Möglichkeit eines späteren Auftretens ernsthafter körperlicher oder psychiatrischer Störungen muss immer mitbedacht werden.«

Bei Dissoziativen Störungen werden Empfindungen und Handeln voneinander abgespalten und führen zu Störungen der Erinnerung, des Identitätsbewusstseins oder dem »Kontrollerleben von Körpergefühl und -bewegungen« (Kropp 2014, S. 17). Zum Teil können solche Dissoziationen von den Betroffenen bewusst herbeigeführt werden, um unangenehme Empfindungen auszublenden. Häufig führen Dissoziationen aber dazu, dass »auch positive Wahrnehmungen [...] nicht mehr erlebt und der eigene Körper für das Kind als abgestumpft und abgespalten empfunden werden« (ebd.).

## 5.3 Schutz- und Risikofaktoren

Wenn zwei Personen im selben Alter die gleiche traumatische Erfahrung machen, so bedeutet das nicht, dass beide auch gleich darauf reagieren. Hier wirken sich Schutz- und Risikofaktoren aus, die die Wahrscheinlichkeit von Folgestörungen vermindern oder aber erhöhen. Im Kontext von Kriegs- und Fluchterfahrungen werden häufig folgende Faktoren genannt:

Schutzfaktoren	Risikofaktoren
Unterstützung durch die Familie und/oder das Umfeld	Fehlende soziale Unterstützung
Gesunde Kindheit	Kindheitsbelastungen
Überdurchschnittliche Intelligenz	Intelligenzminderung
Bereits erworbene Kompetenzen und positive Erfahrungen	
Sicheres Beziehungsverhalten	
	Mangelndes Selbstbewusstsein
	Belastende Lebensbedingungen
	Niedriger sozioökonomischer Status
	Psychische Störung der Eltern

Geht man von dieser Liste aus, so zeigt sich, dass bei Kindern mit Fluchterfahrungen die letzten drei Risikofaktoren relativ wahrscheinlich sind. Laut Studien (Ruf, Schauer & Elbert 2010) leiden rund 40 Prozent der erwachsenen Flüchtlinge unter PTBS. Ein niedriger sozioökonomischer Status ist in den ersten Jahren nach der Flucht anzunehmen. Und wie in Kapitel 3 dargestellt wurde, kann davon ausgegangen werden, dass die Lebensbedingungen häufig belastend sind und von den Kindern auch als belastend erfahren werden.

## 5.4 Posttraumatische Belastungs- oder Folgestörung bei Kindern

### Symptome einer PTBS nach ICD-10

Personen mit PTBS weisen ein komplexes Störungsbild auf, wobei im Allgemeinen drei Grundsymptome auftreten: Wiedererleben, Vermeidung und Übererregung. In der ICD-10 werden folgende Symptome aufgeführt:

»Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Albträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten.«

Diese Symptome treten nicht direkt nach dem traumatischen Erlebnis auf, sondern erst nach einigen Wochen oder Monaten, manchmal sogar Jahre später. In der Literatur zu Kindern mit PTBS wird diese Symptomliste der ICD-10 häufig kritisiert, denn Kinder reagieren zum Teil anders als Erwachsene, an denen die Zusammenstellung der Symptome ausgerichtet ist.

### Leitsymptom Übererregung

Die Ursache für Übererregung liegt wohl darin, dass traumatisierte Menschen permanent davon ausgehen, wieder in eine schreckliche Situation kommen zu können und deswegen ständig auf der Hut/auf dem Sprung sind. In Bezug auf das Verhalten von Kindern zählt Krüger (2015, S. 35) folgende Merkmale auf: »... allgemeine Unruhe, es [das Kind] ist motorisch hyperaktiv, zeigt Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, Stimmungsschwankungen, aggressive Impulsdurchbrüche, bis hin zu Gewalttätigkeit.« Zusätzlich merkt Framhein (2009) an, dass Schlafstörungen oft von Ängsten begleitet werden, auch wenn die Kinder keine Albträume haben. Zudem kommt es immer wieder zu Schlafwandeln.

## Leitsymptom Wiedererleben

Betroffene erinnern sich nicht einfach an das Erlebte, sondern sie durchleben, durch Hinweisreize ausgelöst, die traumatisierende Situation oder einzelne Empfindungen der Situation noch einmal. Dabei kommt es immer wieder auch zu Panik und dem Gefühl der Trostlosigkeit sowie körperlichen Symptomen wie Herzrasen und Schweißausbrüchen. Diese Rückerinnerungen helfen nicht bei der Verarbeitung des Erlebten, sondern führen eher zu einer Re-Traumatisierung; sie fühlen sich wie ein Neu-Erleben der Situation an.

Auslöser dieser Erinnerungen können alle Sinneseindrücke sein: Gerüche, Geräusche, Geschmäcker, aber auch andere Empfindungen, die mit der traumatisierenden Situation verbunden sind. Dabei ist den Betroffenen der Zusammenhang oft nicht bewusst; auch die Erinnerung muss nicht die gesamte Situation umfassen, sondern kann nur aus einem Gefühl, einer körperlichen Empfindung oder aber einem einzelnen Bild bestehen. Wiedererinnerungen können auch in Form von Alpträumen auftreten.

Den Wiedererinnerungen werden zwei Funktionen zugesprochen: Zum einen handelt es sich um »Warnsignale«, die dazu führen sollen, dass der Betroffene nicht wieder in eine ähnliche Situation gerät (wie nach einer Lebensmittelvergiftung schon der Geruch der damals verzehrten Speisen Bauchweh oder Würgereiz auslösen kann). Zum anderen wird damit (wie bei physischen Verletzungen durch Schmerz) eine psychische Verletzung angezeigt, die behandelt werden sollte.

Auch hier kommt es bei Kindern zu anderen Symptomen als bei Erwachsenen. Bei jüngeren Kindern zeigt sich Wiedererinnern oft dadurch, dass sie das Erlebte häufig nachspielen. Das wiedererinnernde Spiel von Kindern mit Fluchterfahrungen beschreibt Framhein (2009) folgendermaßen: »[...] typisch ist das repetitive Spiel [...]: meist chaotische Kampfscenen, jeder gegen jeden, es gibt weder Strukturen noch Gewinner, emotionale Entlastung ist nicht spürbar, sondern es wirkt wie ein unfassbares, nicht enden wollendes Überwältigtsein [...]« (Kapitel 4.2.2). Krüger (2015) stellt fest: »Typisch sind dann auch die Schilderungen von Abwesenheit, Starre, leerem Blick bei diesen Kindern« (S. 39).

Kinder reagieren auf Auslöser oft zusätzlich mit verschiedensten Ängsten. In der Regel scheint das Wiedererleben mit der Zeit abzunehmen, während die Ängste oft unabhängig von den Auslösern weiterbestehen. Zudem kommt es vor, dass Kinder und Jugendliche die traumatisierenden Erfahrungen reinszenieren, das heißt, sich in Gefahrensituationen begeben und damit ähnliche wie die traumatisierende Situation heraufbeschwören. Diese Reinszenierungen können als Hilferuf verstanden werden: Während die eigentliche Verletzung bzw. Traumatisierung schon vergangen ist, kann die Umwelt auf diese neuerlichen Situationen reagieren. Zudem können sich die Betroffenen so die traumatisierende Situation im Nachhinein »erklären« und damit »kontrollierbarer« machen: Hätte ich mich nicht so und so verhalten/wäre ich nicht so und so, wäre mir das nicht passiert.

## Leitsymptom Vermeidung

Während Übererregung und Wiedererleben von Stress geprägt sind, dienen Vermeidungssymptome dazu, Abstand vom Erlebten zu nehmen. So versuchen die Betroffenen insbesondere alle möglichen Auslöser, die zu Wiedererinnerungen führen könnten, zu vermeiden.

Bereits in der traumatisierenden Situation erfolgte zum Schutz eine Abspaltung des inneren vom äußeren Erleben = Dissoziation. Dies kann Emotionen, aber auch körperliche Schmerzen betreffen. Häufig haben die Betroffenen nach dem Ereignis das Gefühl, dass nichts mehr so ist wie vorher und fühlen sich auch dann noch wie betäubt, distanziert vom Geschehen.

Nach Framhein (2009) tritt Vermeidungsverhalten bei Kindern kaum auf, wobei dies umso mehr gilt, je jünger die Kinder sind. Stattdessen kommt ein eingeschränktes Spielverhalten vor, das durch die Angst vor intensiven Gefühlen und durch Probleme, Gefühle differenziert auszudrücken, gekennzeichnet ist.

## Weitere Symptome bei Kindern

Häufig kommt es bei Kindern zudem zum Verlust schon erworbener Fähigkeiten und zu Entwicklungsstörungen. Krüger (2015) begründet dies damit, dass sich die Kinder auf ein früheres Entwicklungsstadium zurückziehen, in dem sie sich noch sicher und geborgen fühlten. Framhein (2009) führt als weitere Symptome Aggressionen und Trennungängste, die vor dem traumatisierenden Erlebnis nicht aufgetreten sind, sowie verschiedenste weitere Ängste, Dissoziationen und körperliche Beschwerden ohne organischen Befund auf.

## Symptomliste nach Lebensalter

In Krüger (2015, S. 41) findet sich folgende Tabelle, die offensichtliche Symptome für verschiedene Altersstufen aufzählt:



Alter in Jahren	Typische Symptome
<b>I: 0–1</b>	Schreien, vermehrte Schreckhaftigkeit, verminderte Beruhigbarkeit, Schlafstörungen, Fütterstörungen, Gedeihstörungen
<b>II: 1–3</b>	<b>siehe I +:</b> Gefühlsschwankungen, Hyperaktivität, Unruhezustände, Apathie, Angst, ängstlich angespannte Wachsamkeit, Sprachlosigkeit, anklammerndes Verhalten, Entwicklungsrückschritte, Misstrauen in die menschliche Beziehung generell
<b>III: 3–6</b>	<b>siehe II +:</b> Wiederholen traumatischer Erlebnisse mit Spielsachen, eventuell Äußerungen über Flashbacks, wenn danach gefragt wird; Ins-Leere-Starren, körperliche Beschwerden ohne Krankheitsbefund beim Arzt, sozialer Rückzug, rückläufige Sprachentwicklung, Verlust bereits erlangter sozialer Fähigkeiten, aggressives Verhalten
<b>IV: 6–10</b>	<b>siehe II + III +:</b> zunehmend Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung, fortgesetztes oder wieder eintretendes Einnässen, Einkoten, Schulleistungsstörungen, Konzentrationsstörungen; veränderte, pessimistische Sicht auf die Welt, quälende Schuldgefühle, niedergedrückte Stimmung, Risikoverhalten, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, zwanghaftes Verhalten, alles gelegentlich auch hinter einer »ganz normalen« Verhaltensfassade
<b>V: 10–14</b>	<b>siehe IV +:</b> zunehmend Symptome im Sinne der klassischen Posttraumatischen Belastungsstörung, bei Gewalterfahrungen ein »Wiederherstellen« traumatischer Situationen in verschiedenen Beziehungen (zu Gleichaltrigen, Erwachsenen etc.), Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, vermehrt Suizidalität, Drogenkonsum, andere psychiatrische Krankheitszeichen
<b>VI: 14–18</b>	<b>siehe V +:</b> Teufelskreis des Scheiterns: schlechte Selbstwahrnehmung, soziales, schulisches Scheitern, (symptombedingte) misslungene erste intime Beziehungen, vermehrt Drogenkonsum, Perversionen, weitreichende existenzielle Zukunftsängste

Weil es sich bei der Posttraumatischen Belastungsstörung um eine komplexe Störung handelt, die sich an verschiedensten, meist recht unspezifischen (auch bei anderen Störungen/Auffälligkeiten vorkommenden) Symptomen zeigt, muss mit der Diagnose sehr vorsichtig umgegangen werden. Ein oder zwei Merkmale reichen nicht aus; normalerweise wird davon ausgegangen, dass mindestens ein Merkmal für jedes Leitsymptom vorhanden sein muss und natürlich auch Hinweise darauf vorliegen müssen, dass es ein traumatisierendes Ereignis gegeben hat. Letzteres kann bei Kindern mit Fluchterfahrungen – insbesondere aus Kriegsgebieten – als sehr wahrscheinlich angenommen werden.

## Besonderheiten bei der Diagnostik

Nach Framhein (2009) muss bei der Diagnostik von Kindern mit Fluchterfahrungen beachtet werden, dass Instrumente wie Fragebögen nur bedingt einsetzbar sind. Selbst wenn die Kinder gut deutsch sprechen, kommen darin oft Begriffe und Strukturen vor, die den Kindern nicht geläufig sind. Weil die Kinder zudem zum Teil so erzogen sind, dass sie Respektspersonen (und das sind die Diagnostizierenden in der Regel) nicht widersprechen, artikulieren sie mögliche Verständnisschwierigkeiten oft auch nicht.

Auch kulturell bedingte Entwicklungs- und Wertvorstellungen können zu falschen Einschätzungen führen. So kann es sein, dass Eltern schlecht Auskunft darüber geben können, wie ihre Kinder sich fühlen, weil sie mit ihnen nicht darüber sprechen und annehmen, dass Kinder vieles nicht mitbekommen. Bestimmte Verhaltensweisen der Kinder wie Schüchternheit oder Unselbstständigkeit können von den Eltern auch erwünscht sein und so nur vordergründig auffällig wirken. Auch bestimmte Themen wie sexueller Missbrauch können stark tabuisiert und damit »unansprechbar« sein.

Ein großes Problem stellen Fragen nach dem traumatisierenden Ereignis dar. Hier müssen in der Regel die Eltern befragt werden, da die Kinder die Erlebnisse oft nicht artikulieren können. Weil die Eltern aber häufig auch selbst Betroffene in der Situation sind, können solche Befragungen bei ihnen unter Umständen Angstzustände, Wiedererinnerungen und andere Symptome von Traumafolgestörungen auslösen. Kinder können die Erlebnisse meist besser in Spielen und Bildern als sprachlich darstellen. Dabei kommt es immer wieder zu Verfremdungen und Rollenumkehr, um sich vom Erlebten zu distanzieren.

## Anpassungsstörungen und Dissoziative Störungen

Während es eine vergleichsweise große Anzahl an Literatur gibt, die sich mit Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) bei Kindern auseinandersetzt, werden Anpassungsstörungen und Dissoziative Störungen kaum diskutiert. Ob dies daran liegt, dass diese Störungen vergleichsweise selten vorkommen, recht eindeutig erkannt und/oder therapiert werden können oder aber bei Kindern weniger gut abgegrenzt werden kann, welche Traumafolgestörung vorliegt und so auch die Anpassungsstörung und Dissoziative Störungen unter PTBS subsummiert werden, konnte nicht geklärt werden. Sieht man sich die für Kinder aufgezählten Symptome an, ist Letzteres zu vermuten.

## 5.5 Therapeutische Hilfe

Eine Traumatherapie setzt sich in der Regel aus drei therapeutischen Phasen zusammen: Zunächst müssen die Betroffenen stabilisiert werden, das heißt, sie müssen sich körperlich und seelisch sicher fühlen und ein Verständnis für die eigene Erkrankung entwickeln. Wichtig ist hier insbesondere ein stabiles und sicheres Beziehungssystem. Daran anschließend kann das Trauma bearbeitet werden, wozu bei Kindern zum Beispiel spieltherapeutische Ansätze genutzt werden. Schließlich folgt die Phase der Integration, in der das Trauma in die Biografie eingeordnet und den Betroffenen ihre volle Handlungsfähigkeit wiedergegeben werden soll.

### Zugang zu therapeutischer Hilfe

Inwieweit Kindern mit Fluchterfahrungen eine Therapie zugänglich ist, hängt von verschiedenen Faktoren ab: Asylsuchende und Geduldete haben in der Regel nur Zugang zu eingeschränkten Gesundheitsleitungen (siehe Kapitel 1.5). Eine Übernahme der Kosten hängt davon ab, ob die zuständige Ausländerbehörde die Traumatisierung als akute Erkrankung ansieht oder eine Behandlung als unerlässlich zur Sicherung der Gesundheit erachtet. Dabei scheint die Bewilligungspraxis zwischen den Ausländerbehörden stark zu variieren.

Liegt eine Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenkasse vor, haben Flüchtlinge den gleichen Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung wie Deutsche. Ein Problem kann der Wechsel von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in das normale Gesundheitssystem darstellen: Eine schon laufende Therapie kann nicht einfach durch die Krankenkasse weiterfinanziert werden, sondern es muss noch einmal eine Antragstellung mit Erfüllung aller Voraussetzungen erfolgen. In der Regel dauert dies so lange, dass die begonnene Therapie abgebrochen werden muss.

Eine weitere Hürde, die auch Nicht-Flüchtlinge betrifft, stellt die Verfügbarkeit von Therapieplätzen dar. Gerade im ländlichen Raum gibt es zu wenig Psychotherapeuten im Allgemeinen und Traumatherapeuten im Speziellen. So müssen Betroffene häufig lange Fahrzeiten in Kauf nehmen und warten zudem oft Monate auf einen Therapieplatz. Erschwerend kommt für Flüchtlinge hinzu, dass viele Therapeuten und Institutionen sich nicht in der Lage sehen, Menschen ohne ausreichende Deutschkenntnisse zu therapieren. Zwar gibt es Möglichkeiten, die Kostenübernahme für Dolmetscher zu beantragen; dies ist aber laut Bundesärztekammer aufwändig und langwierig, wobei die Anträge zudem oft abgelehnt werden.

## Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge

In der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) haben sich etwa 30 Institutionen zusammengeschlossen, die Therapien für Flüchtlinge (teilweise v.a. für Erwachsene) anbieten. Im Folgenden werden die Kontaktdaten der beteiligten Institutionen nach Bundesländern aufgelistet, wobei gleich darauf hingewiesen sei, dass auch hier in der Regel sehr lange Wartezeiten bestehen.

Es lohnt sich aber häufig, die betreffenden Institutionen anzurufen, da sie meist zudem Auskunft geben können, welche nicht aufgelisteten Institutionen, die gegebenenfalls näher am Bedarfsort sind, auch Kinder mit Fluchterfahrungen diagnostizieren und therapieren.

### Baden- Württemberg

#### **PBV Stuttgart – Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene**

Schloßstraße 76  
70176 Stuttgart  
Tel.: +49 (0) 711 – 285 44 50  
Fax: +49 (0) 711 – 20 54 49 95 07  
E-Mail: pbv@eva-stuttgart.de  
Website: <http://www.eva-stuttgart.de/fluechtlinge-mit-traumaerfahrung.html>

#### **Refugio Stuttgart e. V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge**

Weißenburgstr.13  
70180 Stuttgart  
Tel.: +49 (0) 711 – 645 31 27  
Fax: +49 (0) 711 – 645 31 26  
E-Mail: [info@refugio-stuttgart.de](mailto:info@refugio-stuttgart.de)  
Website: [www.refugio-stuttgart.de](http://www.refugio-stuttgart.de)

#### **BFU Ulm – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm**

Innere Wallstr. 6  
89077 Ulm  
Tel.: +49 (0) 731 – 228 36  
Fax: +49 (0) 731 – 15 97 90 00  
E-Mail: [kontakt@bfu-ulm.de](mailto:kontakt@bfu-ulm.de)  
Website: [www.bfu-ulm.de](http://www.bfu-ulm.de)

#### **Refugio Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge e. V.**

Schwedendammstraße 6  
78050 Villingen-Schwenningen  
Tel.: +49 (0) 7721 – 50 41 55  
Fax: +49 (0) 7721 – 50 41 65  
E-Mail: [refugio.vs@t-online.de](mailto:refugio.vs@t-online.de)  
Website: [www.refugio-vs.de](http://www.refugio-vs.de)

**Bayern****Exilio Lindau – Hilfe für Flüchtlinge und Folterüberlebende e. V.**

Reutiner Straße 5  
88131 Lindau  
Tel.: +49 (0) 8382-40 94 50  
Fax: +49 (0) 8382-40 94 54  
E-Mail: [info@exilio.de](mailto:info@exilio.de)  
Website: [www.exilio.de](http://www.exilio.de)

**REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.**

Rosenheimer Straße 38  
81669 München  
Tel.: +49 (0) 89-982 95 70  
Fax: +49 (0) 89-982 95 757  
E-Mail: [office@refugio-muenchen.de](mailto:office@refugio-muenchen.de)  
Website: [www.refugio-muenchen.de](http://www.refugio-muenchen.de)

**PSZ Nürnberg – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge**

St.-Johannis-Mühlgasse 5  
90419 Nürnberg  
Tel.: +49 (0) 911-393 63-62  
Fax: +49 (0) 911-393 63-61  
E-Mail: [buellesbach.charlotte@rummelsberger.net](mailto:buellesbach.charlotte@rummelsberger.net)  
Website: [www.jugendhilfe-rummelsberg.de/jugendhilfe\\_nuernberg\\_zentrum\\_fluechtlinge.jugendhilfe](http://www.jugendhilfe-rummelsberg.de/jugendhilfe_nuernberg_zentrum_fluechtlinge.jugendhilfe)

**Berlin****bzfo Berlin – Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin**

GSZ Moabit Haus K Eingang C, 3. OG  
Turmstraße 21  
10559 Berlin  
Tel.: +49 (0) 30-303 90 60  
Fax: +49 (0) 30-30 61 43 71  
E-Mail: [mail@bzfo.de](mailto:mail@bzfo.de)  
Website: [www.bzfo.de](http://www.bzfo.de)

**XENION Berlin – Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte**

Paulsenstraße 55/56  
12163 Berlin  
Tel.: +49 (0) 30-323 29 33  
Fax: +49 (0) 30-324 85 75  
E-Mail: [info@xenion.org](mailto:info@xenion.org)  
Website: [www.xenion.org](http://www.xenion.org)

<b>Brandenburg</b>	<p><b>Behandlungsstelle für traumatisierte Flüchtlinge, Fürstenwalde</b>  c/o KommMit e. V.  Turmstraße 21, Haus K, Eingang D, 2. OG links  10559 Berlin  Tel.: +49 (0) 30–98 35 37 31  Fax: +49 (0) 30–98 35 39 14  E-Mail: m.misselwitz@kommit.eu  Website: www.kooperation-für-flüchtlinge-in-brandenburg.de/</p>
<b>Bremen</b>	<p><b>REFUGIO Bremen – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e. V.</b>  Parkstraße 2–4  28209 Bremen  Tel.: +49 (0) 421–376 07 49  Fax: +49 (0) 421–376 07 22  E-Mail: info@refugio-bremen.de  Website: www.refugio-bremen.de</p>
<b>Hamburg</b>	<p><b>Haveno</b>  Gesundheitszentrum St. Pauli, Haus 5  Seewarterstraße 10  20459 Hamburg  Tel./Fax: +49 (0) 40–31 79 35 35  E-Mail: info@haveno.de  Website: www.haveno.de</p>
<b>Hessen</b>	<p><b>Ev. Zentrum für Beratung und Therapie Frankfurt/M. – Haus am Weißen Stein – Beratung und Therapie für Flüchtlinge</b>  Eschersheimer Landstraße 567  60431 Frankfurt/Main  Tel: +49 (0) 69–53 02-291  Fax: +49 (0) 69–53 02-294  E-Mail: fluechtlingsberatung@frankfurt-evangelisch.de</p> <p><b>FATRA Frankfurt/M. – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V.</b>  Berger Strasse 118  60316 Frankfurt/Main  Tel.: +49 (0) 69–49 91 74  Fax: +49 (0) 69–49 85 26  E-Mail: fatra@t-online.de  Website: www.fatra-ev.de</p>
<b>Mecklenburg-Vorpommern</b>	<p><b>Psychosoziales Zentrum für Migranten in Vorpommern im Kreisdiakonischen Werk Greifswald-Ostvorpommern e. V.</b>  Kapaunenstraße 10  17489 Greifswald  Tel.: +49 (0) 3834–231 12 69  E-Mail: psz@kdw-greifswald.de</p>

**Niedersachsen****IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e. V.**

Klävemannstraße 16

26122 Oldenburg

Tel.: +49 (0) 441–88 40 16 (Zentrale)

+49 (0) 441–984 96 05 (Verwaltung und Geschäftsführung)

+49 (0) 441–39 03 89 43 (Deutsch, Arabisch, Kurdisch, Farsi, Dari)

+49 (0) 441–39 06 33 23 (Deutsch, Englisch, Französisch)

Fax: +49 (0) 441–984 96 06

E-mail: [info@ibis-ev.de](mailto:info@ibis-ev.de)Website: [www.ibis-ev.de](http://www.ibis-ev.de)**Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V.**

Marienstraße 28

30171 Hannover

Tel.: +49 (0) 511 – 85 64 45 14

E-Mail: [ntfn-ev@web.de](mailto:ntfn-ev@web.de)Website: <http://www.ntfn.de/>**Nordrhein-  
Westfalen****PSZ Aachen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in der  
Städteregion Aachen (PÄZ Aachen e. V.)**

Mariahilfstraße 16

52062 Aachen

Tel.: +49 (0) 241 – 490 00

Fax: +49 (0) 241 – 490 04

E-Mail: [paez.ac@t-online.de](mailto:paez.ac@t-online.de) und [Psz.ac@gmx.de](mailto:Psz.ac@gmx.de)**PSZ Bielefeld – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge**

(Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH und AK Asyl e. V.)

Friedenstr. 4-8

33602 Bielefeld

Tel.: +49 (0) 5 21 – 7 87 – 152 46

Fax: +49 (0) 5 21 – 7 87 – 152 93

Website: [www.psz-nrw.de/psz-netzwerk/psz-bielefeld/](http://www.psz-nrw.de/psz-netzwerk/psz-bielefeld/)Flyer: [www.psz-nrw.de/wp-content/uploads/2015/05/Flyer-PSZ-Bielefeld.pdf](http://www.psz-nrw.de/wp-content/uploads/2015/05/Flyer-PSZ-Bielefeld.pdf)**MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e. V.**

Dr.-Ruer-Platz 2

44787 Bochum

Tel.: +49 (0) 234 – 904 13 80

Fax: +49 (0) 234 – 904 13 81

E-Mail: [info@mfh-bochum.de](mailto:info@mfh-bochum.de)Website: [www.mfh-bochum.de](http://www.mfh-bochum.de)**PSZ Düsseldorf – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge**

Benrather Straße 7

40213 Düsseldorf

Tel.: +49 (0) 211 – 54 41 73 22

Fax: +49 (0) 211 – 54 41 73 20

E-Mail: [info@psz-duesseldorf.de](mailto:info@psz-duesseldorf.de)Website: [www.psz-duesseldorf.de](http://www.psz-duesseldorf.de)

**Therapiezentrum für Folteropfer/Flüchtlingsberatung des Caritasverbandes für die Stadt Köln e. V.**

Spiesergasse 12  
50670 Köln  
Tel.: +49 (0) 221 – 160 74-0  
Fax: +49 (0) 221 – 139 02 72  
E-mail: therapiefolteropfer@caritas-koeln.de und fluechtlingsberatung@caritas-koeln.de  
Website: www.therapiezentrum-fuer-folteropfer.de

**Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe**

Hafenstr. 3-5  
48153 Münster  
Tel.: +49 (0) 251 – 144 86 31  
Fax: +49 (0) 251 – 144 86 34  
E-Mail: info@refugio-muenster.de  
Website: www.refugio-muenster.de

**Rheinland-Pfalz****Diakonisches Werk Altenkirchen – Fachdienst für Flüchtlinge und Migranten**

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Altenkirchen  
Stadthallenweg 16  
57610 Altenkirchen  
Tel.: +49 (0) 2681 – 800 08 20  
E-Mail: liebmann@dw-ak.de  
Website: www.diakonie-altenkirchen.de/fachdienst-fuer-fluechtlinge-und-migranten  
Landkreise: Altenkirchen, Neuwied, Westerwald-Kreis

**Diakonie Pfalz – Psychosoziales Zentrum Pfalz, Ludwigshafen**

Wredestr. 17  
67059 Ludwigshafen  
Tel.: +49 (0) 621 – 49 07 77 10  
E-Mail: psz-pfalz@diakonie-pfalz.de  
Website: www.diakonie-pfalz.de

**Caritasverband Mainz e. V. – Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma, Mainz**

Rheinallee 3a  
55116 Mainz  
Tel.: +49 (0) 6131 – 90 74 60  
E-Mail: beratungszentrum@caritas-mz.de  
Website: www.caritas-mainz.de



**Caritasverband für die Region Rhein-Mosel-Ahr e.V.  
IN TERRA – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Mayen**

St. Veit-Straße 14

56727 Mayen

Tel.: +49 (0)2651 – 986 90

E-Mail: [goepfert-m@caritas-mayen.de](mailto:goepfert-m@caritas-mayen.de)

Website: [www.caritas-rhein-mosel-ahr.de](http://www.caritas-rhein-mosel-ahr.de)

Landkreise: Mayen-Koblenz, Stadt Koblenz, Rhein-Lahnkreis, Cochem-Zell, Bad-Neuenahr-Ahrweiler

**Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier**

Dasbachstraße 21

54292 Trier

Tel.: +49 (0) 651 – 991 06 00

E-Mail: [fluechtlingsberatung@diakoniehilft.de](mailto:fluechtlingsberatung@diakoniehilft.de)

Landkreise: Trier, Trier-Saarburg, Bitburg-Prüm, Bernkastel-Wittlich, Rhein-Hunsrück-Kreis (VG Kirchberg, VG Kastellaun, VG Simmern)

**Saarland**

**PSZ Saarbrücken – Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes**

Vollweidstraße 2

66115 Saarbrücken

Tel.: +49 (0) 681 – 976 42 70

Fax: +49 (0) 681 – 976 42 90

E-Mail: [beratungszentrum@lv-saarland.drk.de](mailto:beratungszentrum@lv-saarland.drk.de)

Website: [www.lv-saarland.drk.de](http://www.lv-saarland.drk.de)

**Sachsen**

**Mosaik Leipzig – Kompetenzzentrum für transkulturelle Dialoge e. V.**

Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Leipzig – PSZ Leipzig

Peterssteinweg 3

04107 Leipzig

Tel.: +49 (0) 341 – 92 78 77 12

E-Mail: [psz@mosaik-leipzig.de](mailto:psz@mosaik-leipzig.de)

Website: [www.mosaik-leipzig.de](http://www.mosaik-leipzig.de)

**Sachsen-Anhalt**

**Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten  
Sachsen-Anhalt**

Halle (Saale):

Marienstraße 27a

06108 Halle (Saale)

Tel.: +49 (0) 345 – 212 57 68

Fax: +49 (0) 345 – 20 36 91 37

E-Mail: [kontakt@psz-sachsen-anhalt.de](mailto:kontakt@psz-sachsen-anhalt.de)

Website: [www.psz-sachsen-anhalt.de](http://www.psz-sachsen-anhalt.de)

Magdeburg:

Liebkechtstraße 55

39114 Magdeburg

Tel.: +49 (0) 391 – 63 10 98 07

Fax: +49 (0) 391 – 50 67 69 85

E-Mail: [kontakt@psz-sachsen-anhalt.de](mailto:kontakt@psz-sachsen-anhalt.de)

<b>Schleswig-Holstein</b>	<b>Psychosoziale Anlaufstelle für Geflüchtete</b> Am Alten Kirchhof 12 24534 Neumünster Tel.: +49 (0) 4321 – 244 88 Fax: +49 (0) 4321 – 242 19 E-Mail: info@diakonie-altholstein.de Website: www.diakonie-altholstein.de
<b>Thüringen</b>	<b>refugio thüringen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge e. V.</b> Standort Jena: Wagnergasse 25 07743 Jena Tel.: +49 (0) 3641 – 22 62 81 Fax: +49 (0) 3641 – 23 81 98 E-Mail: koordination@refugio-thueringen.de Website: www.refugio-thueringen.de  Standort Erfurt: Schillerstraße 44 99096 Erfurt Tel.: +49 (0) 0361 – 60 26 80 79 Fax: +49 (0) 0361 – 74 42 95 66 E-Mail: koordination@refugio-thueringen.de Website: www.refugio-thueringen.de

Auch weitere Institutionen haben inzwischen den Bedarf erkannt und ihre therapeutischen Angebote auf Flüchtlinge ausgeweitet. Daher ist es sinnvoll, bei psychosozialen Zentren vor Ort bzw. in der Nähe nachzufragen, ob sie gegebenenfalls auch Kinder mit Fluchterfahrungen diagnostizieren und behandeln.

## 5.6 Traumapädagogik

Die Traumapädagogik ist eine vergleichsweise junge Disziplin, die in den 1990er Jahren ihren Anfang nahm. Zunächst wurden Ansätze entwickelt, wie Kinder und Jugendliche, die sexuelle Gewalterfahrungen hinter sich haben und sich in Einrichtungen der stationären Jugendhilfe oder bei Pflegeeltern befinden, besser unterstützt werden können. Das erste Diskussionsforum zum Thema entstand im Jahr 2002 mit der Homepage [www.traumapaedagogik.de](http://www.traumapaedagogik.de); die Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik gibt es seit 2008. Inzwischen liegen verschiedene konzeptuelle Ansätze vor, wie traumatisierte Kinder pädagogisch unterstützt werden können. Die Traumapädagogik versteht sich nicht als Ersatz, sondern als wichtige Ergänzung zu therapeutischen Maßnahmen – so kann zur Stabilisierung besser an Orten beigetragen werden, an denen sich die Betroffenen (fast) täglich aufhalten, als in wöchentlichen Therapiesit-

zungen. Traumapädagogik versteht sich zudem nicht nur als Hilfe für die betroffenen Kinder, sondern auch als Entlastung für die mit Betroffenen arbeitenden Fachkräfte.

Der Schwerpunkt der traumapädagogischen Ansätze liegt immer noch auf der stationären Kinder- und Jugendhilfe, auch wenn inzwischen einige Überlegungen und Erfahrungen zum Einsatz in Schule und Kita vorliegen. Da die bislang entwickelten traumapädagogischen Methoden zudem teilweise auf guten sprachlichen Kompetenzen aufbauen, sind sie manchmal auf Kinder mit Fluchterfahrungen nicht direkt übertragbar. Dennoch lassen sich in der Traumapädagogik vielversprechende Arbeitshilfen finden.

## Traumapädagogische Grundhaltung

Eines der größten Probleme im Umgang mit traumatisierten Kindern besteht darin, dass diese häufig für andere und sich selbst nicht nachvollziehbar reagieren, unverständliche und im pädagogischen Alltag anstrengende Verhaltensweisen zeigen. Weiß (2008) betont in diesem Zusammenhang, wie wichtig es ist, davon auszugehen, dass die Betroffenen in ihrem Leben schon viele Krisensituationen überstanden und damit schon viel geleistet haben. Sie haben aufgrund ihrer Biografie sehr gute Gründe für die auftretenden Verhaltensweisen, die so als normale Reaktionen auf extreme Stressbelastungen zu verstehen sind.

Allein diese wertschätzende Grundhaltung kann die Beziehung zwischen pädagogischen Fachkräften und Kindern schon entlasten: Erzieherinnen und Erzieher beziehen die Reaktionen der Kinder nicht mehr auf sich und können ihnen vermitteln, dass ihr Verhalten unter den gegebenen Erfahrungen »normal« ist. Wichtig ist es, den Kindern so ein positives Selbstbild zu vermitteln und dadurch ihr Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein zu stärken, da sie bis jetzt durch ihre Ohnmachtserfahrungen wenig Sinn in ihrem Leben und ihren Handlungen finden konnten.

Zudem müssen die Kinder, die schwierige Erfahrungen hinter sich haben, in denen sie völlig hilflos waren, Selbstwirksamkeit erleben, um seelisch gesund werden zu können. Dazu ist eine dem Alter entsprechende, größtmögliche Partizipation unerlässlich, um die Kinder Autonomie, Kompetenz und Zugehörigkeit erleben zu lassen. Da die Kinder bis jetzt willkürliche Macht- und Hierarchieausübungen erfahren haben, ist es wichtig, dass sie nun »einen transparenten verantwortungsvollen Umgang mit Hierarchien, Strukturen und Machtverhältnissen erleben« (Bundesarbeitsgemeinschaft Traumpädagogik 2011, S. 6). So wird ein sicherer Ort (siehe Seite 74) geschaffen, der berechenbar und dessen »Regeln« nachvollziehbar sind. Schließlich sollte den anhaltenden negativen Erfahrungen, die die Kinder gemacht haben, etwas Positives entgegengesetzt und dadurch die Resilienz gestärkt werden. Spaß und Freude zu vermitteln und gemeinsam zu erleben ist damit ebenso wichtiger Teil der Grundhaltung.

## Eckpfeiler der traumapädagogischen Grundhaltung (nach Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik 2011, S. 5ff.)

Grundhaltung	Grundsatz
Die Annahme des guten Grundes	Alles, was ein Mensch zeigt, macht einen Sinn in seiner Geschichte
Wertschätzung	Es ist gut so, wie du bist
Partizipation	Ich traue dir was zu und überfordere dich nicht
Transparenz	Jeder hat jederzeit ein Recht auf Klarheit
Spaß und Freude	Viel Freude trägt viel Belastung

Nach Weiß (2011) gehört zu einer traumapädagogischen Haltung auch, die Kinder dabei zu unterstützen, ihre Verletzungen und Schwierigkeiten anzunehmen, ihnen altersadäquat Fachwissen zum Verständnis von Trauma zu vermitteln und ihnen »bei der Entwicklung eines guten Lebens durch Selbstbemächtigung« (S. 265) zu helfen. Traumapädagogik bietet keine Inhalte und Methoden, die sich ausschließlich für traumatisierte Kinder eignen, sondern solche, von denen auch psychisch gesunde Kinder profitieren können.

### Selbstwirksamkeit und Selbstbemächtigung

Ausgehend von der beschriebenen Grundhaltung ist eines der wichtigsten Ziele der Traumapädagogik die Selbstbemächtigung (Weiß 2011; Bundesarbeitsgemeinschaft für Traumapädagogik 2011). Dazu ist es notwendig, das Selbstverstehen zu fördern, indem den Betroffenen Wissen über Traumata und damit Verständnis für das eigene Verhalten und Empfinden vermittelt wird, um so die Voraussetzung zu schaffen, dass die Betroffenen sich selbst akzeptieren können. Auch Körper- und Sinneswahrnehmungen sowie die Emotionsregulation müssen gefördert werden, um sich selbst zu spüren, insbesondere auch, um positive Empfindungen zu spüren und die Neigung zur Dissoziation zu minimieren. Emotionen sollen (wieder) wahrgenommen und adäquat ausgedrückt werden können. Um mehr Widerstandsfähigkeit aufzubauen, soll die Resilienz gestärkt werden und schließlich die Selbstregulation, indem sich die Kinder mit Dissoziationen und Wiedererleben auseinandersetzen, diese Erfahrungen verstehen lernen und Notfallstrategien erwerben, um damit umgehen zu können.

## Der sichere Ort

Martin Kühn sieht in seiner »Pädagogik des sicheren Ortes« drei Grundaufgaben: Nachdem Traumatisierungen dazu führen, dass die Welt nicht mehr als sicher wahrgenommen wird, soll in der Einrichtung ein äußerer sicherer Ort geschaffen werden, der »verlässliche, einschätzbare und zunehmend zu bewältigende Lebensraum- und Alltagsbedingungen« bietet (Kühn 2008, S. 323). Die Kinder sollen das Umfeld als sicher erfahren und merken, dass es möglich ist, Vertrauen zu fassen und auch wieder einen »inneren« sicheren Ort aufzubauen. Dazu ist auch der »emotional-orientierte Dialog« wichtig: Bevor die Kinder lernen können, auf kognitive Apelle zu reagieren, ist es notwendig, dass sie wieder Zugang zu ihren Emotionen bekommen und sie differenziert ausdrücken lernen. So soll eine gemeinsame Kommunikation entwickelt werden, »um dem Kind einen ressourcenorientierten Zugang zu sich selbst und seinen Mitmenschen zu ermöglichen« (ebd., S. 324).

Auch die beteiligten Fachkräfte brauchen einen »geschützten Handlungsraum«, um die Aufgabe, die Kinder in ihrer Entwicklung zu unterstützen, gut bewältigen zu können, ohne selbst überfordert zu werden – der sichere Ort umfasst also alle Beteiligten.

## 5.7 Folgen für die Kita

Auch wenn Kinder mit Fluchterfahrungen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit von Traumafolgestörungen betroffen sind als andere Kinder, sind Kitas doch mit Traumatisierungen schon immer konfrontiert gewesen. Dies wurde aber bis jetzt kaum als ihre Aufgabe wahrgenommen. Es bleibt zu hoffen, dass traumapädagogische Konzepte aufgrund des veränderten Bewusstseins für den Bedarf verstärkt Einzug in Kitas finden – gerade, weil davon auszugehen ist, dass es für Familien mit Fluchterfahrungen unter den gegebenen Lebensbedingungen (siehe Kapitel 3) eher schwer ist, ihren Kindern die notwendige Sicherheit und Stabilität zu geben: Die Erwachsenen sind zum Teil selbst von Traumafolgestörungen betroffen, die Familien wohnen häufig in Unterkünften, in denen Privatsphäre Mangelware ist, und durch unsichere Bleibeperspektiven wird die Situation weiter verschärft.

Auch wenn traumapädagogische Konzepte nicht von heute auf morgen in Kitas implementiert werden können, ist doch davon auszugehen, dass Kitas schon durch erste Informationen zu Traumatisierungen und ihren Folgen sowie der Relevanz der Stabilisierungsphase für die betroffenen Kitas helfen können, sich wieder handlungsfähiger zu fühlen. Viele der in der Traumapädagogik geforderten Förderziele finden sich direkt oder indirekt in Bildungsplänen und -leitlinien wieder und sind damit für pädagogische Fachkräfte keine grundsätzlich fremden Themen.

Zudem muss noch einmal betont werden, dass nur etwa jedes fünfte Kind mit Fluchterfahrungen eine Posttraumatische Belastungsstörung aufweist. Treten einzelne Symptome auf, sollte gut darauf geachtet werden, ob die Anzeichen für den Verdacht auf eine Traumafolgestörung ausreichen – einzelne Symptome wie zum Beispiel Schlafprobleme oder Konzentrationsstörungen können sehr wohl auch auf die Unterbringung in einer großen Unterkunft, in der es ständig laut ist, zurückgeführt werden. Während Fragen nach möglichen Traumatisierungen sehr heikel sind, ist es dennoch sinnvoll, sich bei den Eltern nach Erklärungsansätzen für bestimmte Verhaltensweisen ihrer Kinder zu erkundigen.

Konträr wird in Bezug auf den Umgang mit Traumata aktuell das Bilderbuch »Das Kind und seine Befreiung von der großen, großen Angst« von Susanne Stein diskutiert, das in mehreren Sprachen aus dem Internet herunterladbar ist und Kindern und Eltern beim Verstehen von Traumatisierungen helfen soll: Einerseits wird das Buch als gelungen und auch gut in der Kita einsetzbar betrachtet, andererseits wird betont, dass eine Nutzung des Buches ohne genaueres Hintergrundwissen zu kurz greife und kontraproduktiv sein kann. Festzuhalten ist auf jeden Fall, dass in diesem Buch Traumatisierungen (durch Krieg) und ihre Folgen eindrücklich dargestellt sowie konkrete Vorschläge zur Unterstützung traumatisierter Kinder enthalten sind. Das Bilderbuch eignet sich auf jeden Fall als Erstinformation für pädagogische Fachkräfte oder auch zur Besprechung des Themas mit älteren nicht-traumatisierten Kindergarten- und Hortkindern, um Verständnis für die Betroffenen zu wecken.