

Stille Narben: Die Entstehung von Multifaktoriellen Traumata und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung im Latenzalter

Maximilian Schlager

Abstract

Der Begriff „Trauma“ ist vielen Menschen ein bekannter Begriff. Die tiefgreifenden Auswirkungen und welche Folgen eine Kombination von traumatisierenden Erfahrungen auf die Entwicklung eines Kindes haben kann, werden jedoch im alltäglichen Sprachgebrauch nur wenig bis gar nicht thematisiert. Oftmals bleibt die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema aufgrund der komplexen Natur und der bestehenden Stigmata auf einem oberflächlichen Level. Fragen zum Kindeswohl und zur Unterstützung betroffener Kinder bleiben in diesen Konversationen oftmals unbeantwortet. Der folgende Artikel bietet deshalb einen groben Überblick über die Thematik „Multifaktorielle Traumata“ und erste Einblicke in die Hintergründe, Auswirkungen und letztendlich therapeutischen Behandlungen. Ein besonderer Schwerpunkt wird in diesem Beitrag auf Traumatisierung durch körperliche Misshandlung und Fluchterfahrung gelegt.

1. Einführung in die Thematik und Fragestellung:

Die Arbeit behandelt die Thematik von Trauma und dessen zahlreiche Auswirkungen, welche sich im Latenzalter bei Kindern somatisch manifestieren können. Das Interesse in diesem Gebiet wurde durch die Teilnahme einer Konferenz im Rahmen der „Psychoanalytic Observation of Infants“ an der Universität Wien entfacht und soll nun durch diese Arbeit weiterentwickelt werden. Es handelt sich hierbei um eine rein theoretische Literaturarbeit, nachdem ein empirischer Teil den Rahmen übersteigen würde. Einerseits setzt dieser Beitrag einen Fokus auf physische wie auch sexuelle Gewalt und ihre Nachwirkungen, andererseits auf Fluchterfahrungen und darauf, wie diese oftmals in Kombination zu multifaktoriellen Traumata in Kindern führen können. Die Problematik von multifaktoriellem Trauma wurde ausgewählt,

Empfohlene Zitierweise: Schlager, Maximilian (2025). Stille Narben: Die Entstehung von Multifaktoriellen Traumata und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung im Latenzalter. UR: Das Journal, 3(1), S. 41-52. DOI: <https://doi.org/10.48646/ur.20250305>

Lizenziert unter der CC-BY-ND 4.0 International Lizenz.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung - Keine Bearbeitungen 4.0 International Lizenz zugänglich. Um eine Kopie dieser Lizenz einzusehen, konsultieren Sie <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/> oder wenden Sie sich brieflich an Creative Commons, Postfach 1866, Mountain View, California, 94042, USA.

da sich die verschiedenen Arten von Trauma oftmals an Intersektionen kreuzen und nur schwer voneinander getrennt werden können. Abschließend werden noch aktuelle Behandlungsmethode vorgestellt und kurz erläutert.

Gewalt an Kindern stellt ein Problem dar, welches sich nicht nur auf spezifische Länder und soziale Schichten bezieht. Stattdessen ist es ein Phänomen, welches geographische Grenzen und sozioökonomische Klassen überschreitet und somit in unserer Realität auch heute noch allgegenwärtig ist (Iorfa et al., 2022, S. 703). Besonders sexuelle Gewalt an Kindern stellt Gesundheitseinrichtungen weltweit vor Herausforderungen – insbesondere da viele Vorfälle nicht gemeldet werden und letztendlich unbehandelt bleiben. Unbehandelt können diese Übergriffe schwerwiegende Folgen auf die psychische Gesundheit und das restliche Leben des Kindes haben (Iorfa et al., 2022, S. 702). Zu diesen Folgen zählt in vielen Fällen auch der Rückzug des Kindes aus sozialen Interaktionen (Iorfa et al., 2022, S. 706).

Die Thematik der Flucht ist ein weiteres omnipräsentes Problem, welches seit Jahrzehnten prägend für viele Gesellschaften ist. Diese Ausnahmezustände stellen viele betroffene Kinder vor psychische Herausforderungen, welche sie oftmals alleine nicht bewältigen können. Folgt man Lustig et al. (2004, S. 26), haben Fluchterfahrungen negative Auswirkungen auf die Selbstregulation, mit der Folge, dass es zu einer verschlechterten Bewältigung von emotionalem Stress führen kann. Diese negativen Gefühle können im Normalfall erfolgreich reguliert werden. Wird der psychologische Druck, welcher auf das Kind einwirkt, ab einem gewissen Punkt zu groß, so kann es die mentalen Schutzmechanismen nicht mehr aufrechterhalten und es blockt die Einflüsse der Außenwelt ab. Exemplarisch für einen solchen Schutzmechanismus wäre der Rückzug in die Nonverbalität (Magagna, 2012, S. 118).

“A mouth closed to speaking, closed to food and a child’s legs that have stopped supporting the child are problematic symptoms indicating the child’s failed efforts to deal with anxiety and overwhelming emotions.” (Magagna., 2012, S. 118)

2. Entstehung von Trauma in Kindern:

2.1. Trauma induziert durch Misshandlung:

Um das Phänomen „Trauma“ und seine Auswirkungen auf die Psyche von Kindern verstehen zu können, muss eine grundlegende Definition des Wortes vorgelegt werden. Laut Cohen et al. (2006, S. 3-4) werden Kinder in ihrem Alltag oftmals mit Situationen konfrontiert, welche als schmerzhaft definiert werden können, wie zum Beispiel die Scheidung der Erziehungsberechtigten. Im Normalfall rufen solche Situationen jedoch kein Trauma hervor. Die Einzigartigkeit von traumatischen Erlebnissen zeigt sich in deren Extreme und Plötzlichkeit, welche folglich bei den betroffenen Kindern ein Gefühl der Hilfslosigkeit und großer Angst hervorrufen können. Zu diesen traumatischen Ereignissen zählen unter anderem sexuelle und körperliche Misshandlung.

Die Schwere eines Traumas variiert zwischen Kindern einerseits aufgrund der eigenen, inneren Resilienz, andererseits jedoch auch durch außenstehende Personen, welche die betroffenen Kinder emotional unterstützen können (Cohen et al., 2006, S. 4). Da Kinder jedoch hauptsächlich durch engstehende Personen Misshandlungen erleben, fällt diese externe Unterstützung in vielen Fällen weg und sie werden mit der überwältigenden Aufgabe konfrontiert, diese Geschehnisse alleine zu verarbeiten. Damit sie sich vor diesen komplexen Gefühlen schützen können, nehmen Kinder vermehrt ein sogenanntes „Vermeidungsverhalten“ an. Hierbei werden bestimmte Situationen und Gefühle bewusst oder auch unbewusst vermieden um keine negativen Gefühle hervorzurufen. Einer dieser Mechanismen zeigt sich wie zuvor erwähnt in der Verweigerung der Sprache. Im Gegensatz zu körperlich sichtbaren Zeichen wie Hämatomen werden diese Anzeichen von außen häufig erst deutlich später wahrgenommen – oft zu spät, sodass die Kinder bereits unter den psychischen Folgen der Misshandlung leiden (Brüning et al., 2020, S. 132). Die Anzeichen von körperlicher Misshandlung können sich auf verschiedenste Art am Körper des Kindes zeigen. Üblich sind in diesem Kontext vor allem Verletzungen im Gesicht, wie zum Beispiel Abschürfungen. Ebenfalls kennzeichnend für Misshandlungen sind exzessive Prellungen, Blutergüsse und Verbrennungen auf der Haut des Kindes (Jenny, 2011, S. 12-13).

„Da keine verlässlichen „Frühwarnsysteme“ existieren, ist der psychische und prognosebestimmende Schaden für das Kind längst eingetreten, wenn Misshandlung, Missbrauch oder Vernachlässigung aufgedeckt werden.“ (Brüning et al., 2020, S. 132)

2.2 Trauma induziert durch Fluchterfahrung:

Fluchterfahrungen stellen eine unvergleichbare Situation dar, welche die betroffenen Kinder oftmals stark belasten kann – unabhängig davon, ob die Erfahrungen gegenwärtig oder in der Vergangenheit gemacht wurden. Hier sind zwei Schlüsselfaktoren hervorzuheben, welche in diesem Kontext eine bedeutende Rolle spielen: Zu einem die Erinnerungen an vergangene traumatische Erlebnisse, welche während der Flucht erlebt wurden und zum anderen die Schwierigkeiten, welche mit der Eingliederung in ein neues Umfeld einhergehen (Fazel & Betancourt, 2018, S. 121). Darüber hinaus werden diese Kinder mit neuen Sprachen und neuen kulturellen Gegebenheiten konfrontiert, welche sie in vielen Fällen aufgrund des Fluchtkontextes ohne elterliche Unterstützung navigieren müssen. Der Integrationsprozess wird ebenfalls dadurch erschwert, da viele Kinder sich innerlich zerrissen fühlen zwischen ihrer neuen Lebenslage und den Erinnerungen an die Familie und Lebensgewohnheiten in ihrem Heimatland (Lustig et al., 2004, S. 27). Obwohl Kinder mit Fluchterfahrung häufig einen hohen Grad von Resilienz aufweisen, können diese Herausforderungen für sie zu Problemen führen, welche vor allem in sozialen Situationen zum Vorschein kommen. Laut Fazel & Betancourt (2018, S. 122) sind Symptome wie depressive Verstimmungen und Angstzustände bei Kindern mit Fluchterfahrung häufiger verbreitet als es in der Allgemeinbevölkerung üblich ist. Bezüglich der Symptome und Auswirkungen gibt es laut vielen Studien bis gar keine Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen. Trotzdem sind auch Studien zu erwähnen, welche eine Prävalenz von emotionalen Problemen bei Mädchen aufzeigen (Montgomery, 2010, S. 477-478).

Wie zuvor erwähnt, wirkt sich der individuelle und soziale Rahmen des Kindes darauf aus, wie traumatische Ereignisse die Psyche beeinflussen. Besonders der soziale Rahmen ist bedeutsam für das weitere Leben des Kindes, wie Montgomery (2010, S. 478-479) aufzeigt: Die Art und Weise, wie traumatisierte Eltern mit ihren Erfahrungen umgehen und wie sie diese an ihre Außenwelt kommunizieren, haben einen großen Einfluss auf die mentale Gesundheit ihrer Kinder. Vor allem die psychische Gesundheit der Mütter ist in diesen Situationen hervorzuheben und steht in vielen Sachverhalten in direkter Relation zum Wohlbefinden der Kinder (Montgomery, 2010, S. 479). Im Gegensatz dazu können Umfeldler, welche die betroffenen Kinder mit der notwendigen Hilfe ausstatten, bewirken, dass die Effekte von traumatischen Erlebnissen in gewissen Fällen umgekehrt werden können (Montgomery, 2010, S. 478).

Weiteres ist zu erwähnen, dass Trauma veranlasst durch Fluchterfahrungen oftmals auch durch Intersektionen mit anderen traumatischen Ereignissen gekennzeichnet ist. Viele der betroffenen Kinder müssen ihre Flucht ohne Erziehungsberechtigte bewältigen und werden somit in vielen Fällen Opfer von anderen Formen der Gewalt, wie zum Beispiel physischer und psychologischer Misshandlung sowie sexuellen Übergriffen (Taha et al., 2024, S. 3).

“Unaccompanied refugee children face a myriad of perils during their migratory journey and even after settling in their destination countries. They fall victim to human trafficking, assault, psychological and verbal violence, harassment, and sexual abuse.” (Taha et al., 2024, S.3)

Die beschriebenen Gefahren legen laut Taha et al. (2024, S. 3) das Fundament für eine Manifestierung von psychischen Krankheiten in den Kindern. Studien haben bewiesen, dass Kinder ohne elterliche Begleitung im Vergleich zu jenen mit Begleitung einem höheren posttraumatischen Stress ausgesetzt sind, welcher sich in Form von Depressionen und Angststörungen bemerkbar macht. Auch hier wird wieder erwähnt, dass junge Mädchen anfälliger für emotionale Komplikationen sind (Taha et al., 2024, S. 3). Diese depressiven Symptomatiken führen bei vielen Kindern zu Suizidgedanken – diese Zustände können jedoch durch ein unterstützendes Umfeld vermindert und letztendlich deeskaliert werden.

Obwohl mehrere Studien wiederholt unterstreichen, wie essentiell ein positives Umfeld für die betroffenen Kinder ist, erfahren laut einer Studie aus den Niederlanden 66 % der unbegleiteten Kinder in Aufnahmeeinrichtungen verschiedene Arten von Misshandlung, welche unter anderem emotionale und physische Gewalt inkludiert (Rip et al. 2020). Eine andere Studie aus Norwegen von Jakobsen et al. (2014, S. 53) setzt die Prozentzahl von Kindern mit Fluchterfahrungen, welche körperliche Übergriffe erfahren haben, auf erschreckende 78 %.

Diese traumatischen Erfahrungen führen in gewissen Fällen dazu, dass Kinder bestimmte Aspekte ihres Verhaltens verändern und sich ihre psychischen Probleme auf ihre sozialen Interaktionen auswirken. Diese schwache psychische Fundierung resultiert oftmals darin, dass sich Kinder von der Außenwelt abkapseln und sich unter anderem durch Nonverbalität isolieren (Taha et al. 2024, S. 10).

3. Auswirkungen auf die Entwicklung:

3.1. Auswirkungen von Trauma auf die kognitive Entwicklung:

Um die Konsequenzen von Trauma verstehen zu können, muss die Forschung das Zusammenspiel von grundlegenden Faktoren wie dem psychosozialen Umfeld, der genetischen Prädisposition und den Perioden der Vulnerabilität beachten und dementsprechend darauf reagieren (De Bellis, 2001, S. 540). Der Einfluss von Trauma auf die kognitive Entwicklung wird im Latenzalter vor allem in der Schule beziehungsweise durch die Benotung auffällig. Die Literatur zeigt hier auf, dass die kognitiven Fähigkeiten eines Kindes durch Misshandlung beeinflusst werden können – dies wird zum Beispiel durch den Intelligenzquotienten widerspiegelt. Weiterhin wurden mehrere Defizite bezüglich den schulischen Leistungen von Kindern erkannt, welche Misshandlung erfahren hatten (De Bellis, 2001, S. 555). Weiteres wurde auch ein Zusammenhang zwischen dem Verbalen-IQ-Wert und der Schwere der Misshandlung festgestellt (Carrey et al., 1995, S. 1071). Gegensätzlich dazu lässt sich ein klarer Zusammenhang von höheren IQ-Werten in Kindern erkennen, welche aus diesen gewaltsamen Umgebungen herausgenommen wurden.

Zurückzuführen sind diese Unterschiede auf die strukturellen Unterschiede im Gehirn, welche durch die Einwirkung von Trauma entstehen. Ein Beispiel wäre hierfür die Funktionsleistung des Hippocampus, einem wichtigen Teil des Gehirns, der eine Schlüsselrolle für die Lernfunktion des Menschen spielt und insbesondere essentiell für Erinnerungen ist. Kommt es jedoch zu einer Aussetzung von konstantem Stress, zum Beispiel durch traumatische Erfahrungen, kann es in diesen Bereichen zu Fehlfunktionen kommen (McCrary et al., 2010, S. 1083).

Laut McCrary et al. (2010, S. 1086) deuten Studien darauf hin, dass traumatisierte Kinder eine Hypoaktivität in verschiedenen Gehirnregionen aufweisen – darunter auch in Regionen wie den limbischen und paralimbischen Systemen. Eine Studie von Anda et al. (2006, S. 180) zeigt ebenfalls, wie sich Traumata in den verschiedenen Bereichen auswirken. Durch anhaltenden Stress kommt es wie zuvor erwähnt zu Atrophien des Hippocampus und der Amygdala, welche in Angstzuständen und Panikstörungen bei den betroffenen Kindern resultieren.

3.2. Auswirkungen von Trauma auf die emotionale Entwicklung:

Die Definition von „Trauma Symptomen“ umspannt eine Vielzahl von Problematiken, welche nach einem Trauma auftreten – zudem gehören unter anderem auch Faktoren, welche die emotionale Entwicklung des Kindes beeinflussen. Hier ist jedoch zu beachten, dass sich affektive, kognitive und behaviorale Symptome oftmals überlappen. Repräsentative Symptome wären zum Beispiel Wutzustände, Angststörungen, depressive Verstimmungen und dysfunktionale Affektregulation – es kann bei den betroffenen Kindern schlagartig zu einem Wechsel der Gefühlslage kommen (Cohen et al., 2006, S. 6).

Gefühle der Angst sind ein natürlicher Instinkt in jedem Menschen, der bei traumatischen Situationen ausgelöst wird. Diese natürliche Angst kann sich jedoch durch die Traumatisierung auf das alltägliche Leben verlagern und dazu führen, dass das Kind selbst in unscheinbaren Situationen an spezifische traumatische Momente erinnert wird (Cohen et al., 2006, S. 6). Zusätzlich zu dieser spezifischen Angst können Kinder, die an posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, eine generalisierte Angststörung entwickeln. Die plötzliche Natur eines Traumas, wie zum Beispiel die Flucht aus dem Heimatland, kann bei Kindern zu einem allgemeinen Gefühl der Unsicherheit führen. Ein solches Verhalten resultiert in vielen Fällen darin, dass sich die Kinder nicht anpassen können und an verschiedenen Komorbiditäten leiden – unter anderem an der generalisierten Angststörung (Cohen et al., 2006, S. 7).

“A sense of impending doom (the “sword of Damocles” hanging over their heads) can impinge on children’s ability to engage in developmentally appropriate tasks and contribute to their taking on responsibilities well beyond a maturity level typical for their age.” (Cohen et al., 2006, S. 7)

Weiters ist das Phänomen der depressiven Verstimmung zu erläutern. In vielen traumatischen Erlebnissen „verlieren“ die Betroffenen oftmals etwas – exemplarisch wären hier symbolische Verluste wie die Jungfräulichkeit bei sexuellen Übergriffen oder der Verlust des Heimatlandes aufgrund von Flucht. Häufig können es aber auch materialistische Verluste sein, welche die Kinder traumatisieren. Vor allem in der frühen Latenzphase besitzen Kinder einen egozentrischen Blick auf ihre Umwelt was darin resultieren kann, dass sie sich für die Vorfälle schuldig fühlen (Cohen et al., 2006, S. 7). Zu den depressiven Verstimmungen zählen oftmals Gefühle wie Wertlosigkeit, Schuld und Scham hinzu. Diese internalisierten Gefühle führen über längere Zeit zu einem negativ-geprägten Selbstbild, welches weiterführend ein destruktives Verhalten zur Folge haben kann. Typisch hierfür wären selbstverletzendes Verhalten, Substanzenmissbrauch, welcher bereits im Kindesalter beginnt, und Suizidversuche (Cohen et al., 2006, S. 7).

Neben Zuständen der Angst und Depression wirkt sich meistens noch ein weiteres Gefühl auf die Entwicklung der Kinder aus – das Gefühl der Wut. In vielen Situationen ist es den betroffenen Kindern bewusst, dass das traumatische Erlebnis nicht „gerecht“ war. Diese Einsicht führt bei vielen dazu, dass sie oftmals unkontrolliert ihre aufgestaute Wut an Personen und Gegenständen auslassen. Weiteres zeigen sexuell missbrauchte Kinder einen höheren Grad von sexueller Aggression gegenüber anderen Personen (Cohen et al., 2006, S. 7-8). Unter sexueller Aggression wird jegliches Verhalten verstanden, welches sexuelle Belästigung/Nötigung auf eine Person abzielt.

“It is important to keep in mind that some traumatized children may have had anger or behavioral problems that predated, and are unrelated to, the traumatic events.” (Cohen et al., 2006, S. 8)

3.3. Auswirkungen von Trauma auf die verhaltensbezogene Entwicklung:

Wie am Anfang der Arbeit erwähnt, wenden betroffene Kinder verschiedene Techniken an, um sich dem Schmerz des Traumas zu entziehen – exemplarisch dafür wäre das sogenannte „Vermeidungsverhalten“. In diesen Prozessen versuchen Kinder sich vor negativen Gefühlen zu schützen indem sie bestimmte Orte, Situationen, Gedanken oder auch Personen zur Gänze meiden. In vielen Fällen kann dieses Verhalten jedoch nicht lange erfolgreich aufrechterhalten werden, da die Kinder meistens mit konstanten Erinnerungen an die traumatischen Ereignisse konfrontiert werden (Cohen et al., 2006, S. 9). Besonders bei Fällen von Misshandlung jeglicher Art durch die Erziehungsberechtigten kann dieses „Vermeidungsverhalten“ nur kurzfristig zum Schutz des Kindes beitragen. Darüber hinaus entwickeln Kinder, welche häuslicher Gewalt ausgesetzt sind, oftmals sogenannte maladaptive Verhaltensweisen. Unter maladaptivem Verhalten wird jenes Verhalten bezeichnet, welches den betroffenen Personen für einen bestimmten Zeitrahmen zwar als positiv erscheinen mag, langfristig jedoch negative Auswirkungen hat. Durch ihr Umfeld bekommen sie vorgelebt, dass Gewalt und Wut angemessene Reaktionen auf bestimmte Situationen sind. Da Erziehungsberechtigte oftmals ein Vorbild für die Kinder darstellen, spiegeln sie meistens das Verhalten der erwachsenen Person wider – dementsprechend werden sie ihre Verhaltensmuster anpassen und gewisse Attribute aufnehmen (Cohen et al., 2006, S. 9).

“For example, a child who experiences physical abuse and domestic violence may erroneously conclude that anger and abuse are accepted ways of coping with frustration. If this child also sees the abusive parent as having control over the family’s activities, emotional tone, finances, etc., whereas the battered parent is repeatedly injured and powerless, he/she may conclude that battering is an acceptable and even advantageous behavior.” (Cohen et al., 2006, S. 9)

Das gleiche Konzept kann auch beim späteren Sexualverhalten angewandt werden. Erkennen Kinder, dass der sexuelle Missbrauch, den sie erfahren haben, nicht bestraft wird, so liegt es nahe, dass sie ebenfalls negative, sexuelle Verhaltensweisen erlernen (Cohen et al., 2006, S.9).

Ebenfalls zu erwähnen sind hier die Interaktionen mit gleichaltrigen Kindern, die durch die Traumatisierung nachweislich gestört werden. Die betroffenen Kinder interagieren seltener mit verhaltensunauffälligen Kindern und bevorzugen es, mit anderen verhaltensauffälligen Kindern zu spielen. Diese Entscheidungen stehen möglicherweise in Relation mit dem negativen Selbstbild, welches die Kinder aufgrund des Traumas über Zeit entwickeln – die Angst vor Abweisung ist hier häufig der Hauptgrund dafür, wieso betroffene Kinder sich eher Gleichaltrigen zuwenden, die ähnliche Probleme und Verhaltensauffälligkeiten haben (Cohen et al., 2006, S. 109).

Wie im letzten Kapitel bereits erläutert wurde, ist selbstverletzendes Verhalten in vielen Fällen ein Kennzeichen für Traumatisierung. Die betroffenen Kinder versuchen durch diese Formen der Verstümmelung oftmals gegen die anhaltende emotionale Abstumpfung anzukämpfen (Cohen et al., 2006, S. 11).

“For example, one youth said, ‘When I hurt from cutting myself, it’s the only time I know that I am real.’”

(Cohen et al., 2006, S. 11)

4. Behandlungsmaßnahmen:

Im Bereich der Therapie für traumatisierte Kinder gibt es viele verschiedene Methoden, die erfolgreiche Resultate erbringen. Diese Arbeit setzt ihren Fokus auf drei verschiedene Formen der Therapie, nämlich auf die Psychoanalyse, die Kunsttherapie und letztendlich die Spieltherapie und erklärt diese kurz.

4.1 Die Psychoanalyse:

Während es im Feld der Behandlungen von Traumatisierungen viele verschiedene Herangehensweisen gibt, ist die Psychoanalyse eines der weitverbreitetsten Hilfsmittel. Während der Entwicklung eines Kindes durchläuft es verschiedene Phasen, welche in manchen Situationen zu Tumulten im Inneren führen können – diese können im Normalfall jedoch durch das Kind, mithilfe von äußerer Unterstützung, selbst gelöst werden (Freud, 1965, S. 217).

Kommt es jedoch dazu, dass diese Problematiken nicht selbst gelöst werden können und das Kind auf professionelle Hilfe angewiesen ist, so kann die Psychoanalyse dabei helfen, den Stress im Inneren zu reduzieren und maladaptive Defensivmechanismen abzubauen, bevor sie chronisch werden (Freud, 1965, S. 217-218). Die Psychoanalyse setzen sich laut Magagna (2012, S. 101) unter anderem als Ziel, die inneren Konflikte des Kindes zu lösen und somit das Innere zu heilen. Für den therapeutischen Prozess ist es laut Magagna (2012, S. 101) wichtig, dem betroffenen Kind ein Gefühl von Sicherheit und Verständnis zu vermitteln.

Magagna (2012, S. 119) beschreibt den Prozess der Analyse am Beispiel eines Kindes, welches sich aufgrund von traumatischen Erlebnissen weigert zu sprechen. Sie betont die Wichtigkeit, Familienmitglieder in die Therapie miteinzubeziehen, da häufig nicht nur das betroffene Kind an der vorliegenden Situation leidet. Während den Phasen der Therapie versucht Magagna die Gefühle und Erfahrungen des Umfeldes in den Prozess einzubauen. Hier werden ebenfalls unbewusste Gefühle aufgedeckt, zum Beispiel durch die Analyse von Träumen (Magagna, 2012, S. 125-129).

Zusammengefasst funktionieren die Psychoanalyse und ihre Bestandteile, wie zum Beispiel die Traumdeutung oder die freie Assoziation, als Werkzeuge, um die komplexen Geschehnisse innerhalb eines Kindes verständlicher für das Kind selbst und sein Umfeld zu machen.

“Staying with, and staying attentive to, the complexity of feelings that working with such children evokes can grant precious insight into the myriad aspects of a child’s personality and situation.” (Magagna, 2012, S. 156)

4.2. Kunst- und Spieltherapie:

Die Praxis der Kunsttherapie ist die Verbindung von Kunst und Psychologie, welche gemeinsam in einem wirksamen Therapieansatz resultieren. Sie entstand in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts unter Einfluss der Theorien von Freud und Jung (Malchiodi, 2012, S. 57).

Als erster Punkt ist die Transferenz, sprich Übertragung, in Verbindung mit Kunsttherapie zu nennen. Vielfach verwenden Kinder Zeichnungen, um ihre Gefühle gegenüber der behandelnden Person zum Ausdruck zu bringen. Kinder benutzen ihre Zeichnung um unangenehme oder schmerzvolle Situationen zu kommunizieren, ohne sie explizit aussprechen zu müssen. Kunsttherapie beinhaltet häufig auch einen interaktiven Einsatz aufseiten der betreuenden Person. Aus diesem Grund werden Zeichnungen auch oft von Kindern verwendet, um ihre Gefühle gegenüber der betreuenden Person offenzulegen (Malchiodi, 2012, S. 61).

„For example, a 6-year-old girl who was abandoned by her mother created what she called an “angry picture” of me in reaction to a play therapy session with her I missed because of illness.” (Malchiodi, 2012, S. 61)

Ein weiterer wichtiger Ansatz von Kunsttherapie ist, dass spontane, zeichnerische Expressionen einen Einblick in das Unbewusste des Kindes geben. Die Kinder werden hierbei dazu instruiert, sich so frei wie möglich künstlerisch auszudrücken – ähnlich wie bei dem Ansatz der freien Assoziation sollen die Kinder ihre inneren Probleme so ungefiltert wie möglich ausdrücken (Malchiodi, 2012, S. 63).

Ebenfalls können Zeichnungen aufzeigen, dass das Kind etwas beschäftigt, über das es noch nicht reden möchte beziehungsweise kann. Ein*e Therapeut*in kann diese Information notieren und dem Kind genug Raum geben, um in seinem eigenen Tempo über das Thema zu sprechen (Van der Kolk, 2014, S. 257). Die Zeichnungen geben dem Kind weiters eine Möglichkeit, den Therapeut*innen eine Art Feedback zu geben – dies stärkt wiederum die Beziehung zwischen den beiden Parteien (Waller, 2006, S. 278).

Kunsttherapie gibt traumatisierten Kinder also eine Möglichkeit, ihre Emotionen und Sorgen nonverbal auszudrücken. Vor allem bei schmerzhaften Erinnerungen und Gefühlen erleichtert dies den Austausch zwischen Kind und Therapieperson.

Ähnlich wie bei der Kunsttherapie soll die Spieltherapie dazu führen, dass Kinder ihre Traumata auf spielerische Art und Weise veranschaulichen und schlussendlich mithilfe der Therapeut*innen auch aufarbeiten können. Als wichtiger Vertreter ist in diesem Kontext D.W Winnicott zu nennen. Laut Winnicott (1917, S. 71) stellt das Spiel eine Situation dar, in der sich das Kind völlig seiner Kreativität hingeben kann.

In Bezug auf Spieltherapie zur Behandlung von Trauma ist das Konzept von „Trauma Play“ zu nennen, welches in Steward & Echterling (2022, S. 78) beschrieben wird. Dieses Programm setzt an zwei essentiellen Bereichen an: Auf der einen Seite versucht Trauma Play die Selbstregulation von Kindern zu verbessern und sie somit dazu zu befähigen, mit ihren Gefühlen besser umzugehen. Auf der anderen Seite zielt das Programm aber auch darauf ab, die Erziehungsberechtigten aktiv in den Heilungsprozess des Kindes miteinzubeziehen – unter anderem durch Teilnahme an den Therapiesitzungen.

Ein weiteres Beispiel für spielerische Therapie wäre der Einsatz von Gruppentherapien bei Kindern, welche sexuellen Missbrauch erlebten (Steward & Echterling, 2022, S. 198). Studien haben aufgezeigt, dass spielerische Gruppentherapie gewisse Vorteile hat, die sie noch effektiver als Individualtherapien machen. Sexueller Missbrauch ist oftmals mit Stigmata und Scham behaftet, welche die Kinder in vielen Fällen stark belasten. Diese Gruppensituation mit andern Kindern, welche ähnliche Erfahrungen gemacht haben, reduziert das Gefühl der Isolation. Darüber hinaus können diese Gruppensetting dazu führen, dass Gefühle des Schams und Selbsthasses reduziert werden (Steward & Echterling, 2022, S. 199).

“It may be in the group setting that victims encounter others who have experienced sexual abuse and may begin to realize that they are truly not alone and are not ‘damaged.’” (Steward & Echterling, 2022, S. 199)

5. Conclusio:

Abschließend ist zu sagen, dass die Problematik von Traumatisierungen in Kindern ein Spannungsfeld ist, welches in den kommenden Jahren weiter erforscht und verbessert werden muss. Anhaltende Kriege, Naturkatastrophen und Verfolgungen werden auch in den nächsten Jahrzehnten ein allgegenwärtiges Problem sein, welches die Trauma Forschung vor neue Herausforderungen stellt. Kinder werden in den meisten Fällen plötzlich ihrem vertrauten Umfeld entrissen und müssen unter beschwerlichen Bedingungen aus ihrem Heimatland flüchten. Während der Flucht werden diese Kinder bereits in einem jungen Alter mit Tod, Hungersnot, Gewalt oder sexuellen Übergriffen konfrontiert. Deshalb wird es zukünftig weiterhin wichtig sein, so früh wie möglich in der Integration der Kinder psychologisch einzugreifen um sie bei der Verarbeitung der erlebten Erfahrungen zu unterstützen.

Bezüglich dem Trauma induziert durch jegliche Art von Missbrauch müssen vor allem gesellschaftlichen Stereotypen und Stigmata abgebaut werden. Es sind nämlich genau diese Stigmata, die in den Kindern ein tiefes Gefühl von Scham und Selbsthass auslösen. Auch wenn therapeutische Ansätze das Leid der Kinder lindern und sie bei ihrer Rehabilitation begleiten können, ist es die Aufgabe der Gesellschaft, diese Thematik zu enttabuisieren. Jedes Kind verdient eine Chance auf ein Aufwachsen, welches nicht durch Komorbiditäten und posttraumatische Störungen gekennzeichnet ist. Damit dies erreicht werden kann, müssen die Therapieangeboten in Österreich ausgeweitet werden. Da Traumata oftmals erst viel später im

Leben eines Menschen verbalisiert werden können, ist ein früher Beginn nach erst Anzeichen ausschlaggebend, um dem Kind die bestmögliche therapeutische Versorgung zu ermöglichen.

Letztendlich liegt es also nicht nur in der Verantwortung der Gesellschaft, die Konversation über Trauma zu öffnen. Vielmehr muss die Politik aktive Maßnahmen setzen, um traumatisierte Kinder in ihrem Heilungsprozess zu unterstützen und ihnen ein gesundes Leben im Erwachsenenalter zu ermöglichen.

“Trauma is now our most urgent public health issue, and we have the knowledge necessary to respond effectively. The choice is ours to act on what we know.” (Van der Kolk, 2014, S. 381)

6. Literaturverzeichnis

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. doi: 10.1007/s00406-005-0624-4
- Brüning, T., Mohr, C., Claub, D., Ramsauer, T., & Simon-Stolz, L. (2020). *Auswirkungen und Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung /Effects and Sequelae of Child Abuse and Neglect*. *Kindesmisshandlung Und -Vernachlässigung*, 23(2), 130.
- Carrey, N. J., Butter, H. J., Persinger, M. A., & Bialik, R. J. (1995). *Physiological and cognitive correlates of child abuse*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(8), 1067–1075. doi: 10.1097/00004583-199508000-00017
- Cohen, A. J., Mannarino, A. P., Deblinger E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York. Guilford Press.
- De Bellis, M. D. (2001). *Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy*. *Development and Psychopathology*, 13(3), 539–564. doi: 10.1017/S0954579401003078
- Fazel, M., & Betancourt, T. S. (2018). *Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings*. *The Lancet. Child & adolescent health*, 2(2), 121–132. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(17\)30147-5](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(17)30147-5)
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood: assessments of development*. New York, NY: Internat. Univ. Press.
- Iorfa, S. K., Effiong, J. E., Apejaye, A., Johri, T., Isaiah, U. S., Eche, G. O., & Ottu, I. F. A. (2022). *Silent screams: Listening to and making meaning from the voices of abused children*. *Child: Care, Health & Development*, 48(5), 702–707. doi: 10.1111/cch.12975
- Jakobsen, M., Demott, M. A. M., & Heir, T. (2014). *Prevalence of psychiatric disorders among unaccompanied asylum-seeking adolescents in Norway*. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 10(1), 53–58. doi: 10.2174/1745017901410010053
- Jenny, C. (2011). *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence*. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders.

- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. D., Keane, T., & Saxe, G. N. (2004). *Review of child and adolescent refugee mental health*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 24–36. <https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00012>
- Magagna, J. (2012). *The Silent Child: Communication without Words*. London: Karnac Books.
- McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2010). *Research Review: The neurobiology and genetics of maltreatment and adversity*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(10), 1079–1095. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02271.x
- Montgomery, E. (2010). *Trauma and resilience in young refugees: A 9-year follow-up study*. *Development and Psychopathology*, 22(2), 477–489. doi: 10.1017/S0954579410000180
- Stewart, A. L., & Echterling, L. G. (2022). *Group Play Therapy with Military Connected Children and Families*. In *Implementing Play Therapy with Groups* (1st ed., pp. 157–168). Routledge. doi: 10.4324/9781003094531-12
- Taha, S., Anabtawi, M., & Al Wreidat, T. (2024). *Silent suffering: The hidden challenges confronting unaccompanied refugee children through the eyes of social workers*. *Child abuse & neglect*, 154, 106868. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.106868>
- Rip, J., Zijlstra, E., Post, W., Kalverboer, M., & Knorth, E. J. (2020). *Cultural matching factors, child factors and fostering factors associated with successful foster placement: An explorative study into the perspectives of unaccompanied refugee children, their foster carers, and guardians*. *Children and Youth Services Review*, 1–13. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190740920307581>.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. Viking.
- Waller, D. (2006). *Art therapy for children: How it leads to change: Theory of change*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11(2), 271–282.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. London: Tavistock Publ.