

Was hilft ehemaligen Heimkindern bei der Bewältigung ihrer komplexen Traumatisierung?



Expertise
im Auftrag des
Runden Tisches Heimerziehung

von

Silke Birgitta Gahleitner

Was hilft ehemaligen Heimkindern
bei der Bewältigung
ihrer komplexen Traumatisierung?

Expertise
im Auftrag des
Runden Tisches Heimerziehung

Silke Birgitta Gahleitner

2009

IMPRESSUM

Silke Birgitta Gahleitner:

Was hilft ehemaligen Heimkindern bei der Bewältigung ihrer komplexen Traumatisierung?
Expertise im Auftrag des Runden Tisches Heimerziehung.

Copyright:

Runder Tisch Heimerziehung, Berlin, 2009
www.rundertisch-heimerziehung.de

Umschlagbild:

Aleksander Fisher, „In Memoriam auf Tisnikar“, Öl auf Leinwand
www.gruppe75.de

Wissenschaftliche Recherchen, Redaktion, Lektorat, Grafik, Layout, Umschlaggestaltung:
Ilona Oestreich

Inhalt

Einleitung	4
1 Auswirkungen früher komplexer Traumatisierungen auf das Erwachsenenalter und Alter	6
1.1 Begriffsklärung	6
1.2 Folgeerscheinungen	8
1.3 Komplexe Traumatisierung und Entwicklung	11
1.4 Traumatisierung und Heimerziehung in den 40er- bis 70er-Jahren	14
2 Bewältigung komplexer Traumata	20
2.1 Bewältigungsmodelle	21
2.2 Bedeutung von Alter und Geschlecht	23
2.3 Gelingende Bewältigung	26
3 Vorschläge zur psychosozialen Versorgung ehemaliger Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren	28
3.1 Einrichtung regionaler Anlauf-, Informations- und Beratungsstellen	30
Ausrichtung	30
Zielgruppe	32
Regionale Erreichbarkeit und Vernetzungsstruktur	33
Personelle Ausstattung	35
3.2 Inhaltliche Aufgaben regionaler Anlauf-, Informations- und Beratungsstellen	36
Erstberatung und Information	36
Vermittlungs-, Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit	37
Konzeptionelle Arbeit und Qualitätssicherung	38
3.3 Qualifizierte Vermittlung in vertiefende Angebote	38
Diagnostische Abklärung	38
Angebote der Psychotherapie und Fachberatung	40
Aufklärungsarbeit und Selbsthilfegruppen	43
Biografiearbeit	46
3.4 Schaubild zum Versorgungsvorschlag	49
Abschließende Überlegungen zur psychosozialen Versorgung ehemaliger Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren	50
Literatur	52
Anmerkung der Autorin	62

Einleitung

In den Massenmedien wie in der Fachöffentlichkeit wird traumatischen Ereignissen und ihren Folgen zunehmend mehr Raum gegeben. Dennoch gibt es nach wie vor kontroverse Diskussionen, wie Hilfen für Betroffene tatsächlich aussehen sollen. HelferInnen sehen sich insbesondere bei komplexen Traumatisierungen, die sich in multidimensionale lebensweltliche Problemzusammenhänge einbetten und daher häufig nicht allein zielgerichtet medizinisch und psychotherapeutisch behandelbar sind, in der Situation, auf bisher nur wenige evaluierte Konzepte und Hilfsangebote zurückgreifen zu können. Trauma stellt zwar ein universelles Phänomen dar und zeigt weltweit ähnliche Folgeerscheinungen in einigen Kernbereichen, jede Form der Traumatisierung erfährt jedoch eine spezifische Ausgestaltung und erfordert gezielte Herangehensweisen.

Die Erschütterung über die schwerwiegenden Auswirkungen traumatischer Ereignisse hat zudem häufig zu einer alleinigen Zentrierung auf die zerstörerischen Aspekte geführt. Übersehen wurde dabei oftmals, dass Betroffene mit ihrem Leben weiterhin zurechtkommen müssen und dies vielen unter größten Anstrengungen auch gelingt. Richtet man den Fokus der Aufmerksamkeit daher allein auf die Symptomatik, so reduziert man die Betroffenen auf die traumatischen Erfahrungen und ignoriert ihre kreative Überlebenskraft. Vor allem aber erschwert diese pathogenetische Sichtweise die Beleuchtung jener Bedingungen, die eine positivere Bewältigung im Lebensalltag mit gestalten könnten.

Dazu tritt eine weitere Problematik. Die aktuelle medizinische und psychologische Forschung im klinischen Bereich ist am Prinzip der Goldstandardforschung orientiert. Im Vordergrund stehen Untersuchungen über isolierbare, messbare und voneinander abgrenzbare traumatische Einzelereignisse. Die Ergebnisse haben zwar in den letzten Jahren zu wichtigen medizinischen und psychologischen Theoriebildungen und Publikationen geführt und die Entwicklung für viele Betroffene positiv vorangetrieben, komplexe traumatische Erfahrungen oder Veränderungsprozesse werden damit jedoch häufig nicht erfasst. Insbesondere fehlen prozesshafte Beschreibungen von Bewältigungsansätzen sowie die Evaluation psychosozialer Begleitangebote und Inter-

ventionen in ihrer Auswirkung auf das subjektive Bewältigungserleben im jeweils spezifischen politischen und sozialen Kontext.

Psychosoziale Strategien, die eine positive, gelungene Verarbeitung unterstützen könnten, insbesondere gesellschaftliche Zusammenhänge, kommen in diesen Perspektiven zu wenig in den Blick. Der persönliche Umgang mit Traumata und schwierig(st)en Lebensbedingungen ist jedoch nicht nur von den individuellen Bewältigungsstrategien geprägt, sondern immer auch verflochten mit den gesellschaftlichen Ressourcen, über die Menschen verfügen. Die von Missachtung und Gewalt geprägte Behandlung der Kinder in Heimen sowie die Bilder von Kindern und Jugendlichen, die der ‚Unterbringung‘ in Heimen zugrunde lagen, sind in einen größeren historischen Kontext zu setzen, der bis in die NS-Zeit und bis weit davor und danach reicht. Dieser Kontext ist bei Angebots- und Versorgungsstrukturen für ehemalige Heimkinder der 40er- bis 70er-Jahre mit zu berücksichtigen.¹

Zielsetzung der Expertise ist, eine dieser vorhandenen Lücken schließen zu helfen und auf die Auswirkungen früher Traumatisierungen auf das Erwachsenenalter für ehemalige Heimkinder der 40er- bis 70er-Jahre zu fokussieren. Vielen Betroffenen ist es lange Zeit – zumeist ohne jede Unterstützung von öffentlicher Seite – gelungen zu überleben, und sie haben für ihr Leid jede nur erdenkliche Form der Wiedergutmachung verdient. Materiell, vor allem jedoch durch eine angemessene Versorgung der Folgeerscheinungen, die die ehemaligen traumatisierenden Erfahrungen mit sich gebracht haben.

1 Diese Tatsache bedeutet auch, dass der stets in den Fokus der Betrachtung gerückte Zeitpunkt der 50er- und 60er-Jahre nicht ausreicht, um die Situation der heute alternden ehemaligen Heimkinder zu beschreiben. ExpertInnen sprechen daher heute bereits von einem Zeitraum der 40er- bis 70er-Jahre. Erst der Jugendhilfetag 1978 leitete maßgebliche Veränderungen ein (Kappeler, 2009c).

1 Auswirkungen früher komplexer Traumatisierungen auf das Erwachsenenalter und Alter

1.1 Begriffsklärung

Unter einem Trauma versteht man ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (Fischer & Riedesser, 1998, S. 79), das den Rahmen der Belastungsfähigkeit um ein Vielfaches übersteigt, wie z. B. eigene oder unmittelbar beobachtete Todesnähe oder eine ernsthafte Verletzung der körperlichen Unversehrtheit. Wer dies erlebt, ist der Erfahrung von ohnmächtigem Kontrollverlust, Entsetzen und (Todes-)Angst ausgesetzt. Die natürlichen menschlichen Selbstschutzstrategien angesichts von Lebensgefahr – Flucht und Widerstand – erweisen sich als sinnlos.

Das Ausmaß der Traumatisierung ist abhängig von der Art, den Umständen und der Dauer des Ereignisses, vom Entwicklungsstand des Opfers zum Zeitpunkt der Traumatisierungen und eventuell vorhandenen oder nicht vorhandenen schützenden Faktoren. Es macht daher einen großen Unterschied, ob ein Mensch durch das einmalige Erleben z. B. einer Naturkatastrophe oder durch wiederholte Gewalterfahrungen von Menschenhand (sog. man-made-disaster) traumatisiert wird (ebenda).

Besonders gravierende Traumatisierungen stellen daher frühe und anhaltende, im sozialen Nahraum bzw. von Fürsorgepersonen verursachte Traumatisierungen bzw. Verlusterfahrungen dar. Physische Gewalt als eine Handlung, die körperliche Verletzungen hervorruft, ist im öffentlichen Bewusstsein noch am ehesten als Gewalthandlung bekannt und akzeptiert. Sexuelle Gewalt an Kindern, als eine sexuelle Handlung eines Erwachsenen an einem Kind, die entweder gegen den Willen des Kindes vorgenommen wird oder der das Kind aufgrund seines Entwicklungsstandes nicht frei und informiert zustimmen kann, hat erst in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit und Informiertheit erfahren. Dass sexuelle Gewalt über die sexuellen Handlungen jedoch verknüpft ist mit Machtphänomenen und häufig gekoppelt mit folgeträchtigen Schweigegebote für die Betroffenen, wird häufig wenig zur Kenntnis genommen (Gahleitner, 2005c).

Ebenso wird Schädigung durch psychische Gewalt ohne physische Komponente wie z. B. Erniedrigung, feindselige Ablehnung, Missbräuchlichkeit, psychisches Terrorisieren, jedoch auch der Entzug verlässlicher Zuwendung und gegenseitiger Anerkennung – insbesondere innerhalb einer Fürsorgebeziehung – oftmals nicht als Gewalthandlung anerkannt. Auch Vernachlässigung als eine andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns, das zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung notwendig wäre (Schone et. al., 1997), schädigt und traumatisiert, häufig ohne für die Umwelt und die Opfer selbst präzise greifbar und beschreibbar zu sein.

Noch schwieriger zu vermitteln ist die traumatisierende Dimension des ‚Miterlebens‘ von Gewalt, die einhergeht mit Hilflosigkeit, Scham- und Schuldgefühlen, nicht eingegriffen zu haben oder selbst ‚davongekommen zu sein‘. Nicht zu vernachlässigen ist im Themenkreis Traumatisierung durch Heimaufenthalte in den 40er- bis 70er-Jahren zudem auch die immer noch vorherrschende Rolle nationalsozialistischen Gedankenguts. Die verschwiegene Opfer- oder Täterschaft sowie tradierte Gewaltmuster stellen per se eine große Belastung für die nachfolgenden Generationen dar (vgl. Bar-On, 1989/1996; Rosenthal, 1997). Die bis in die 70er-Jahre hineinreichenden zugehörigen Erziehungsideologien begünstigen und legitimieren jedoch auch ganz konkret Gewalthandlungen gegen Kinder (Müller-Hohagen, 1994) und spielen in den Traumafolgen für Heimkinder der 40er- bis 70er-Jahre eine große Rolle. Genauer betrachtet reichen sie weit bis in die Zeit vor dem Nationalsozialismus zurück und sind bereits in der ‚Fürsorgeerziehung‘ des endenden 19. Jahrhunderts und in den damaligen gesetzlichen Regelungen zu beobachten. Der Nationalsozialismus jedoch trieb eine bestehende Erziehungshaltung durch die Eugenik und Einrichtung von Jugend-KZ's auf eine Spitze (Kappeler, 1999).

Das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit in der Welt und das Vertrauen in die Menschheit, das sich über die ersten Bindungsbeziehungen herstellt, wird durch solcher Art Gewalthandlungen insbesondere in der frühen Kindheit grundlegend erschüttert (Bowlby, 1969/2006, 1973/2006, 1980/2006; Brisch, 1999; Gahleitner, 2005a). Andererseits jedoch bringen früh Traumatisierte außergewöhnliche Fähigkeiten hervor und entwickeln z. T. sehr kreative und vitale Überlebensstrategien. Was einst hilfreich war, kann im weiteren Lebensverlauf jedoch wieder destruktiv werden und gravierende chronische Symptome verursachen. Resultat ist häufig ein ausgeklügeltes System vielfältiger somatischer und psychischer Symptome, die die gerade erst entstehende Persönlichkeit entscheidend in der Entwicklung beeinflussen (Herman, 1993; Terr, 1995). In den letzten Jahren hat sich dafür insbesondere in den angloamerikanischen

Ländern der Begriff ‚komplexe Traumatisierung‘ durchgesetzt (vgl. van der Kolk et al., 1996; vgl. aktuelle Diskussionen um den Traumbegriff im deutschsprachigen Raum Rosner & Hagl, 2008; Wöller et al., 2004; aktuell gültige diagnostische Leitlinien Flatten et al., 2004).

Die Veränderungen lassen sich neben den sozialen, psychischen, psychosomatischen und psychiatrischen Auffälligkeiten auch hirneurophysiologisch nachweisen (vgl. u. a. Bering et al., 2005; Carter, 2005). Die Wahrnehmung fokussiert hauptsächlich auf ‚traumarelevante‘ bzw. mit dem Trauma zusammenhängende Reize und Faktoren. Trotz des Versuchs, sich den überflutenden Bildern und Zuständen zu entziehen, werden Betroffene immer wieder von diesen sog. Intrusionen heimgesucht, die jedoch nur bruchstückhaft vorliegen. Traumatisierte sind gefangen zwischen Gedächtnisverlust und Wieder-Erleben, zwischen überwältigenden Gefühlen und absoluter Gefühllosigkeit, häufig weitgehend ohne Möglichkeiten der Selbstregulation (van der Kolk, 1999).

1.2 Folgeerscheinungen

Traumatische Erfahrungen können zu einer traumatischen Reaktion führen, die nach den internationalen Klassifikationsschlüsseln für psychische Störungen (ICD-10, DSM-IV²) als ‚Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)‘ oder ‚Post-Traumatik-Stress-Disorder (PTSD)‘ bezeichnet wird (Fischer & Riedesser, 1998; Flatten et al., 2004). Diese Beobachtung wird von zahlreichen wissenschaftlichen Studien bestätigt.³ Grundsätzlich unterscheidet man bei PTBS bzw. PTSD drei diagnostische Oberkategorien: (1) Intrusive Symptome, d. h. Betroffene werden unfreiwillig immer wieder vom Erleben der traumatischen Erfahrung überflutet; (2) konstriktive Symptome, die durch psychische Erstarrung oder nachhaltiges Vermeidungsverhalten gekennzeichnet sind; (3) und das sog. Hyperarousal, das sich in unnatürlich erhöhter Erregung zeigt (Flatten et al., 2004; van der Kolk, 1999):

(1) In der intrusiven Symptomatik wird das traumatische Ereignis durch ständig wiederkehrende und eindringliche ‚Erinnerungen‘ an das Ereignis wieder erlebt.

2 Die internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; WHO, 2000) und das diagnostische und statistische Manual für psychische Störungen (DSM-IV; APA, 2000) sind die derzeit am häufigsten verwendeten Diagnoseschlüssel zur Diagnostik psychischer Krankheiten im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie.

3 Übersichten zur Problematik der PTSD findet man u. a. bei van der Kolk et al. (1996), Maercker (1997), Fischer & Riedesser (1998), Ehlers (1999), Butollo et al. (1999), Hochauf (2003), van der Kolk & McFarlane (2000), van der Kolk (1999); für Ergebnisse aus Kohortenstudien vgl. insbesondere Felitti (2002); aktuell gültige diagnostische Leitlinien (Flatten et al., 2004).

Intrusionen können Bilder, Gedanken oder Sinneswahrnehmungen umfassen und sind nicht im eigentlichen Sinne Erinnerungen, da man sie nicht bewusst zu steuern vermag. Häufig kommt es dabei zu einem Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (sog. Flashbacks) oder zur Reinszenierung solcher Ereignisse. Die Intrusionen gehen mit intensiven psychischen und physischen Belastungen einher.

(2) Als logische Antwort auf die Intrusionen kommt es zur konstruktiven Problematik, einer Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, zu Dissoziationen, Erinnerungsschwierigkeiten oder -lücken (Amnesien) bzw. einer Abflachung der allgemeinen Reagibilität. Dazu gehören bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen, deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, ein Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen, eine eingeschränkte Bandbreite der Affekte, Numbing, depressive Grundstimmungen bzw. chronische Affektdysregulationen. Die emotionale Labilität und die depressiven Verstimmungen können auch zu selbstschädigendem Verhalten und Suizidgedanken bzw. -handlungen führen.

Häufig kommt es zu einem Hin- und Herschwanken zwischen beiden Extremen der Inklusivität und Konstriktion und damit zu einem Verlust der Fähigkeit der Selbstregulation. Hinzu treten anhaltende Symptome einer physiologischen Übererregung, also einer generellen Überwachsamkeit, Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, erhöhter Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Betroffene leben psychisch und physisch ständig angespannt und auf einem erhöhten Erregungsniveau. Dies kann sich in langfristigen psychosomatischen Erscheinungen niederschlagen (vgl. zusammenfassend Gahleitner, 2005c).

Die Symptome beginnen mit einer sog. traumatischen Belastungsreaktion. Von einer posttraumatischen Belastungsstörung wird erst gesprochen, wenn die Belastungen über einen längeren Zeitraum als vier Wochen hinweg unvermindert anhalten. Ab einer Zeitdauer von drei Monaten spricht man von einer chronischen Belastung. Bei über Jahre und Jahrzehnte fortgesetzter Beeinträchtigung kann die posttraumatische Belastung in andauernde Persönlichkeitsveränderungen übergehen, die eine ganze Bandbreite sozialer, psychosomatischer und psychiatrischer Störungsbilder umfasst (Fischer & Riedesser, 1998; Flatten et al., 2004). Die traumatische Belastung umfasst also nicht nur das Trauma

selbst, sondern auch die Geschehnisse, die zu einem späteren Zeitpunkt in Anknüpfung an das Trauma stattfinden.

Man unterscheidet daher zwischen sog. primärer und sekundärer Traumatisierung; die sekundäre Traumatisierung wird dabei oft auch als Retraumatisierung bezeichnet. Die primären Traumatisierungsfaktoren leiten sich direkt aus dem erlebten Trauma ab. Die sekundären bzw. retraumatisierenden Traumatisierungsfaktoren ergeben sich entscheidend aus dem Umgang des sozialen Umfeldes und der Gesellschaft mit der Traumatisierung und ihren Ursachen. Insbesondere bei anhaltenden und früh im Leben einsetzenden Traumata (sog. Typ II-Traumata gegenüber einmalig auftretenden Typ I-Traumata; van der Kolk et al., 1996; Terr, 1995) fasst man daher die charakteristischen Reaktionen und Persönlichkeitsveränderungen der Person innerhalb ihres sozialen Umfeldes in den letzten Jahren als ‚Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung‘ oder ‚Komplexe Traumafolgestörung‘ zusammen (vgl. aktuelle Diskussionen um den Traumabegriff im deutschsprachigen Raum Rosner & Hagl, 2008; Wöller et al., 2004; aktuell gültige diagnostische Leitlinien Flatten et al., 2004).

Insbesondere diese Form früher, anhaltender und wiederholter Traumatisierung (vgl. dazu erstmals Keilson, 1979; Khan, 1963; siehe unten, Kapitel 1.3) verursacht in aller Regel Phänomene schwerer psychischer Fragmentierung und Desintegration. Die Fundamente des Selbst und die eigene Selbstwahrnehmung werden erschüttert bzw. können sich erst gar nicht entwickeln. Das Verhältnis zum eigenen Körper, zum Bewusstsein und den Affekten – letztendlich das gesamte Integritätsgefühl (Sachsse, 2006) – ist gestört. Im zwischenmenschlichen Bereich fehlt es an positiven Bindungserfahrungen. Ronnie Janoff-Bulman (1985) beschreibt dieses Phänomen als ‚shattered assumptions‘. Desorganisierte Bindungsmuster, Gefühle von Misstrauen und Entfremdung, jedoch auch ein mangelndes Gefühl für Grenzen sind die Folge. Häufig treten dissoziative Erscheinungen auf, im Extremfall bis zur psychopathologisch relevanten Borderlineproblematik oder zur multiplen Persönlichkeitsstörung (Wirtz, 1989; Huber, 1995, 2003; van der Hart et al., 2008).

(3) Die Veränderungen zeigen sich neben den psychischen Auffälligkeiten auch in den bereits angesprochenen neuronalen Veränderungen. Traumatisierte nehmen Reize anders auf und ordnen sie anders zu als Menschen ohne Traumata. Traumatische Stimuli gelangen vermutlich ohne eine Verschaltung mit der Großhirnrinde direkt in die Amygdala, den affektgeleiteten Verstärker des Gehirns. Auch wird angenommen, dass die übermäßige Ausschüttung von Stresshormonen in der traumatischen Situation zu einer tiefen Einprägung der

traumatischen Situation führt. Bei Traumatisierten wurden eine Reihe neuroendokriner Dysregulationen gefunden wie veränderte Konzentrationen von Transmittern oder veränderte Dichten entsprechender Rezeptoren bis hinein in genexpressive Prozesse (vgl. u. a. Carter, 2005; LeDoux, 1996/1998; Maercker, 1997; Yehuda, 2001; vgl. aktuell den Sammelband von Jacobs, 2009). Die PTSD muss also als Ergebnis eines komplexen Beziehungsgefüges zwischen psychologischen, physiologischen und sozialen Prozessen gesehen werden.

Frühe Übersensibilisierung durch vergangene Traumata erklärt so vermutlich das Verhalten vieler traumatisierter Menschen: Das Selbstschutzsystem ist in ständiger Alarmbereitschaft und führt zu Reizbarkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, unkontrollierten Übererregungen wie z. B. (auto-)aggressiven Verhaltensweisen. Manchmal können unbedeutende Auslöser völlig unangemessene Reaktionen herbeiführen. Werden sie an das Trauma erinnert, „so werden sie zu Opfern ihres reflexhaften Verhaltens ... Sie fühlen, als würden sie das Ereignis erneut durchleben“ (van der Kolk, 1999, S. 35f.). Trauma muss also als Ergebnis eines komplexen Entwicklungs- und Beziehungsgefüges zwischen psychologischen, physiologischen und sozialen Prozessen gesehen werden, das die Auswirkungen im Leben der Opfer gestaltet (Carter, 2005; Fischer & Riedesser, 1998; Felitti, 2002). Ein differenzierteres Verständnis erschließt sich daher erst bei einem Blick auf die Entwicklungszusammenhänge.

1.3 Komplexe Traumatisierung und Entwicklung

Wie bereits deutlich wurde, entfaltet ein Trauma seine Wirkung im Spannungsfeld individueller und umgebender Faktoren. Neben angeborenen oder erworbenen konstitutionellen Faktoren gehören dazu vor allem die Entwicklungsbedingungen und -möglichkeiten. Vor diesem jeweils individuellen Hintergrund erlebt das Kind die traumatischen objektiven Faktoren. Das traumatische Erlebnis wiederum wird durch entwicklungsbedingte Umbau- und Umformungsprozesse und durch deren Verbindung zu anderen psychischen Abläufen ständig aktualisiert und modifiziert. So kommt es zu einem komplexen Wechselspiel (Cicchetti, 1999; Klitzing, 2003; Streeck-Fischer, 1999, 2006). Ein vertiefter Einblick in Entwicklungszusammenhänge und Phänomene von Bindung, Beziehung und Sozialer Unterstützung bietet daher einen wichtigen Referenzrahmen zum Verständnis dieser komplexen Interaktion (vgl. ausführlich Gahleitner, 2005a).

Das Zentralnervensystem ist in den ersten Lebensmonaten und -jahren noch stark formbar und muss angemessen stimuliert werden, damit es später funktio-

nieren kann (LeDoux, 1996/1998). Aufgabe des Gehirns ist es, „ein inneres Abbild der äußeren Welt zu konstruieren, das gleichsam als Schablone dient, an der sich die weitere Entwicklung ausrichten kann“ (van der Kolk, 1999, S. 50). Man spricht dabei auch von ‚Aktivationsmustern des Gehirns‘ (Siegel, 1991/1999). Jede Entwicklungsstufe stellt das traumatisierte Kind vor neue Anforderungen. Die Traumafolgen führen daher nicht nur zu unmittelbaren psychischen Störungen und Problematiken, sondern auch zu bio-psycho-sozialen Veränderungen, die als Basis für zukünftige individuelle und interpersonelle Verhaltensmuster und Bewältigungsmechanismen sämtliche Lern- und Erfahrungsprozesse beeinflussen (Finkelhor & Kendall-Tackett, 1999; Röper & Noam, 1999).

Ein zentraler theoretischer Referenzrahmen an dieser Stelle ist die Bindungstheorie. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts stieß John Bowlby (1907-1990) bei der Behandlung schwer traumatisierter Kinder und Jugendlicher immer wieder auf frühkindliche Defizite und Traumata. Aus diesen Erkenntnissen entwickelte er die Bindungstheorie als ein zentrales Konstrukt zum Verständnis der lebensnotwendigen soziokulturellen Erfahrungen eines Menschen. In den zentralen Publikationen (WHO-Studie 1951/1973; Trilogie ‚Attachment; Separation; Loss‘ 1969/2006, 1973/2006, 1980/2006) vertritt er die Auffassung, dass Kinder aufgrund einer evolutiv vorgegebenen Bindungsneigung die Nähe vertrauter Personen aufsuchen. Er geht davon aus, dass diese frühen Bindungen Kindern als sichere Basis und Grundstruktur für die gesamte weitere Entwicklung dienen (vgl. auch Brisch, 1999).

In Situationen von Verunsicherung wird das Bindungsverhalten aktiviert. Ist das Sicherheitsbedürfnis gestillt, kann Exploration stattfinden. Die Abwesenheit stabiler Bindungspersonen behindert daher die Entwicklung emotionaler, kognitiver und sozialer Fähigkeiten. Um eine stabile Bindung zu ermöglichen, müssen Fürsorgepersonen die Signale des Kindes richtig wahrnehmen, interpretieren sowie prompt und angemessen beantworten (Konzept der Feinfühligkeit; Ainsworth et al., 1974). Damit wird Bindung zu dem zentralen Schutzfaktor für die Entwicklung (Bowlby, 1957/2005).

Auf dieser Basis unterscheidet man verschiedene Bindungstypen (Ainsworth & Wittig, 1969): Verhält sich die zentrale Bindungsperson dem Säugling gegenüber ‚feinfühlig‘, so entsteht eine sichere Bindung, die von Vertrauen, Gegenseitigkeit und Kontinuität geprägt ist. Reagiert die Bindungsperson mit Distanz bzw. Unzuverlässigkeit, so bildet sich eine distanzierte bzw. unsicher-ambivalente Bindung aus. Über die Interaktion mit Bindungspersonen entwickelt der Säugling auf diese Weise allmählich ‚Internale Arbeitsmodelle‘ zum Um-

gang mit sich, mit Interaktionspartnern und der Welt (Fonagy et al., 2002/2004; Main et al., 1985; Stern, 1985/1992), man kann sie auch als verinnerlichte ‚Schemata von sich in der Welt‘ begreifen.

In vielen Fällen früher und anhaltender Traumatisierung jedoch wird der unbelastete Zugang zu diesen existenziellen Grundbedürfnissen gerade durch jene Menschen zerstört, von denen das Kind am stärksten abhängig ist und von denen es Liebe und Vertrauen benötigt. Im Gegensatz zur Entstehung einer ‚sicheren Bindungsbasis‘ in den ersten Lebensjahren erleben diese Kinder ohne einen ‚sicheren Hafen‘ eine bedrohliche Double-Bind-Situation: einerseits das existenzielle Bedürfnis, sich der Bezugsperson zu nähern, andererseits das Erleben, dort nicht sicher oder gar bedroht zu sein. Dies hinterlässt beim Kind einen unlösbaren Bindungskonflikt (Brisch, 2003). Fatalerweise führt dies jedoch zu einer noch verzweifelteren Suche nach Bindung – ein Teufelskreis, der impliziert, dass solche Kinder häufig eine starke, aber äußerst maligne Bindung entwickeln, insbesondere wenn die jeweiligen Fürsorgepersonen selbst zu den Peinigern zählen (Grossmann & Grossmann, 2004).

Die Menge und Stärke des Bindungsverhaltens ist daher nicht gleichzusetzen mit der Sicherheit, die daraus entsteht. Ein sicher gebundenes Kind kann auf die Bindung so stark vertrauen, dass das Bindungssystem nur geringfügig aktiviert ist. Für misshandelte Kinder besteht dagegen dauernder ‚Feueralarm‘ (Grossmann, 2002), der sich auch physiologisch niederschlägt. Anstelle einer frühen positiven Bindungserfahrung, die zentrale Orientierungspunkte schafft, ist das im sozialen Nahraum traumatisierte Kind seinen Bezugspersonen völlig hilflos ausgesetzt und sucht häufig sogar aktiv nach weiterem Kontakt mit ihnen. Dies kann zur Ausbildung eines ‚desorganisierten Bindungsmusters‘ oder einer manifesten Bindungsstörung führen, häufig ein Vorläufer von Persönlichkeitsstörungen (Brisch, 1999; Crittenden, 1995; Main & Hesse, 1990).

Die daraus resultierenden überfordernden Extremzustände bewirken Veränderungen bis hinein in den Körper und das Gehirn und prägen damit auch biologisch die zukünftige Wahrnehmung der Realität und ihre Interpretation (van der Kolk et al., 1999; siehe oben, Kapitel 1.1 und 1.2). Daraus entstehen komplexe Entwicklungsstörungen auf der physischen, psychischen und sozialen Ebene (Alexander & Anderson, 1999). Das in seiner körperlichen Integrität verletzte, emotional überforderte und desorganisiert gebundene Kind zeigt z. B. mangelnde Selbstregulation und Reizdiskrimination, Affektdysregulationen, (auto-)aggressive Verhaltensweisen und eine verzögerte Kognitions- und Sprachentwicklung. Frühe Abwehrmechanismen bzw. Bewältigungsversuche

führen häufig zu den bereits angesprochenen dissoziativen Erscheinungen (Riedesser et al., 1999; van der Hart et al., 2008). Bei Versuchen, neue Beziehungen einzugehen, wiederholt sich häufig die Enttäuschung, da es an konstruktiven Bindungsmustern und Abgrenzungsfähigkeiten fehlt.

Die Ausbildung und Schwere einer posttraumatischen Belastungsstörung ist daher maßgeblich von der Anwesenheit oder Abwesenheit von Schutz- und Risikofaktoren vor, während und nach dem Ereignis beeinflusst, in erster Linie von der Existenz sozialer und professioneller Unterstützung. Zu dieser Erkenntnis gibt es inzwischen eine unübersehbare Anzahl übereinstimmender Studien (vgl. zusammenfassend Gahleitner, 2005a). Neben sozialer Unterstützung und sicherem Bindungsverhalten gelten als protektive und Resilienzsteigernde Faktoren außerdem Intelligenz, kognitive Fähigkeiten, Auseinandersetzungsfähigkeit, aktives und kontaktfreudiges Temperament (Egle & Hoffmann, 2000). Auf die Kumulation der Folgen von traumatischen Ereignissen durch anschließende ungünstige Bedingungen wurde bereits mit dem Konzept der kumulativen bzw. sequenziellen Traumatisierung hingewiesen (Keilson, 1979; Khan, 1963).

Neben dem Versagen von Einzelpersonen spielt hier der Einfluss der umgebenden Gesamtgesellschaft eine entscheidende Rolle. Auf beiden Ebenen ist wesentlich, ob dem Opfer angemessene Wertschätzung und Unterstützung entgegenkommt. „Erst ... wenn Betroffene glaubhaft erfahren,... dass sie das Recht haben und ... darin unterstützt werden sich zur Wehr zu setzen und sich Hilfe zu holen, können sie sich vorstellen, dass es wirklich Auswege gibt.“ (Roth, 1997, S. 102) Nur auf diesem Wege kann der erschütterte Glaube an eine vertrauenswürdige Welt wieder gefestigt werden (Janoff-Bulman, 1985). Allerdings ist die Gesellschaft – auch nach Ansicht von ForscherInnen und KlinikerInnen – häufig nicht in der Lage, der sozialen Verantwortung, die sie für traumatisierte Opfer trägt, gerecht zu werden (Herman, 1993). Viele Betroffene denken aufgrund ihrer Isolation daher, sie seien mit ihrer Erfahrung alleine. Nähe und Vertrauen bergen für sie daher häufig Gefahr statt Schutz und Entwicklungspotenzial.

1.4 Traumatisierung und Heimerziehung in den 40er- bis 70er-Jahren

Die traumatisierenden Verhältnisse in Heimen der 40er- bis 70er-Jahre sind inzwischen durch viele Foren im Internet, Berichte, Publikationen sowie durch einen zugehörigen Petitionsausschuss des Bundestages (Deutscher Bundestag,

2008) an die Öffentlichkeit gelangt.⁴ Auf gesellschaftliche Bemühungen, die Existenz traumatischer Ereignisse zu problematisieren, folgten und folgen – individuell wie gesellschaftlich betrachtet – jedoch immer wieder Versuche, die Opfer tendenziell eher zu diskreditieren statt der schmerzlichen Realität ins Auge zu sehen und sie anzuerkennen (Herman, 1993). Dieses Hin und Her verschiedener Interessengruppen lässt sich in Bezug auf die z. T. folgenreichen Heimaufenthalte in den 40er- bis 70er-Jahren besonders deutlich zeigen (vgl. u. a. Apitz, 2007; Kretschmer, 2007; Lehning, 2006; Stücker-Brüning, 2009). Im Folgenden seien daher die bisherigen fachlichen Überlegungen mit einigen der zahlreichen Berichte, bisherigen Publikationen und wissenschaftlichen Studien verknüpft, die sich mit den AdressatInnen selbst beschäftigt haben.

Ein Heimaufenthalt in den 40er- bis 70er-Jahren muss nicht zwingend traumatisch verlaufen sein (vgl. z. B. Schiltsky, 2006). Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren waren jedoch mehrheitlich im Kontrast zu heute⁵ – nicht nur in ihren eigenen Empfindungen, sondern auch Untersuchungen zufolge, die sich um eine ausgewogene Erhebung der damaligen Zustände bemühen – menschenunwürdigen Verhältnissen ausgesetzt (vgl. u. a. Apitz, 2007; Deutscher Bundestag, 2008; Kuhlmann, 2008; Kretschmer, 2007; vgl. abermals Schiltsky, 2006). Frühe und anhaltende, im sozialen Nahraum bzw. von Fürsorgepersonen verursachte Traumatisierungen gehören – wie in den vergangenen Abschnitten deutlich wurde – zu den komplexesten Traumatisierungen. Viele der ehemaligen Heimkinder haben von den Fürsorgepersonen in den Heimen physische, sexuelle oder psychische Gewalt erfahren. Dies berichten auch ehemalige MitarbeiterInnen. Jungen und Mädchen damals hätten – so eine damalige Erzieherin – den ‚Verlust ihrer Kindheit‘ (epd-Inb, 2009) erlebt. Quellen aus den 70-er Jahren, um mit Goffman (1961/1972) nur eine zu nennen, haben diese Tatsache bereits wesentlich früher benannt.

4 Vgl. dazu u. a. die Monografien: Wensierski, 2007; Graeber, 2006; Schubert, 1999; Schüнемann, 2008; Page, 2006; Sucker, 2008; Krone, 2007; Molnár, 2008; die Onlinepublikationen: Focke, 2006; R., 2006; Fleth, 2006; E., 2006; Krone, 2006; Schmidt, 2006; Schiltsky, 2006; die Sekundärliteratur: Kappeler, 2009a und b; Kuhlmann, 2008; sowie die entsprechende Empfehlung des Petitionsausschusses des Deutschen Bundestags: Deutscher Bundestag, 2008; schließlich die (Betroffenen-)Websites bzw. Online-Foren: www.rundertisch-heimerziehung.de, www.heimseite.eu, www.emak.de und www.veh-ev.info.

5 Auch aktuell weisen Heimkinder laut einer umfassenden Untersuchung eine hohe psychopathologische Belastung auf. Die Heimaufenthalte für die heutigen BewohnerInnen in deutschen Kinderheimen sind im Kontrast zum Erleben ehemaliger Heimkinder jedoch weitgehend erfolgreich (Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin, 2009; Goldbeck et al., 2008; Schmid, M., 2007; vgl. jedoch kritische Stimmen wie z. B. Struck, 2008); eine Ausnahme machten bis vor wenigen Jahren die Bedingungen in rumänischen Kinderheimen, die denen der 40er- bis 70er-Jahre in Deutschland ähnelten. Über die Schädigungen dieser Kinder gibt es interessante Untersuchungsergebnisse, die als Vergleichsbasis eventuell herangezogen werden könnten (vgl. u. a. Rutter, 2006).

Zu den Gewalthandlungen gehörte rohe Gewalt ebenso wie sexuelle und psychische Gewaltausübung: „Ich bin ausgebeutet und misshandelt worden. Ich bin zum Krüppel getreten worden und wurde sexuell mehrfach missbraucht“ (zit. n. Kappeler, 2009a, S. [10]), berichtet ein Betroffener aus dieser Zeit. Die Gewalttriale begannen häufig bereits bei Aufnahme in die Einrichtungen. Ein ehemaliger Bewohner erzählt: „Dort angekommen, wurde ich der Gruppe von meinem zukünftigen Gruppenleiter als Geisteskranker vorgestellt. In einem Kellerraum musste ich mich vor anderen völlig entkleiden. Mein Kopfhaar wurde mir brutal entfernt. Ich wurde mit einem Wasserschlauch abgespritzt und dann mit einem Desinfektionspulver überworfen. Vor allen Gruppenmitgliedern musste ich mir meine Schambehaarung entfernen.“ (zit. n. Kappeler, 2009a, S. [9]) Die physischen Misshandlungen beschränkten sich dabei keineswegs nur auf Jungen – eine Bewohnerin erzählt: „Alle beide haben wir kräftig den Rohrstock zu spüren bekommen und alle beide wurden wir eingesperrt, natürlich getrennt. Die Striemen vom Rohrstock hat man bei mir lange gesehen. Zu mir hat die Lehrerin gesagt, ich wäre verlogen und ein durchtriebenes Subjekt (ich wusste gar nicht, was das war).“ (zit. n. Kappeler, 2009a, S. [7])

Beispiele für Erniedrigung, Missbräuchlichkeit und Terrorisierung durch Drohungen und Isolation gehören zu den häufigsten Bestandteilen von Betroffenenberichten: Arrest, Essensentzug, stundenlanges Stehen oder Schlafentzug, Androhung, unter kalte Duschen gestellt zu werden (epd, 2009), lässt sich mit einem physischen Gewaltbegriff alleine nicht beschreiben: „Man durfte nicht lachen. Wenn man gelacht oder getobt hat, musste man in der Ecke stehen“ (zit. n. epd-Inb, 2009), erzählt eine ehemalige Bewohnerin aus diesem Spektrum von mangelhafter Förderung im Heimalltag. Jungen Müttern entzog man die Kinder und reduzierte den Kontakt auf minimale Begegnungsmöglichkeiten (E., 2006). Die ausgeübte Gewalt geschah häufig unter dem Banner einer ‚christlichen Erziehung‘ (vgl. u. a. Runder Tisch Heimkinder, 2009; Focke, 2006) und in den berüchtigten Säuglingsheimen auch bereits sehr kleinen Kindern (Burschel, 2008). Die Materialsammlung von Michael-Peter Schiltsky (2009), basierend auf Befragungen einer Vielzahl ehemaliger Heimkinder, bietet Belege für jedes der genannten Beispiele mit detaillierten Erinnerungen der Betroffenen.

Zuweilen wird argumentiert, dass damals wie heute Heimkinder häufig bereits aus traumatisierenden Verhältnissen kamen und ihre Schädigung, wie z. B. eine posttraumatische Belastungsstörung, bereits in die Einrichtungen ‚mitbrachten‘, das Ausmaß ihrer Traumatisierung also aus der frühen Kindheitsgeschichte stamme. Diesem Argument, das auf die ganz allgemeine Schwierigkeit der Beweisbarkeit von Ätiologien psychiatrischer Diagnosen verweist, kann

aus mehreren Richtungen widersprochen werden. Die Erfahrungen, die in miserablen Zuständen von Säuglingsheimen bereits kleinste Kinder gemacht haben, lassen sich keinesfalls auf vorherige bereits chronifizierte Störungsbilder der damaligen Kinder zurückführen (vgl. Burschel, 2008). Aber selbst wenn bereits bei Heimeinweisung eine Schädigung vorlag, kann aus wissenschaftlicher Sicht verzeichnet werden, dass traumatisches Geschehen alleine noch nicht das Ausmaß der Entwicklung einer PTSD bedingt. Das Ausmaß eines posttraumatischen Krankheitsverlaufs im weiteren Lebensverlauf ist auch abhängig von vorhandenen oder nicht vorhandenen schützenden Faktoren und Umfeldressourcen (siehe oben, Kapitel 1.1, 1.2 und 1.3; vgl. abermals Keilson, 1979; Khan, 1963). Auch damals waren Heimeinrichtungen gesetzlich verpflichtet, das Wohl ihrer Anvertrauten zu verbessern, nicht jedoch durch die bereits mehrfach genannten Zustände zu verschlechtern und eventuelle Vorbelastungen zu chronifizieren.

Die wiederholten Unterlassungen fürsorglichen Handelns, das zur Sicherstellung der physischen und psychischen Versorgung der ohnehin stark deprivierten Kinder notwendig gewesen wäre, wird auch in der Studie von Carola Kuhlmann (2008) deutlich, die bewusst beide Seiten beleuchtet hat – die Seite der Kinder ebenso wie die Seite der ehemaligen ErzieherInnen (vgl. spezifiziert auf traumatische Folgen durch Heimerziehung Kretschmer, 2007). Arbeiten aus historischer Perspektive belegen diese Aussage (Apitz, 2007) ebenso wie zahlreiche Betroffenenberichte: „Die Gesellschaft will bis zum Jugendamt nichts davon wissen. Es wird bewußt totgeschwiegen. Ich habe keinen Krieg erlebt, aber meine Geschichte ist vergleichbar mit Krieg. Wie hat es ein Kind verdient schon in jungen Kinderjahren Gefängnis erleben zu müssen? Was nützt es, wenn der Staat Bildung fördert, aber Menschen in Heimen psychisch und körperlich buchstäblich dahinvegetiert sind? Wiedergutmachung mindert zumindest ein klein wenig, aber der Schmerz wird bleiben.“ (anonymer Betroffenenbericht; zit. n. Kretschmer, 2007, S. 120). Carlo Burschels Recherchen zufolge (2008) ist es unwahrscheinlich, dass die Öffentlichkeit von der Untauglichkeit z. B. der Säuglingsheime keine Kenntnis gehabt habe.

Die damalige sog. ‚Schwarze Pädagogik‘ kam nicht aus dem Nichts. Tradierte Gewaltmuster aus dem Nationalsozialismus und vom vorigen Jahrhundert liegen zahlreichen dieser Handlungen zugrunde (Kappeler, 1999). Diese Verbindung ziehen auch die Opfer selbst sowie jene AutorInnen, die das Geschehene über Studien und Erzählungen mit ihnen aufarbeiten. In den Jugendämtern herrschte ein Menschenbild, das Kinder und Jugendliche aus Heimen als ‚minderwertig‘ ansah. Bis in die 60er-Jahre existierten wissenschaftliche Positionen

und Meinungen, die Heimkinder als ‚sozialbiologisch unterwertiges Menschenmaterial‘ betitelten (Sadigh, 2009; vgl. auch Krone, 2006). Jürgen Müller-Hohagens (1994) These der übergreifenden Gewaltmuster in Familie, Gesellschaft und sozialem Nahraum lässt sich nahtlos mit den Betroffenenberichten vereinbaren. Nach 1945 gab es keine vollständig ausgetauschte Gruppe von ErzieherInnen, sondern Personen, die bereits im Nationalsozialismus ‚gedient‘ hatten, waren im Amt und bildeten die nächste Generation von Professionellen aus, sodass sich ihre Haltung weiter tradierte (Sadigh, 2009; vgl. auch Krone, 2006). „Ich war ein menschliches Wrack.“, berichtet eine weitere Zeitzeugin, „Ich war 12. Andere 12-jährige Mädchen sind fröhlich und offen. Ich habe aber ... etwas anderes gelernt – oder gewaltsam gelehrt bekommen. Nämlich, dass man letztendlich ALLEIN ist, sich nicht auf andere verlassen oder stützen darf, wenn man nicht enttäuscht oder verletzt werden will. Dass man paranoid auf sein Eigentum, seinen Körper und seine Würde achten muss. Dass Angriff die beste Verteidigung ist. Dass niemand an deiner Seite steht, wenn du wirklich Hilfe brauchst und in Tränen erstickend darum schreist. Dass Menschen allesamt kalt, grausam und gleichgültig sind. ... Das hat ihre Erziehung mir gebracht. Ja... und noch immer, obwohl ich jetzt Freunde habe, oft fröhlich bin... hab ich Traumas, bin allein entspannter ..., reagiere defensiv oder aggressiv, wenn man mir zu nahe kommt.“ (anonymer Betroffenenbericht; zit. n. Kretschmer, 2007, S. 101).

Recherchen und Forschungsarbeiten fördern zunehmend mehr Fakten bzgl. der damaligen Verhältnisse in den Heimen und auf dem Weg in Heimeinrichtungen zutage. „Die Anlässe waren wesentlich geringfügiger, warum ein Kind in ein Heim untergebracht wurde, ... das korrespondiert damit ..., dass die Toleranzbreite gegenüber abweichendem Verhalten in der Bevölkerung und auch in den Behörden wesentlich geringer war als heute. Was abweichendes Verhalten war, wurde mehr oder weniger eng definiert. ... Da musste nicht irgendwas vorgekommen sein, manchmal reichte schon unregelmäßiger Schulbesuch, das nächtliche Nicht-Nach-Hause kommen, um in Heimerziehung zu geraten. Die Anlässe waren teilweise lächerlich geringfügig.“, arbeitet Michael Hollenbach (2005, S. 3f.) heraus. Diese Tatsache hat Auswirkungen auch auf das Alter der betroffenen damaligen Kinder. Aus zahlreichen Studien rund um andere ähnlich komplexe Traumatisierungen wissen wir, dass es gerade im Alter zu neuen Flashbacks, Erinnerungsschüben und Intrusionen kommen wird: „Es ist für diesen Vorgang bezeichnend, dass alte Fotografien, Bilder, Menschen in Ordens-tracht im Straßenverkehr (Diakonissen, Nonnen, Ordensbrüder) oder Uniformierte, aber auch der Anblick von ummauerten oder mit hohen Zäunen ‚gesicherten‘ Gebäuden mit der typischen Preußisch-Wilhelminischen, Macht und Herrschaft symbolisierenden Architektur von Anstalten, Kasernen, Schulen, Ge-

richten, Rathäusern und Kirchen, ja sogar Gerüche von Reinigungsmitteln (z. B. Bohnerwachs, das für die langen mit Linoleum belegten Anstaltsflure benutzt wurde), die Blackbox der verborgenen Erinnerungen öffnen.“ (Kappeler, 2009b, S. 1)

Die Betroffenen berichten ein breites Spektrum von Folgeerscheinungen, die sie in ihrem subjektiven Krankheitserleben eindeutig auf die damalige schlechte Behandlung beziehen. Psychosomatische Erscheinungen gehören dazu ebenso wie Angstzustände, Panikattacken und dauerhafte Übererregung (Fleth, 2006). Auch manifeste körperliche Spätfolgen (vgl. z. B. Krone, 2006) lassen sich beobachten. Ebenso findet man traumatypische Bewältigungsversuche wie aggressive und autoaggressive Tendenzen (vgl. z. B. Schmidt, 2006), soziale Isolierung und massive Vermeidungstendenzen in Angst vor den Flashbacks und Negativerinnerungen (Deutscher Bundestag, 2008; siehe unten, Kapitel 2.2), auch wenn es ihnen lange Zeit gelungen ist, damit ihr Leben zu führen: „Ich muss sagen: diese Zeit hat mich sehr geschädigt, ... erst mal habe ich immer dazu geschwiegen, aber mein Mann wusste das natürlich ... ich habe immer das Bedürfnis gehabt, immer zu funktionieren, immer allen alles recht zu machen und das ist das eigentlich schlimme Erbe.“ (Ex-Heimkind Elke Meister; zit. n. Hollenbach, 2005, S. 9). Die Erfahrungen beziehen sich dabei keineswegs nur auf den Aufenthalt in den Heimen, sondern auch auf die Praxis der Heimunterbringung. „Die Frage, wie Kinder und Jugendliche in die Heime kamen, ist von ebenso großer Bedeutung wie die Frage nach den Lebensbedingungen und der Erziehungspraxis in den Heimen. Beides gehört zusammen, wenn es um eine realistische Beurteilung der Heimerziehung der vierziger bis siebziger Jahre geht.“ (Kappeler, 2009c, S. 1) Dies ist auch in den erschütternd zu lesenden Jugendamtsakten der damaligen Zeiträume dokumentiert.

Inzwischen ist wissenschaftlich belegt, dass Heimkinder von damals insbesondere aus schlechten Heimen heute häufig große Probleme haben, soziale Beziehungen und Freundschaften aufzubauen, ihre Impulskontrolle und ihr Sozialverhalten zu steuern. Die Belege gehen, wie bereits erwähnt, bis hinein in neurophysiologische Zusammenhänge. Die Neuropeptid-Systeme von Kindern, die weitgehend ohne soziale Betreuung aufwuchsen, zeigen Auffälligkeiten bei jenen Botenstoffen, die wesentlich zur Bildung sozialer Bindungen und zur Regulation emotionalen Verhaltens beitragen. Frühe soziale Erfahrungen prägen auf diese Weise tief greifende soziale und emotionale Schwierigkeiten, so eine Überblicksstudie (Carter, 2005). „Das ist, das sind Sachen, wo ich sagen möchte, da bin ich heute krank von, da bin ich wirklich krank von. Ich bin so was von depressiv, das können sie sich nicht vorstellen, ich bin ja schon so lange in Behandlung, in ärztlicher, ganz schlimm (weint) und ich war jetzt dreimal in Kur, alles hab' ich

denen noch gar nicht erzählt, in der Kur, in so'ne psychosomatische Kur, bin schon dreimal gewesen, jetzt voriges Jahr genau sieben Wochen, ne. Mensch, wenn ich an die Zeit zurückdenke, das war Gefängnis, man macht sich ja als Kind, da war ich 14 Jahre, man macht sich ja Gedanken, warum, wieso, was hast du getan, warum bist du hier eingesperrt (fängt sich langsam wieder). Da waren wir richtig eingesperrt.“ (Ex-Heimkind Margarethe G.; zit. n. Lützke, 2002, S. 402)

„Dass sich“, wie Manfred Kappeler (2009b, S. 3) betont, „für ehemalige Heimkinder nicht nur die Schwellensituationen potenzieren, sondern sich zwischen Heimunterbringung in Kindheit und Jugend und antizipierter oder bereits eingetretener Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung im Alter ein verhängnisvoller Kreis schließt, in dem die traumatisierenden früheren Erfahrungen blankgelegt werden“ (ebenda), ist damit nicht nur unmittelbar einsichtig, sondern wird auch durch zahlreiche Untersuchungsergebnisse unterstützt (siehe unten, Kapitel 2.2).

2 Bewältigung komplexer Traumata

Bei früher und/oder komplexer, durch Menschenhand oder gar Fürsorgepersonen verursachter Traumatisierung, wie sie bei ehemaligen Heimkindern häufig ist, trifft – wie im ersten Abschnitt deutlich wurde – ein erwachsenes, durchorganisiertes System von Gewalt auf ein in Entwicklung befindliches, hochvulnerables System eines Kindes. Der Situation kann das Kind weder angemessen begegnen noch ihr entfliehen noch kann es sie aus eigener Kraft beenden. Es kommt daher umgehend zu intrapsychischen, hilflosigkeitstypischen Formen des Umgangs mit der Traumatisierung. Abwehr und Bewältigung erhalten in dieser Situation überlebenssichernde Bedeutung und wirken als der wesentlichste Mediator zwischen der Traumatisierung und der späteren psychischen Verfassung. Symptomatik und Bewältigung sind daher kaum voneinander zu differenzieren (Gahleitner, 2005c).

Als Beispiel sei nochmals der Mechanismus der Dissoziation angesprochen: Er hilft zunächst, das Trauma zu ertragen, ohne dass es ins Alltagsbewusstsein gelangt, und erweist sich damit anfangs als Schutzfaktor. „Wenn man nicht physisch fliehen kann, wird man versuchen, psychisch zu ‚fliehen‘, die Situation selbst ‚unwirklich‘ zu machen und den eigenen Körper als fremd, als nicht mehr zugehörig erleben, um den physischen und seelischen Schmerz zu verringern.“ (Wirtz, 1989, S. 142) Auf diese Weise kann kurzfristig das Erleben eines Flashbacks – also das Überfluten des Bewusstseins mit traumatischen Erinnerungen

– unterbunden werden. Allerdings funktioniert dieser Mechanismus mit der Zeit nicht mehr nur im Dienst der Abwehr, sondern wird zu einem festen Persönlichkeitsbestandteil, der – wie bereits deutlich wurde – mit der Entwicklung komplex interagiert (für eine umfassende aktuelle Übersicht vgl. van der Hart et al., 2008; für die Praxis Fliß & Igney, 2008).

Dies führt häufig in weiterer Folge zu Selbstbehandlungen wie Selbstverletzungen durch das Zufügen von Schnittwunden, Unterkühlungen oder Verbrennungen oder zu Selbstmedikation durch Drogen. Für Traumatisierte kann dies, wenn sie sich in der dissoziativen Welt befinden, den Zweck erfüllen, Kontakt zu sich und anderen über die Selbstverletzung und den Schmerz aufzunehmen. Damit stehen die Handlungen häufig „im Dienst der Suizidprophylaxe“ (Olbricht, 1997, S. 55; vgl. auch Briere, 1992), unterstützen langfristig jedoch traumatische Belastungsreaktionen (Sachsse, 1999). Bewältigungsmodelle können daher die umfassenden Auswirkungen komplexer Traumata auf das Bewältigungsverhalten nie lückenlos erklären. In der Folge werden daher lediglich einige wenige Modelle aufgeführt, die das Verstehen traumatischer Bewältigungsprozesse unterstützen können.

2.1 Bewältigungsmodelle

Bereits Mardi J. Horowitz (1976/1986, 1997) stellte vor ca. drei Jahrzehnten ein Phasenmodell vor, in dem fünf aufeinanderfolgende Phasen der Traumareaktion beschrieben werden. Auf eine Initialreaktion in Form eines Aufschreis folgen überwältigende Erinnerungen einerseits und Vermeidungsversuche andererseits. Findet der Aufschrei Gehör und Offenheit, so erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer positiven Bewältigung. Eine anschließende bewusste Auseinandersetzung mit dem Trauma kann – wenn sie angemessen unterstützt wird – zu einem Wachstumsprozess und zur Lösung führen. In jeder Phase besteht nach Horowitz jedoch die Gefahr pathologischer Stagnation.

Entlang der soeben dargestellten Zusammenhänge erklären lernorientierte Modelle posttraumatische Symptome damit, dass durch die traumatische Erfahrung negative Erwartungen erworben werden, die auf lange Sicht destruktive Auswirkungen zeigen. Die negativen Erwartungen strukturieren auf der Basis der negativen Lebenserfahrung wichtige Grundüberzeugungen bezüglich der eigenen Person und der Welt. Negative Prophezeiungen treten selbsterfüllend ein, werden durch die Umwelt bestätigt und tragen so zur Aufrechterhaltung eines Teufelskreises bei (zusammenfassend u. a. Butollo et al., 1999; vgl. auch den Herausgeberband Foa et al., 2000).

Ein modernes Modell der Traumaverarbeitung, das das Phasenmodell von Horowitz, die klassische Stresstheorie (Lazarus, 1966; Lazarus & Folkman, 1984) sowie lernorientierte und physiologische Aspekte der Traumabewältigung integriert, stammt von Gottfried Fischer und Peter Riedesser (1998). Aus einer ‚ökologisch-dialektischen‘ Perspektive betonen sie das Zusammenwirken von objektiven traumatischen Außenfaktoren und subjektiven Bedeutungszuschreibungen. Soziale Umfeld- und Umweltfaktoren spielen im Gesamtprozess eine entscheidende Rolle. In einer ersten Phase wird der Versuch unternommen, mit bereits bewährten Bewältigungsmustern auf das Trauma zu reagieren, was jedoch aufgrund der Überforderung nicht gelingen kann. In einer zweiten Phase ‚reagiert‘ der Organismus daher mit einem basalen Notprogramm, das sich vor allem in Verleugnungs- und Vermeidungsphänomenen zeigt. In der dritten Phase des traumatischen Prozesses versucht das Opfer, die überwältigende Erfahrung zu integrieren, und fixiert sich entweder in Überflutung mit Traumainhalten oder dem Vermeidungsverhalten oder aber findet andere ‚Hilfsmittel‘ wie z. B. Drogenkonsum, eigene Täterschaft etc.

Langfristige Folgeerscheinungen sind daher sowohl als Konsequenz traumatischer Ereignisse wie auch als Versuche zu verstehen, das traumatische Ereignis möglichst gut zu verarbeiten, und verraten insofern zugleich viel über die Bewältigungsformen der Traumaopfer. So lässt sich beispielsweise die bereits angesprochene Übernahme der Verantwortung und Schuld als ‚Traumakompensation‘ betrachten, als Versuch, die lebensnotwendige Bindung zum/r TäterIn aufrechtzuerhalten. Als Wiederholungen, Retraumatisierungen und Körpererinnerungen verselbstständigen sich solche Muster zu destruktiven Mechanismen, stellen jedoch letztlich die Kehrseite der Strategien dar, die den Betroffenen das Überleben und damit den zunächst wichtigsten Anteil der Bewältigung ermöglichen: Sie sind Selbstheilungsversuche, Anpassungsleistungen, Konfliktlösungsversuche, Kommunikationsversuche und Signale und damit bereits Bewältigung. Bei aller scheinbaren Absurdität und Dysfunktionalität stehen sie im Dienst des Überlebens der Opfer traumatischer Ereignisse (Birck, 2001).

Symptome werden anhand dieser Perspektive als Selbstheilungsversuche transparent, ohne deren Destruktivität in bestimmten Lebenskontexten zu leugnen. In der Situation für das Opfer stellen diese Verhaltensweisen die einzige – meist unbewusste – Kompromissmöglichkeit dar. Diese tendenziell eher salutogene, ressourcenorientierte Haltung wurde erstmals von Aaron Antonovsky (1979) formuliert (vgl. dazu auf Trauma bezogen u. a. Gahleitner, 2005c). Nach seiner Ansicht sind Stressoren im menschlichen Leben omnipräsent. Dennoch kommen viele Menschen mit einer hohen Stressorbelastung zurecht. Je höher

eine Person sich auf einem Kontinuum der Verarbeitungsfähigkeit befindet, desto besser ist es ihr möglich, Stressoren in Ressourcen umwandeln. Neben einzelnen Widerstandsressourcen wie Ich-Stärke, soziale Unterstützung etc. spielt Antonowsky zufolge dabei insbesondere der ‚sense of coherence‘⁶, eine entscheidende Rolle (Antonowsky, 1979, 1997). Er vermittelt das Vertrauen, Situationen einordnen zu können und über Ressourcen zu verfügen, um den damit einhergehenden Anforderungen zu entsprechen, sowie eine gewisse Flexibilität im Umgang damit.

2.2 Bedeutung von Alter und Geschlecht

Wie bereits deutlich wurde, beeinflussen gesellschaftliche Aspekte und Umfeldfaktoren Traumafolgen maßgeblich. Sie können das Verbleiben in traumatischen Zuständen zementieren oder aber eine gelungene Verarbeitung unterstützen. Bewältigungsmodelle im Traumabereich berücksichtigen jedoch selten die soziale Chancen- und Differenzstruktur der Gesellschaft. Es würde den Rahmen der Expertise sprengen, auf alle hierzu einzubeziehenden Faktoren einzugehen. Zwei zentrale Faktoren, die für ehemalige Heimkinder jedoch äußerst relevant sind und auch die zugehörigen Versorgungsstrukturen mit gestalten sollten, seien kurz ausgeführt: Alter und Geschlecht.

Betroffene komplexer Traumatisierung versuchen häufig nach einer Initialreaktion das Trauma zu vermeiden oder zu kompensieren. Diese Versuche erfolgen in der Regel unbewusst, sodass das Ausmaß der bewussten Beschäftigung mit dem Trauma nahezu auf Null absinkt und kein bewusstes Wissen mehr an die traumatischen Erlebnisse besteht (siehe Abbildung 1). Erst im weiteren Lebensverlauf – und auch nur eventuell – eröffnen sich Möglichkeiten zu einer aktiven Auseinandersetzung mit dem Geschehenen, was zu einer Erleichterung führen kann. Häufig jedoch wird eine Aufarbeitung gar nicht möglich. Ambivalenzen zwischen Annäherung und Vermeidung lassen sich daher als „dyadischer Angelpunkt posttraumatischer Bewältigungsversuche“ (Birck, 2001, S. 48) verstehen, der zu einer latenten Dauerbelastung führt.

6 Für diese Begrifflichkeit ‚sense of coherence‘ existiert keine adäquate deutsche Übersetzung. Meist wird der Begriff mit ‚Kohärenzgefühl‘ wiedergegeben. Diese Übersetzung umfasst jedoch bestenfalls die emotionale Seite der von Antonowsky umrissenen Fähigkeit, nicht jedoch die dazugehörige perzeptorische und kognitive, wie z. B. ‚Sinn für Theater‘ auch nicht allein mit der Begrifflichkeit ‚Theatergefühl‘ erfasst werden kann. Ich habe mich daher entschieden, den Begriff aus dem englischen Original als ‚sense of coherence‘ zu übernehmen.

Ausmaß der Beschäftigung

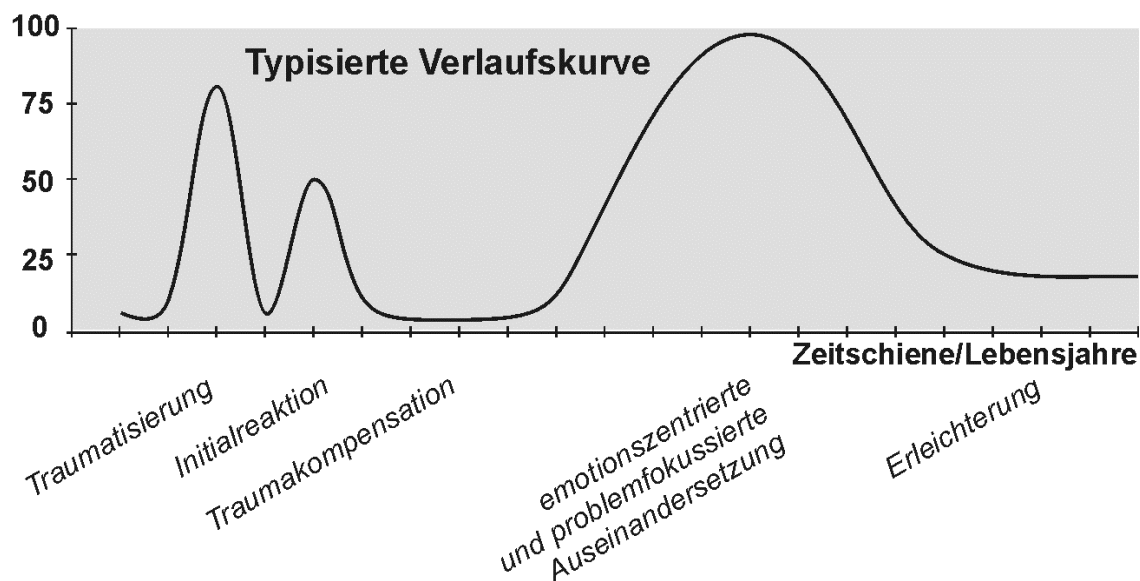


Abbildung 1: Typisierte Verarbeitungskurve für das Ausmaß der Beschäftigung mit dem Trauma im Lebensverlauf (vgl. Gahleitner, 2005c)

Die Vermeidung des Erlebten erzeugt zwar häufig ein großes Maß an Leistungsfähigkeit im Alltag, geht aber mit einem hohen Energieaufwand für den ganzen Organismus einher. Posttraumatische Beschwerden können lange Zeit ausbleiben oder in Remission gehen (Krystal, 1981); insbesondere im Übergang vom mittleren zum hohen Lebensalter jedoch erfährt die posttraumatische Belastung dann häufig eine neue Dimension, in der sich alternde Menschen plötzlich ‚aufgewühlt‘ und nach all den Jahren des Durchhaltens überfordert fühlen. Klinische Studien zeigen, dass traumatische Erfahrungen auch noch nach jahrzehntelangen kreativen Bewältigungsleistungen das Risiko eines Ausbrechens posttraumatischer Belastungen bergen (Aarts & op den Velde, 2000; Hankin, 1997; McCann & Pearlman, 1990) – häufig einhergehend mit den sich verändernden Lebensbedingungen wie dem zunehmenden Austritt aus dem öffentlichen Leben, körperlichen Funktionsverlusten und Abschieden von vertrauten Menschen.

Dies muss keineswegs allein mit den im Alter verstärkt auftretenden Defiziterscheinungen oder dem Verlust an Vitalität zu tun haben. „Wir Älteren wissen aus eigener Erfahrung, dass im Rückblick auf ein langes Leben Fragen nach dem Sinn des Lebens zunehmen und Bilanzierungen versucht werden. In unserem Langzeitgedächtnis entdecken wir dann, wenn wir es zulassen, längst vergessen geglaubte Bilder, Erlebnisse, Ereignisse, sinnliche Erfahrungen mit einer verblüffenden Schärfe und Genauigkeit. Aber für die meisten älter werdenden Menschen handelt es sich dabei nicht um Bilder aus dem überlebensnotwendigen, bislang hermetisch verschlossenen psychischen Bereich für traumati-

sierende Erfahrungen und den ihnen entsprechenden Gefühlen von Ausgeliefertheit, Hilflosigkeit, Verlassenheit, Entblößung, Beschämung und Scham.“ (Kappeler, 2009b, S. 2)

Vielmehr gehören die Annahme und Integration der eigenen Vergangenheit und Gegenwart und die Herstellung von Kohärenz zu den zentralen Entwicklungsaufgaben des Alters (Coleman, 1986). Dabei stehen Erinnerungsprozesse im Zentrum der Integration und stellen neben der Belastung auch eine große Chance dar, vergangene Erfahrungen rückblickend zu bewältigen. Der Integration von Erinnerungen kommt also sowohl im Alterungsprozess wie auch bei der Erholung von Traumata eine zentrale Rolle zu (Horowitz, 1976/1986; siehe oben zur Traumabewältigung Kapitel 2.1). Traumatisierte alternde Menschen haben damit eine „doppelte Aufgabe“ (Aarts & op den Velde, 2000, S. 304) zu erfüllen. Die Angst erregenden Erinnerungen an die traumatische Vergangenheit können diesen Prozess stark behindern (van der Kolk, 2000), wenn er nicht von außen angemessene Unterstützung erfährt. Wird der Prozess jedoch unterstützt, stellt er eine große Chance dar, vergangene Erfahrungen zu integrieren (vgl. ausführlich Gahleitner, 2009).

Zwischen Männern und Frauen gibt es zahlreiche Gemeinsamkeiten, die auf diesem Weg ins Alter auf eine universelle Traumaverarbeitung schließen lassen. Bei differenzierterer Betrachtung erschließen sich jedoch einige interessante Unterschiede und insbesondere aufschlussreiche interventionsrelevante Aspekte für die Versorgung von Menschen mit komplexen Traumata (vgl. dazu ausführlich Gahleitner, 2005c).

Alle komplex Traumatisierten erleben das Geschehene als prägend für ihr Leben, so weit sie es erinnern können. Männer neigen jedoch etwas mehr dazu, die Erfahrungen zu verharmlosen, als Frauen, obgleich sich das Ausmaß der Folgen nicht von dem der Frauen unterscheidet. Bereits im Jugendalter neigen Mädchen eher zu Internalisierung und Jungen eher zu Externalisierung – eine Tendenz, die sich während der Adoleszenz noch verstärkt. Auch im Erwachsenenalter zeigen sich bei Frauen mehr psychosomatische Erscheinungen und autoaggressive Verhaltensweisen und bei Männern mehr aggressive Durchbrüche oder aber aggressive Tendenzen mit spektakulären Aktionen wie beispielsweise Drogenkonsum oder Risikoverhalten.

Aus dem Leidensdruck bei Frauen kann zwar die Chance entstehen, die Traumatisierung biografisch ‚sinnstiftend‘ zu verarbeiten. Allerdings besteht dabei auch die Gefahr, dass sie sich in der ‚Opferkarriere‘ verfangen. Ohne auch aggressive Gefühle zuzulassen und Verantwortung zu übernehmen – nicht für das

Geschehene, aber für ihr weiteres Leben – scheint Frauen eine ähnliche Stagnation zu drohen wie Männern, die in der Aggression und/oder Täterschaft verhaftet bleiben. Erfolgt dagegen eine bewusste Auseinandersetzung mit dem Trauma, kann sowohl die aggressive als auch die autoaggressive Spirale durchbrochen werden. Dies jedoch erfordert emotionale und kognitive Arbeit an dem Trauma.

Da Frauen in der Regel besseren Zugang zu ihren Gefühlen haben, Männer jedoch gewohnt sind, Probleme kognitiv anzugehen, wird hier eine geschlechtsübergreifende Integrationsleistung erforderlich. So ist es für Männer an dieser Stelle wichtig, zu ihren Gefühlen zu finden und den Opferstatus anzuerkennen, für Frauen hingegen, Stärke zu entwickeln und ihre Folgeerscheinungen ‚in den Griff zu bekommen‘. Gelingt dieser ‚Griff zur gegengeschlechtlichen Strategie‘, diese Überschreitung der Geschlechtsrollenstereotypen, so kommt es häufig zu einer Verbesserung der Auswirkungen und zu einer abnehmenden Beschäftigung mit dem Trauma. Ein Verharren in Geschlechtsrollenstereotypen scheint die Traumabewältigung für beide Geschlechter also zu erschweren, Geschlechtsrollenflexibilität dagegen neue Verarbeitungsmöglichkeiten zu eröffnen.

An die Stelle traditioneller Geschlechtsrollenstandards als universellem Entwicklungsziel tritt nach den Ergebnissen der Gender- und Gesundheitsforschung deshalb zunehmend die Vereinigung konstruktiver maskuliner und femininer Eigenschaften oder gar die völlige Loslösung von Geschlechtsbezogenheit. Allerdings ist zu berücksichtigen: Auch Bewältigungsprozesse unterliegen vor der individuellen Gestaltungsmöglichkeit Macht- und Ressourcenfragen. Was an ‚Entgrenzung‘ tatsächlich möglich ist, hängt ab von den jeweiligen Möglichkeiten, die eine Person für sich hat und sieht. Der Prozess kann potenziell statt zu Emanzipation auch zu Leiden und Resignation führen. Für manche mag unter gegebenen Bedingungen das Festhalten an vorgegebenen Geschlechtsrollen der bessere Weg sein. Es geht daher eher um vorsichtiges Experimentieren, nicht um „das Einreißen fragiler Identitäten“ (Bilden, 2001, S. 145).

2.3 Gelingende Bewältigung

Die salutogenetische Orientierung, wie sie an mehreren Stellen angesprochen wurde, bietet Einsichten, die in der reinen Suche nach Defiziten häufig verloren gehen. Im Zentrum der Überlegungen steht die Frage: Wie kann es unter solchen Voraussetzungen möglich werden, die ehemaligen schrecklichen Erfahrungen zu bewältigen? Im Verlauf professioneller Bemühungen wurden dafür von zahlreichen AutorInnen Stufenmodelle entwickelt, die sich inzwischen international durchgesetzt haben und in drei Phasen zusammenfassen lassen (vgl.

u. a. Butollo et al., 1998; Lebowitz et al., 1993; aktuell Gahleitner, im Druck; Wintersperger, 2006). Die einzelnen Phasen sind dabei nicht als starr aufeinanderfolgend zu verstehen, sondern durchdringen, überlappen und beeinflussen sich gegenseitig.

Eine zentrale Ausgangsbedingung für einen gelungenen Verarbeitungsprozess ist ein Mindestmaß an relativer Sicherheit in einer ersten Phase der Stabilisierung und Ressourcenerschließung. Sie ist Voraussetzung für einen Neuaufbau des erschütterten Kontrollvermögens und ein geplantes, zielgerichtetes Handeln. Dazu gehört vor allem die Erschließung sozialer Ressourcen. Aus eigener Kraft und in sozialer Isolation, ohne eine tragfähige Beziehung, sind eine Überwindung des Misstrauens gegenüber sich und der Welt und eine Annäherung an die zerrüttete Identität nach schwerer Traumatisierung nahezu unmöglich.

In der Auseinandersetzung mit der Gewalterfahrung in einer zweiten Phase der Auseinandersetzung mit dem Trauma geht es um den behutsamen Versuch, traumatische Erinnerungen unter Einbezug der emotionalen Komponenten zuzulassen, ohne von den begleitenden Gefühlen überwältigt zu werden. Mit der kontrollierten Rekonstruktion des Traumas und dem Verständnis der Wirkung der vergangenen Erfahrung auf die momentanen Gefühle und Verhaltensweisen kann das Kontrollvermögen Schritt für Schritt zurück gewonnen, ein differenzierterer Umgang mit Symptomen erarbeitet und das Trauma eingeordnet werden. Die – keineswegs in jedem Fall mögliche – Integration des Unannehmbaren und Furchterregenden in das Selbstkonzept und die Überwindung der damit verbundenen Ängste und Abwehrmechanismen ermöglichen eine Rekonstruktion von Gefühlen und Gedanken, die mit dem Trauma im Zusammenhang stehen.

Nach einer ausreichenden Stabilisierung und/oder Bearbeitung des Traumas kann in einer Phase der Neuorientierung eine Wiederannäherung an die Umwelt stattfinden. Unter neuen Bedingungen ist nun möglicherweise eine Fokussierung auf die individuellen Möglichkeiten und Grenzen in der Gegenwart machbar. Die Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen und neue Perspektiven für sich und in Interaktion mit anderen zu erschließen, werden zu den zentralen Aufgaben. Eine Annahme des Traumas, eine Einsicht in die Grenzen und Möglichkeiten der Bearbeitung und der damit verbundenen Veränderungen erleichtern eine Zuwendung zu aktuellen Lebens- und Alltagsthemen im umgebenden Kontext und eine Annäherung an die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten.

Hinsichtlich dieser idealtypischen und ressourcenorientierten Perspektive soll jedoch eine ausdrückliche Klarstellung erfolgen. Traumata sind gesundheits- bis lebensgefährdend, ihre Auswirkungen sind zunächst immer destruktiv. Den Opfern ist in keiner Weise Verantwortung für schwierige und herausfordernde Lebenssituationen zuzuschreiben, die sie nicht selbst verschuldet haben. Auch darf nicht darüber hinweg getäuscht werden, dass viele Betroffene den geschilderten dritten Schritt der Reintegration ohne eine ‚vollständige‘ Traumaarbeit bewerkstelligen müssen und daher einer Reihe von Folgeerscheinungen weiterhin ausgesetzt sind. Der Umgang mit Traumata und schwierigen Lebensbedingungen ist jedoch – lebenslang – auch abhängig von den individuellen Bewältigungsstrategien und Umfeldressourcen, über die eine Person verfügt oder die sie sich mit entsprechender Unterstützung verfügbar machen kann.

Ob mit einer Traumatisierung gelebt werden kann, ob es gelingt, dieser Erfahrung einen Sinn zu geben und sie in das Leben zu integrieren, hängt daher entscheidend auch von der jeweils angebotenen Unterstützung ab. Diese Suche nach möglichen Unterstützungsfaktoren ist der Fokus der vorliegenden Expertise, ohne die traditionsreiche Verschiebung der Verantwortung auf die Geschädigten fortsetzen zu wollen. Im dritten Teil sollen daher versorgungsrelevante Aspekte angesprochen und konkrete Vorschläge dafür unterbreitet werden.

3 Vorschläge zur psychosozialen Versorgung ehemaliger Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren

Die Heim- und ‚Fürsorgeerziehung‘ der Kriegs- und Nachkriegszeit hat Kinder und Jugendliche in ihren Menschenrechten nachweislich verletzt. Die Entschädigungsansprüche im geltenden Recht sind aus der Sicht der Betroffenen nicht zufriedenstellend. Erforderlich sind deutliche Verbesserungen im Rentenrecht sowie die Einrichtung einer Stiftung, die sich der Betroffenen annimmt (Künast, 2008). Es sollte jedoch nicht bei finanzieller Unterstützung alleine bleiben. „Nach Jahrzehnten scheint es den Opfern ... nun ein großes Bedürfnis zu sein, sich endlich freizureden von jenem Gefüge der Unterdrückung. Der Preis des Schweigens waren oftmals Angst, Panikattacken, chronische Schmerzen, Tabletten- oder Alkoholabhängigkeit, Essstörungen, Aggressionen gegen andere und sich selbst bis hin zu Suizidversuchen. Bei vielen ging nicht

nur das Selbstvertrauen kaputt, auch die Fähigkeit, einem anderen Menschen zu vertrauen, wurde lebenslänglich zerstört.“ (Wensierski, 2006, S. [6])

Nicht nur dem gesellschaftlichen, auch dem professionellen Umgang mit der Situation ehemaliger Heimkinder kommt eine wichtige Bedeutung für den Verarbeitungsprozess zu. Die im 1. und 2. Teil der Expertise vertretene salutogenetische Perspektive mit dem Schwerpunkt auf Ressourcen und Bewältigungsfähigkeiten der Betroffenen birgt die Gefahr, die Verantwortung vornehmlich bei den Betroffenen zu verorten. Die Auswirkungen von Gewalt als individuelle Psychopathologie zu kategorisieren, für deren Verarbeitung die Opfer selbst verantwortlich sind, fügt Überlebenden von Gewalttaten jedoch erneutes Unrecht zu und wirkt kumulativ traumatisierend (vgl. Keilson, 1979; Khan, 1963; siehe oben, Kapitel 1.2, 1.4). Traumatisierte sind daher häufig von der Gesellschaft „disconnected“ und „disempowered“ (Herman, 1992, S. 51ff.). Als Gegengewicht sind daher Engagement und Empowerment gefragt. Mit den zahlreichen Publikationen Betroffener, Internetforen, Medienberichten und Filmen zum Thema sowie der Einrichtung des ‚Runden Tisches Heimerziehung‘ ist bereits ein wichtiger Schritt in diese Richtung erfolgt (siehe oben, Kapitel 1.4). Allerdings fehlt es auch einigen der Medienberichte und öffentlichen Entschuldigungen an einer ausdrücklichen und klaren Benennung des Geschehenen, ein Phänomen, das auch aus anderen Bereichen traumatischer, von Menschenhand verursachter Ereignisse bekannt ist (Herman, 1992).

Geraten ehemalige Heimkinder in eine individuelle Therapie, Beratung oder anders geartete Hilfeleistung, kann es leicht geschehen, dass diese gesellschaftlichen Bilder der Verharmlosung und Verleugnung auch im professionellen Feld zu finden sind und den Betroffenen an der Stelle, an der sie Hilfe erwarten, abermals professionelle ‚Unaufgeklärtheit‘ entgegen kommt. Diese Tatsache hat besondere Brisanz, wenn man bedenkt, dass viele der ehemaligen Heimkinder sich auf dem Wege in die Altenbetreuung befinden – einem Arbeitsbereich, in dem Abhängigkeitsphänomene und Machtmissbrauch eine brisante Rolle spielen. Ehemalige traumatisierte Heimkinder in der Bewältigung zu unterstützen erfordert daher von allen im Prozess der Begleitung involvierten Professionellen eine ‚reflektierte Parteilichkeit‘ für die Opfer (Reddemann & Sachsse, 2000). Voraussetzung zur Vermeidung charakteristischer Schuld- und Schamdynamiken ist eine sichere und solidarische Umgebung als Alternativ-Erfahrung zum traumatisierenden Umfeld (Wirtz, 1989), die die Würde der Betroffenen respektiert und fördert (Reddemann, 2009). Gerade im therapeutischen Bereich ist dies jedoch keineswegs selbstverständlich (vgl. ausführlich dazu niedergelegte Erfahrungen in Gahleitner, 2005c; ebenso Reddemann,

2009). Briere (1996, S. 84) bezeichnet diese Verhältnisse als ‚viktimsierende Kultur‘.

Im Angebotsspektrum für ehemalige Heimkinder ist daher eine reflektiert-parteiliche, engagierte Grundhaltung sämtlicher beteiligter Professioneller erforderlich, auch wenn und obgleich es im jeweiligen Einzelfall aufgrund der Multi-kausalität und Äquifinalität von Traumaursachen und -folgen im Einzelfall medizinisch und psychiatrisch betrachtet häufig keine objektivierbare Eindeutigkeit in der Schadenszuordnung geben wird. Zur Umsetzung dieses Anspruchs gehört daher neben der Kenntnis medizinischer und psychologischer Aspekte der Traumafolgestörung auch eine angemessene Orientierung in den konkreten Ausprägungen der schädigenden Verhältnisse für die damaligen Heimkinder (siehe oben, Kapitel 1.4) und damit auch in den sozialen, historischen und gesellschaftlichen Zusammenhängen der damals vorherrschenden ‚Schwarzen Pädagogik‘ und ihrer tradierten Gewaltmuster aus dem Nationalsozialismus und aus dem letzten Jahrhundert (Kappeler, 1999; Müller-Hohagen, 1994; Sadigh, 2009). Auch Kenntnisse über die besonderen Ausprägungen von Trauma im Alter sind erforderlich für eine angemessene Hilfeleistung gegenüber den Opfern der damaligen Heimerziehung und deren Versorgung in Einrichtungen der Altenpflege (Kappeler, 2009b; Aarts & op den Velde, 2000; Hankin, 1997; McCann & Pearlman, 1990; van der Kolk, 2000). Weitere Diversity-Aspekte können – je nach Ausprägung der Traumafolgestörung – hilfreich und sinnvoll zu berücksichtigen sein wie u. a. Geschlecht, Behinderung etc. (siehe oben, Kapitel 2.2).

Dieser Grundgedanke muss dem Aufbau von Hilfestrukturen in diesem Bereich als unabdingbare Grundlage dienen, für die im Folgenden einige Vorschläge unterbreitet werden.

3.1 Einrichtung regionaler Anlauf-, Informations- und Beratungsstellen

Ausrichtung

Als ehemalige Heimkinder der 40er- bis 70er-Jahre sind die Betroffenen in der postmodernen Welt all jenen Anforderungen ausgesetzt, die das ‚moderne Individuum‘ zu bewältigen hat (Hurrelmann, 2009). Für das Bestehen erforderlich sind hohe Flexibilität und eine ausgeprägte Kapazität der Selbststeuerung mit der Fähigkeit, das eigene Handeln selbstwirksam zu beeinflussen (ebenda). Um Unterstützung bei diesen vielfältigen Handlungsanforderungen für traumatisierte ehemalige Heimkinder anbieten zu können, benötigt es Überlegungen, wie die-

se beratungs- und therapiebedürftige Gruppe sinnvoll angesprochen und erreicht werden kann, um passgerechte Konzepte bei den Bewältigungsversuchen in den umgebenden Verhältnissen bereit zu stellen (Pauls, 2004).

Im Sinne eines einzelfall- und situationsadäquaten Vorgehens ist monomethodischem und monodisziplinärem Vorgehen eine Integration verschiedener Herangehensweisen vorzuziehen. Die ambulante Kassenpsychotherapie hat seit der Einrichtung des Psychotherapiegesetzes und der Verortung von Psychotherapie als Heilberuf in Deutschland den Anschluss an mehrfach belastete Menschen teilweise verloren (Gahleitner & Pauls, im Druck). Aus dieser Perspektive ist die Kritik Betroffener am aktuellen Psychotherapiesystem nachvollziehbar (telefonische Auskunft aktuell an der Thematik tätiger ExpertInnen; siehe auch oben, Kapitel 1.4). Sie sollte jedoch andererseits nicht zu einer globalen Ablehnung des Gesundheitsversorgungssystems durch betroffene ehemalige Heimkinder führen. Die folgenden Überlegungen laufen daher auf einen Versorgungsvorschlag hinaus, der versucht, die Exklusion hinsichtlich der Funktionssysteme möglichst niedrig zu halten und, die „Grenze zwischen krank und gesund sowohl offen und dennoch an entscheidenden Stellen auch eindeutig zu halten“ (Großmaß, 2006, S. 9).

Den Hilfebereich für traumatisierte Heimkinder müsste das Umgehen mit Multi-problemlagen auszeichnen, von denen eine eventuelle Krankheitsausprägung mit der Betitelung PTBS bzw. PTSD eine unter mehreren anzusteuernenden Dimensionen ausmacht. Psychosoziale Hilfen für diese Zielgruppe müssten daher dem Umstand Rechnung tragen, dass die Betroffenen fortwährend vor einer anspruchsvollen Aufgabe stehen: vor dem Hintergrund ihrer bisherigen auf der Basis traumatischer Erfahrungen entwickelten psychischen Struktur und inmitten ihrer aktuellen psychosozialen Situation als alternde Menschen in einer postmodernen Gesellschaft die aufkommenden Problemlagen aus der damaligen Traumatisierung psychisch zu verarbeiten. Eine angemessene psychosoziale Hilfe hätte daher effektiv zu einer Verbesserung der psychosozialen Passung in den verschiedenen Dimensionen des menschlichen Lebens und der jeweils vorhandenen sozialen Chancenstruktur beizutragen (Cicchetti, 1999; Pauls, 2004). Dies erfordert auch eine Berücksichtigung der bereits mehrfach angesprochenen Aspekte wie Geschlecht oder anderer diversity-spezifischen Aspekte im Vorgehen (siehe oben, Kapitel 2.2).

Empfehlenswert wäre ein gleichermaßen aufklärendes, biografieorientiertes, beratendes, vermittelndes und begleitendes Angebot, das dialogisch an den Bedarfen, Bedürfnissen, aber auch Ressourcen der ehemaligen Heimkinder

ansetzt und konstruktive Veränderungsimpulse für die bzw. den Einzelnen im Kontext ihrer bzw. seiner Umfeld- und Lebensbedingungen entwickelt (Pauls, 2004; Pauls & Mühlum, 2005; Gahleitner, 2006) und damit die Risiken von Spätfolgen und -schäden minimieren hilft. Das professionelle Angebot eines Netzes von geeigneten Anlauf-, Informations- und Vermittlungsstellen sollte sich mittels spezifischem Feld- und Fachwissen in unterschiedlichen theoretischen Bezügen, methodischen Konzepten, Settings und Institutionen interdisziplinär und multimethodisch bewegen können, um jeweils indikationsspezifisch und situationsadäquat und in Anknüpfung an das unmittelbare Lebensumfeld des Klienten die bestmögliche Hilfeleistung zur Verfügung zu stellen (ebenda).

Zielgruppe

Zielgruppe des psychosozialen Versorgungsangebots sind ehemalige Heimkinder der 40er- bis 70er-Jahre. Dazu gehören in jedem Falle, aber nicht ausschließlich, Betroffene mit ärztlich attestierter PTSD nach F 43.1 ICD (WHO, 2000) sowie den entsprechenden auftretenden Komorbiditäten (vgl. zur Diagnostik und Intervention die aktuellen Leitlinien und Quellentexte von Flatten et al., 2004). Unter der Zielsetzung, psychische Konflikte begrenzen zu helfen, sollen mit dem Angebot ausdrücklich sowohl solche Betroffene angesprochen werden, die von der Gesundheitsversorgung in adäquate Behandlungen vermittelt werden können, als auch jene, die sich in psychosozialen Notlagen befinden oder mit unspezifischeren Spätfolgen zu kämpfen haben. Dazu gehören u. a. ‚besondere soziale Schwierigkeiten‘ wie z. B. gesundheitliche Gefährdung, soziale Bindungslosigkeit und Isolation, Alkoholgefährdung oder -krankheit, Stigmatisierung aufgrund sozialer Lage oder Vorstrafen, unzureichende oder unsichere Unterkunft, Wohnungslosigkeit oder drohende Wohnungslosigkeit, Mittellosigkeit, körperliche bzw. psychosomatische Erkrankungen und Behinderungen, (Dauer-)Arbeitslosigkeit oder Armutslagen.

Die Teilnahme am Leben ist beeinträchtigt, wenn Hilfesuchende durch die sozialen Schwierigkeiten im Austausch mit ihrer Umwelt gehindert sind, ob sie nun selbst am Kontakt mit ihrer Umwelt gehindert sind oder auf Grund ihrer besonderen Situation von der Umwelt isoliert werden. Besondere Lebensverhältnisse sind gekennzeichnet z. B. durch Mangel an Beziehungen zu Angehörigen, FreundInnen, KollegInnen, jedoch auch Mangel an sozialer Sicherung für die Risiken Krankheit, Alter sowie Mangel an dem für den Lebensunterhalt notwendigen Geld, Mangel an Chancen zu gesundheitsbewusster Lebensweise. Die einzurichtenden Angebote sollten die erforderlichen Maßnahmen erfassen, um Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimme-

zung zu verhüten. Die dafür notwendigen Finanzierungssysteme, ob sie nun aus dem Sozial- oder dem Gesundheitsbereich stammen, müssen dabei so zum Einsatz kommen, dass es zwischen den z. T. unglücklichen Versäulungsstrukturen nicht zu gravierenden Versorgungslücken für die Betroffenen kommt.

Die Inanspruchnahme des allgemeinen Gesundheitssystems und des Hilfesystems für psychisch beeinträchtigte Personen scheitert z. B. häufig aufgrund von Schwellenängsten und mangelnden Informationen über Hilfsmöglichkeiten. Dazu gehört auch, für jene ehemaligen Heimkinder, die sich in psychosozialen Notlagen befinden, aber den Kontakt zum Gesundheitssystem bisher aus irgendwelchen Gründen gescheut haben, den Zugang zum allgemeinen Gesundheitssystem zu ebnen und sie dazu zu ermutigen, geeignete Hilfen in Anspruch zu nehmen, Kontakte zu Ärzten, Fachärzten, psychologischen Hilfen, Fachberatungsstellen etc. herzustellen und konkret dorthin zu vermitteln (vgl. auch dazu Flatten et al., 2004). Auch die Beziehungen zu anderen Organisationsformen (wie soziale Netzwerke), das Verhältnis zu bürokratischen Institutionen und anderen sozialen Systemen, die für das Zusammenwirken einer Gemeinschaft bedeutsam sind, sollen gestärkt werden.

Die dazu benötigten Vernetzungs- und Fallmanagementkompetenzen sowie ein gutes Netz an Beziehungen zu anderen Einrichtungen und Institutionen sind leider keineswegs die Regel im professionellen Unterstützungsangebot. Die zum Teil miserablen strukturellen Bedingungen der Traumahilfelandchaft und die monodisziplinären Ausrichtungen sowie an bestimmte Finanzierungsträger gekoppelten Ausstattungen entsprechender Einrichtungen werden immer wieder kritisiert⁷. Für Menschen, die eine komplexe Traumatisierung erlitten haben, ist es daher erfahrungsgemäß häufig sehr schwer, eine angemessene Hilfe zu finden. Die Versorgungslücken, die sich in der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Kostenträgern, Fachkräften und Einrichtungen auftun, müssen daher aktiv in der Konzeption eines entsprechenden Hilfsangebots für ehemalige Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren berücksichtigt werden.

Regionale Erreichbarkeit und Vernetzungsstruktur

Im Dezember 2010 endet das Angebot des Runden Tisches Heimerziehung und damit auch die Arbeit der bundesweit bisher einzigen Informations- und Be-

7 Vgl. dazu das Tagungsthema der ISSD-D im September 2009: „Die Notwendigkeit vernetzter Arbeit mit und für komplex traumatisierte und dissoziative Menschen“ (vgl. auch Fegert et al., 2001; Fegert & Schrappner, 2004; Fegert & Schmid, 2008; Goldbeck & Fegert, 2008).

ratungsstelle zu diesem Problemkreis. Nach telefonischer Auskunft von Experten in diesem Arbeitsbereich wurden in den vergangenen sechs Monaten (von Mai bis Oktober 2009) 300-400 Kontakte mit Heimkindern, Angehörigen und ehemaligen ErzieherInnen entgegen genommen und versorgt. Die informellen und unbürokratischen Strukturen haben sich bewährt, das Angebot war allerdings bei Weitem nicht in der Lage, den bundesweiten Bedarf abzudecken. Alleine der Schriftverkehr im Zuge der Anfrage an den Petitionsausschuss, der aufkommenden Fragen mit den politischen Entwicklungen und des medialen Informationsflusses überforderte die Kapazitäten des einzigen Angebots bundesweit.



Abbildung 2: Vorschlag einer bundesweiten Vernetzung von Anlaufstellen für ehemalige Heimkinder (Quelle: Medienwerkstatt Mühlacker Verlagsgesellschaft; www.medienwerkstatt-online.de)

Eine nach Ländern angeordnete, auf mehrere Schultern verteilte Struktur könnte hier eventuell eine größere Versorgungsbreite bereit stellen. Um die regionale Verfügbarkeit sicherzustellen, wäre an ein bundesweites Netz von Anlauf-, Informations- und Vermittlungsstellen entlang der Einteilung der Bundesländer zu denken (siehe Abbildung 2). Ehemalige Heimkinder sollten darüber die Möglichkeit haben, bei einer für sie regional erreichbaren Anlauf-, Informations- und Beratungsstelle Rat zu suchen: zur Orientierung über die Thematik, zu Auswirkungen des ehemaligen Heimaufenthaltes und bei der Suche nach Unterstützungsmöglichkeiten zur Bewältigung ihrer Spätfolgen bzw. auf dem Weg in eine Institution der Altenversorgung.

Personelle Ausstattung

Die anspruchsvolle multidirektionale Arbeit in den Informations-, Anlauf- und Beratungsstellen erfordert personell mindestens eine psychosoziale Fachkraft (ausgebildete/r SozialarbeiterIn, SozialpädagogIn, PädagogIn, HeilpädagogIn oder PsychologIn mit entsprechender psychosozialer Weiterqualifikation), die von einer oder zwei Koordinationskräften unterstützt wird. Die professionelle Grundhaltung sollte sich an den Bedürfnissen und Problemen der Hilfesuchenden orientieren. Dies beinhaltet eine Berücksichtigung der unterschiedlichen Sozialisationen in Ost und West: in den regionalen Anlaufstellen der neuen Bundesländer sollten Fachkräfte auch mit der speziellen Situation in den Heimen der DDR vertraut sein. Die berufliche und persönliche professionelle Qualifikation sollte durch Fort- und Weiterbildungen sowie Supervision gefördert werden. Bei der Auswahl der Fachkräfte sind jedoch vor allem traumaspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Für eine professionelle psychosoziale Versorgung traumatisierter ehemaliger Heimkinder ist traumaspezifisches Feld- und Fachwissen eine notwendige Voraussetzung. Ebenso sollten die StelleninhaberInnen in der Lage sein, die Arbeit der Beratungsstelle des Runden Tisches Heimerziehung fortzuführen und sowohl anfallenden Schriftverkehr im Zuge der anfallenden Fragen und Anfragen zu politischen Vorgängen und Publikationen im Bundesgebiet zu beantworten als auch Unterstützung bei der Suche nach Jugendamts- und Heimakten zu bieten.

Die Arbeit im Traumabereich gestaltet sich i. d. R. auch vielseitig und herausfordernd. Qualifizierte Arbeit im Traumabereich kann daher – wie soeben erwähnt – nur mit Hilfe interdisziplinär vernetzter Hilfestrukturen gelingen. Jeder Fall entfaltet seine individuelle Dynamik, der mit fachlicher Kompetenz, immer aber auch Offenheit für angrenzende Hilfestrukturen und Disziplinen begegnen werden muss. Nur so können individuell zugeschnittene, personenzentrierte, indikations-

spezifische und situationsadäquate Angebote erarbeitet und umgesetzt werden und auch gemeindeorientierten regional verfügbaren Ansprüchen genügen. Diese Aspekte sind für die Auswahl geeigneter Fachkräfte zu berücksichtigen.

3.2 Inhaltliche Aufgaben regionaler Anlauf-, Informations- und Beratungsstellen

Erstberatung und Information

Die Anlauf-, Informations- und Beratungsstellen sollten erste Information, Beratung und Orientierung zum Themenkreis ‚Heimerziehung in den 40er- bis 70er-Jahren‘ bieten und an ein Spektrum ausgewählter und bewährter weiterführender Angebote der Beratung, Begleitung und anderer spezifischer, jeweils individuell geeigneter Hilfen weiter verweisen können. Die Leistungen der regionalen Anlauf-, Informations- und Beratungsstellen sollten dabei im ersten Schritt Maßnahmen umfassen, die notwendig sind, um die Schwierigkeiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mildern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Dazu gehören insbesondere:

- fachlich qualifizierte, jedoch niedrighschwellige und alltagsorientierte Erstinformation und Beratung der Betroffenen und ihrer Angehörigen (falls erforderlich: aufsuchende Arbeit durch Hausbesuche, Einzel- und/oder Gruppengespräche);
- dialogische Exploration der jeweiligen Problemlage und Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten bzw. Vermittlung an vertiefende weiterführende Angebote (u. a. medizinische Abklärung der traumatischen Belastung, eventuell Weitervermittlung in Psychotherapie, Fachberatung, Selbsthilfe und/oder Biografiearbeit über ein örtliches Hilfesystem oder Bereitstellung von Kontaktadressen);
- Krisenintervention (gemeinsame Erfassung und Beschreibung der akuten Krise und Hilfe bei der Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten bzw. Weitervermittlung an geeignete Krisenversorgungsangebote oder in den kurativen Bereich);
- Hilfe bei der Bewältigung von individuellen, familiären oder gesellschaftlichen Problemen und zur Integration in das soziale Umfeld (beim Aufbau sozialer Beziehungen, Begegnungen und Bindungen im regionalen Wohnumfeld bzw. Unterstützung bei der Wiederaufnahme von Kontakten und an weiterführende Stellen bzw. Institutionen);

- übergreifend Wahrnehmung der Interessen der KlientInnen sowie Schaffung einer Atmosphäre von Vertrautheit und Akzeptanz, gendersensible, gerontosensible und ressourcenorientierte Herangehensweise, um die Stärken und Fähigkeiten des/der einzelnen Betroffenen zu unterstützen und zu fördern.

Vermittlungs-, Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit

Die Leistungen der regionalen Anlauf-, Informations- und Beratungsstelle sollten eine ausgewiesene Öffentlichkeitsarbeit sowie die Mitarbeit in örtlichen und überörtlichen Arbeitskreisen und eine enge Zusammenarbeit mit traumaspezifischen Einrichtungen in der Region beinhalten, um mit konkreten Angeboten in den Bereichen Information, Selbsthilfe, Biografie- und Gruppenarbeit sowie in der Vermittlung kurativer psychotherapeutischer Angebote der z. T. drohenden sozialen und gesundheitlichen Verelendung entgegenwirken zu können. Dazu gehören u. a.:

- Öffentlichkeitsarbeit in Fortsetzung der Arbeit des Runden Tisches Heimerziehung zum Vorurteils- und Stigmatisierungsabbau in der Umgebung der Betroffenen sowie Presseveröffentlichungen, Jahresberichte und regelmäßige Tage der offenen Tür;
- Organisation von Informations- und Vernetzungstreffen, Informations-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, Tagungen, Fachkonferenzen im regionalen Umkreis, eventuell unter Einbezug der regionalen Hochschulen im psychosozialen Feld;
- Zusammenarbeit mit regionalen Traumanetzwerken im Psychotherapie- und Beratungsbereich, mit Kranken- und Sozialversicherungsträgern, traumasensiblen Senioren-Clubs und Einrichtungen der Altenpflege sowie konkrete Vermittlung in traumageeignete Einrichtungen;
- eventuell Begleitung zu Ämtern oder bei formellen administrativen Angelegenheiten rund um das Thema Heimerziehung in den 40er- bis 70er-Jahren wie z. B. Schriftverkehr, Umgang mit Akteneinsicht und Vermittlung in geeignete Einrichtungen der Altenpflege und -betreuung;
- bei erfolgter (Re-)Integration oder Vermittlung in Freizeit- und/oder Selbsthilfe- und Biografiearbeitsgruppen Nachsorge bei der Ablösung von der Beratungsstelle und weiteren sozialen Hilfesystemen.

Konzeptionelle Arbeit und Qualitätssicherung

Die Leistungen der regionalen Anlauf-, Informations- und Beratungsstellen sollten für eine stete kritische konzeptionelle Weiterentwicklung und Qualitätssicherung ausgewiesen und ausgerüstet sein. Dazu zählen u. a.:

- Bereitstellung geeigneten Fachpersonals für die qualitative Sicherung der Angebotspalette zur regelmäßigen Evaluation der Effizienz und Effektivität unter Einbezug der NutzerInnenperspektive;
- Mitarbeit an Qualitätszirkeln zur Qualitätssicherung bei der Weiterentwicklung einer effizienten und effektiven Arbeit und prozessualen Fortschreibung des laufenden Konzeptes;
- Offenlegung der Prozess-, Struktur -und Ergebnisqualität, umfassender Erfahrungsbericht einmal pro Jahr, der die im Vorjahr erbrachten Leistungen qualitativ und quantitativ beschreibt.

3.3 Qualifizierte Vermittlung in vertiefende Angebote

Komplexe Traumata, die aufgrund einer malignen Heimerziehung in den 40er- bis 70er-Jahren entstanden sind, verursachen – so wurde in den vergangenen Kapiteln zusammenfassend deutlich – multiple Entwicklungsstörungen auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene und erfordern daher eine bio-psycho-soziale, biografieorientierte, mehrdimensionale Diagnostik und Behandlung (Gahleitner, 2005b). Der Problematik muss daher – auch in der Versorgung durch vertiefende Angebote – auf bio-psycho-sozialer Ebene und unter Berücksichtigung des biografischen und umgebenden Gesamtkontextes begegnet werden: durch engmaschige Vernetzung personenzentrierter, Umfeldorientierter und sozialstruktureller Aufgaben in regionaler Erreichbarkeit. Dies erfordert ein integratives bio-psycho-soziales Arbeitskonzept mit flexiblen Methodiken und Techniken in Diagnostik wie Intervention und lässt sich nur durch ebenso flexibel und breit angelegte Versorgungsformen beantworten (Pauls, 2004).

Diagnostische Abklärung

Versorgung – auch Vermittlung in Versorgung – ist ohne eine qualifizierte diagnostische Abklärung nicht möglich. Bedauerlicherweise klafft im Diagnostikbereich ein besonders tiefer, mittlerweile als historisch zu begreifender Graben zwischen dem Gesundheits- und Sozialversorgungssystem, obwohl es sich besonders in der diagnostischen Abklärung um eine bedeutsame Schnittstellen-

aufgabe zwischen psychischen, sozialen, medizinischen und alltagssituativen Dimensionen handelt. Zielsetzung sollte daher eine lebens-, subjekt- und situationsnahe Diagnostik sein, die eine psychiatrische Abklärung der PTSD-Symptomatik nach F 43.1 ICD inklusive der häufig vorhandenen Komorbiditäten im Traumabereich beinhaltet *und* dialogisch orientiert grundlegende Aspekte von Biografie und Lebenswelt zusammenträgt. Es empfiehlt sich im Vorgehen daher eine Systematik, die einen gezielten Blick auf all diese Phänomene wirft, um so auch Prozessen der Inklusion und Exklusion einbeziehen zu können, die in der Entwicklung und Aufrechterhaltung von komplexen Traumafolgestörungen eine große Rolle spielen (vgl. u. a. Gahleitner et al., 2009; für den Traumbereich Gahleitner, 2005b).

Biografische Wissensbestände psychischer und sozialer Phänomene der Traumafolgebelastrungen der betroffenen Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren werden auf diese Weise – interdisziplinär vernetzt – aus dem Gesamtzusammenhang unter Einbezug lebensweltorientierter Perspektiven (Thiersch, 1992) und Macht- und Austauschtheorien (Staub-Bernasconi, 1995; vgl. auch Bourdieu, 1992) rekonstruierbar und auf vielfältige Weise in geeigneten Interventionskonzepten innerhalb der bestehenden Lebenswelt reformulierbar (Hanses, 2004; Jakob & Wensierski, 1997). Auch in dieser geforderten Vielfalt muss jedoch Diagnostik letztendlich auf eine Strukturierung der komplexen Informationen hinauslaufen, die die Dimensionen ‚Individuum – soziale Umwelt‘ sowie ‚Defizite – Ressourcen‘ möglichst umfassend, aber auch prägnant ausweist (vgl. u. a. Gahleitner et al., 2009).

Die Interventionsplanung ist mit den bereits oben genannten international erarbeiteten Konzepten in Bezug auf die Bewältigung traumatischer Ereignisse (Briere, 1996; Herman, 1992; Lebowitz et al., 1993; Sgroi, 1989; Wirtz, 1989) fachlich angemessen zu vereinbaren: Das ‚Drei-Phasen-Modell‘ – (1) Stabilisierung und Ressourcenerschließung, (2) Auseinandersetzung mit der Traumaproblematik und (3) Neuorientierung – beinhaltet die zentralen Interventionschritte jeder traumaunterstützenden Arbeit. Selbstverständlich zeigen die Phasen dieses Verlaufsmodells Überschneidungen und Interferenzen und sind nicht als absolute, aufeinanderfolgende Schritte zu begreifen, sondern in der Behandlung von Abfolge und Durchdringung her an den jeweiligen Prozess anzupassen. Dies geschieht angemessenerweise in vertiefenden Settings der Psychotherapie oder Fachberatung, auf die im Folgenden kurz näher eingegangen werden soll.

Angebote der Psychotherapie und Fachberatung

Der Hinweis auf multimethodisches Vorgehen bedeutet keineswegs, dass nicht in vielen Fällen eine Psychotherapie oder länger anhaltende Fachberatung indiziert sein kann. Inzwischen gibt es deutschlandweit eine Reihe von Fachgesellschaften, Traumanetzwerken und Zusammenschlüssen Professioneller im Traumabereich, die zwar untereinander bedauerlicherweise nur teilweise Kooperationsbeziehungen pflegen, jedoch insgesamt betrachtet gute Möglichkeiten bereit stellen, in traumaspezifische Angebote der Psychotherapie und Fachberatung zu vermitteln.

Befragt man retrospektiv Betroffene mit komplexen Traumafolgestörungen über ihre Erfahrungen mit Angeboten der Beratung und Psychotherapie (Gahleitner, 2005c), so lassen sich zusammenfassend einige grundlegende Anregungen für die Auswahl geeigneter Therapie- und Beratungsangebote formulieren:

1. Als Antwort auf den traumatischen Vertrauensmissbrauch ist professionelle Bindungs- und Beziehungsarbeit von grundlegender Bedeutung für den gesamten Hilfeprozess.
2. Für eine Integration der Traumaerfahrung sind sowohl kognitive als auch emotionszentrierte Interventionen von Bedeutung.
3. Der Einsatz traumageeigneter Therapiemethoden muss am individuellen Einzelfall orientiert, prozessangemessen und situationsadäquat und ohne Retraumatisierungsgefahr erfolgen.

Zu 1. Als Antwort auf den traumatischen Vertrauensmissbrauch ist professionelle Bindungs- und Beziehungsarbeit von grundlegender Bedeutung für den gesamten Hilfeprozess

Frühe Gewalt und Vernachlässigung ist eine Beziehungstat. Die Situation ehemaliger Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren ist daher neben manifesten Folgeerscheinungen in erster Linie geprägt von massivem Vertrauensmissbrauch und Vertrauensverlust (siehe oben, Kapitel 2.2). Als Kontrapunkt zu dem erfolgten traumatischen Machtmissbrauch ist für ein gelungenes Hilfsangebot daher eine empathische und dialogische Grundhaltung unter Einbezug aktueller Erkenntnisse der Bindungstheorie und ihrer klinischen Implikationen erforderlich (vgl. dazu ausführlich Gahleitner, 2005a).

Nach den Ergebnissen der Psychotherapie- und Beratungsforschung gilt die Beziehungsorientierung seit geraumer Zeit als einer der zentralsten Wirk-

faktoren (Asay & Lambert, 2001; Bachelor & Horvath, 2001; Grawe, 2004; vgl. bereits Alexander & French, 1946; Orlinsky et al., 1994). Eine der ersten TraumaforscherInnen und -therapeutInnen, die sich der herausragenden Bedeutung einer ‚heilsamen Beziehung‘ widmeten, war Judith Lewis Herman (1992). Vor der Entwicklung eines Grundgefühls von Sicherheit im Kontakt mit sich und anderen bleibt demnach jede traumafokussierte Arbeit erfolglos. Interpersonelle Sicherheit ist Voraussetzung für die Etablierung jeder wie auch immer gearteten intrapersonellen Sicherheit (Reddemann & Sachsse, 2000; Reddemann, 2001) und damit auch für Behandlungserfolge (Hill & Alexander, 1993).

Die Bindungsforschung, die sich in den letzten Jahren zunehmend damit befasst, ihre Ergebnisse für die Praxis zugänglich zu machen, bietet hier systematisch Aufschluss (Bowlby, 1969/2006, 1973/2006, 1980/2006; Brisch, 2003; Grossmann & Grossmann, 2004; Strauß, 2006) ebenso wie zahlreiche Konzepte aus humanistischen und personenzentrierten Ansätzen (vgl. historisch Buber, 1923/1983; Rogers 1967; Balen, 1992; aktuell der Herausgeberband der GwG Akademie, 2007, sowie Biermann-Ratjen, 2003; Finke, 2004; Höger & Müller, 2002; Schmid, P. F., 2007). Auch in den bereits referierten drei Phasen der Traumatherapie (Lebowitz et al., 1993; siehe oben, Kapitel 2.3) wird dem Beziehungsaspekt große Bedeutung beigemessen. Bindungs- und Beziehungsarbeit ist daher die zentrale Schlüsselqualität für jede Hilfeleistung in der Behandlung und Begleitung ehemaliger Heimkinder. Diese Tatsache ist bei der Auswahl geeigneter vertiefender Angebote zu berücksichtigen.

Zu 2. Für eine Integration der Traumaerfahrung sind sowohl kognitive als auch emotionszentrierte Interventionen von Bedeutung

Als Ziel der therapeutischen Arbeit formulieren Luise Reddemann und Ulrich Sachsse (2000) die Verarbeitung des Traumas durch eine Integration der zugehörigen defragmentierten Kognitionen, Affekte, Bilder und Körpersensationen. Der Bedeutung kognitiver Restrukturierung für die Verarbeitung früher sexueller Traumata widmen sich in erster Linie verhaltenstherapeutische Verfahren. Im Vordergrund steht die Reattribution der Kognitionen (vgl. z. B. Heide & Solomon, 1992; vgl. auch den Herausgeberband Foa et al., 2000). Eine Ausnahme davon machen Susan Roth und Ronald Batson (1997) aus dem angloamerikanischen Raum für Opfer früher sexueller Gewalt: Die von ihnen entworfene ‚trauma-focused‘ therapy weist der Arbeit am emotionalen ‚experiential system‘ die Schlüsselfunktion für die Veränderungen dysfunktionaler Kognitionen zu (vgl. auch Roth & Newmann, 1993).

Diese zentrale Stellung der Arbeit mit Emotionen im Hilfeprozess haben insbesondere Leslie S. Greenberg im Rahmen des emotionfokussierenden Therapieansatzes (umfassendste Übersicht 2002) und Pauls für die Beratung innerhalb der Sozialen Arbeit (2004) herausgearbeitet – Ergebnisse, die sich trotz der Dominanz verhaltensorientierter Verfahren auch zunehmend in der evidenzbasierten Forschung bewähren (vgl. Bischof & Greenberg, 2007). Die konzentrierte Aufmerksamkeit auf die emotionalen Prozesse und ihre Nuancen ermöglicht korrektive emotionale Neuerfahrungen (Brisch, 2003), die dysfunktionale Schemata reorganisieren und die Traumaintegration fördern (Elliott et al., 1998; Greenberg & Paivio, 1997; Paivio & Laurent, 2001) beschrieben. Die Schlüsselstellung der Bearbeitung von überwältigenden Affekten nach erlittenen Traumata betonen auch missbrauchsspezifische Verfahren (vgl. Briere, 1996; Wirtz, 1989). Darauf verweisen auch zahlreiche aktuelle Befunde aus der Neurophysiologie⁸ (vgl. aktuell den Herausgeberband von Jacobs, 2009; siehe oben, Kapitel 1.1, 1.2 und 1.3). Diese aktuelle Sicht auf Veränderungs- und Bewältigungsprozesse hat gravierende Bedeutung für das Angebot von Hilfeleistungen früh traumatisierter Heimkinder, birgt jedoch wie im nächsten Abschnitt angesprochen auch Risiken, die dabei berücksichtigt werden müssen.

Zu 3. Der Einsatz traumageeigneter Therapiemethoden muss am individuellen Einzelfall orientiert, prozessangemessen und situationsadäquat weitgehend ohne Retraumatisierungsgefahr erfolgen

Traumatische Belastungen sind – insbesondere im Alter (siehe oben, Kapitel 2.2) – mit Informationsüberflutungen, erhöhtem Erregungsniveau und dysfunktionalen Kontrollbemühungen verbunden. Traumakonfrontative Verfahren können daher gerade im Alter besonders stark zu Reizüberflutungen und Retraumatisierungen führen (Herman, 1992). In der Bearbeitung muss daher die aktuelle Lebenssituation berücksichtigt werden. John N. Briere (1997) spricht in diesem Kontext vom „therapeutic window“ (S. 186), das in einem ausgewiesenen Schutzraum angemessen geöffnet oder geschlossen gehalten werden müsse. Er unterscheidet unterstützende von aufdeckenden Interventionen und fordert eine beständige Intensitätskontrolle (1996). Nach seiner Ansicht ist der Einsatz ‚riskanter‘ Techniken im Grunde nicht notwendig. Bei ausreichender

8 Hirnphysiologische Strukturen sind gelegentlich überzeugende, greifbare Indikatoren und haben ‚Substanz‘ im Vergleich zu den komplexen Zusammenhängen im Verhalten, die die Sozialforschung entdeckt. „Trotzdem sind Hirnstrukturen während der Entwicklung des Gehirns hauptsächlich die Folge und weniger die Ursache sozialer Erfahrungen“ (Grossmann & Grossmann, 2004, S. 40). Diese Tatsache begrenzt leider die verständlichen Hoffnungen vieler Betroffener, dass das Auffinden eines physiologischen Substrats die Findung eines Hilfsangebots erleichtere.

Sicherheit, stabiler therapeutischer Beziehung, wiederhergestelltem Selbstwert und einer engagierten Zusammenarbeit würden die Themen an denjenigen Stellen im therapeutischen Prozess eingebracht, an denen eine Traumaausposition hilfreich sei (vgl. auch Gahleitner, 2005a).

Für eine indikationsangemessene therapeutische Vorgehensweise müssen die psychosoziale und körperliche Situation, der dissoziative und affektive Status sowie der jeweilige Stand im Verarbeitungs- und Therapieprozess sorgfältig beobachtet werden (Flatten et al., 2004). Der unflexible Einsatz von festgelegten Behandlungsmanualen ist kontraindiziert. Bei starker Dissoziation und Emotionsüberflutung empfehlen sich entsprechende Vorgehensweisen aus der Forschung zur Dissoziation (aktuell der Herausgeberband von Fliß & Igney, 2008, sowie forschungsorientiert van der Hart et al., 2008). Auch Elliott, Davis und Slatick (1998) warnen vor der erlebniszentrierten und körperorientierten Arbeit bzw. weisen auf die Notwendigkeit besonderer Vorkehrungen hin. Die Integrative Therapie z. B. unterscheidet indikationsspezifisch und prozessorientiert zwischen übungszentriert-stabilisierender, erlebnisaktivierender und konfliktzentriert-aufdeckender Arbeit (Petzold, 1993).

Frühe Traumatisierungen sind oftmals fragmentiert und auf der sensomotorischen Ebene gespeichert. Sie können daher häufig weniger verbal als durch das Körpergedächtnis abgerufen werden. Der Körper als Medium der Traumaausposition birgt jedoch neben dieser Chance auch die stärkste Gefahrenquelle (vgl. z. B. die Kontroverse zwischen Reddemann und Sachsse, 2000, und Arnim & Joraschky, 2000). ExpertInnen fordern daher für früh Traumatisierte eine ‚intensive Begleitung in respektvollem Abstand‘ und eine gute Vorbereitung durch eine lange beziehungsorientierte Stabilisierungsphase sowie den ergänzenden Einsatz psychoedukativer und kognitiver Techniken bei der Arbeit an Emotionen (Garbe, 1991, 1998; Huber, 1995, 2003; Reddemann & Sachsse, 2000; Wirtz, 1989). Auf diese und weitere Erkenntnisse aus der Traumaforschung und -praxis müssen Therapie- und Beratungssettings für traumatisierte ehemalige Heimkinder abgestimmt sein.

Aufklärungsarbeit und Selbsthilfegruppen

Die Anlauf-, Informations- und Beratungsstellen sollten sich an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren und diese unterstützen, ihr Leben eigenständig und verantwortlich zu gestalten. Die Persönlichkeit und Integrität der Hilfesuchenden muss gewahrt bleiben. Persönliche Lebensentwürfe müssen dabei respektiert und die Arbeit ressourcen- und nicht defizitorientiert gestaltet

werden. Der gesellschaftliche und soziale Kontext muss in die individuelle Beratung mit einbezogen und nach den Grundprinzipien Freiwilligkeit und Parteilichkeit gestaltet werden. Insofern wäre anzuraten, dass neben der Vermittlung in kurative Psychotherapie- und Fachberatungsangebote auch niedrigschwelligere Angebote wie Aufklärungs-, Biografie- und Selbsthilfeangebote in Betracht gezogen werden bzw. zur Verfügung stehen.

Auf die Informationsveranstaltungen wurde in Kapitel 3.2 bereits Bezug genommen. Zu denken wäre an regional für betroffene Heimkinder erreichbare Informationsveranstaltungen, die über das Phänomen, die Problematik und die Auswirkungen der Heimerziehung in den 40er- bis 70er-Jahren sowie psychoedukativ über traumatische Belastungen und ihre Folgeerscheinungen informieren und einen Überblick über weitergehende Versorgungsangebote geben. Eventuell könnten solche Angebote betroffenen Heimkindern eine erste Möglichkeit bieten, begleitet durch die Arbeit in den Anlauf-, Informations- und Beratungsstellen eine Entscheidung darüber zu treffen, ob und inwiefern sie weitere Angebote in Anspruch nehmen möchten.

Gerade in der postmodernen globalisierten Welt, mit der sich ehemalige Heimkinder im Alterungsprozess konfrontiert sehen und die von fragmentierten Erfahrungen, pluralen Lebenslagen und Milieus und extremer Individualisierung gekennzeichnet ist, sind „soziale Ressourcen“ (Keupp, 1997, S. 66) in Form stabiler und anhaltender psychosozialer Geborgenheit sowie professioneller Zufluchtsorte als positive Gegenerfahrung eine besondere Aufgabe für die moderne Helfelandschaft. Positive psychosoziale Erfahrungen für ehemalige Heimkinder könnten daher wichtige Gegenpole zu den ehemaligen traumatisierenden Erfahrungen und gesellschaftlichen Vereinzelungsphänomenen darstellen. Selbsthilfegruppen und Gesprächskreise können hier Möglichkeiten bieten, die Ressourcen der Betroffenen in den Mittelpunkt angemessener Angebote zu stellen. Nach telefonischer Auskunft von ExpertInnen sind inzwischen mehrere sinnvoll stützende Gruppenzusammenhänge in Eigenregie oder in Anleitung durch Ehrenamtliche errichtet worden, die viele der Betroffenen im Umgang mit den damaligen Erfahrungen und in der aktuellen Lebensführung unterstützen.

Selbsthilfe ist eine freiwillige, unentgeltliche, auf die Solidarität Gleichbetroffener beruhende Hilfeleistung. Wichtige Stichworte in der Selbsthilfe sind Freiwilligkeit, Selbstbetroffenheit und Selbstbestimmung. Da die Teilnehmer ‚Experten in eigener Sache‘ sind, ist der Austausch häufig sehr erfolgreich (Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz, 2009). Solche Zusammenhänge sind daher ausdrücklich zu unterstützen und in die Über-

legungen mit einzubeziehen. Aus psychosozialer Perspektive ist jedoch der Hinweis darauf bedeutsam, dass traumatische Erfahrungen in sich selbst überlassener Selbsthilfe durchaus auch destruktive Impulse entfalten können, die gerade im Komplextraumabereich häufig eine professionelle Anleitung sinnvoll erscheinen lassen. Den Überlegungen der Unterstützung durch Selbsthilfe ist daher immer auch Achtsamkeit in Bezug auf Traumatisierungsgefahr an die Seite zu stellen und die sich daraus entwickelnden Angebote durch professionell angeleitete Angebote der Psychoedukation und gezielte Stabilisierungsarbeit zu unterstützen.

Im Traumabereich hat sich vor allem Luise Reddemann (2001) viel mit der Sinnhaftigkeit von Selbsthilfeaktivitäten für psychisch traumatisierte Menschen beschäftigt. Sie hält Selbsthilfeangebote für eine wichtige Ressource in der Gesamtheit therapeutischer und unterstützender Angebote. Allerdings können aufgrund der besonderen Psychodynamik dieser Gruppe ihrer Ansicht nach traditionelle Methoden und Konzepte der Selbsthilfe nicht unreflektiert adaptiert werden, sondern bedürfen einer ätiologiespezifischen Modifikation. Denn „auch wenn es manchen Menschen mit traumatischen Erfahrungen gut tun mag, über erlittenes Leid zu sprechen und dies mit anderen zu teilen, so sollte man die Erkenntnisse der Psychotraumatologie über Triggerwirkungen von belastendem Material nicht außer Acht lassen. ... Das heisst, nur einigermaßen stabile Menschen können es sich zumuten, unvorbereitet über ihre Traumatisierungen zu sprechen, bei allen anderen besteht die Gefahr, dass dies eine Verschlechterung bewirkt.“ (ebenda, S. 68) Im Wesentlichen sollte es daher darum gehen, den Heimkindern aus den 40er- bis 70er-Jahren „Mut zu machen, dass sich die wechselseitige Unterstützung weniger darauf bezieht ‚was ist uns Schlimmes widerfahren‘, sondern ‚Wie sind wir mit dem Schlimmen bis jetzt fertig geworden und was kann uns helfen, damit in Zukunft noch besser fertig zu werden‘.“ (ebenda)

Hartmut Radebold (2009) hat sich im Bereich der Selbsthilfe für alternde Menschen, die Kriegserlebnisse zu verarbeiten haben, engagiert. „Die damalige Lebenssituation betroffener Kinder und Jugendlicher“, sagt er aus seinen Erfahrungen, „war von einer spezifischen Botschaft und spezifischen Erfahrungen geprägt. Die Botschaft lautete: *Komme allein mit deinen schrecklichen Erinnerungen, deinem Kummer, deiner Angst zurecht und funktioniere*. Die spezifischen Erfahrungen umfassen: *Man kann scheinbar wirklich allein mit allem fertig werden; Reden über Gefühle bringt nichts – besser schweigt man; schließlich ist man stolz, allein zurechtgekommen zu sein*. Außerdem weiß man als Angehöriger der betroffenen Jahrgänge bis heute eher selten über die Möglich-

keiten einer professionellen psychischen Hilfestellung Bescheid.“ (S. 221; Hervorhebungen im Original) Radebold (2007) verweist also darauf, dass die Betroffenen in der Regel keinen Zusammenhang zwischen ihren Beschwerden und den Kindheitserfahrungen hergestellt haben und herstellen. Jahrzehntlang wurden die oft beängstigenden und verstörenden Erinnerungen weder selbst angeeignet noch mit anderen Personen geteilt. Der narrative Zugang als eine Form der zwar schmerzlichen, aber letztlich klärenden Auseinandersetzung mit kindlichen Belastungen war versperrt. Je bewusster aber die Endlichkeit des eigenen Lebens wahrgenommen wird, desto mehr scheint der seelische Druck zu wachsen, sich den Erinnerungen zu stellen, sie sich und anderen zu berichten, sie zu deuten und in das Selbst zu integrieren (ebenda).

Dazu bedarf es aber auch der geschützten Kontexte, in denen autobiografisches Erinnern seine Themen finden und seine Ausdrucksformen entwickeln kann. Die sich konstituierenden Erinnerungszirkel zeigen oft, wie mühselig, aber auch wie befreiend dieser Prozess sein kann, wenn man sich einmal auf ihn eingelassen hat. Die Ausdrucksformen und Gestaltungsmodi dieser biografischen Aneignungsprozesse sind aber jeweils sehr individuell getönt: tastend, ungebremst und ungesteuert, verklausulierend, literarisch angereichert, ausufernd, zurückgenommen, anklagend, verstehend, lamentierend, akzeptierend, perseverierend etc. – alle Spielarten sind vorzufinden (ebenda). Diese Ausführungen bieten eine Reihe von Hinweisen darauf, wie bedeutsam der biografische Aspekt innerhalb der Versorgung der ehemaligen Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren ist. Eine weitere Möglichkeit, im psychosozialen Zwischenraum geeignete Hilfen anzubieten – insbesondere für alternde Menschen – ist daher die inzwischen stark wachsende Biografiearbeit, auf die abschließend mit ausdrücklicher Empfehlung für ehemalige Heimkinder der 40er bis 70er Jahre eingegangen werden soll.

Biografiearbeit

Die Methode des biografischen Arbeitens begleitet und unterstützt Erinnernde bei der Suche oder Stabilisierung der eigenen Identität, bei einer Bilanzierung oder einem Rückblick in das eigene Leben und bei dem Versuch, von diesem Punkt aus integrative Perspektiven zu erarbeiten. Um zu begreifen, warum es einem Menschen während des Alterns jetzt seelisch schlechter oder sogar deutlich schlechter geht, bedarf es einer *biografischen Reise* (Radebold, 2009). Durch eine traumasensibel begleitete Biografiearbeit können insbesondere bei Traumafolgen, die im Rahmen des Gesundheitssystems nicht diagnostisch einzufangen und zu bearbeiten sind, neue Perspektiven auf die individuelle Le-

bensgeschichte angestoßen werden. Bezeichnend für biografieorientierte Angebote ist dabei, dass die Perspektiveinnahme weitgehend in Eigeninitiative geschieht und von den betroffenen Heimkindern selbst maßgeblich mit gesteuert werden kann. Biografiearbeit entstammt einer interdisziplinären Zusammensetzung aus verschiedenen theoretischen Hintergründen, in denen die Sozialwissenschaften, Psychologie und Pädagogik ebenso vertreten sind wie die Geschichts- und Literaturwissenschaften. Biografiearbeit verfügt folglich über ein flexibles, kreatives und vielfältiges Angebot von Methoden und Hilfsmitteln.

Methodisch steht für biografieorientierte Konzepte daher ein breites Spektrum an Modellen der Erwachsenenbildung zur Verfügung (vgl. u. a. Blimlinger, 1994; Kerkhoff & Halbach, 2002; Osborn et. al., 1997; sowie den Herausgeberband Behnken & Mikota, 2008; vgl. insbesondere Mieth, in Vorb.). Dieses Methodenspektrum muss natürlich auf die oben erläuterte Zielgruppe der ehemaligen traumatisierten Heimkinder angepasst werden. Geschieht jedoch die Arbeit beispielsweise mit Lebensbüchern und Erzählcafés vor einem traumainformierten und traumasensiblen Hintergrund und stets im Hinblick auf die Möglichkeit, auch in andere, kurative oder gezieltere Angebote zu vermitteln, sind kreative und vielfältige Einsatzmöglichkeiten denkbar und möglich. Diese Tatsache erfährt nicht zuletzt dadurch einen Beleg, dass bereits eine Reihe betroffener Heimkinder selbst zu dem Mittel des autobiografischen Schreibens gegriffen haben und vielfältige Betroffenenberichte für andere ehemalige Heimkinder bereit stellen (siehe oben, Kapitel 1.4).

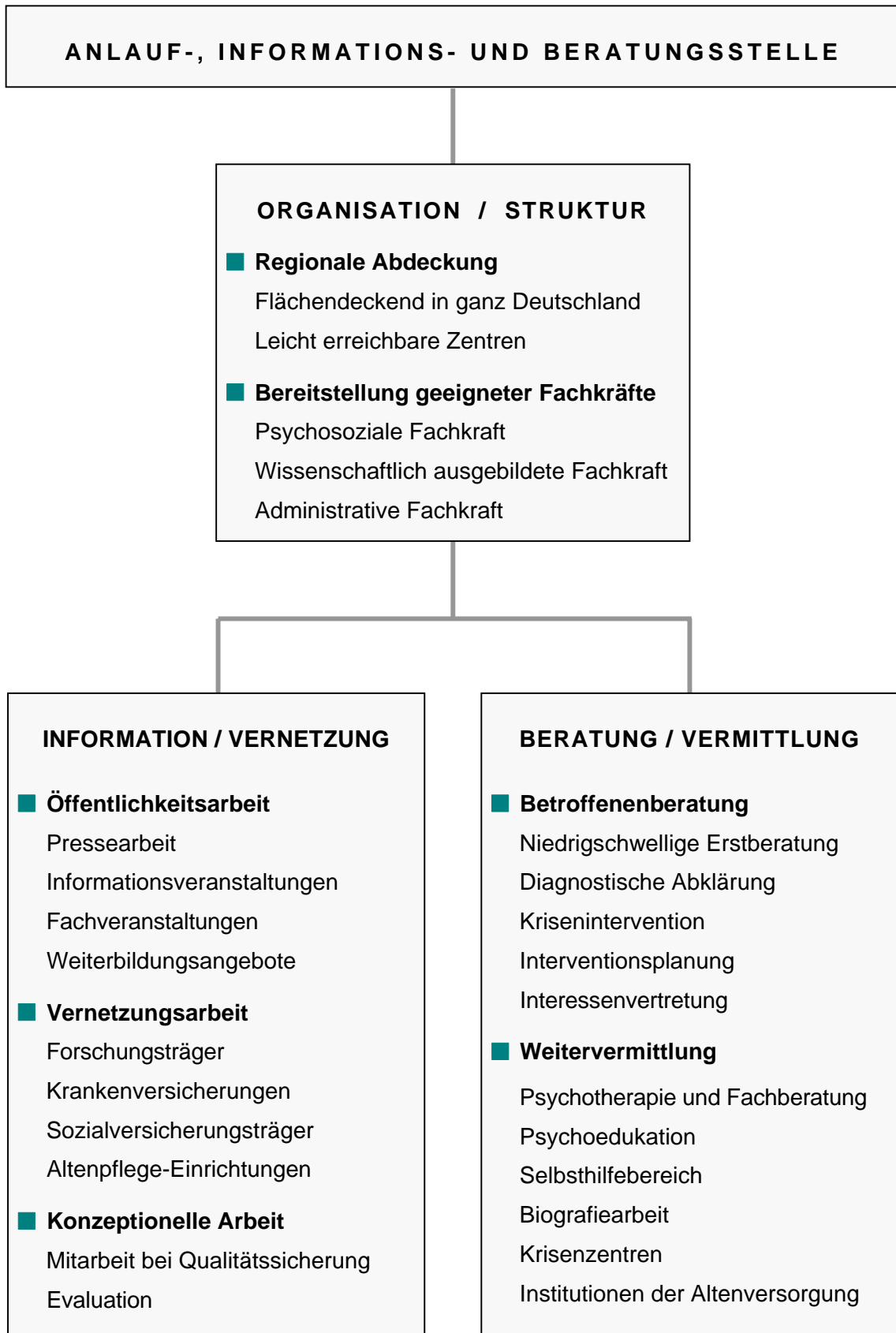
Aufgrund dieser Vielfältigkeit in den Vorgehensweisen stellt Biografiearbeit gerade für den Übergangsbereich zum Gesundheitsversorgungssystem, in dem eine klare PTSD-Diagnose nicht gestellt werden kann, eine Chance zur Verarbeitung und Reflexion eigener Lebenserfahrungen in gesellschaftlichen Kontexten dar. Mit der Lebensphase des Alters sind, wie bereits ausgeführt (siehe oben, Kapitel 2.2) spezifische neue biografische Aufgaben verbunden, die eine professionell begleitete Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie nahe legen. Alternde ehemalige Heimkinder werden in ihrer aktuellen Lebenssituation tagtäglich mit neuen Situationen konfrontiert, die bisherige Selbstverständlichkeiten in Frage stellen, neue Handlungsstrategien erfordern und damit auch verstärkt biografische Reflexionen und Reinterpretationen bedingen. Entsprechend der in Kapitel 2.2 angesprochenen ‚doppelten Entwicklungsaufgabe‘ für ehemalige Heimkinder, sowohl ihr Leben als auch die Traumaerfahrung zu integrieren und dennoch ressourcenorientiert auch neue Chancen zu eröffnen, sind in dem vorgeschlagenen Biografiearbeitsangebot für alternde ehemalige Heimkinder Aspekte der Altenbildung, jedoch im Bedarfsfall auch Altenpflege

miteinander zu vereinbaren. Besonders die Tatsache, dass in den nächsten Jahren eine Reihe ehemaliger Heimkinder mit Institutionen der Altenpflege in Berührung kommen werden, lässt Biografiearbeit für alternde Menschen für diese Institutionen zu einem hoch interessanten Versorgungskonzept werden.

Die ressourcenorientierte Sichtweise der Altenbildungsarbeit, die das „dritte Lebensalter“ als eine Lebensphase versteht, ist daher aufgrund des reichhaltigen Erfahrungsschatzes besonders geeignet, Integrationsprozesse zu ermöglichen und den Erfahrungsschatz der eigenen Lebenserfahrung, auch der leidvollen, zu heben, und trotz oder gerade wegen der traumatischen Erfahrungen Sinn zu geben. Sich am Ende des Lebens mit dem eigenen Schicksal auszusöhnen und eine neue Gesamtsicht auf die eigene Lebenssituation zu erlangen, ist von hoher Bedeutung dafür, wie es gelingt, die Lebensjahre der Rente zu gestalten und einen gelungenen Abschied aus dem Leben zu finden. Die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte als Teil der katastrophalen Verhältnisse der Heimerziehung kann dabei in kritische Reflexions- und Selbstreflexionsprozesse einmünden, die das Geschehene trotz seines tragischen Ausmaßes mit anderen teilbar, an andere mitteilbar und damit in das eigene Selbstkonzept integrierbar machen vor dem Hintergrund der bisherigen Lebensgeschichte. Zu analysieren, warum wer welchen Zugang zu welchen Kindheits-erinnerungen in welcher Lebensphase oder biografischen Umbruchsituation hat bzw. auswählt, erbringt viel Aufschluss über das Selbstbild, die aktuelle Befindlichkeit, den individuellen Lebensstil, die Formen der Lebensbewältigung und auch über Lebensziele. Dabei dient dieser Prozess in der Regel der Erhaltung von psychischer Kontinuität und Identität, das heißt, es geht um eine Verortung des Selbst im biografischen Gesamtzusammenhang (Fookan, 2001; vgl. auch Granzow, 1994).

Die biografische Reise bietet die Chance, die eigenen individuellen Erinnerungen zu vervollständigen, die damit verbundenen Gefühle besser kennen zu lernen, um sie allmählich als Teil eigener Geschichte zu akzeptieren und im günstigsten Falle zu integrieren. „Diese Reisen bergen gleichzeitig auch Risiken! Daher muss man sie gut ausgestattet und in verlässlicher Begleitung beginnen. Wichtig ist zusätzlich die Gewissheit, an einen vertrauten, sicheren Ort zurückkehren zu können. Ohne diese Voraussetzung ist eine derartige Reise zu gefährdet.“ (Radebold, 2009, S. 225) Bedeutsam ist daher, dass dabei schützende Verleugnungs- und Verdrängungsmechanismen nicht nur respektiert werden müssen (vgl. Kerkhoff & Halbach, 2002), sondern auch durch die professionelle Anleitung Aspekte krankheitsrelevanter posttraumatischer Auswirkungen erkannt und in kurative Angebote überführt werden (vgl. abermals Flatten et al., 2004).

3.4 Schaubild zum Versorgungsvorschlag



Abschließende Überlegungen zur psychosozialen Versorgung ehemaliger Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren

In Überlegungen zu einem angemessenen Umgang mit den Verletzungen, die ehemalige Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren von institutioneller Seite erfahren haben, geht es nicht allein um individuelle finanzielle Entschädigungsleistungen und auch nicht allein um Entschuldigungen der verantwortlichen Institutionen. „Viele Betroffene benötigen heute noch ganz konkrete Hilfe bei der Bewältigung ihrer Gegenwart und Zukunft. Das gilt gerade auch für die dringend notwendige Versorgung in den Fällen der Traumatisierung. Hier sind menschliche Zuwendung, gezielte therapeutische Hilfe und deren ausreichende Finanzierung unerlässlich. Ein Fonds könnte unbürokratisch Hilfen in bestimmten Lebenslagen gewähren und beispielsweise Therapien finanzieren, deren Bezahlung von den Krankenkassen verweigert wird. Notwendig ist aber in erster Linie eine weitere Information, Beratung, Begleitung und Betreuung. Im Interesse der Betroffenen, aber auch der Gesellschaft, muss die Vergangenheit aufgearbeitet und dokumentiert werden. Das gilt für die Situation in der alten Bundesrepublik ebenso wie für die frühere DDR.“ (Künast, 2008, S. 35)

Diesen Gedanken von Renate Künast ist sich anzuschließen. Ebenfalls darin, dass es „jenseits der Stiftungsfrage ... eine überzeugend ausgesprochene und gesellschaftlich transparent gemachte moralische Rehabilitierung der Betroffenen“ (ebenda) braucht. Diese Aussage sollte neben fortgesetzten Bemühungen aus politischer Ebene auch konkrete Auswirkungen auf die Auswahl geeigneter Hilfsangebote für die Betroffenen haben. Dabei ist von Pauschalösungen abzuraten: Nicht jedes Thema ist für alle Anwesenden gleichermaßen bedeutsam oder auch gleichermaßen gut auszuhalten, denn auch die Gruppe der ehemaligen Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren ist heterogen wie jede andere Gruppe auch. Die ehemals in ähnlicher Weise Betroffenen kommen heute aus ganz unterschiedlichen sozialen Schichten, Ländern und Regionen, verfügen über unterschiedlichen Bildungsstand und haben ihr Leben als Mann oder Frau z. B. 40 Jahre lang im Ostteil oder Westteil Deutschlands verbracht.

Dieses Aufeinandertreffen verschiedenster Differenzen kann neben der sehr wahrscheinlich auftretenden Traumadynamik in den verschiedensten Zu-

sammenhängen Konfliktstoff beinhalten und erfordert im psychosozialen Versorgungsbereich einer Begleitung durch professionelle psychosoziale Fachkräfte, die sowohl im Bereich der Traumawissenschaft und -praxis verortet sind. Diese Tatsache gilt aber auch für die übergeordnete Aufgabe der Konzeption, Koordination und Finanzierungsstruktur. Auf die Problematik versäulter Finanzierungssysteme wurde bereits hingewiesen. Diese Aspekte müssen in der Konzeption der erforderlichen Hilfeleistungen unbedingt berücksichtigt werden, damit es nicht zu gravierenden Versorgungslücken für die Betroffenen kommt. Diese Perspektive führt unweigerlich zurück auf den Umgang der Gesamtgesellschaft mit der Problematik. Die mit halbherzigen Entschuldigungsversuchen in Konjunktiven einhergehende vorgezogene Versöhnungserwartung mancher Institutionen erinnert in bitterer Weise an den Umgang mit anderen Opfergruppen im Traumabereich wie Soldaten des Ersten Weltkriegs oder aus Vietnam, Opfern von Missbrauch und Misshandlung. ‚Gute Opfer‘ sind demnach diejenigen, die nichts fordern, sich mit blassen Schuldbekennnissen zufriedengeben und keine weiteren Handlungen einfordern, die konkret zu einer Verbesserung der Situation beitragen.

Soll eine Beschäftigung mit der Problematik der Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren erfolgreich verlaufen, so sind eine vorbehaltlose Anerkennung des geschehenen Unrechts wie auch Maßnahmen vonnöten, die die Opfer in ihrer Tragik respektieren und ihnen angemessen begegnen. Eventuell kann man sich dabei Anleihen aus internationalen Kontexten bedienen. Geplante Stiftungsmodelle in diesem Bereich müssen daher unabhängig vom konkreten Einzelfall Angebote bereit stellen, die auf die Allgemeinheit der Opfer und ihr erlittenes Unrecht bezogen sind und regional wie überregional Angebote unterbreiten. In den kommenden Aufgaben der Versorgung alternder Menschen wird und muss dieses Thema eine angemessene Rolle spielen. Eine mehrdimensionale, gesellschaftlich eingebettete Betrachtung der Problematik der Heimkinder aus den 40er- bis 70er-Jahren würde so auch die Chance eröffnen, sich umfassender mit der Tatsache zu konfrontieren, wie viele alternde Menschen in Deutschland Erfahrungen ausgesetzt waren, die eine angemessene Antwort aus Politik, Gesundheits- und Sozialversorgung erfordern. Neben der dadurch eventuell erzielten Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen ist eine weitere Zielsetzung, intergenerationelle Tradierungen traumatischer Ereignisse und damit verbundene Schweige-, Delegations- und Tradierungserfahrungen verhindern zu helfen, um einer Wiederholung solcher Zustände für die Zukunft so weit vorzubauen, wie das eben möglich ist.

Literatur

- Aarts, P. G. H. & op den Velde, W. (2000). Eine früh erfolgte Traumatisierung und der Prozeß des Alterns. Theorie und klinische Implikationen. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 289-308) Paderborn: Junfermann.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. J. (1974). Infant-mother attachment and social development. "Socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signals. In M. P. Richards (Ed.), *The integration of a child into social world* (pp. 99-135). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D. S. & Wittig, B. A. (1969). Attachment and the exploratory behavior of one year olds in a strange situation. *Determinants of infant behavior*, 4, 113-136.
- Alexander, P. C. & Anderson, C. L. (1999). Incest, attachment, and developmental psychopathology. In D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention* (pp. 345-377). Rochester, NY: University of Rochester Press. (Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. 8.).
- Alexander, F. & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Rolande.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San-Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- American Psychiatric Association [APA] (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4th ed., text revision). Washington, DC: APA.
- Apitz, Yvonne (2007). *Heimerziehung und ihre verdrängte Geschichte in der Bundesrepublik. Integration von Kindern und Jugendlichen in Heime und ihre Reintegration in die Gesellschaft*. Diplomarbeit. Katholische Fachhochschule Nordrhein-Westfalen, Abteilung Paderborn, Fachbereich Sozialwesen
- Arbeitskreis der Therapeutischen Jugendwohngruppen Berlin (Hrsg.) (2009). *Abschlussbericht der Katamnesestudie therapeutischer Wohngruppen in Berlin. KATA-TWG*. Berlin: Verlag allgemeine jugendberatung.
- Arnim, A. v. & Joraschky, P. (2000). Körperbezogene Psychotherapieverfahren. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (2. erw. Aufl., S. 433-446). Stuttgart: Schattauer.
- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubbe, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 41–82). Dortmund: Verlag modernes Leben.
- Bachelor, A. & Horvath, A. (2001). Die therapeutische Beziehung. In M. A. Hubbe, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S. 137-192). Dortmund: Verlag modernes Leben.
- Balen, R. van (1992). Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 3, 162–183.
- Bar-On, D. (1996). *Die Last des Schweigens. Gespräche mit Kindern von Nazi-Tätern*. Reinbek: Rowohlt. (rororo-Sachbuch. 9941.) (Amer. Original erschienen 1989.).
- Behnken, I. & Mikota, J. (Hrsg.) (2008). *Gemeinsam an der Familiengeschichte arbeiten. Texte und Erfahrungen aus Erinnerungswerkstätten*. Weinheim: Juventa.

- Bering, R., Fischer, G. & Johansen, F. F. (2005). Neurobiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung im Vier-Ebenen-Modell. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 3 (2), 7-18.
- Biermann-Ratjen, E.-M. (2003). Das gesprächspsychotherapeutische Verständnis von Psycho-trauma. *Person*, 2, 128-134.
- Bilden, H. (2001) Die Grenzen von Geschlecht überschreiten. In B. Fritzsche, J. Hartmann, A. Schmidt & A. Tervooren (Hrsg.), *Dekonstruktive Pädagogik. Erziehungswissenschaftliche Debatten unter poststrukturalistischen Perspektiven* (S. 137-147). Opladen: Leske & Budrich.
- Birck, A. (2001). *Die Verarbeitung sexualisierter Gewalt in der Kindheit bei Frauen in der Psychotherapie*. Dissertation. Universität Köln, Fachbereich Psychologie.
- Bischkopf, J. & Greenberg, L. S. (2007). Emotionsfokussierte Therapie und die Theorie erfahrungsorientierter Psychotherapie. In J. Kriz & D. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie: Die therapeutische Vielfalt des personenzentrierten Ansatzes* (S. 109-122). Wien: Facultas.
- Blimlinger, E., Ertl, A. & Koch-Straube, U. (1994). *Lebensgeschichten. Biographische Arbeit mit alten Menschen*. Hannover: Vincentz.
- Bourdieu, P. (1992). *Schriften zu Politik & Kultur. Bd. 1: Die verborgenen Mechanismen der Macht*. Hamburg: VSA.
- Bowlby, J. (1973). *Mütterliche Zuwendung und geistige Gesundheit*. München: Kindler. (Kindlers Taschenbücher. 2106.) (Engl. Original erschienen 1951.).
- Bowlby, J. (2005). *Frühe Bindung und kindliche Entwicklung* (5. neugest. Aufl.). München: Reinhardt. (Engl. Original erschienen 1957.).
- Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust*. 3 Bde. München/Basel: Reinhardt 2006. (Engl. Original erschienen 1969-1980: Vol. 1 1969: Attachment. Vol. 2 1973: Separation – anxiety and anger. Vol. 3 1980: Loss, sadness and depression.)
- Briere, J. N. (1992). *Child abuse trauma. Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Briere, J. N. (1996). *Therapy for adults molested as children. Beyond survival* (2nd rev. exp. ed.). New York: Springer.
- Briere, J. N. (1997). Treating adults severely abused as children. The self-trauma model. In D. A. Wolfe, R. J. McMahon & R. D. Peters (Eds.), *Child abuse. New directions in prevention and treatment across the lifespan* (pp. 177-204). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Brisch, K. H. (1999). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Bindung und Trauma* (S. 105–135). Stuttgart: Klett Cotta.
- Buber, M. (1983). *Ich und Du*. Heidelberg: Lambert Schneider 1983. (Original erschienen 1923.)
- Burschel, Carlo (2008). *Säuglingsheime in Westdeutschland. Die vergessenen Kinderheime der Nachkriegszeit*. Online-Publikation. Verfügbar unter: <http://www.ehd-ev.de/saueglingsheim.pdf> [09.11.2009].
- Butollo, W., Krüsmann, M. & Hagl, M. (1998). *Leben nach dem Trauma. Über therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*. München: Pfeiffer.
- Butollo, W., Hagl, M. & Krüsmann, M. (1999). *Kreativität und Destruktion post-traumatischer Bewältigung. Forschungsergebnisse und Thesen zum Leben nach dem Trauma*. München: Pfeiffer.
- Carter, C. S. (2005). The chemistry of child neglect: Do oxytocin and vasopressin mediate the effects of early experience?. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(51), 18247-18248. Online available: <http://www.pnas.org/content/102/51/18247.full.pdf> [20.10.2009].
- Cicchetti, D. (1999). Entwicklungspsychopathologie: Historische Grundlagen, konzeptionelle und methodische Fragen, Implikationen für Prävention und Intervention. In R. Oerter, C. v.

- Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 11-44). Weinheim: Beltz – PsychologieVerlagsUnion.
- Coleman, P. G. (1986). *Aging and reminiscence processes: Social and clinical implications*. New York: Wiley.
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *John Bowlby's attachment theory. Historical, clinical, and social significance* (pp. 367–406). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Deutscher Bundestag (2008). *Empfehlung des Petitionsausschusses. Sitzung am 26. November 2008 zur Petition die Situation von Kindern und Jugendlichen in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland in verschiedenen öffentlichen Erziehungsheimen betreffend*. Berlin: Deutscher Bundestag. Online verfügbar: http://www.rundertischheimerziehung.de/download/Empfehlung_Petitionsausschuss.pdf [08.10.2009].
- E., M. (2006). *[Lebensbericht]*. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%2011.html> [08.10.2009].
- Egle, U. T. & Hoffmann, S. O. (2000). Pathogene und protektive Entwicklungsfaktoren in Kindheit und Jugend. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (2. erw. Aufl., S. 3-22). Stuttgart: Schattauer.
- Ehlers, A. (1999). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Elliott, R., Davis, K. L. & Slatick, E. (1998). Process-experiential therapy for posttraumatic stress difficulties. In L. S. Greenberg, J. C. Watson & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 249-271). New York: Guilford.
- Evangelischer Pressedienst Deutschland [epd] (2009). Entschädigung für DDR-Heimkinder möglich. *taz*, 05.06.2009. Online verfügbar: <http://www.taz.de/1/archiv/print-archiv/printressorts/digi-artikel/?ressort=in&dig=2009%2F06%2F05%2Fa0053&cHash=3178018ea0> [08.10.2009].
- Evangelischer Pressedienst Deutschland – Landesdienst Niedersachsen-Bremen [epd-Inb] (2009). *Evangelische Landeskirche bittet Heimkinder um Vergebung für Unrecht / Erklärung im Wortlaut*. Bremen: epd – Landesdienst Niedersachsen-Bremen. Online verfügbar: <http://www.evka.de//content.php?contentTypeID=4&id=11463> [08.10.2009].
- Fegert, J. M. & Schmid, M. (2008). Editorial. *Trauma und Gewalt*, 2(4) 2008, 257-259
- Fegert, J. M. & Schrapper, C. (2004). *Handbuch Jugendhilfe – Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation München*. Weinheim: Juventa.
- Fegert, J. M., Berger, C. & Klopfer, U. (2001). *Umgang mit sexuellem Missbrauch*. Weinheim: Juventa.
- Felitti, V. J. (2002). Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Er-wachsenenalter: die Verwandlung von Gold in Blei. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 48, 359-369.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finkelhor, D. & Kendall-Tackett, K. (1999). A Developmental Perspective on the Childhood Impact of Crime, Abuse, and Violent Victimization. In C. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention* (pp. 1-32). Rochester: University of Rochester Press. (Rochester Symposium on Developmental Psychopathology. 8.)
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Reinhardt.
- Flatten, G., Gast, U., Hofman, A., Wöller, W., Reddemann, L. & Siol, T. (2004). *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext. Leitlinien-Entwicklung der Fachvertreter für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* (2. aktual. und erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer. (Leitlinien Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.)
- Fleth, E. (2006). *[Lebensbericht]*. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%2010.html> [08.10.2009].

- Fliß, C. & Igney, C. (Hrsg.) (2008). *Handbuch Trauma und Dissoziation. interdisziplinäre Kooperation für komplex traumatisierte Menschen*. Lengerich: Pabst.
- Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (Hrsg.) (2000). *Effective treatments for PTSD*. New York: Guilford
- Focke, W. (2006). *[Lebensbericht]*. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%208.html> [08.10.2009].
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Amer. Original erschienen 2002.)
- Fooker, I. (2001). Aktualisierung von „Kindheit“ in biographischen Umbruchsituationen. In I. Behnken & J. Zinnecker, J. (Hrsg.), *Kinder – Kindheit – Lebensgeschichte* (S. 253-266). Seelze-Velbert : Kallmeyersche Verlagsanstalt.
- Gahleitner, S. B. (2003). *Sexuelle Gewalterfahrung und ihre Bewältigung bei Frauen und Männern. Eine explorative Untersuchung aus salutogenetischer Perspektive*. Dissertation. Freie Universität Berlin, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie.
- Gahleitner, S. B. (2005a). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S. B. (2005b). Psychosoziale Diagnostik und Intervention bei komplexer Traumatisierung. *Psychosozial*, 28(101), 43-58.
- Gahleitner, S. B. (2005c). *Sexuelle Gewalt und Geschlecht. Hilfen zur Traumabewältigung bei Frauen und Männern*. Gießen: Psychosozial.
- Gahleitner, S. B. (2006). ‚ICD plus‘ und ‚Therapie plus‘ – Diagnostik und Intervention in der Klinischen Sozialarbeit. *Klinische Sozialarbeit*, Sonderausgabe, 12-22. Verfügbar unter: http://eccsw.de/download/klinsa_special_2006.pdf [11.11.2009].
- Gahleitner, S. B. (2009). Trauma – (k)ein Thema im Alter: Überlegungen zur aktuellen Situation Hochbetagter und zu den Konsequenzen für helfende Professionen. *ezi Korrespondenz*, 24, Themenheft: Lebensberatung im Alter, 12-16.
- Gahleitner, S. B. (im Druck). ‚Therapeutisches Milieu‘ als Antwort auf Gewalt: Personenzentriertes Vorgehen bei komplexer Traumatisierung in Theorie und Praxis. *Trauma und Gewalt*, 4(1). (erscheint im Februar 2010)
- Gahleitner, S. B. & Pauls, H. (im Druck). Soziale Arbeit und Psychotherapie – zum Verhältnis sozialer und psychotherapeutischer Unterstützungen und Hilfen. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (3. überarb. Aufl.). Wiesbaden: VS. (erscheint voraussichtlich 2010.)
- Gahleitner, S. B., Schulze, H. & Pauls, H. (2009). ‚hard to reach‘ – ‚how to reach‘? Psychosoziale Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In P. Pantucek & D. Röh (Hrsg.), *Perspektiven Sozialer Diagnostik. Über den Stand der Entwicklung von Verfahren und Standards* (S. 321-344). Münster: LIT. (Soziale Arbeit – Social Issues. 5.)
- Garbe, E. (1991). *Martha. Psychotherapie eines Mädchens nach sexuellem Mißbrauch*. Münster: Votum.
- Garbe, E. (1998). Integrative Therapie mit Opfern sexuellen Mißbrauchs. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch. Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie* (S. 500-519). Tübingen: DGVT.
- Goffman, E. (1972). *Asyle – Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp. (Amer. Original erschienen 1961.)
- Goldbeck, L., Fegert, J. M., Schmid, M. & Besier, T. (2008). *Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Abschlussbericht. gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen*. Ulm: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie.
- Goldbeck, L., Fegert, J. M., Schmid, M. & Besier, T. (2008). *Evaluation eines aufsuchenden, multimodalen ambulanten Behandlungsprogramms für Heimkinder zur Vermeidung stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Abschlussbericht. gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen*. Ulm: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie.

- närer kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlungsaufenthalte. Abschlussbericht. gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen. Ulm: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie.
- Graeber, H. (2006). *Misshandelte Zukunft. Unfassbare Kindheitserlebnisse in Kinderheimen im Nachkriegsdeutschland* (2. veränd. Aufl.). München: pg.
- Granzow, S. (1994). *Das autobiographische Gedächtnis. Kognitionspsychologische und psychoanalytische Perspektiven*. Berlin: Quintessenz.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion Focused Therapy. Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: APA.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Grossmann, K. (2002). Praktische Anwendungen der Bindungstheorie. In M. Endres & S. Hauser (Hrsg.), *Bindungstheorie in der Psychotherapie* (S. 54-80). München: Reinhardt.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2004). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Großmaß, R. (2006). *Beratung als neue Profession – Anstöße und Entwicklungen im Umfeld des Psychotherapeutengesetzes (Deutschland 1999)*. Online-Publikation. Verfügbar unter: <http://www.ash-berlin.eu/hsl/freedocs/197/beratungsprofession.pdf> [09.11.2009].
- GwG Akademie (Hrsg.) (2007). *Personenzentrierte Psychotherapie und Beratung für traumatisierte Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG.
- Hamburger Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (2009). *Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen für Senioren*. Online-Publikation. Verfügbar unter: <http://www.hamburg.de/senioren/292084/senioren-selbsthilfegruppen.html> [19.11.2009].
- Hankin, C. S. (1997). Chronische posttraumatische Belastungsstörungen im Alter. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 357-384). Berlin: Springer.
- Hanses, A. (2004). Biographische Diagnostik als Veränderung professioneller „Interaktionsordnung“. In M. Dörr (Hrsg.), *Klinische Sozialarbeit – ein notwendige Kontroverse* (S. 86-102). Baltmannsweiler: Schneider.
- Heide, K. M. & Solomon, E. P. (1992). Intervention strategies for victims of sexual abuse: A model for building self-esteem. *International Review of Victimology*, 2, 147-155.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery. From domestic abuse to political terror*. London: Harper Collins.
- Herman, J. L. (1993). Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex post-traumatic syndrome (DESNOS). In J. R. T. Davidson & E. B. Foa (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 213-228). Washington, CD: American Psychiatric Press.
- Hill, C. A. & Alexander, P. C. (1993). Process research in the treatment of adult victims of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 415-427.
- Hochauf, R. (2003). Zur Rekonstruktion früher traumatischer Erfahrungen. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 7(1), 44-55.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6 (2), 35–44.
- Hollenbach, Martin (2005). *Camino – Religionen auf dem Weg. Hiebe statt Liebe – Die vergessenen Qualen kirchlicher Heimkinder*. Manuskript einer Radiosendung auf HR 2.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Jason Aronson. (Original erschienen 1976.).
- Horowitz, M. J. (1997). Persönlichkeitsstile und Belastungsfolgen. Integrative psychodynamisch-kognitive Psychotherapie. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 145-177). Berlin: Springer.

- Huber, M. (1995). *Multiple Persönlichkeit. Überlebende extremer Gewalt*. Frankfurt: Fischer. (Fischer-Taschenbücher. 12160. Die Frau in der Gesellschaft.)
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1*. Paderborn: Junfermann.
- Hurrelmann, K. (2009). *Erfordert die neue Generation von Kindern und Jugendlichen neue Ansätze der Therapie?* Vortrag auf dem Landespsychotherapeutentag in Berlin am 28.03.2009. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de> [19.04.2009].
- Jakob, G. & Wensierski, H.-J. von (1997). Rekonstruktive Sozialpädagogik. Sozialwissenschaftliche Hermeneutik, Fallverstehen und sozialpädagogisches Handeln – eine Einführung. In G. Jakob & H.-J. von Wensierski (Hrsg.), *Rekonstruktive Sozialforschung. Konzepte und Methoden sozialpädagogischen Verstehens in Forschung und Praxis* (S. 7-22). Weinheim: Juventa.
- Jacobs, S. (Hrsg.) (2009). *Neurowissenschaften und Traumatherapie Grundlagen und Behandlungskonzepte*. Göttingen: Universitätsverlag. (Universitätsdrucke Göttingen.)
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. Figley (Ed.), *Trauma and its wake. The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 15-35). New York: Brunner/Mazel.
- Kappeler, M. (1999). *Rückblicke auf ein sozialpädagogisches Jahrhundert. Essays zur Dialektik von Herrschaft und Emanzipation im sozialpädagogischen Handeln*. Frankfurt: IKO.
- Kappeler, M. (2009a). *Der Kampf ehemaliger Heimkinder um die Anerkennung des an ihnen begangenen Unrechts*. Online verfügbar: http://www.veh-ev.info/download/Kappeler-Kampf_ehemaliger_Heimkinder_%20um_Anerkennung.pdf [08.10.2009].
- Kappeler, M. (2009b). „Ich konnte nicht länger schweigen – aber wer wird mir glauben?“ – Über die Traumatisierungen ehemaliger Heimkinder. Heimerziehung in den fünfziger und sechziger Jahren. Kinder haben Rechte – Erinnerung und Ausblick. Vortrag beim Diakonietag der Karlshöhe/Ludwigsburg am 14.02.2009. Online verfügbar: http://www.karlshoehe.de/uploads/media/M_Kappeler-Traumatisierungen.pdf [08.10.2009].
- Kappeler, M. (2009c). Die Wege ins Heim. In R. Kröger & C. Schrapper (Hrsg.), *Fürsorgeerziehung der 1950er und 1960er Jahre. Stand und Perspektiven aktueller Forschung Dokumentation eines ExpertInnengesprächs am 3. Juni 2009 in Koblenz in Kooperation AFET-Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. und Universität Koblenz-Landau, Institut für Pädagogik* (S. 6-28). Koblenz: Universität Koblenz.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Kerkhoff, B. & Halbach, A. (2002). *Biografisches Arbeiten. Beispiel für die praktische Umsetzung*. Hannover: Vincentz.
- Keupp, H. (1997). *Ermutigung zum aufrechten Gang*. Tübingen: DGVT.
- Khan, M. (1963). The concept of cumulative trauma. *Psychoanalytic Study of the Child*, 18, 286-306.
- Klitzing, K. (2003). Entwicklung nach früher Traumatisierung. In L. Koch-Kneidl & J. Wiese (Hrsg.), *Entwicklung nach früher Traumatisierung* (S. 82-95). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kretschmer, Julia (2007). *Heimerziehung nach dem Zweiten Weltkrieg. Darstellung, Analyse und Erziehungswirklichkeit von den 50er Jahren bis heute*. Diplomarbeit. Fachhochschule Dortmund, Studiengang Soziale Arbeit.
- Krone, D. (2006). *[Lebensbericht]*. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%2011.html> [08.10.2009].
- Krone, D. (2007). *Albtraum Erziehungsheim. Die Geschichte einer Jugend*. Leipzig: Engelsdorfer.
- Krystal, H. (1981). Integration and self-healing in posttraumatic states. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), 165-189.
- Kuhlmann, C. (2008). „So erzieht man keinen Menschen!“. *Lebens- und Berufserinnerungen aus der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre*. Wiesbaden: VS.

- Künast, R. (2008). Entschädigung für ehemalige Heimkinder. *Zeitschrift für Rechtspolitik*, 41(2), 33-36.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lebowitz, L., Harvey, M. R. & Herman, J. L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 378-391.
- LeDoux, J. E. (1998). *Das Netz der Gefühle. Wie Emotionen entstehen*. München: Hanser. (Amer. Original erschienen 1996.).
- Lehning, K. (Hrsg.) (2006). *Aus der Geschichte lernen. Die Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren, die Heimkampagne und die Heimreform. Veranstaltung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen ... am 9. Juni 2006 in Idstein. Tagungsdokumentation*. Wiesbaden: Landeswohlfahrtsverband Hessen.
- Lützke, A. (2002). *Öffentliche Erziehung und Heimerziehung für Mädchen 1945 bis 1975: Bilder „sittlich verwahrloster“ Mädchen und junger Frauen*. Dissertation. Universität Duisburg-Essen. Verfügbar unter: In: <http://miless.uni-essen.de/servlets/Derivate-Servlet/Derivate-11226/luetzke.pdf>. [09.10.2009]
- Maercker, A. (1997). Besonderheiten bei der Behandlung der post-traumatischen Belastungsstörung. In A. Maercker (Hrsg.), *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (S. 51-74). Berlin: Springer.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experience are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (p. 161-182). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood. A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research* (pp. 66-106). Chicago: University Of Chicago Press. (Monographs of the Society for Research in Child Development. 50.).
- McCann, L. & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- Miethe, I. (in Vorb.). *Pädagogische Biografiearbeit – ein Lehr- und Handbuch*.
- Molnár, J. A. (2008). *Wir waren doch nur Kinder... Geschichte einer geraubten Kindheit*. Frankfurt: August von Goethe Literaturverlag.
- Müller-Hohagen, J. (1994). *Geschichte in uns. Psychogramme aus dem Alltag*. München: Knebeck.
- Olbricht, I. (1997). *Folgen sexueller Traumatisierung für die weitere Lebensgestaltung*. Vortrag während der 47. Lindauer Psychotherapiewochen: Lindau.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; pp. 270–376). New York: Wiley.
- Osborn, C., Schweitzer, P. & Trilling, A. (1997). *Erinnern: eine Anleitung zur Biographiearbeit mit alten Menschen*. Freiburg: Lambertus.
- Page, R. (2006). *Der Albtraum meiner Kindheit und Jugend – Zwangseinweisung in deutsche Erziehungsheime*. Leipzig: Engelsdorfer.
- Paivio, S. C. & Laurent, C. (2001). Empathy and emotion regulation: Re-processing memories of childhood abuse. *Psychotherapy in Practice*, 57, 213-226.
- Pauls, H. (2004). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Reinhardt.
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2005). „Klinische Kompetenzen“ – Was Hilfebedürftige erwarten und Ausbildung leisten muss. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, 1, 23-28.
- Petzold, H. G. (1993). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bd. 2: Klinische Theorie*. Paderborn: Junfermann.

- R., H. (2006). *[Lebensbericht]*. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%209.html> [08.10.2009].
- Radebold, H. (2007). Zeitgeschichtliche Erfahrungen und ihre Folgen – notwendige weitere Perspektive bei der Psychotherapie Älterer! *Psychotherapie im Alter*, 2(4), 75-87.
- Radebold, H. (2009). Selbsthilfe für Betroffene. In Hartmut Radebold, *Die dunklen Schatten unserer Vergangenheit. Hilfen für Kriegskinder im Alter* (3., aktualisierte und erw. Aufl.; S. 221-230). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. & Sachsse, U. (2000). Traumazentrierte imaginative Therapie. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen* (S. 375-389). Stuttgart: Schattauer.
- Reddemann, L. (2009). Gleichwertigkeit und Würde: Voraussetzung jeder Behandlung in der Suchtkrankenhilfe. In S. B. Gahleitner & C. L. Gunderson (Hrsg.), *Gender – Trauma – Sucht. Neues aus Forschung, Diagnostik und Praxis* (S. 61-82). Kröning: Asanger.
- Riedesser, P., Fischer, G. & Schulte-Markwort, M. (1999). Zur Entwicklungspsychologie und -pathologie des Traumas. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 79-90). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rogers, C. R. (1967). The Interpersonal Relationship in the Facilitation of Learning. In R. R. Leeper (Ed.), *Humanizing education* (pp. 1–18). Washington: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Röper, G. & Noam, G. (1999). Entwicklungsdiagnostik in klinisch-psychologischer Therapie und Forschung. In R. Oerter, C. v. Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie* (S. 218-239). Weinheim: Beltz-Psychologie Verlags Union.
- Rosenthal, G. (Hrsg.). (1997). *Der Holocaust im Leben von drei Generationen. Familien von Überlebenden der Shoah und von Nazi-Tätern*. Gießen: Psychosozial.
- Roth, G. (1997). *Zwischen Täterschutz, Ohnmacht und Parteilichkeit. Zum institutionellen Umgang mit „Sexuellem Mißbrauch“*. Bielefeld: Kleine.
- Roth, S. & Batson, R. (1997). *Naming the shadows. A new approach to individual and group psychotherapy for adult survivors of childhood incest*. New York: Free Press.
- Roth, S. & Newman, E. (1993). The process of coping with incest for adult survivors: Measurement and implications for treatment and research. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 363-377.
- Runder Tisch Heimkinder (2009). Das Heim im Kopf. *Die Zeit*, 15.06.2009. Online verfügbar: <http://www.zeit.de/online/2009/25/heimkinder-laxy?page=all> [14.10.2009].
- Rutter, M. (2006). Die psychischen Auswirkungen früher Heimerziehung. In K. H. Brisch & T. Hellbrügge (Hrsg.), *Kinder ohne Bindung. Deprivation, Adoption und Psychotherapie* (S. 91-137). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachsse, U. (1999). *Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sachsse, U. (2006). Beziehung als Trauma: der nicht sexuelle Missbrauch. *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie*, 10(2), 99-104.
- Sadigh, P. (2009). Schwarze Pädagogik in der Bundesrepublik. Ein Interview. *Die Zeit*, 17.02.2009. Online verfügbar: <http://www.zeit.de/online/2009/08/heimkinder-runder-tisch?page=all> [08.10.2009].
- Schiltsky, M.-P. (2006). *[Lebensbericht]*. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%2016.html> [08.10.2009].
- Schiltsky, M.-P. (2009). *Datenbank-Heimkinder. Zusammengestellt aus Gesprächsprotokollen, schriftlichen Lebensberichten und Antworten Betroffener auf den Fragebogen auf www.heimseite.eu*. Vahlbruch: Michael-Peter Schiltsky.

- Schmidt, R. (2006). *Heimgeschichte*. Online verfügbar: <http://heimseite.eu/Lebensberichte%2015.html> [08.10.2009].
- Schmid, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Heimkindern. Erste Studie zur Prävalenz psychischer Störungen in der stationären Jugendhilfe*. Weinheim: Juventa. [SBG1]
- Schmid, P. F. (2007). Begegnung von Person zu Person. Die anthropologischen Grundlagen Personzentrierter Therapie. In J. Kriz & T. Slunecko (Hrsg.), *Gesprächspsychotherapie. Die therapeutische Vielfalt des personzentrierten Ansatzes* (S. 34-48). Wien: facultas.
- Schone, R., Gintzel, U., Jordan, E., Kalscheuer, M. & Münder, J. (1997). *Kinder in Not. Vernachlässigung im frühen Kindesalter und Perspektiven sozialer Arbeit*. Münster: Votum.
- Schubert, J. (1999). *mundtot – Nachkriegsbiografie eines nicht gewollten Besatzer-Kindes*. Frankfurt: VAS.
- Schünemann, A. (2008). *Heim-Weh*. Halle: Projekte-Verlag.
- Sgroi, S. M. (1989). Stages of recovery for adult survivors of child sexual abuse. In S. M. Sgroi (Ed.), *Vulnerable populations. Sexual abuse treatment for children, adult survivors, offenders, and persons with mental retardation. Vol. 2* (pp. 111-130). Massachusetts: Lexington Books.
- Siegel, D. J. (1999). *Wie wir werden die wir sind. Neurobiologische Grundlagen subjektiven Erlebens/die Entwicklung des Menschen in Beziehungen*. Paderborn: Junfermann. (Amer. Original erschienen 1991.).
- Staub-Bernasconi, S. (1995). *Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international*. Bern: Haupt.
- Stern, D. (1992). *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Amer. Original erschienen 1985.).
- Strauß, B. (2006). Bindungsforschung und therapeutische Beziehung. *Psychotherapeut*, 51(1), 5-14.
- Streeck-Fischer, A. (1999). Mißhandelt – Mißbraucht: Probleme der Diagnostik und Psychotherapie traumatisierter Jugendlicher. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 174-196). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Streeck-Fischer, A. (2006). *Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz*. Stuttgart: Schattauer.
- Struck, N. (2008). Heimerziehung heute – mögliche Dialoge mit ehemaligen Heimkindern. *Forum Erziehungshilfen*, 14 (2), 87-91.
- Stücker-Brüning, J. (2009). Die persönliche Aufarbeitung optimal unterstützen. *Neue Caritas*, 110(15), 23-25.
- Sucker, R. (2008). *Der Schrei zum Himmel. Kinderzwangsarbeit in Christlichen und Staatlichen Kinderheimen. Autobiographie*. Leipzig: Engelsdorfer.
- Terr, L. C. (1995). Childhood traumas. An outline and overview. In G. S. Everly & J. M. Lating (Eds.), *Psychotraumatology. Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 301-319). New York: Plenum.
- Thiersch, H. (1992). *Lebensweltorientierte soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim: Juventa.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst: Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann.
- van der Kolk, B. A. (1999). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 32-56). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- van der Kolk, B. A. (2000). Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 169-194). Paderborn: Junfermann.

- van der Kolk, B. A., Burbridge, J. A. & Suzuki, J. (1999). Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung. In A. Streeck-Fischer (Hrsg.), *Adoleszenz und Trauma* (S. 57-78). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- van der Kolk, B. A. & McFarlane, A. C. (2000). Trauma – ein schwarzes Loch. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Streß sowie Traumatherapie* (S. 27-46). Paderborn: Junfermann.
- van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A. & Herman, L. H. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation. The complexity of adaption to trauma. *American Journal of Psychiatry, Festschrift Supplement*, 153(7), 83-93.
- Weltgesundheitsorganisation [WHO] (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien* (4. überarb. Aufl.). Bern: Huber.
- Wensierski, P. (2006). Das Leid der frühen Jahre. *Die Zeit*, 2006/07. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2006/07/Heimkinder?page=1> [14.10.2009].
- Wensierski, P. (2007). *Schläge im Namen des Herrn. Die verdrängte Geschichte der Heimkinder in der Bundesrepublik*. München: Deutsche Verlagsanstalt.
- Wintersperger, S. (2006). Wann ist das Trauma zu Ende? Wege und Ziele in der Traumatherapie. *Imagination*, 28(2), 39-48.
- Wirtz, U. (1989). *Seelenmord. Inzest und Therapie*. Zürich: Kreuz.
- Wöller, W., Gast, U., Reddemann, L., Siol, T. & Liebermann, P. (2004). Akute und komplexe Traumafolgestörungen. In G. Flatten, U. Gast, A. Hofmann, W. Wöller, L. Reddemann & T. Siol (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörung. Leitlinie und Quellentext* (2. aktual. und erw. Aufl.; S. 29-50). Stuttgart: Schattauer. (Leitlinien psychosomatische Medizin und Psychotherapie.)
- Yehuda, R. (2001). Die Neuroendokrinologie bei Posttraumatischer Belastungsstörung im Licht neuer neuroanatomischer Befunde. In A. Streeck-Fischer, U. Sachsse & I. Özkan (Hrsg.), *Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik und Praxis* (S. 43-71). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Anmerkung der Autorin

Diese Expertise entstand im Auftrag des Runden Tisches Heimerziehung auf der Basis einer Reihe von wissenschaftlichen Publikationen der Autorin aus dem letzten Jahrzehnt, insbesondere auf der Basis der beiden Quellen: Sexuelle Gewalt und Geschlecht (2005a) und Neue Bindungen wagen (2005b).

www.rundertisch-heimerziehung.de