

22.02.07  
Dokumentation  
Fachtagung  
in Hagen

# Kinder in Gewaltbeziehungen

Gewalt und Trauma:  
Entstehung / Folgen / Hilfestellungen

## **Runder Tisch gegen Häusliche Gewalt Mitglieder**

### **Frauenberatungsstelle**

Linda Müller-Kuna, Cornelia Bücken  
Bahnhofstr. 41  
58095 Hagen  
Tel. 02331/15888

### **Frauenhaus**

Sabine Wendt, Andrea Schlünder  
Tel. 02334/4845

### **Staatsanwaltschaft**

Martina Herzig  
Lenzmannstr. 16 – 22  
58095 Hagen  
Tel. 02331/393-363  
Staatsanwaltschaft/Gerichtshilfe  
Heike Rudolph  
Tel. 02331/393-328

### **Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche**

Martin Steinkamp  
Johann-Friedrich-Oberlin- Str. 11, 58099 Hagen und  
Märkischer Ring 101, 58095 Hagen  
Tel. 02331/207- 4211 oder 02331/ 207- 3991

### **ZeitRaum**

Erziehungs- Familien- und Lebensberatungsstelle  
Josef Schlängler  
Buscheyst. 33, 58089 Hagen  
Tel. 02331/ 90582

### **Polizei**

Peter Grunwald, Tel. 02331/986-2270  
Polizei Hagen, Opferschutz  
Christiane Buß, Tel. 02331/986-1520  
Bernd Markus, Tel. 02331/986-1521  
Hoheleye 3  
58093 Hagen

### **Jugendamt/Allgemeiner Sozialer Dienst**

Christian Göbels  
Rathaus II, Berliner Platz 22, 58089 Hagen  
Tel. 02331/207-4286

### **Gesundheitsamt**

Richard Matzke  
Rathaus II, Berliner Platz 22, 58089 Hagen  
Tel. 02331/207-3689

### **Gleichstellungsstelle**

Anna Vierhaus  
Rathaus I, Rathausstr. 11, 58095 Hagen  
Tel. 02331/207-2685

## **Inhalt**

Vorwort

„Trauma, Gewalt, Gehirn und Persönlichkeitsentwicklung“  
Dr. Lutz Ulrich Besser

Die traumatische Zange  
Dr. Lutz Ulrich Besser

Presseauschnitte

Literaturliste/Filme  
Dr. Lutz Ulrich Besser

Weitere Literatur zum Thema  
Prof. Dr. Barbara Kavemann

Links zum Thema



## **Vorwort**

Am 22. Februar 2007 veranstaltete der „Runde Tisch gegen Häusliche Gewalt“ seine dritte Fachtagung. Über 100 Fachleute aus Hagen folgten der Einladung zum Thema „Kinder in Gewaltbeziehungen“, was den großen Bedarf an Informationen und an Professionalisierung zum Thema verdeutlicht.

### Warum ist dieses Thema jetzt aktuell?

Die Gewalt in den Familien wird zunehmend durch die Medien aufgegriffen. Die Einführung des Gewaltschutzgesetzes in 2000 und die regelmäßigen Meldungen über Wegweisungen gewalttätiger Ehemänner und Partner aus der häuslichen Wohnung bringen das lang tabuisierte Thema an die Öffentlichkeit. Hinzu kommt, dass sich die Meldungen über vernachlässigte und zu Tode misshandelte Kinder häufen. Endlich wird wahrgenommen, was in vielen Familien in Deutschland Alltag ist.

### Bei häuslicher Gewalt besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass auch Kinder misshandelt werden

„Häuslicher Gewalt „ ist physische, psychische, sexuelle, soziale und emotionale Gewalt zwischen erwachsenen Menschen, die in nahen Beziehungen zueinander stehen, zumeist in einer ehelichen oder nicht-ehelichen Lebensgemeinschaft. „Die Gewalt wird fast immer von Männern gegen Frauen ausgeübt. Bei Müttern sind in bis zu 90% der Fälle die Kinder während der Gewalttat anwesend oder im Nebenraum und erleben bzw. hören diese selbst mit. Darüber hinaus ist die Misshandlung der Mutter der häufigste Kontext von Kindesmisshandlung“ (Kavemann 2001).

In den vielen Fällen, in denen Kinder über lange Zeit der Gewalt des Vaters gegen die Mutter ausgesetzt sind, ist auch bei den Kindern mit einer traumatischen Schädigung zu rechnen. Gewalt gegen die Mutter ist auch immer eine Form der Gewalt gegen das Kind. Diese Tatsache wurde lange Zeit – auch in Fachkreisen - nicht wahrgenommen.

### Die gravierende Wirkung eines Traumas wird oft nicht erkannt

Der international anerkannte Traumaexperte Dr. Lutz-Ulrich Besser beschäftigt sich seit Jahren mit der Entstehung und Wirkung von Traumata, speziell bei Kindern. Er beschreibt in seinem Vortrag anschaulich, auf welche Weise, und wie tiefgehend und langwierig Kinder leiden, die hilflos der Gewalt zu Hause ausgesetzt sind. Er beschreibt, wie sich Kinder in ihrem Wesen verändern –

### **Gewalt macht kalt und krank.**

Er macht uns aber auch darauf aufmerksam, dass es Hilfe geben kann, dass Kinder sich erholen und zu gesunden und lebensfrohen Menschen werden können, wenn das Trauma erkannt und bearbeitet wird.

Der Vortrag, den Lutz - Ulrich Besser während der Fachtagung gehalten hat, wurde nicht schriftlich verfasst, deshalb können wir ihn nicht dokumentieren. Gleichwohl hat er uns einen Aufsatz zur Verfügung gestellt, der die Entstehung und den Ablauf eines Traumas darstellt. Aus seinem Vortrag hat er das Schaubild der „Traumatischen Zange“ zur Verfügung gestellt.

Der „Runde Tisch gegen Häusliche Gewalt“ setzt sich seit 5 Jahren gegen Gewalt und Misshandlungen im häuslichen Bereich ein. Er hat die Vernetzung der einzelnen Stellen in Hagen organisiert und die Zusammenarbeit verbessert, und er hat Veranstaltungen und Aktionen für die Öffentlichkeit in Hagen durchgeführt.

Mit dieser Fachtagung will der Runde Tisch auf das Leiden der Kinder aufmerksam machen und die Hagener Fachleute für einen besseren Schutz der Kinder aus Gewaltfamilien aktivieren.

Eine weitere Veranstaltung zu konkreten Hilfestellungen in den Einrichtungen ist geplant.

A. Cierka

# **Trauma, Gewalt, Gehirn und Persönlichkeitsentwicklung**

**Historische, neurophysiologische persönliche, familiäre und gesellschaftliche  
Aspekte**

**Dr. Lutz- Ulrich Besser**

## Trauma, Gewalt, Gehirn und Persönlichkeitsentwicklung

Historische, neurophysiologische, persönliche, familiäre und gesellschaftliche Aspekte.

### Theorie und Praxis aktueller traumatherapeutischer Konzepte

>Das KReST – Modell<

Körper-, Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie

### Anfänge der Psychotraumatologie

Die Psychotraumatologie ist in der BRD immer noch eine junge Wissenschaft, obwohl sich ihre Wurzeln bis weit ins 19. Jhd. zurück verfolgen lassen und interessante z.T. kontroverse Erkenntnisse und Diskussionen über die psychischen Folgen von traumatischen Lebensereignissen bestanden. So bestand die Kontroverse zwischen den Polaritäten ob es sich dabei um organische oder psychische Folgeerkrankungen handelt, oder ob es sich wenn schon psychisch nicht einfach um Simulation oder gar Betrügerei zwecks Opferentschädigung handele.

Einige kluge Ärzte und Forscher, die sich Gedanken darüber gemacht haben, wie sich z.B. die psychischen Symptome von Unfallverletzten und den so genannten „hysterischen Frauen“ erklären lassen, hatten beispielsweise schon 1896 in der Salpêtière beim seinerzeit berühmten Arzt Charcot in Paris erkannt, - es waren vor allem Pierre Jane und Sigmund Freud - dass jene Symptome, die damals der Hysterie zugeschrieben wurden, Ausdruck und Folge von sexueller Misshandlung in der Kindheit sind. Obwohl Freud ein Vorreiter auf diesem Gebiet war, der die Bedeutung dieser Art von Traumatisierung erkannt hatte, scheiterte er an den gesellschaftlichen Strukturen, widerrief seine Erkenntnisse und ordnete die schwerwiegenden Symptome und biografischen Angaben der Betroffenen schließlich ihren unbewussten ödipalen Fantasien und Inzestwünschen zu.

Außerdem wurde davon ausgegangen, dass die gesunde erwachsene menschliche Psyche nach einiger Zeit fast alles, d.h. jegliche traumatische Lebenserfahrung „wegsteckt“ bzw. verdaut, nach dem Motto „Die Zeit heilt alle Wunden“.

Wenn dies nicht gelang, wurden eine prämorbid Persönlichkeit, die Gene, die Mutter-Kind-Beziehung oder die Familie dafür zuständig gemacht, aber nicht das Trauma. Das war nach dem Vietnamkrieg nicht mehr möglich.

Die Bundesrepublik Deutschland brauchte fast noch 60 Jahre nach den beiden Weltkriegen, um sich dem Thema Trauma endlich wissenschaftlich und dauerhaft annehmen zu können und eine intensive Erforschung der Bedeutung von Traumata zu beginnen und um all die zuvor bereits bestehenden nützlichen Erkenntnisse nicht mehr dem Vergessen anheim zu stellen.

Dies zeigt u.a., wie schwer es ist, solche kollektiven traumatischen Erlebnisse bewusst wahrzunehmen und aufzuarbeiten.

Ein entscheidendes Jahr war dabei das Jahr 1998, als sich am 3. Juni die Eschede-Katastrophe vor den Toren von Hannover bei Celle ereignete. Der Zug Gustav Röntgen entgleiste und 101 Menschen verloren ihr Leben, hunderte von Angehörigen wurden plötzlich Menschen weggerissen und hunderte von Helfern haben mitnichten ihren professionellen Einsatz einfach so weggesteckt, sondern das Unglück hat bei allen Betroffenen Spuren hinterlassen – posttraumatische Belastungsstörungen unterschiedlicher Ausprägung. Gleichzeitig war es das erste Mal, dass eine große Organisation wie die Bundesbahn Verantwortung nicht nur für die Schadensregulierung übernahm, sondern auch für die psychologische Nachsorge und Betreuung der verschiedenen Betroffenen einen offiziellen Rahmen schuf.



Traumata – insbesondere solche die durch menschliche Gewaltausübung hervorgerufen werden unterliegen häufig einem Zwang des Vergessens, der Sprachlosigkeit und auch der Wiederholung. Diese Behauptung finden wir bei der Betrachtung der Geschichte, der individuellen Persönlichkeit des Einzelnen, der Familie, der Gesellschaft, und funktionellen Aspekten unserer Gehirne bestätigt. Dabei stellt sich die Frage, ob es heilsames Erinnern gibt und dies der Ausweg aus Sprachlosigkeit, Leid und Wiederholung ist.

Wenn wir aus unserer Geschichte nichts gelernt haben müssen wir sie wiederholen, heißt es.

### *Gewalt im gesellschaftlichen Kontext*

Obwohl seitdem ein Jahrhundert vergangen ist, betonen viele Fachleute noch immer den ödipalen Konflikt, die inzestuöse Phantasietätigkeit, die unbewussten Wunschphantasien von Kindern, und schauen der Realität der weit verbreiteten gesellschaftlichen und familiären Gewalt nur mit sehr schwerem Herzen ins Auge. Eine neue Gewaltstudie aus dem Jahr 2003/2004 aus Bielefeld, bei der 10.000 deutsche Frauen in einer epidemiologischen Stichprobe befragt wurden, zeigt, dass die Zahlen, je nachdem welche Arten von Gewalterfahrung erhoben wurden, zwischen 35 und 50 % der Frauen in der durchschnittlichen Bevölkerung liegen.. Dieses erschreckend große Ausmaß an Gewalt erleben zu einem großen Prozentsatz auch die Kinder mit.

## **Definitionen**

**Traumata**, d. h. traumatische Erlebnisse, sind Situationen, in denen Menschen von Ereignissen überrascht werden, die durch ihr plötzliches Auftreten u. ihre Heftigkeit / Intensität an Bedrohung die Betroffenen in einen ungeschützten Angst-Schreck-Schock- und damit in einen überflutenden „Stresszustand“ versetzen.

Eine Situation ist demnach traumatisch, wenn sich ein Mensch plötzlich aber auch lang anhaltend oder permanent ansteigend einer bedrohlich-ängstigenden Situation ausgeliefert fühlt, auf die er sich nicht (mehr) einstellen oder ihr anpassen und ihr auch nicht entkommen kann, sondern von ihr überrollt wird und dadurch in eine Art Schock- bzw. Verwirrungszustand gerät. Das kann auch geschehen, wenn jemand „nur“ Augenzeuge erschreckender/erschütternder Ereignisse wird. Dazu gehören Unfälle, Natur- und Verkehrskatastrophen, Kriege, Vertreibung, Flucht, plötzliche Verluste nahe stehender Menschen, Gewalterlebnisse aller Art, körperliche und sexuelle Gewalt und Misshandlungen („Missbrauch“), und andere bedrohliche Schockerlebnisse

Nicht gemeint mit dem Traumabegriff sind Erlebnisse / Erfahrungen mit intensiven Gefühlen negativer (oder positiver) Qualität wie Ärger, Trauer, „Schmerz“, Wut, Neid, Eifersucht bei Enttäuschungen, Zurückweisungen, Verlusten, Mangel- oder durch Übermaßsituationen usw. also Frustrationen oder herausfordernde Lebenssituationen verschiedenster Art im Verlauf der Biographie, die zu 'gesunden' oder auch sog. neurotischen inneren und äußeren Reaktionen darauf (neurotische Konfliktlösungen u. Symptombildungen) führen.

Auch nicht gemeint sind erlernte oder aktuelle (dysfunktionale) Beziehungsmuster bzw. belastende Interaktionen oder körperliche Erkrankungen als Ursache für Symptome und Störungen im Erleben und Verhalten von Menschen.

Traumata im engeren Sinne (sog. '**big-T-Traumata**' nach Francine Shapiro) sind Erlebnisse (s. o.) existentieller äußerer oder innerer Bedrohung durch Gewalteinwirkung (auch Gewaltandrohung) auf den Körper wie physische und sexuelle Misshandlungen, (sog. „sex. Missbrauch“) und andere kriminelle Angriffe auf den Körper, das Leben und die emotionale oder soziale Existenz, Terror- und Foltererlebnisse in kriegerischen, politischen und kriminellen Zusammenhängen, Natur- und Verkehrskatastrophen, Unfälle, schwere Erkrankungen, plötzliche Verluste vertrauter Menschen.

Als Traumata im weiteren Sinn (sog. '**small-t-Traumata**') bezeichnet Francine Shapiro auch die scheinbar weniger katastrophischen Ereignisse, die mit Schreck und Angst in Verbindung mit einem hohen Maß an bestürzender Beschämung, Peinlichkeit, tiefer Verunsicherung, vermeintlicher oder real hervorgerufener Schuld einhergehen und mit der gleichen Unausweichlichkeit wie die 'großen' Traumata den Betroffenen widerfahren (Beispiele während des Seminars).

Innerlich „katastrophische“ von Menschen verursachte **T-Traumata** sind vor allem physische Misshandlungen und insbesondere sexuelle Gewalterfahrungen (v. a. gewaltsames genitales, anales, orales Eindringen in den Körper mit Penis, Finger, Gegenständen = Vergewaltigung), seelische Grausamkeit und schwere Vernachlässigungen durch nahe, vertraute Menschen, noch dazu, wenn die Traumatisierungen sehr früh in der Kindheit beginnen, über lange Zeiträume wiederholt auftreten, nie an- und ausgesprochen werden konnten / durften (Geheimnisse) und niemals Schutz und Trost erfahren wurde.

Zur **Definition 'Trauma'** gehört noch mal kurz zusammengefasst demnach das Erleben plötzlicher und heftiger oder anhaltender äußerer und/oder innerer Bedrohung, das mit dem Gefühl von Todesangst, Hilflosigkeit (Ohnmacht), Schutzlosigkeit und oft auch körperlichem Schmerz und Verletzung einher geht.

Diese **'traumatische Zange'** (nach Michaela Huber) besteht für das Traumaopfer also in der Trias aus überflutender Angst (Schock, Kollaps, Kurzschluss mit 'Es-ist-aus-Gefühl' = Todesnäheerleben), Hilflosigkeit (nicht entfliehen können) und Ohnmacht (nicht dagegen ankämpfen können). Es sind also die bei allen Lebewesen onto- und phylogenetisch verankerten Reaktionsmöglichkeiten auf Angst und Schmerz, nämlich - Flucht oder Kampf - blockiert !

Diese von außen hervorgerufene Situation des **Ausgeliefertseins** – im englischen Sprachraum als „No Flight - No Fight - Freeze“ Situation bezeichnet - führt dazu, dass intrapsychisch auch keine kognitiven, mit anderen Lebenssituationen vergleichbaren (gelernten) Einschätzungen und Einordnungsmöglichkeiten und Handlungskonzepte abgerufen und genutzt werden können.

Ebenso werden subkortikal zwar kurzfristig emotional-affektive (Angst, Auflehnung, Aggression, Wut, Verzweiflung) Reaktionen und archaische psychomotorische Schutz- und Anpassungsmöglichkeiten aktiviert („Trauma-Reaktionsphase“), diese können jedoch nicht in gezielte Reaktionen und kortikal gesteuerte bewusste Handlungen umgesetzt werden.

Es kommt nicht nur zum Erstarren bzw. „Einfrieren“ (Freeze) dieser Erfahrung als Ganzes, sondern zum **Fragmentieren** der sensorischen, kognitiven, emotionalen und körperlichen Erlebensaspekten des traumatischen Ereignisses im Gedächtnis.

Physiologisch betrachtet steigt der **Sympathicus gesteuerte Stresspegel** (das traumainduzierte physiologische Schreck- bzw. Angstniveau) mit dem dazugehörigen Anstieg der Stresshormone (Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol als 'Gegenspieler', ACTH und CRF im Regelkreis und schließlich die körpereigenen Opiate, die  $\beta$ -Endorphine und Enkephaline) so hoch - ohne dass es, bedingt durch die äußere traumatische Konstellation, zum Umsetzen dieser physiologischen Flucht- oder Kampfbereitschaft kommen kann - dass es beim Betreffenden neben der „Lähmung“ des Denkens, Fühlens und Handelns zum 'Zerreißen' der Wahrnehmung des Traumaerlebens und -kontextes kommt. Dieser Vorgang wird durch das „Anspringen“ des körpereigenen Opiatsystems (Endorphine, Enkephaline) eingeleitet, was zu einer „betäubenden“ Schmerz- und Angstreduktion bzw. –abschaltung führt. Es handelt sich dabei um einen sehr „sinnvollen“ Schutzmechanismus der Natur, den wir Dissoziation nennen.

Anders ausgedrückt kommt es zu **autoprotektiven Wahrnehmungsveränderungen**, die den traumatisierten Menschen im Augenblick des traumatischen Ereignisses weniger spüren und leiden lassen, bis hin zum Erleben von Leichtigkeit, Schmerz- und Furchtlosigkeit, ja geradezu „glückseliger“ Erlebnisqualitäten in unmittelbarer Todesnähe (Endorphinwirkung).

In letzter Konsequenz innerhalb dieser äußeren Bedrohungs- und inneren „Notfall-Reaktionskette“ kommt es im Verhalten und physiologisch zu einem Umschalten auf den weiteren Überlebensmechanismus der **Unterwerfung / „Submission“**, der durch Aktivierung des **Parasympathicus** zu einem „slow-down“ der physiologischen Übererregung führt.

Es werden Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz und –tiefe, Muskelanspannung usw. runtergeregelt – es tritt der eigentliche Totstellreflex ein

In einer akuten Situation sprechen wir von peritraumatischer Dissoziation (dissoziativen Phänomenen). Das kann graduell von Entfremdungserleben der Umgebung (Derealisation), der eigenen Person (Depersonalisation) oder der quasi 'erlösenden' Ohnmacht/ Bewusstlosigkeit bis hin zum Fragmentieren des traumatischen Erlebnisses, also aller Sinneseindrücke gehen.

Dazu gehören optisch / visuelle, akustisch / auditive, geruchlich / olfaktorische, (evtl. auch geschmackliche), viszerale (Binnenbefindlichkeit im Körper) und alle anderen taktilen Reize, die als afferente Signale (Informationen) zum sensorischen Kortex geleitet werden. Dazu gehören also auch Schmerz-, Druck-, Berührungs-, Temperatur-, Lageempfindungen und psychomotorische Entäußerungsimpulse der willkürlichen (in der Traumasituation meist blockierten) Muskulatur und den unwillkürlich reagierenden Muskelgruppen der inneren Organe sowie kognitive und emotional-affektive Aspekte.

Im Extremfall von „Zersplitterung“ der (Selbst-)Wahrnehmung kommt es zu „Ich-Fragmentierung“.

Der mit der traumatischen Erschütterung des Selbst einhergehende *‘Verlust des Guten Objektes’* ist - analytisch / objektbeziehungstheoretisch gesprochen - ein weiterer Aspekt, der den oft persistierenden Symptomen unterlegt ist. Traumatisierte Menschen verlieren den Glauben an und das Wissen um das Gute in der Welt (in den Menschen), das Urvertrauen, ihre Grundsicherheit. **‘Danach ist nichts mehr, wie es war’**, ist eine häufige Äußerung von Trauma-Überlebenden.

Neben der neueren (meist treffendsten) Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung. (PTBS / PTSD) gehören Diagnosen wie Angst- und Panikstörung, die Borderline-Störung, Depressionen, somatoforme Störungen/ Somatisierungsstörungen oder die verschiedenen Dissoziativen Störungen (früher als ‘hysterisch’ bezeichnet), incl. der Dissoziativen Identitätsstörung / Multiple Persönlichkeitsstörung (DIS / MPS) und der Psychogenen Psychose u. a. zu den deskriptiven Kategorien, die diese traumainduzierten Phänomene zu beschreiben versuchen.

### **Neurobiologische, -physiologische u. neuropsychologische Aspekte**

Um Folgen und oft therapieresistent erscheinende Symptome im Rahmen posttraumatischer Störungen (PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung - ICD-10: F43.1) zu verstehen, die einige Wochen bis Monate aber auch erst Jahre nach einem Trauma auftreten und Monate, Jahre und Jahrzehnte bestehen bleiben (können), müssen wir uns kurz mit neueren Ergebnissen der Hirn- und Traumaforschung und daraus ableitbaren Hypothesen der Neurophysiologie (Hirnfunktionen: Denken - Fühlen - Handeln - Steuern - Verarbeiten - Lernen / Speichern - Erinnern - usw.) beschäftigen.

#### **Grundlagen der Hirnentwicklung – Neuroplastizität (kurze Einführung)**

Das Gehirn von uns Menschen entwickelt und strukturiert sich (selbst) so , wie es genutzt wird und bisher - also seit der Geburt und im weiteren Verlauf der Sozialisation - gebraucht wurde.

Die moderne Forschung und Neurowissenschaftler wie Prof. Dr. med. Gerald Hüther, Uni Göttingen ( Bücher: *„Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn“* , *„Die Macht der inneren Bilder“*, *„Wie aus Stress Gefühle werden“*, *„Kinder brauchen Wurzeln“* , *„Neues vom Zappelphilipp“* usw.) oder Prof. Dr. med. Manfred Spitzer, Uni Ulm (Video: *„Vom Neuron zur geistigen Landkarte“* , *Buch: „Geist im Netz. Modelle für Lernen“*, *„Vorsicht Bildschirm“*) und andere sprechen vom Gehirn als einem sich selbst strukturierenden und organisierenden neuronalen Netzwerk - kurz von „Selbstorganisation“ des menschlichen Gehirns, von „Neuroplastizität“.

Die neuronalen Verschaltungen im Gehirn des Neugeborenen sind bei der Geburt keineswegs von vornherein festgelegt.

„Nur“ die Fähigkeit zur Vernetzung oder auch „Verdrahtung“ und somit die Lernfähigkeit, sowie basale Reaktionsmuster zum Überleben sind genetisch determiniert.

Das ist entwicklungsbiologisch sinnvoll und notwendig. Wie sollten sich Kinder in Afrika, bei den Eskimos oder in den modernen Industrienationen sonst so entwickeln können, dass sie sich in den so unterschiedlichen Lebensräumen und Kulturen situationsgerecht entwickeln, anpassen und leben könnten, wenn ihre Gehirne nicht weitestgehend „unverdrahtet“ und dadurch eben hoch lernfähig zur Welt kämen.

Wie sich die einzelnen Neuronen / Nervenzellen durch Aussprossung von Nervenfortsätzen (Dendriten) und neuer Synapsenbildung verbinden und Informationsnetzwerke ausbilden und sich damit das Gehirn und seine geistigen, emotionalen, sozialen und die Steuerung körperlichen Fähigkeiten des Individuums entwickeln, ist abhängig von den Nutzungsbedingungen, die das Gehirn

des betreffenden Menschenkindes vorfindet oder anders ausgedrückt, in die es hineingeboren wird und darin lebt.

Es ist also der Erlebnis- und Informations-Input, sozusagen die benutzte „Software“ die die Fähigkeiten des Gehirn-„Computers“ also die „Hardware“ beeinflusst bzw. sogar programmiert“.

Diese Neuroplastizität bedeutet, dass das Menschliche Gehirn zeitlebens jedoch besonders in Kindheit und Jugend formbar wie eine Wachstafel ist.

Besonders in der Kindheit werden also basale Erfahrungen positiver oder negativer Art, je nach Häufigkeit und emotionaler Intensität (pos. / neg. Stress) auch zu basalen Reaktionsmustern herausgebildet oder geprägt. Insbesondere die Erfahrung von sicherem, unsicherem, diffusem oder gar bedrohlichem Bindungsverhalten der wichtigsten Bezugsperson - meist der Mutter - beeinflusst die Hirnentwicklung des Säuglings und dann des Kleinkindes maßgeblich.

Sind solche Programme erst einmal hirnstrukturell organisiert, so sind sie recht schwer nur zu verändern, wenn dafür später im Leben Bedarf besteht, z.B. weil sie die Überlebensreaktionen auf tief greifende Bindungsstörungen, oder Misshandlungserfahrungen in Form von Vernachlässigung, physische oder sexuelle Gewalt oder andere traumatische Erlebnisse waren, die das Fühlen, körperliche Spüren, Handeln und Denken geprägt haben.

In traumatischen Situationen speichert das Gehirn also - meist in fragmentierter Form - sensorische Teilaspekte des Traumas und emotionale und vegetativ-körperliche Reaktionen des Menschen darauf.

Bei sequentiellen Traumatisierungen werden durch die Häufigkeit der bedrohlichen Erlebnisse ( >Nutzungsbedingungen< ) „Überlebensreaktionen“ im Denken, Fühlen, Spüren und Handeln durch die sich verstärkende Bahnung zu immer stärkeren Mustern im neuronalen Netzwerk festgelegt.

Das Gehirn strukturiert sich „traumatoplastisch“ (Lutz Besser 2003), es automatisiert Überlebensreaktionen, wie z.B. schnelles Anfluten von Erregung / Angst (Stressreaktion mit Flucht- und Kampftendenzen) und Dissoziation (Abschalten, Wahrnehmungsveränderungen,...) , auf die es später auch reflexartig zurückgreift, oft schon bei kleinen alltäglichen Stress-Anlässen.

Die Anpassungsleistungen im Sinne des Überleben sind z.T. beeindruckend, während andererseits diese so entstandenen Muster zum Gestalten eines „normalen“ Lebens unzureichend und oft hinderlich sind. Die so entstandene chronische Stressverarbeitungsstörung:

**DESNOS** = **D**isorder of **E**xtrēm **S**tress **N**ot **O**therwise **S**pecified - ist Hauptursache für die Ausprägung vieler Symptome im Denken, Fühlen und Handeln, der Kontakt- und Beziehungsgestaltung und schweren Persönlichkeitsveränderungen.

### Was passiert in traumatischen Situationen genauer im Gehirn ?

Derzeitige Forschungsergebnisse und Erkenntnisse u.a. durch bildgebende neuro-radiologische Verfahren wie PET (Positronen-Emissions-Tomographie) und SPECT und fMRT weisen daraufhin, dass es angesichts von traumatischen Ereignissen zu hirnhysiologisch bedingten Blockaden der Informationsverarbeitung und –speicherung dieser von massivem Stress begleiteten Informationen im Gehirn zu kommen scheint. Insbesondere die Zusammenarbeit von rechter und linker Hirnhemisphäre ist unterbrochen.

Die rechte Hemisphäre ist für primär-prozesshafte Wahrnehmung, Gefühlsgenerierung wie Angst, Trauer, Verzweiflung, Wut, Feindseligkeit und emotionale Kommunikation und schließlich diffuse ganzheitliche Wahrnehmungsabbildung zuständig.

Die linke (bei Rechtshändern sog. dominante) Hemisphäre hingegen für sekundär-prozesshaftes Denken, Orientierung zu Zeit, Ort, Situation und Person, Sprachbildung (Narrationen bilden), sprachliche Kommunikation, insgesamt also für die rationale Verarbeitung und Generierung neuer Bilder.

Mit dem PET kann bildgebend gezeigt werden, dass es rechts zu einer starken Erhöhung der Aktivität im Mandelkern (Amygdala) kommt, die mit emotionaler Übererregung einhergeht, während in der linken Hirnhälfte die Aktivität des Brocasprachzentrums und des Hippokampus abnimmt bzw. fast ausfällt, die für die Sprachbildung und –verarbeitung, sowie rationale Bewertung und Einordnung in bereits vorhandenes Wissen zuständig sind.

Das heißt, dass es durch eine angstinduzierte zu hohe Aktivität des Mandelkerns zu einer „Überflutung“ des Gehirns mit negativen Emotionen und Stress kommt und es dadurch zu einer Abspal-

tung emotionaler und sensorischer Aspekte des Geschehens vom Bewusstsein kommt und damit zu einer Verhinderung deren Integration in Gedächtnis und Identität.

Machen wir uns darüber hinaus auch noch einmal klar, dass neben Schreck, Angst und den damit einhergehenden **körperlich-vegetativen Angstäquivalenten** (Tachykardie, Atembeschleunigung u. Luftnot, Schwindel bis hin zu nahender oder tatsächlicher Ohnmacht, Zittern, Schwächegefühlen in den Beinen u. im Körper etc.) vom Gehirn, wie schon erwähnt, alle Sinneseindrücke (Sinnesorgane im engeren Sinn und viszerale Körperempfindungen wie Schmerz, Muskelspannungen, Übelkeit usw.), der äußere Traumakontext (Tageszeit, Raum- u. Lichtverhältnisse, weitere Umgebungsfaktoren), **Gefühle u. Affekte** und **Kognitionen** (traumabegleitende meist negative Gedanken) und auch die **autoprotektiven Schutzmechanismen** (s. oben) offensichtlich fragmentiert und oft vom traumatischen Gesamtgeschehen abgespalten gespeichert werden. Dieser physiologische Vorgang kann als 'komplexe Dissoziation' bezeichnet werden.

Traumafragmente werden - metaphorisch gesprochen - wie die **Splitter eines zersprungenen Spiegels** oder einzelne Mosaiksteine eines zerborstenen Mosaiks isoliert bzw. dissoziiert gespeichert und damit ihrer Zusammengehörigkeit und Zuordnungsmöglichkeit entkleidet. Die Weiterverarbeitung im neuronalen Netzwerk scheint blockiert oder „eingefroren“ zu sein. Damit misslingt die Integration des traumatischen Ereignisses als zukünftig nutzbare „Lernerfahrung“ in die Persönlichkeit. Solche „Spiegelsplitter“ sind offensichtlich auch die autoprotektive „Wahrnehmungsstörung“ mit ihrem Schutz- bzw. „Abwehrmechanismus“ der Spaltung/ Dissoziation und die vorangegangene Angst, ebenso wie eine unter Umständen eingetretene schockinduzierte Ohnmacht und / oder Amnesie, die jeweils engrammiert werden.

Es können daneben aber durchaus partielle Traumabilder oder Szenenabläufe gespeichert werden, die später als ängstigende '**Flashbacks**' oder belastend bleibende filmartig ablaufende Erinnerungen als Hypermnesien (Intrusionen) auftauchen.

Das bedeutet, dass diese im Gehirn einprogrammierten alten nicht weiter 'verdauten' Informationen im Hier und Jetzt in diesen unterschiedlichen Qualitäten auftauchen / abgerufen werden können. Das passiert meistens durch '**Trigger-Situationen**' (Auslöser), die von den Betroffenen nicht ohne weiteres erkannt oder zugeordnet werden können, so dass diese häufig an einem Wechsel von Symptomen und Phänomenen leiden.

Einige Symptome und auffällige Verhaltensweisen entstehen auch aus der phobischen Vermeidung angst-, missempfindungs- oder dissoziationsauslösender Trigger-Reize und Situationen. Wir sprechen hier von Konstriktion.

*>Erinnerungen an traumatische Erlebnisse sind also oft im Gedächtnis eingefrorene, fragmentierte, unvollständige und zum Teil amnestische oder teilamnestische, also oft „nicht konkrete Erinnerungen“, die im impliziten Gedächtnis emotional und als Körperreaktion (body-memory) abgespeichert sind, aber keine kognitive einordnende oder bildhafte Repräsentation beinhalten.*

*Sie können daher auch lange Zeit als „fehlende Erinnerungen“ bestehen, viele „unerklärliche“ Symptome auslösen oder aufrecht erhalten und durch bestimmte Trigger plötzlich wieder als flashbacks auftauchen und deutlicher werden <.*

#### Weitere neurophysiologische / biologisch-anatomische Hypothesen:

Wie schon weiter oben angeklungen gibt es in unserem Gehirn parallel arbeitende Subsysteme für die Stressverarbeitung, ähnlich wie - metaphorisch gesprochen - die Musiker in einem Kammerorchester jeweils andere Instrumente beherrschen, sie jedoch zusammen ihre Stücke spielen.

**Hippocampus** und **Amygdala** liegen im limbischen System. Sie sind diese beiden Reizverarbeitungs- bzw. -speichersysteme in unserem Gehirn, die wir als den 'kühlen' und den 'heißen' Informationsspeicher bezeichnen können. Sie verarbeiten Reize, vor allem Stresserfahrungen in unterschiedlicher Weise. Die Amygdala ist unser „Frühwarnsystem“, das entwicklungsbiologisch früher angelegte und primitivere, der Hippocampus das später entwickelte und differenziertere System.

Das '**kühle**' **Hippocampus-System** stellt eine Art geordnetes Archiv oder „Bibliothek“ dar. Es ist unser biographisch und zeitlich geordnetes, explizites Gedächtnis. Dort werden/sind Informationen

sprachlich ausdrückbar (narrativ), episodisch geordnet, kognitiv überprüfbar, gut geschützt und emotional wenig antrigbar, also moderiert verarbeitet und gespeichert.  
Es bestehen enge Verbindungen zum Broca-Sprachzentrum und zum Thalamus.

Unter plötzlichem oder auch unaufhaltsam anschwellendem traumatischen Stress (traumatische Zange) kommt es zu einem 'Kurzschluss' oder Versagen der geordneten Speicher- und Abrufmöglichkeiten im Hippocampus. Der Volksmund spricht in passender Weise davon, dass jemand 'den kühlen, klaren Kopf verloren' hat, wenn er unkontrolliert nur von überschießenden Affekten getrieben reagiert.

**Exkurs:** in der forensischen Psychiatrie wird im Rahmen von Schuldfähigkeitsfragen diesem Phänomen Rechnung getragen.

Der Begriff der „tiefgreifenden Bewusstseinsstörung“ umreißt eingeschränkte oder gar völlige Schuldunfähigkeit (§§ 21, 20 StGB.), da jmd. der in diesem Zustand eine Straftat begeht, nicht in der Lage ist das Unrecht seiner Tat zu erkennen oder nach dieser Einsicht zu handeln („Affektat“). D.h. der Gesetzgeber gesteht zu, dass jmd., d.h. „ein Täter“ unter hohem >emotionalen Stress< nicht richtig wahrzunehmen, zu denken und zu handeln in der Lage ist.

Interessanter- bzw. perfiderweise werden diese Erkenntnisse und Maßstäbe „Opfern“ nicht zugestanden, wenn sie sich unter großer Angst und Bedrohung nicht präzise äußern bzw. erinnern können.

Von ihnen wird „erwartet“, dass in einer schweren Affektsituation (Todesangst) keine „tiefgreifende Bewusstseinsstörung“ auftritt, anderenfalls sind sie „unglaublich“!!

Die 'hitzköpfige' Seite können wir dem 'zweiten Spieler in unserem Orchester' zuordnen.

Das '**heiße**' **Amygdala-System** speichert emotional radikale Erfahrungssplitter, d.h. Sinneseindrücke ungefiltert und pur. Es ist unser implizites Gedächtnis mit fragmentarischer Speicherung der komplexen Stressreize und der dazugehörigen affektiven 'Begleitmusik', ohne Raum-Zeit-Zuordnung (also auch ohne biographische Zuordnung), bei gleichzeitiger Suprimierung des Broca-Sprachzentrums und Unterbrechung der Verbindungen zum Thalamus ohne verbale Ausdrucksmöglichkeit, also nicht narrativ.

Der Volksmund beschreibt diesbezüglich derartige, affektiv hoch aufgeladene Situationen treffend mit: 'Es verschlägt einem die Sprache' oder „Dafür fehlen mir die Worte“, „es macht mich sprachlos“ usw. Die in die Amygdala eingehenden und gespeicherten Informationen sind kognitiv nicht überprüfbar und als 'Hier-und-Jetzt-Erleben' leicht triggerbar, so dass heftige „hysterische“ Reaktionen auch nach Jahren in der Amygdala 'unabgekühlt' immer wieder abgerufen, nicht aber weiter verarbeitet werden können. Anders ausgedrückt handelt es sich dann um ein „übersensibilisiertes Alarmsystem“, das (aus Schutzgründen) im Körper dann auch zu früh und zu schnell Alarm schlägt.

**Flashbacks und Intrusionen fühlen sich nicht an 'wie damals', sondern als wenn es 'gerade jetzt' passiert !**

Dabei - so hatten wir ja bereits deutlich gemacht - strukturiert sich das Gehirn im Sinn eines sich ständig verändernden neuronalen Informationsnetzwerkes anhand des von außen eintreffenden „Inputs“ selbst. Dies geschieht besonders intensiv in der Kindheit und Jugend, in abgeschwächter Form jedoch ein ganzes Leben lang, v.a. immer dann wenn die emotionalen Zentren unseres Gehirns in den limbischen Regionen stark aktiviert sind. Der Volksmund nennt das „wenn uns etwas unter die Haut geht“.

In der modernen Sprache des elektronischen Informationsverarbeitungs-Zeitalters heißt das, „die software verändert /moduliert die hardware“, das Gehirn lernt und passt sich immer ein wenig nach dem Prinzip von Häufigkeit, emotionaler Intensität und Bedeutung an die Erfahrungen (hier Traumata) an und entwickelt entsprechende Reaktionsschemata. Eine solche Anpassung an v.a. lang anhaltende und sich oft wiederholende Traumata lassen sich als „Überlebensschemata“ verstehen.

Stark, v.a. sequentiell traumatisierte Menschen sitzen sinnbildlich oft noch auf den 'heißen Vulkanen' ihrer Hirnlandschaft - Benedetti spricht in seinem berühmten Buch von

‘**Todeslandschaften der Seele**’, meint jedoch schizophrene erkrankte Menschen damit zu beschreiben - und müssen, ebenso wie ihre Therapeuten, ständig mit Ausbrüchen (Symptomen) rechnen. Dadurch werden häufig beide erneut traumatisiert.

**Exkurs** zur Therapie- und Beziehungsproblematik traumatisierter Patienten und nicht traumaspezifisch ausgebildeter Therapeuten:

Wenn Traumata aus besagten neurobiologischen Gegebenheiten im nachhinein also nicht (ohne spezielle, diesen Erkenntnissen Rechnung tragende Traumatherapieverfahren) zu einem ganzen Bild bzw. einer „abgeschlossenen Geschichte“ (dem damaligen traumatischen Erlebnis) mit *> Anfang-Verlauf- Ende und Bedeutung <* wieder zusammengefügt, reassoziert, also wie andere Erlebnisse in unserem Leben einer hirnpfysiologischen (Nach-) verarbeitung im Hippocampus zugeführt werden können, verbleiben sie als ‘*Traumafragmente*’ offensichtlich im frontalen Kortex ‘heiß’ gespeichert und wirken als konditionierte Reize zusammen mit von außen neu ankommenden unkonditionierten Reizen / Stressoren in der Amygdala alarm- und im Stammhirn Stress, d.h. die körperliche Flucht- und Kampfbereitschaft auslösend.

Traumata und traumatische Stressreaktionen können also in alltäglichen Situationen des betroffenen Menschen durch verschiedenste Schlüsselreize -angetrigger- wieder pur und ungedämpft spürbar werden.

Erleben und Verhalten werden dadurch stark beeinflusst und verzerrt, oft ohne dass die betroffene Person den Zusammenhang für die irritierenden, ängstigenden Sinneseindrücke oder Veränderungen der Wahrnehmung und Reaktionen einzuordnen in der Lage wäre.

Auch Gefühle von plötzlicher Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Sich-nicht-mehr-rühren-, Sich-nicht-wehren-, oder Nicht-reagieren-Können, Depressionen, Suizidimpulse, Schmerz- und andere Körpermissempfindungen tauchen so kontextentkleidet und unerwartet auf.

Sie führen zu erheblichen Beeinträchtigungen der betroffenen Menschen im Hier und Jetzt, oft ohne dass diese sich die Entstehung dieser beeinträchtigenden Gefühle erklären könnten.

### **Folgen für Therapieverläufe**

Traumatisierte Menschen erscheinen bezüglich der geschilderten komplexen Symptoppalette daher auch nach jahrelangen und wiederholten analytisch-/ tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und anderen humanistisch orientierten Psychotherapien häufig therapieresistent.

Sie erleben sich selbst erneut als Versager und schuldig, weil sie „mit so viel Therapieaufwand“ nicht weitergekommen sind.

Das ist ihnen auch oft von ebenso frustrierten Therapeuten (aggressiven Gegenübertragungsphänomenen und narzisstischen Kränkungen zufolge) direkt oder indirekt vermittelt worden. Sie hätten ‘einen unüberwindbaren Widerstand im Erkennen der (angenommenen) frühkindlichen Konflikte’, oder wollten tieferliegende notwendige Veränderungen nicht realisieren oder sie seien ‘besonders schwer gestört’ (unheilbar seelisch krank) oder gar eben ‘Therapeutenkiller’.

Es bestehen also oft keine passenden Erklärungen für die Phänomene und ihr plötzliches Auftreten und die Therapieresistenz, da eine Spurensuche nach Realtraumata je nach ‘psychotherapeutischem Glaubenssystem’ nicht oder nur unzureichend erfolgt ist und/oder die Bedeutung von Traumata für die Symptomentstehung und der notwendige therapeutische Umgang damit den meisten Therapeuten **noch nicht** bekannt ist.

Somit bleiben diese PatientInnen ‘Gefangene der alten Traumatisierungen’ und erfahren auch auf der ‘therapeutischen Bühne’ erneut die Unabwendbarkeit, das Ausgeliefertsein an ihr Schicksal, die Ohnmacht und Hilflosigkeit und auch das ‘Selbst-daran-schuld-Sein’, dass es so gekommen ist. Sie werden so vom „Helfersystem“ sekundär nochmals traumatisiert, insbesondere wenn ihren Hinweisen auf massive Gewalterfahrungen nicht geglaubt oder deren Bedeutung kaum Rechnung getragen wird.

Es muss daher ein **Paradigmawechsel** im wissenschaftlichen Verständnis von Symptomentstehung und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen diskutiert werden, der den neuen Forschungsergebnissen und empirischen Berichten über sehr erfolgreiche und effektive traumatherapeutische Behandlungsmethoden Rechnung trägt.  
Dieser Prozess ist in den letzten Jahren vielerorts schon in Gang gekommen.

### **Traumazentrierte Psychotherapie heute :**

Hier an dieser Stelle seien nur einige Namen von ForscherInnen, ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, , AutorInnen von Büchern und Veröffentlichungen im Zusammenhang mit der Entwicklung dieser neuen Konzepte aufgeführt:

*Bessel van der Kolk* – Boston / USA,  
*Richard Kluft* – Philadelphia / USA  
*Frank W. Putnam* - USA  
*Ono van der Hart* und *E. Olthuis* – Holland,  
*Judith Lewis Herman* - New York,  
*Francine Shapiro* - Palo Alto (Mental Research Institute) Kalifornien,  
*Luise Reddemann* – Bielefeld,  
*Ulrich Sachsse* - Göttingen,  
*Gerald Hüther*, *Göttingen*  
*Michaela Huber* – Kassel,  
*Arne Hofmann* - Köln,  
*Gottfried Fischer* - Köln, -  
*Ingrid Olbricht* – Bad Wildungen (verstorben 2004)  
*Sandra Wilson* u. *Robert Tinker* - Colorado,  
*Steven Lazrove* - *Marilyn Luber* - Philadelphia, *Patty Levin* - Boston  
u. v. a. (siehe auch umfangreiche Literaturliste des Seminars).

Ich selbst ( Lutz-Ulrich Besser \* 1951) arbeite seit nunmehr vielen Jahren schwerpunktmäßig nach einem solchen Traumatherapiekonzept, welches sich als effektiv und quasi internationaler Standard herausgestellt hat und weiter in Entwicklung begriffen ist.

Seit 1998 besteht das ZPTN - Fortbildungsinstitut - in dessen organisatorischen Rahmen ich als Ausbildungsleiter, Lehrtherapeut und Trainer - hunderten von KollegInnen aus den verschiedenen psychosozialen, medizinischen und psychotherapeutischen Berufsgruppen in der BRD, Luxemburg, der Schweiz, Österreich und Bosnien-Herzegowina weite Bereiche dieser immer noch jungen wissenschaftlich fundierten theoretischen und praktischen Konzepte mit sehr positivem Echo seitens der Seminarteilnehmer lehren und vermitteln konnte.

Ich nenne es das „**KReST-Modell**“

(**K**örper-, **R**essourcen- und **S**ystemorientierte Traumatherapie)

Es ist ein „Vier-Phasen-Modell“ (Erklärung s. unten) der traumazentrierten Psychotherapie und Beratung.

Einige bekannte Autoren wie Luise Reddemann, Ulrich Sachsse, Michaela Huber u.a. sprechen vom dreiphasigen Traumatherapiemodell.

Die Unterscheidung liegt in der Differenzierung der ersten sog. Stabilisierungs-Phase in zwei unterschiedliche Phasen,

1. ANAMNESE, BEZIEHUNGS-AUFBAU, DIAGNOSTIK, INSTRUKTION
2. STABILISIERUNGS- / VORBEREITUNGS – PHASE- Ressourcenmobilisation -
3. TRAUMAEXPOSITION / TRAUMASYNTHESE
4. TRAUER- und NEUORIENTIERUNGS - PHASE

sowie die Einbeziehung von psychotherapeutischen und pädagogischen Techniken, die die Entwicklung und Heilung des Körpers, der Ressourcen und der inneren und äußeren (sozialen) Bezugssysteme unterstützt.



Für viele meiner Patienten bringt das systematische traumazentrierte Vorgehen häufig überraschend schnell Stabilisierung und Symptomreduktion mit sich, - für mich Entlastung und erfolgreicheres psychotherapeutisches Arbeiten als in früheren Zeiten.

Zuvor hatte ich seit 1989 jahrelang analytisch / tiefenpsychologisch fundiert und / oder auch systemisch - um die Problematik von Gewalt und „Missbrauch“ in Familie und Gesellschaft und die Folgen für die Opfer wissend und darin ausgebildet - durchaus engagiert mit physisch misshandelten und sexuell ausgebeuteten PatientInnen in einer psychiatrischen Klinik stationär und ambulant gearbeitet.

So hatte ich viele dieser traumatisierten Menschen ärztlich-psychotherapeutisch ein Stück ihres symptomreichen, schwierigen und schmerzlichen Weges begleitet, bevor ich die in den letzten Jahren nach und nach entwickelten neuen Erkenntnisse und Möglichkeiten effektiverer Traumaarbeit kennen und erfolgreich anwenden lernte.

Inzwischen kommt der Diagnostik und Behandlung aber auch der Traumaberatung und Traumapädagogik auch vieler anderer Gruppen von Traumaopfern, - wir sollten richtiger von „Trauma-Überlebenden“ (Erwachsene und Kinder)- mit PTBS-Symptomen und Persönlichkeitsveränderungen sprechen, eine ebenso große Bedeutung bei.

### Liste behandlungsbedürftiger Gruppen traumatisierter Menschen :

- a) Physisch, emotional und sexuell misshandelte („missbrauchte“) Kinder, Jugendliche und Erwachsene, meist innerfamiliär, also „Inzest-Überlebende“ ;
- b) Organisiert und / oder rituell sexuell ausgebeutete und misshandelte Menschen
- c) körperlich (meist wieder) gesundete Unfallopfer,
- d) ehemals Kranke, die invasiven medizinischen Maßnahmen („notwendigen medizinischen Misshandlungen“) ausgesetzt waren,
- e) ehemalige Frühgeborene mit wochenlangen (invasiven) intensivmedizinischen Behandlungen in den ersten Lebenswochen,
- f) Überlebenden von Kidnapping oder
- g) Überlebende von Katastrophen (Verkehr oder Natur, z.B. „Eschede-Unglück“)
- h) Hinterbliebene von Mordopfern oder suizidierten Angehörigen,
- i) Eltern / Familien nach Verlust eines Kindes
- j) älteren Menschen mit unverarbeiteten Zweite-Weltkriegs-Traumata
- k) traumatisierte Helfer aus den verschiedensten traumagefährdeten Berufsgruppen,
- l) chronische Schmerzpatienten
- m) Mobbing-Opfer mit langwierigen Demütigungs-, Bedrohungs- u. Angsterlebnissen,

---

Nicht alle Menschen werden von vergleichbaren traumatischen Erlebnissen gleichermaßen stark langzeitgeschädigt, d.h. entwickeln posttraumatische Störungen (PTBS) und Syndrome.

Es spielen einige sogn. **salutogenetische Faktoren**

(Vorhandensein oder Fehlen von protektiven Faktoren) eine zusätzliche Rolle:

## Traumakontext-Faktoren & „Salutogenetische Faktoren“

die das Auftreten und das Ausmaß an Langzeitfolgen -PTBS- und Persönlichkeitsstörungen mit determinieren sind:

- **Art des Traumas** in seiner :
  - a) **Heftigkeit** (Gewalteinwirkung / Todesgefahr / Sadismus / Folter)
  - b) **Dauer** (~ > 30 min. Traumaexposition)
  - c) **Häufigkeit/** Wiederholung (multi- u. sequentielle Tr. Monate, Jahre)
  - d) **Zeitpunkt** / Entwicklungsalter und –stand des Traumaopfers
- **Verfassung des Opfers**, körperlich u. seelisch, zur Zeit der (ersten) Traumatisierung
- **Stress-Festigkeit** (anlage- und erfahrungsbedingt)
- **Vorangegangene Belastungen/Traumatisierungen** (Multi- und sequentielle Traumatisierungen)
- **Nähe des Täters zum Opfer**, emotional / verwandtschaftlich (bei physischen u. sexuellen Misshandlungen; z.B. Inzest hat > Folgen als ein sexueller Angriff durch Fremde)
- **Altersunterschied** zwischen Opfer und Täter (Generationsgrenzen, unter Kindern u. Jugendlichen ~ > 5 Jahre)
- **Geheimhaltungsdruck** (z.B. durch Drohung oder Gewaltanwendung erzwungenes Schweigen)
- Vorhandensein oder Fehlen mindestens einer **loyalen verständnisvollen (Bezugs-) Person**, Erfahrung von Trost und Verständnis nach erlittenen Traumata
- **Sicherheit**, allgemeine soziale und emotionale Situation in Beruf und familiären Beziehungen vor, während und nach einer Traumatisierung
- **religiöse Grundorientierung**
- **kulturabhängiger Umgang und Ausdruck von Gefühlen/** Affekten bei Katastrophen/ Verlust
- **familiäre Lernerfahrung** (Muster, Normen) im Umgang mit Affekten und Belastungen
- **Peritraumatische Dissoziation** (Reaktion unmittelbar während und nach dem traumatischen Ereignis) :
  - ◇ **Trance-Phänomene**
  - ◇ **Orientierungsverlust** zu Zeit, Ort, Person und Situation
  - ◇ **Derealisations-** und **Depersonalisations** erleben (fremd, 'wie im Film', unwirklich)
  - ◇ **Kontrollverlust** (Handlungsabläufe / unkontrollierbare Erregungszustände)
  - ◇ „**neben sich**“ sein, als sein eigener „Beobachter“ über dem Geschehen „schweben“
  - ◇ **Körperliche „Abschaltphänomene“**, sich nicht spüren können
  - ◇ **Amnesien**, keine oder bruchstückhafte Erinnerungen an das Ereignis

## Traumatherapeutische Vorgehensweise

### >4-Phasen-Modell<

- I. **BEZIEHUNGS-AUFBAU, ANAMNESE, DIAGNOSTIK, INSTRUKTION**
- II. **STABILISIERUNGS- / VORBEREITUNGS – PHASE**  
- Ressourcenmobilisation -
- III. **TRAUMAEXPOSITION / TRAUMASYNTHESE**
- IV. **TRAUER- und NEUORIENTIERUNGS - PHASE**

1. **Anamnese allgemein** (aktuelle Symptomatik, Problematik, Lebens-, Berufs-, Partnerschafts- und Familiensituation, Ursprungsfamilie, eigene Entwicklung, körperl. Erkrankungen, Suchtmittelmissbrauch, Therapievorerfahrungen, Klinikaufenthalte, Therapieerwartungen).
2. **Trauma-Anamnese**, speziell bei Symptomen aus dem PTBS-Spektrum gezielte Exploration traumatischer Ereignisse ('T-' und 't-Traumata'!) im Verlauf des Lebens, soweit erinnerbar; Unterscheidung von Typ-A-Traumata -> **Monotraumata** (akut/chronisch), Typ-B-Traumata -> **Multitraumatisierungen** (akut und/oder chronisch) und **sequentielle Traumatisierungen** (akut und/oder chronisch).
3. **Aber (!) keine detaillierte Befragung zu sexuellen oder anderen Misshandlungstraumata**, wenn es dafür deutliche oder 'verschwommene' Hinweise oder auch präzise Erinnerungen gibt, bevor nicht Stabilisierungs- und Vorbereitungsarbeit durchgeführt wurde;
4. **Diagnosestellung**: Liegen traumainduzierte Symptome aus dem Bereich der posttraumatischen Belastungsstörung - **PTBS/PTSD** (ICD-10: F43.1) vor und/oder klinische Symptome aus ICD-10: F40 bis F48 (u. a. dissoziative Symptome, SSV = selbstverletzendes Verhalten usw.)? **DESNOS** = **D**isorder of **E**xtrēm **S**tress **N**on **O**therwise **S**pezifiziert ist eine neue Diagnose im Sinne einer komplexen, chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung Besteht evtl. eine Dissoziative Identitätsstörung a) „Ego-State-Disorder“, b) **DDNOS** = dissoziative Identitätsstörung nicht anders spezifiziert oder c) **DIS** / „MPS“ = vormalige multiple Persönlichkeitsstörung nach DSM-IV)? Die Borderline-Störung = „**Emotional instabile Persönlichkeitsstörung-Borderline-Typus**“ (ICD-10: F 60.3) beinhaltet eine Ansammlung von PTSD-Symptomen und wird deshalb heute als „**komplexe Posttraumatische Belastungsstörung**“ verstanden. Symptome sind: chronisches Gefühl von „Leere“ = Anhedonie, launenhaftes Verhalten, Neigung zu unvorhersehbaren emotionalen Ausbrüchen und Ausagieren, verminderte Impulskontrolle, Selbstbildstörung, oft intensive aber unbeständige Beziehungen mit Wechsel von Idealisierung und massiver Abwertung, Selbsterleben, Fremdwahrnehmung und Verhalten in den Polaritäten von „schwarz u. weiß“, „gut u. böse“, „nah u. fern“, „Liebe u. Hass“ usw., auto-destruktives Verhalten (SVV), parasuizidale Handlungen, Suizidversuche, Suchtmittelmissbrauch oder / und exzessives süchtiges Verhalten (Spielen, Kaufen, Promiskuität, Gefahrensuche usw.).  
  
Alternativ kann diese komplexe und chronifizierte Symptomatik auch als „**Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung** (ICD-10: F 62.0) beschrieben werden.
5. **Erläuterungen** der traumatherapeutischen Vorgehensweisen für den Patienten in anschaulicher Form bzgl. der theoretischen und praktischen Konzepte in der modernen Psychotraumatologie u. traumazentrierten Psychotherapie; Aufbau einer vertrauensvollen stabilen (Arbeits-) beziehung !

6. **Therapievertrag und -vereinbarungen**, Festlegung von Regeln und Grenzen **im ambulanten** Therapiesetting, Krisenmanagement (z. B. stationäre Stabilisierung in traumazentriert arbeitenden Kliniken), „Gewaltverzichtsvertrag“, Alkohol- und Drogenkonsumverzicht etc. ;
7. **Fokussierung auf traumaspezifische Arbeit**, Weglassen bzw. Verschieben von sonst üblicherweise wichtig erscheinenden anderen Therapiethemen und -zielen auf die Zeit nach der Traumabearbeitung; (aber nicht ohne soziale Absicherung, Familiensituation beachten, Stützung durch weitere psychosoziale Hilfsmaßnahmen!)

**Cave!** Keine Traumaarbeit bei bestehendem Täterkontakt oder andauernder bzw. erneuter traumat. Situation! >realer Opferschutz vor traumabearbeitender Psychotherapie!<

8. **Stabilisierungsarbeit / Ressourcenmobilisation** u.a. durch Imaginations- und Visualisierungsübungen ( Stress-Coping ):  
**Sicherer Innerer Ort**, **Innere Helfer**, **Tresor**, **Fernsteuerung/ Screentechnik**, **Lichtstromübung** (siehe ausführliche Übungen und Erläuterungen am Ende der Praxisanleitung, bzw. in den wie teren Seminarunterlagen); konsequentes Üben und Unterstützen dieses ‘Trainingsprogramms’ bis zum Beherrschen dieser intrapsychischen Affekt-Distanzierungs- und Ich-Stabilisierungstechniken (über ca. 6 - 12 Therapiestunden, bei Bedarf länger);
9. **Planung** (gemeinsam) der ersten und weiterer **Traumabearbeitungssitzungen** (von 1 - 2 Std. Dauer);

## 10. Traumasyntese /-integration durch Traumaexposition

Durcharbeitung traumatischer Erlebnisse mit:

- a) **‘Screen-’/ Leinwandtechnik**, d.h. traumatische Erlebnisse der Vergangenheit (jeweils immer nur eins) im Hier und Jetzt in einer Sicherheit gebenden Atmosphäre wie einen „alten Film“ aus der Beobachterposition (3. Person, das jüngere ICH im alten Film auf der Leinwand) gezielt und gesteuert möglichst detailreich auf allen Sinneskanälen wahrnehmen und noch mal nachempfinden; d.h. die bei der Filmbetrachtung jetzt auftauchenden Gefühle, Körperempfindungen und –reaktionen sowie Gedanken und (Neu-) Bewertungen (Traumasyntese) ins erwachsene Bewusstsein als etwas Vergangenes zu integrieren.
- b) **EMDR** ( **E**ye **M**ovement **D**esensitization and **R**eprocessing nach Francine Shapiro )  
 Prinzip der nachträglichen beschleunigten / adaptiven Informationsverarbeitung mit Hilfe bilateraler Stimulation der Hirnhemisphären durch (Augenbewegungen, oder auch bilaterale taktile - an den Händen - oder akustische Reizung)
- c) **Körpertherapietechniken** (Atmung, interne u. externe Techniken zur Mobilisierung und Neugestaltung alter „affektiver Motorschemata“ mit kognitiv-narrativer und emotionaler Durcharbeitung / Reorganisation)
11. **Anzahl / Umfang der Traumasitzungen innerhalb der Therapie:**  
 bei eindeutigen (gründliche Anamnese !) **Monotraumata (Typ I Traumata)** und folglich über sichtlicher PTBS-Symptomatik können 3 - 6 Sitzungen von 90 – 120 min. im Abstand von je ein oder zwei Wochen oder auch einiger Tage genügen, um die Symptomatik zum Abklingen zu bringen.

Jedoch : **Schwere Störungen (massive Symptome) haben schwerwiegende (reale) Ursachen !**

Bei **multi-** und **sequentiell-traumatisierten** Menschen können daher je nach Ausmaß und Umfang der Traumatisierungen nach einer längerfristigen Phase (Monate bis zu 1-2 Jahren) der ressourcenorientierten Stabilisierung auch mehr als 10-20 Trauma-Expositionssitzungen innerhalb eines längeren (2 -6 Jahre) Therapiezeitraums erforderlich sein.

Daneben bzw. zwischen traumabearbeitenden Sitzungen sind immer wieder:

- Stabilisierungsarbeit (Imaginationsübungen, Stresscoping, Selbstfürsorgetraining, Sport etc., Arbeit auf der inneren Bühne / Innere Kindarbeit / „ego-state-Arbeit“, Positive life-event-Screening, kognitive traumabasierte psychodynamische Arbeit usw.)
- Qi-Gong, Bewegungstherapie, Aromatherapie, Sport oder auch gelegentlich
- Einsatz von Psychopharmaka (vorübergehend) notwendig;
- evtl. stützende, aufklärende Paar- oder Familienarbeit,
- evtl. kurzfristige oder längere stützende, stationäre Krisenintervention.

erforderlich.

Je schwerer und länger die Traumatisierungen (Typ II, sequentielle Traumatisierungen) waren und je früher sie in der Kindheit begonnen haben, um so massiver sind die daraus resultierenden Symptombildungen (KEV-Muster bzw. Traumaschemata und traumakompensatorischen Schemata und desto länger ist die gesamte Therapiedauer zu kalkulieren.

Mit 50-100 Therapiestunden ist häufig auch bei dieser Betroffenengruppe viel erreichbar. Oft ist jedoch auch darüber hinaus Therapie (insges. 2-5 Jahre) erforderlich, da es sich um komplexe PTBS („DESNOS“ – Disorder of Extrem Stress Not Otherwise Specified) im Sinn von graduell unterschiedlich schweren Persönlichkeitsveränderungen wie „ego-state-disorder“ und „Instabile Persönlichkeitsstörung – vom Borderline Typ“ und „DDNOS“ handelt.

Insbesondere bei der dissoziativen Persönlichkeitsstörungen (DIS / „MPS“) – kann sich bei fachlich kompetenter Behandlung - bei bis zu zwei Dritteln der Betroffenen ein Behandlungsverlauf z.B. im Intervall auch bis zu 7-8 Jahren erstrecken und durchaus Erfolg versprechend sein.

**12. Phase der Trauer und Neuorientierung.** Meist bleibt ein wehmütiges ‘es war einmal’ oder angemessene authentische Trauer oder eine Zeit lang Wut über die verlorene Zeit oder Kindheit zurück, insbesondere wenn es nicht Naturgewalten oder Schicksalsschläge, sondern (nahe) Menschen waren, die die Traumata hervorgerufen hatten und vielleicht niemals zur Rechenschaft gezogen wurden, oder selbst Verantwortung - für das was sie angerichtet- übernommen haben und wenigstens um Vergebung und Wiedergutmachung, bemüht gewesen sind. Die Arbeit mit dem (unschuldigen) **>Inneren Kind<**, das neben der Empathie der TherapeutIn, v.a. durch den betroffenen, heute erwachsenen Menschen auch selbst genährt, unterstützt und zu trösten gelernt werden muss - wozu schließlich auch die Aussöhnung mit diesem verletzten und daher meist abgelehnten >Inneren Kind< gehört - sind wichtige Schritte und Ziele in dieser Phase.

Dazu gehört als Erwachsener auch der schmerzliche Schritt der Akzeptanz **„Es war wie es war und es ist wie es ist“** aber **„es ist vorbei“** !

Es gilt dann >trotz allem< dem eigenen Leben wieder eine Richtung, ein Ziel und vor allem einen Sinn geben zu lernen, wenn die „Überlebenssymptome und –strategien“ nicht mehr vor handen oder nötig sind.

**13. Psychotherapie im traditionellen Sinn** zum Erwerb neuer psychosozialer Kompetenzen, Lösung von alten oder aktuellen Beziehungskonflikten, Entwurf und Planung neuer Perspektiven im Beruf, in der Beziehungsgestaltung und Interessenentwicklung kann und sollte nach Abschluss der Traumabearbeitung erfolgen (tiefenpsychologisch / analytisch, verhaltens-, gestalt-, paar- bzw. familientherapeutisch, psychodramatisch usw.). Sie hat dann auch wesentlich bessere Erfolgsaussichten für Veränderungs- und Entwicklungsschritte, da die PatientInnen nicht mehr von ‘Vulkanausbrüchen’ ihrer traumatischen Vergangenheit erschüttert werden, sondern Distanz -„es war einmal...“- dazu empfinden.

Lutz-U. Besser – Isernhagen, im Nov. 1997 / Okt. 1999 / März 2002 / Okt. 2003 / Mai 2005 /2006

**Die „normale“ und „pathologische“ Verarbeitung eines Traumas**

**Normale Reaktionsablauf**

**Pathologischer Reaktionsverlauf**

**Traumatisches Ereignis**

Aufschrei, Angst, Bestürzung, Wut, Verzweiflung oder Erstarrung

Abschalten, Ausblenden, Verleugnung, Konstriktion

„flash-backs“ der traumatischen Situation oder sensorischen Teilen davon, Intrusion

Durcharbeiten („Verdauen“) mit schrittweiser Integration der Erfahrung in die

Bewältigung, Fortsetzung des eigenen ungestörten Körpererlebens

Überwältigt-sein, Orientierungsverlust, Konfusion

Panik, Kontrollverlust, „hysterisches“ Verhalten

Extremes Vermeidungsverhalten, bis hin zu Medikamenten-, Alkohol- und Drogenabusus

Überflutungszustände, persistierende Bilder und Gedanken, Hypermn esien

Psychosomatische Reaktionen, „flash-backs“ auf allen Sinneskanälen, Somatisierungsstörungen

Persönlichkeitsstörungen

Die Horowitz-Kaskade

## „Traumatische Zange“



### Legende

Ein objektiv oder auch nur subjektiv existenziell (lebens)bedrohliches Ereignis löst folgende Reaktionskaskade aus:

1. Angst und / oder Schmerz setzen die Alarmreaktion des Körpers in Gang, mit dem Ziel zu Überleben.
2. Initiale Aktivierung des primären Überlebenssystem – Bindung – in Traumakontexten sind rettende Bindungspersonen jedoch nicht verfügbar, oder schlimmer noch, von ihnen geht die Bedrohung aus.
3. Die Möglichkeiten zu entkommen (Flucht) fehlen.
4. Das Erleben von Hilflosigkeit setzt ein, es bleibt noch
5. Kampf, der wegen der einwirkenden übermächtigen Kräfte (Naturgewalten, physikalische Kräfte, von Menschen ausgehende Gewalt), nicht gelingen kann und die Erfahrung von
6. Ohnmacht mit sich bringt.
7. Ausgeliefertseins als Endzustand von Hilflosigkeit und Ohnmacht; in dieser traumatischen „Zangensituation“ von „no Flight – no Fight – Freeze“ setzen die archaischen autoprotektiven Notfallreaktionen ein:
8. Dissoziation (Erstarren, Wahrnehmungsverzerrungen und –ausblendungen) in der Übererregung;
9. Submission (Unterwerfung) entspricht Dissoziation in der Untererregung („Totstellreflex“);
10. Fragmentarische Speicherung des sensorischen Inputs als Folge der unzureichenden kortikalen Einordnungs- und Bewertungsmöglichkeiten (u.a. Blockade von Broca-Sprachzentrum und Hippocampus)

Die sensorischen Fragmente sind als sternartige Splitter dargestellt: „S“ für Sensation (alle Sinneseindrücke, Körperempfindungen und -reaktionen), „P“ für Pictures (bildhafte Aspekte / Teile des traumatischen Ereignisses); „B“ für Behavior (Verhalten, das im Rahmen des Ausgeliefertseins dem Überleben dient); „K“ für Kognitionen (negative Gedanken und Überzeugungen im Augenblick von Gefahr und Ausgeliefertsein); „E“ für Emotionen und „R“ für Relationship (Beziehungsaspekt im traumatischen Geschehen)





## Pressemeldungen

Forderung: „Wir brauchen Naturschutzgebiete für Kinder“

## Die Spuren von Prügel

Von Anja Wetter

Hagen. Kinder sind oft stille Beobachter, müssen mitschauen, wie ihr Vater die Mutter schlägt. Die Folgen für den Mann sind klar, wenn die Polizei eingeschaltet wird: Raus aus dem Haus! Aber wie wirkt sich das Erlebte auf Kinder aus, wer kümmert sich um sie?

Häusliche Gewalt ist keine Privatsache - vor allem nicht, wenn Kinder mit betroffen sind. Das ist der Fall in drei-viertel aller Wohnungsweisungen in Hagen - 100 le-diglich sind offiziell für 2006 bekannt. In wie vielen Familien geprügelt wird, ohne dass jemand davon erfährt?

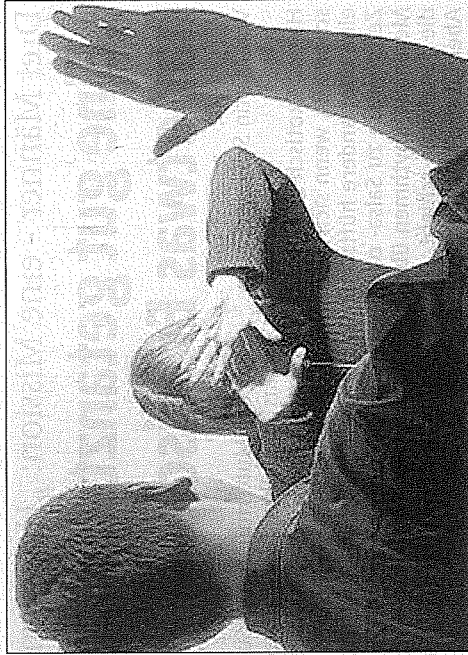
Gleichstellungsbeauftragte

Anna Vierhaus zuckt mit den Schultern. Ihr Amt koordiniert in Hagen den „Runden Tisch gegen häusliche Gewalt“ und hat kürzlich eine Tagung mit dem anerkannten Traumaexperten Lutz-Ulrich Besser organisiert. „Die Auswirkungen von Gewalt auf Kinder sind gravierend“, hat Anna Vierhaus erfahren. Das sieht inzwischen auch der Gesetzgeber und hat den Kinderschutz besser verankert. Beratungsstellen und alle, die mit Kindern arbeiten, brauchen Sensibilisierung, müssen genau(er) hingucken, um Verhaltensänderungen bei Kindern zu deuten - und sie müssen tätig werden.

„Kinder verdrängen, ver-harmlosen und spalten sol-che Gewalterfahrungen ab“,

berichtet Psychologe Martin Steinkamp von der städtischen Familienberatungstelle. „Das führt zu nachhaltigen Persönlichkeitsstörungen, denn das Kind kann nicht raus aus der Situation, kann die Familie, den Schutzraum, nicht verlassen.“ Auf Dauer schädigt eine Gewaltsituation das kindliche Gehirn, denn „das Gehirn strukturiert sich durch die Nahrung von außen“, gibt Martin Steinkamp Traumatforscher Besser wider.

„Neben dem Erziehungsstil ist es entscheidend“, zitiert Steinkamp eine Lehrmeinung, „dass Kinder in stabilen Verhältnissen aufwachsen.“ Die eigenen vier Wände - ob sie nun zusammen mit den Eltern oder nur einem Elternteil bewohnt werden - bedeuten



Zuschlagen - Schläge hinterlassen sichtbare Spuren. Verheerend sind die Auswirkungen für Kinder in Gewaltfamilien. (WR-Bild)

für Kinder Schutz. Gerade weil häusliche Gewalt in diesem angenommenen Schutzraum passiert, stürzt für Kinder eine Welt ein, „löst eine Trauma aus“, beschreibt Steinkamp. Die Annahme „Eine zerrüttete Familie ist besser als keine“ sei also Unsinn. Gewalt macht Kinder

### STICHWORT

## Runde gegen Gewalt

- Der Hagener „Runde Tisch gegen häusliche Gewalt“ wurde im Herbst 2001 von der damaligen Landtagsabgeordneten Renate Drewke (SPD) initiiert.
- Polizei, Staatsanwaltschaft, Beratungsstellen, Frauenhaus, Fachbereich Jugend und Soziales und Gleichstellungsstelle kooperieren nun, um Gewaltopfern kurzfristig abgestimmte Hilfe zu gewährleisten und langfristig eine Perspektive ohne häusliche Gewalt zu bieten.
- Die Runde kommt regelmäßig auch zu Weiterbildungen und Tagungen zusammen.

Steffen Bambach  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Ambulanz des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke  
Gerhard-Kienle-Str. 4  
58313 Herdecke

An die  
Westfälische Rundschau  
Lokalredaktion Hagen  
Schürmannstr. 4  
58095 Hagen

**Leserbrief zum Artikel „die Spuren von Prügel“**  
„Wir brauchen Naturschutzgebiete für Kinder“

Wie katastrophal es sich auswirkt, wenn Kinder in Familien mit gewalttätigen Verhalten von Erwachsenen aufwachsen, wurde auf der Veranstaltung mit Dr. med. Lutz Ulrich Besser, die von der Gleichstellungsstelle der Stadt Hagen organisiert wurde, hervorragend dargestellt. Veranstaltungen dieser Art sind auch in Zukunft dringend erforderlich, um der Problematik von Kindern aus Gewaltfamilien gerecht zu werden. Viel zu oft werden bei Kindern aggressive, soziale oder auch ängstlich-traurig getönte Verhaltensauffälligkeiten, nicht im Zusammenhang mit der häuslichen Situation und etwaigen familiären Gewalthandlungen gesehen und beurteilt.

Es ist es für Lehrer, Erzieher, Sozialarbeiter und auch Ärzte oft nicht leicht, Fakten zu erhalten, die auch vor Gericht Bestand haben würden. Schwierige Konstellationen sind z. B. wenn ein Kind regelmäßig miterlebt, wie ein Elternteil vom anderen geschlagen wird oder auch seelischer oder sexueller Misshandlung eines Kindes, weil dies oft keine offensichtlichen körperlichen Spuren hinterlässt.

Um sinnvoll im Sinne gefährdeter Kinder handeln und auch juristische Konsequenzen aufgrund von Kindesmisshandlung erfolgen lassen zu können, sind möglichst viele Fakten bezüglich der vermuteten Gewalthandlungen erforderlich. Hierzu wurde auf der Veranstaltung von Dr. Besser angeregt, eine Stelle nach holländischem Modell zu etablieren. Diese soll die beteiligten Helfersysteme (z. B. Schule, Erzieher, Ärzte, Polizei, Jugendamt ...) koordinieren, um im Vorfeld eine gemeinsame Strategie zum Schutze des Kindes zu entwickeln.

Bei dieser Aufgabe der Vernetzung der unterschiedlichen Helfersysteme, die mit einem möglicherweise misshandelten Kind zu tun haben, könnte der Hagener „Runde Tisch gegen häusliche Gewalt“ sowie die von der Hagener Gleichstellungsstelle organisierten Öffentlichkeitsveranstaltungen auch in Zukunft eine wichtige Bedeutung haben, einschließlich der weiteren Vernetzung mit der kindpsychiatrischen Ambulanz des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke.

Steffen Bambach, Oberarzt der Kindpsychiatrischen Ambulanz des GKH-Herdecke



## **Literaturliste / Filme**

**Dr. Lutz – Ulrich Besser**

## *Kinder-Psychotraumatologie und Therapie*

**BERGMANN / HÜTHER:**

Computer-süchtig – Kinder im Sog der modernen Medien;  
Patmos-Verlag Düsseldorf 2006

**BOVESIEPEN, Gustav; HOPF, Hans:**

Unruhige und unaufmerksame Kinder – Psychoanalyse des hyperkinetischen Syndroms.  
Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt 2002

**BRISCH, Karl Heinz:**

Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie.  
Klett-Cotta, Stuttgart 1999

**BRISCH / GROSSMANN / GROSSMANN / KÖHLER:**

Bindung und Seelische Entwicklungswege.  
Klett-Cotta, ISBN 3-608-94353-6

**BRISCH, Karl Heinz, HELLBRÜGGE, Theodor (Hrsg.):**

Bindung und Trauma - Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern.  
Klett-Cotta, Stuttgart 2003

**BROCKHAUS, Ulrike; KOLSHORN, Maren:**

Sexuelle Gewalt gegen Mädchen und Jungen -Mythen, Fakten, Theorien.  
Campus Verlag, Frankfurt - New York 1993

**BUCHNER, Christina:**

Der Räuber Thalamus und andere Geschichten –  
Brainstories zur Lernbiologie für Eltern und Pädagogen.  
VAK Verlags GmbH, Kirchzarten, 2.Auflage 2002

**DEEGENER, Günther:**

Kindesmissbrauch – erkennen, helfen, vorbeugen.  
Beltz Verlag 1998

**ENDRES/BIERMANN:**

Traumatisierung in Kindheit und Jugend.  
Reinhardt-Verlag, ISBN 3-497-01585-7

**GRÜSSER, Sabine M., THALEMANN, Ralf:**

Computerspiel-süchtig ? - Rat und Hilfe;  
Verlag Hans Huber, Hogrefe Bern 2006

**HENSEL, Thomas:**

EMDR mit Kindern und Jugendlichen – Ein Handbuch;  
Hogrefe Göttingen 2007

**HILWEG, Werner; ULLMANN, Elisabeth (Hg.):**

Kindheit und Trauma. Trennung, Missbrauch, Krieg.  
Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen 1997

**HOFMANN, Ronald:**

Bindungsgestörte Kinder und Jugendliche mit einer Borderline-Störung –  
Ein Praxisbuch für Therapie, Betreuung und Beratung.  
Klett-Cotta, Stuttgart 2002

**HÜTHER, Gerald, GEBAUER, Karl:**

Kinder brauchen Wurzeln - Neue Perspektiven für eine gelingende Entwicklung.  
Walter Verlag 2001

**HÜTHER, Gerald, BONNEY, Helmut:**

Neues vom Zappelphilipp - ADS: verstehen, vorbeugen und behandeln.  
Walter Verlag 2002

**HÜTHER, Gerald und KRENS, Inge:**

Das Geheimnis der ersten neun Monate.  
Walter Verlag, Düsseldorf und Zürich 2005.

**KERNSTOCK-REDL, Helga:**

Heilsame Kindergeschichten – Beruhigende, tröstende und stärkende Storys selbst erfinden,  
öbv & hpt VerlagsgmbH, Wien 2005

**KLAUS, Marshall u. Phyllis H.:**

Das Wunder der ersten Lebenswochen.  
Kösel Verlag

**KUNTZAG, Lars:**

Traumatisierte Vorschulkinder. Diagnostische Grundlagen und Methoden.  
Junfermann Verlag, Paderborn 1998

**LAMPRECHT, Friedhelm:**

Praxisbuch EMDR – Modifizierungen für spezielle Anwendungsgebiete;  
Leben Lernen Klett-Cotta, Stuttgart 2006

**LANDOLT, Markus A.:**

Psychotraumatologie des Kindesalters.  
Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG Göttingen 2004.

**LEVINE, Peter A.:**

Verwundete Kinderseelen Heilen.  
Kösel-Verlag GmbH & Co., München 2005.

**LOVETT, Joan:**

Kleine Wunder – Heilung von Kindheitstraumata mit Hilfe von EMDR.  
Junfermann Verlag – Paderborn 2000

**LACKNER, Regina:**

Wie Pippa wieder lachen lernte- Therapeutische Unterstützung traumatisierter Kinder,  
Springer Wien New York, 2004

**LUEGER-SCHUSTER, B., PAL-HANDL:**

Wie Pippa wieder lachen lernte – Elternratgeber für traumatisierte Kinder,  
Springer Wien New York, 2004

**MAY, Angela; REMUS, N.:**

Traumatisierte Kinder. Pädagogische und therapeutische Möglichkeiten der Intervention;  
B. Agm. Prävention u. Prophylaxe e.V. Hrsg.; Verlag die Jonglerie, Berlin 2002

**MAY, Angela, REMUS, Norbert:**

Rituelle Gewalt.  
Verlag die Jonglerie, ISBN 3-9805445-7-5

**MÖLLER, Christoph:**

Drogenmissbrauch im Jugendalter.  
Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG Göttingen 2005.

**MÖLLER, Christoph:**

Jugend Sucht. PRmed.-Consulting,  
Esslingen 2003.

**PARNELL, Laurel:**

EMDR – der Weg aus dem Trauma. Über die Heilung von Traumata und emotionalen Verletzungen.  
Junfermann Verlag, Paderborn 1999

**RENSEN, Ben:**

Fürs Leben geschädigt.  
Trias Verlag 1990 / 1992

**RISAU, Petra; KRUCK, Marlene; BENDER, Kathrin (Hrsg.):**

Sexualisierte Gewalt in der Alltags- und Medienwelt von Kindern.  
Wahrnehmen – Benennen – Präventiv handeln.  
Klinkhardt-Verlag, Bad Heilbrunn 2001

**SILBERG, Joyanna:**

The Dissociative Child – Diagnosis, Treatment and Management.  
Sidran-Press, 2328 W. Joppa Rd., Suite 15, Lutherville, MD 21093 (ISBN 1-88 69 68-06-3)

**STRECK-FISCHER, Annette:**

Adoleszenz und Trauma.  
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 98

**TINKER, R.; WILSON, S.:**

Through the Eyes of a Child. EMDR with Children.  
W.W. Norton & Company, New York – London 1999

**TINKER, R & WILSON, S.:**

EMDR mit Kindern – Ein Handbuch .  
Junfermann Verlag- 2000

**WEINBERG, Dorothea:**

Traumatherapie mit Kindern.  
Pfeiffer bei Klett-Cotta 2005.

**WEIß, Wilma:**

Philipp sucht sein ich - Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in der Erziehungshilfe;  
Basistexte Erziehungshilfe 2, Beltz Votum,  
Weinheim - Berlin - Basel 2003

**WINTERHOFF-SPURK:**

Peter: Kalte Herzen.  
Klett-Cotta Verlag Stuttgart 2005

**ZUBENKO, Wendy N.:**

Children and Disasters - A practical guide to healing and recovery.  
Oxford University Press, 2002



## *Romane und Zusatzliteratur zur Psychotraumatologie*

**ANDERS, Günter:**

Hiroshima ist überall. Tagebuch aus Hiroshima und Nagasaki.  
Beck'sche Reihe, München 1982

**GRINDER, John; BANDLER, Richard:**

Therapie in Trance – NLP und die Struktur hypnotischer Kommunikation;  
Konzepte der Humanwissenschaften, 10. Auflage;  
Klett-Cotta 2000

**HOEG, Peter:**

Der Plan von der Abschaffung des Dunkels.  
rororo 1998

**MICHAELS, Anne:**

Fluchtstücke.  
rororo 1999

**OVERBECK, Gerd (Hg.):**

Brennende Scham oder Heilung durch Liebe – Die Vergangenheit in der Gegenwart,  
Zur Reinszenierung eines Familienromans;  
Vas – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt, 2006

**PRIOR, Manfred:**

MiniMax-Interventionen.  
Carl-Auer-Systeme Verlag, Heidelberg 2002 / 2004

**ROSENBERG, Marshall B.:**

Gewaltfreie Kommunikation - Aufrichtig und einfühlsam miteinander sprechen,  
Junfermann Verlag, Paderborn 2003

**SALTER, Anna:**

Die Psychologin,  
Goldmann 1997

**SALTER, Anna:**

Der Schatten am Fenster,  
Goldmann, 1999

**SALTER, Anna:**

Tödliches Vertrauen,  
Goldmann 2001

**SALTER, Anna:**

Schwarze Seelen,  
Goldmann 2003

**SCHALEKAMP, Juanita Maria:**

Krokusse im Winter – Roman und Leitfaden zum Thema Trauma,  
Devas SA, CH-1950 Sion , (ISBN 2-88465-016-4) 2005

**SCHLIPPE, Arist von, SCHWEITZER; Jochen:**

Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung.  
Vandenhoeck & Ruprecht

**SCHULZ von THUN, Friedemann:**

Miteinander reden 3. Das „Innere Team“ und situationsgerechte Kommunikation.  
rororo Sachbuch, 1998

**SCHWARTZ, Richard C.:**

Systemische Therapie mit der inneren Familie.  
Leben lernen 114, pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 1997

**TISMA, Aleksandar:**

Kapo.  
dtv 1999

**VACHSS, Andrew:**

Roman - Kult,  
Ullstein, 1996

**VACHSS, Andrew:**

Roman – Eisgott,  
Kreuzfeuer Verlag 2004

**WEISS, Thomas, HAERTEL-WEISS, Gabriele:**

Familientherapie ohne Familie. Kurztherapie mit Einzelpatienten.  
Piper Verlag, München 1999



*Eigene Veröffentlichungen in:*

**BRISCH, Karl Heinz, HELLBRÜGGE, Theodor (Hrsg.):**

Bindung und Trauma - Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern.  
Klett-Cotta, Stuttgart 2003

**MÖLLER, Christoph:**

Drogenmissbrauch im Jugendalter.  
Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co.KG Göttingen 2005.

**STREECK-FISCHER, Annette (Hg.); SACHSSE, Ulrich; ÖZKAN, Ibrahim:**

Traumatherapie - Was ist erfolgreich?  
Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2002



## Filme zum Trauma-Thema

- Jenseits der Angst - „Fearless“
- Herr der Gezeiten
- Nuts
- Das Fest
- Das Baumhaus
- Das Kartenhaus
- Boys-life
- Der Pferdeflüsterer
- Im Rausch der Tiefe
- Die Farbe Lila
- Ray (Lebensgeschichte von Ray Charles)
- König der Fischer
- Die fabelhafte Welt der Amelie
- Die Kinder des Monsieur Mathieu
- Rhythm is it
- Wie im Himmel
- Wenn Träume fliegen lernen
- Tout un hiver sans feu (Regie Greg Zglindki)
- Der Tod und das Mädchen
- Angeklagt
- Rosemaries Baby
- Flatliners
- Das Experiment
- Sleepers
- Kap der Angst
- Am Wilden Fluss
- Das Wunder von Bern
- Das Leben ist schön
- Der Pianist
- Hitlerjunge Salomon
- Zug des Lebens
- Jakob der Lügner
- Im Westen nichts Neues
- Die Brücke
- Der Soldat Ryan
- Full metal jacket
- Zurück aus der Hölle
- Wir waren Helden
- Schindlers Liste
- Der Untergang

Stand: 04.12. 2006

## **Weitere Literatur**

**Deutschsprachiges Material zum Thema „Kinder und häusliche Gewalt gegen die Mutter“**

**Prof. Dr. Barbara Kavemann**

Projekt WiBIG – Wissenschaftliche Begleitung Interventionsprojekte gegen häusliche Gewalt

Berliner Büro: Kottbusser Damm 79, 10967 Berlin, **Tel: +49-30-691 48 32, Fax: +49-30-691.48.33**

e-mail: [wibig.berlin@web.de](mailto:wibig.berlin@web.de)

internet: [www.wibig.uni-osnabrueck.de](http://www.wibig.uni-osnabrueck.de)

Prof. Dr. Barbara Kavemann

**Deutschsprachiges Material zum Thema  
„Kinder und häusliche Gewalt gegen die Mutter“**

- Arbeit mit Kindern im Frauenhaus. Klausurtagung des Arbeitskreises „Erzieherinnen im Frauenhaus“ im Diakonischen Werk Westfalen, 27./28.6.2000, Arbeitspapier
- BMFSFJ (2000) Mehr Mut zum Reden – Von misshandelten Frauen und ihren Kindern, Bonn, BMFSFJ, Broschürenstelle 0180-5329329, [poststelle@bmfsfj.bund.de](mailto:poststelle@bmfsfj.bund.de)
- Bruch, Carol S. (2002) Parental Alienation Syndrome und Parental Alienation: Wie man sich in Sorgerechtsfällen irren kann, Familienrechtszeitung, Heft 19, 2002, S. 1304 - 1315
- Der Polizeipräsident in Berlin und BIG e.V. (Hg.) (1999) Polizeiliches Handeln in Fällen häuslicher Gewalt, Leitlinien, Berlin
- Dokumentation „Zwei Jahre Kindschaftsrechtsreform – Erfahrungen und gesetzlicher Handlungsbedarf, Anhörung der PDS-Bundestagsfraktion 8.9.2000, Berlin. [fraktion@bt.pds-online.de](mailto:fraktion@bt.pds-online.de)
- Dürmeier, Waltraud (1999) Auswirkungen des neuen Kindschaftsrechts – Erste Erfahrungen in der Beratung von Frauenhausbewohnerinnen, in: Jahreshaft 1999 der Frauenhilfe München, Postfach 40 06 46, 80706 München
- Ehinger, Uta (2001) Überlegungen und Vorschläge zur Verbesserung des Schutzes der Kinder in Fällen häuslicher Gewalt, in: Familie, Partnerschaft, Recht, 7. Jhg. 4/2001, S. 280 ff
- Enzmann, Dirk; Wetzels, Peter: Das Ausmaß häuslicher Gewalt und die Bedeutung innerfamiliärer Gewalt für das Sozialverhalten von jungen Menschen aus kriminologischer Sicht, in: Familie, Partnerschaft und Recht 04/2001, S. 249 ff
- Fachforum Frauenhaus (1996) DPW Bundesverband (Hg.) Frauenhaus in Bewegung, Frankfurt am Main
- FamRZ –Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (1999) Zur Aufhebung der gemeinsamen elterlichen Sorge und zur Übertragung des alleinigen Sorgerechts auf den antragstellenden Elternteil, Heft 24, 1646 ff.
- Fegert, Jörg M. (2000) Altes neues Kampffeld Umgangsrecht, in: Dokumentation Zwei Jahre Kindschaftsrecht, Berlin [fraktion@bt.pds-online.de](mailto:fraktion@bt.pds-online.de)
- Fegert, Jörg M. (2001) Parental Alienation oder Parental Accusation Syndrome? (Teil 1 und Teil 2), Kind-Prax 1/2001 und Kind-Prax 2/2001
- Heiliger, Anita (2001) PAS das Parental Alienation Syndrome. Eine Fiktion mit schwerwiegenden familienrechtlichen Folgen in: Sozialmagazin, 26. Jhg. 6/2001
- Heilmann, Sabine (2000) Mädchen und Jungen mit Gewalterfahrungen – Ein Einblick in die Gruppenarbeit im Kinderbereich der Frauenhilfe, in: Jahreshaft 2000 der Frauenhilfe München, Postfach 40 06 46, 80706 München
- Heynen, S. (2001) Partnergewalt in Lebensgemeinschaften: direkte und indirekte Auswirkungen auf die Kinder. beiträge zur feministischen theorie und praxis, 24 (56/57), 83-99.
- Heynen, Susanne: Prävention Häuslicher Gewalt. Kinder als Opfer häuslicher Gewalt, Dokument aus der Internetdokumentation deutscher Präventionstag,

[www.praeventionstag.de](http://www.praeventionstag.de), Kerner, Hans-Jürgen; Marks, Erich (Hg.) im Auftrag der Deutschen Stiftung für Verbrechensverhütung und Straffälligenhilfe (DVS) 2005

Kavemann, Barbara (2000) Kinder und häusliche Gewalt – Kinder misshandelter Mütter, Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, Jahrgang 3, Heft 2, S. 106-120, DGgKV.

Kavemann, Barbara (2001) Kinder als Zeugen und Opfer häuslicher Gewalt in: Das Frauenhaus macht neue Pläne, Dokumentation des Fachforums Frauenhausarbeit vom 14.-16.11.2000. Zu bestellen über Awo-Bundesverband, Diakonisches Werk der EKD, DPW-Bundesverband-Frauenhauskoordinierung, Sozialdienst katholischer Frauen. Zentrale.

Kavemann, Barbara (2002) Kinder misshandelter Mütter – Anregungen zu einer zielgruppenspezifischen Intervention in: Breitenbach, Bürmann u.a.(Hg.) Geschlechterforschung als Kritik, Kleine Verlag, Bielefeld

**Kavemann, Barbara / Kreyssig, Ulrike (Hg.) (2006) Handbuch Kinder und häusliche Gewalt, VS-Verlag Sozialwissenschaften, Wiesbaden**

Kavemann, Barbara; Leopold, Beate; Schirrmacher, Gesa (2001) Modelle der Kooperation bei häuslicher Gewalt – Wir sind ein Kooperationsprojekt, kein Konfrontationsprojekt, BMFSFJ (Hg.) Kohlhammer, Stuttgart

Kavemann, Barbara; Leopold, Beate; Schirrmacher, Gesa; Hagemann-White, Carol (2002) "MATERIALIEN aus den Interventionsprojekten gegen häusliche Gewalt" BMFSFJ (Hg.) Tel: 0180- 5 329 329, Fax: 0228 - 930 – 4913, Email: [poststelle@bmfsfj.bund.de](mailto:poststelle@bmfsfj.bund.de)

Kinder als Opfer von Partnergewalt – Möglichkeiten kindgerechter Intervention (2000) Stadt Karlsruhe, Kinderbüro, Dokumentation der Fachtagung vom 14.8.00, Mitteilungen des Bürgermeisteramts 4/2000

Kinder leben im Frauenhaus. Konzepte – Perspektiven. Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Frauenhäuser (Hg.) (2002) Eine Handreichung für die Praxis, Fax: 0711-2159-288

Kinder misshandelter Mütter – Schutz, Unterstützung, Kooperation (2003). Niedersächsisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales, Dezernat 407, Niedersächsisches Landesjugendamt, Postfach 203, 30002 Hannover

Kindler, Heinz (2002) Partnerschaftsgewalt und Kindeswohl. Eine meta-analytisch orientierte Zusammenschau und Diskussion der Effekte von Partnerschaftsgewalt auf die Entwicklung von Kindern. Folgerungen für die Praxis. Arbeitspapier, Deutsches Jugendinstitut, Fax: 089-62306-162

Kindler, Heinz; Salzgeber, J.; Fichtner, J.; Werner, A. (2004) Familiäre Gewalt und Umgang, FamRZ, Zeitschrift für das gesamte Familienrecht, 16, August 2004, S. 1241 - 1251

Kindler, Heinz (2005) Auswirkungen von häuslicher Gewalt auf die psychosoziale Entwicklung von Kindern, in: Familie, Partnerschaft Recht, Heft 1-2 (2005) S. 16-20

Kindler, Heinz: Primäre Prävention von Partnergewalt: Ein entwicklungsökologisches Modell, in: Kavemann, Barbara / Kreyssig, Ulrike: Handbuch Kinder und häusliche Gewalt

Kindler, Heinz: Partnergewalt und Beeinträchtigung kindlicher Entwicklung. Ein Forschungsüberblick, in: Kavemann, Barbara / Kreyssig, Ulrike: Handbuch Kinder und häusliche Gewalt

Lohmeier, Cony (2001) Mutterpflichten – Vaterrechte: neues Recht – altes Rollenspiel? in: Sozialmagazin, 26. Jhg. 6/2001

Maier, Franziska (2000) Psychomotorische Gruppenarbeit mit Kindern, die unter den Auswirkungen der Gewalt gegen sie selbst und die Mutter leiden, in: Jahresheft 2000 der Frauenhilfe München, Postfach 40 06 46, 80706 München

Manchmal tut es weh, darüber zu reden. Kinder als Opfer häuslicher Gewalt – Ergebnis eines Theorie-Praxis-Seminars. Angelika Henschel (Hg) (2003) Fachhochschule

Nordostniedersachsen, Fachbereich Sozialwesen, Prof. Dr. Angelika Henschel,  
Rotenbleicher Weg 67, 21335 Lüneburg

- Meysen, Thomas (2004) Brücken vom Gewaltschutzgesetz zur Kinder- und Jugendhilfe in:  
Das Jugendamt Heft 02/2004, S. 61 - 69
- Nuspl, Beate (1999) Geschlechtsspezifische Arbeit mit Jungen im Frauenhaus, in: Jahresheft  
1999 der Frauenhilfe München, Postfach 40 06 46, 80706 München
- Oberloskamp, Helga (2001) Qualitätsanforderungen an die gutachterliche Stellungnahme  
des Jugendamtes, in: Familie, Partnerschaft, Recht, 7. Jhg. 4/2001, S. 267 ff
- Osborn-Fischer, Elke (2001) Das „Kindeswohl“ im Diskurs und Konflikt zwischen  
Wissenschaft und Praxis in: Sozialmagazin, 26. Jhg. 6/2001
- Rechtsinfo: Kindschaftsrecht. Was ist im Frauenhaus zu beachten? (1999)  
Frauenhauskoordinierung (Hg.) Der Paritätische Gesamtverband e.V., Frankfurt/Main
- Salgo, Ludwig (2000) Kindschaftsrecht: Vom Appell zur Norm, in Dokumentation Zwei Jahre  
Kindschaftsrecht, Berlin, [fraktion@bt.pds-online.de](mailto:fraktion@bt.pds-online.de)
- Scheffler, Gabriele (2001) Ist eine Reform der Reform notwendig? Das Kindschaftsrecht auf  
dem Prüfstand in: Sozialmagazin, 26. Jhg. 6/2001
- Schwarz, Ingrid; Weinmann, Christoph (2005) Die Kinder im Zentrum. Hilfen für Mädchen  
und Jungen mit Erfahrungen von Partnergewalt zwischen ihren Eltern, in: Familie,  
Partnerschaft Recht, Heft 1-2 (2005) S. 15 - 16
- Söpfer, Sylvia (2001) Kinder und häusliche Gewalt aus dem Blickwinkel der  
Verfahrenspflegschaft, in: Familie, Partnerschaft, Recht, 7. Jhg. 4/2001, S. 269 ff
- Strasser, Philomena (2001) Kinder legen Zeugnis ab. Gewalt gegen Frauen als Trauma für  
Kinder, Studien Verlag, Innsbruck, [www.studienverlag.at](http://www.studienverlag.at)
- Wallerstein, Judy S.; Lewis, Julia; (2001) Langzeitwirkungen der elterlichen Ehescheidung  
auf Kinder – Eine Längsschnittuntersuchung über 25 Jahre, Familienrechtszeitschrift  
48. Jahrgang, Heft 2, S. 65-72
- Wallerstein, Judith S.; Lewis, Julia u.a. (2002) Scheidungsfolgen – Kinder tragen die Last.  
Eine Langzeitstudie über 25 Jahre, Votum-Verlag, Münster
- Wenn der Papa die Mama haut, trifft er auch mich – Dokumentation der Fachtagung vom  
30.11.2000, Wien, Frauenbüro, Magistrat der Stadt Wien, [aoef@xpoint.at](mailto:aoef@xpoint.at)
- Willutzki, Siegfried (2000) Gesetzliche Sorgerechtsregelungen und richterliche Praxis, in:  
Dokumentation Zwei Jahre Kindschaftsrecht, Berlin, [fraktion@bt.pds-online.de](mailto:fraktion@bt.pds-online.de)
- Wurdak, Marion; Rahn, Angelika (2001) Kinder im Umfeld häuslicher Gewalt – Erfahrungen  
aus der Arbeit im Frauenhaus und Vorstellung der Jugendhilfemaßnahme begleiteter  
Umgang und kontrollierter Umgang, in: Familie, Partnerschaft, Recht, 7. Jhg. 4/2001,  
S. 275 ff
- Zitelmann, Maud (2001) Kindeswohl und Kindeswille, Votum Verlag, Münster

**Diese Liste soll Sie dabei unterstützen, sich über das Thema zu informieren. Sie können die Artikel Dokumentationen und Bücher über den Buchhandel bzw. über die Herausgeber bestellen. In einigen Fällen haben wir Telefonnummern oder Email-Adressen angegeben.**

**Diese Materialien sind nicht über uns zu beziehen!**

**Weitere Texte zum Thema häusliche Gewalt unter [www.wibig.uni-osnabrueck.de](http://www.wibig.uni-osnabrueck.de)**



# Buchinformation



Barbara Kavemann, Ulrike Kreyssig (Hrsg.)  
**Handbuch  
Kinder und häusliche Gewalt**

2006. 475 S. Br. ca. EUR 39,90  
ISBN 3-531-14429-4

VS Verlag für Sozialwissenschaften  
ist eine Marke der GWV Fachverlage GmbH

VS Verlag | GWV Fachverlage GmbH  
Abraham-Lincoln-Straße 46  
65189 Wiesbaden | Germany  
www.vs-verlag.de

*Aus dem Inhalt:*

Zusammenhang: Gewalt gegen Frauen und Gewalt gegen Kinder - Familienrechtliche Rahmenbedingungen - Innovationen in Berufsfeldern - Modelle zur Unterstützung für Kinder und Jugendliche bei häuslicher Gewalt gegen die Mutter - Modelle zur Unterstützung der Mütter bei häuslicher Gewalt - Herausforderung an die soziale Arbeit - Europäische Erfahrungen - Konsequenzen und Perspektiven

Dass Kinder mitbetroffen sind von häuslicher Gewalt zwischen Eltern, dass sie unter dieser Situation leiden und Schaden nehmen, ist kein neues Thema. Um die Unterstützungspraxis im Bereich der Jugendhilfe zu optimieren und den mitbetroffenen Mädchen und Jungen geeignete Angebote zu machen, ihre Ängste und Ambivalenzen zu verstehen, bedarf es fundierten Fachwissens. Solches wird in diesem Handbuch erstmals in deutscher Sprache in einem interdisziplinären Zugang zusammengetragen. Fachkräfte aus den Bereichen Soziale Arbeit, Polizei, Justiz, Therapie und Politik erhalten Einblick in vielfältige Fachfragen und Praxisprojekte. Gleichzeitig wird eine Informationsbasis geschaffen, auf deren Grundlage die Bereitschaft zur institutionellen Kooperation im Sinne eines gelingenden Kinderschutzes gestärkt werden kann.

*Über die Herausgeberinnen:*

Dr. Barbara Kavemann ist Honorarprofessorin an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin und freiberufliche Sozialwissenschaftlerin.

Ulrike Kreyssig, Dipl.-Pädagogin und Supervisorin (DGSv), ist Koordinatorin in der Berliner Interventionszentrale bei häuslicher Gewalt (BIG).



Bitte liefern Sie mir zum Ladenpreis

Fax: 06 11/7878-420

Expl.	Kavemann/Kreyssig (Hrsg.) <b>Handbuch Kinder und häusliche Gewalt</b> 2006. ca. EUR 39,90 (zzgl. Versand) - ISBN 3-531-14429-4
-------	--

Anderungen vorbehalten. Stand 10/05

Vorname Name	
--------------	--

Uni / Firma	
-------------	--

Institut / Abteilung	
----------------------	--

Straße (bitte kein Postfach!)	
-------------------------------	--

PLZ / Ort	
-----------	--

Datum      Unterschrift

Nützliche Links:

[www.mgffi.nrw.de/frauen/gewalt-gegen-frauen/haeusliche-gewalt/index.php](http://www.mgffi.nrw.de/frauen/gewalt-gegen-frauen/haeusliche-gewalt/index.php)

[www.wibig.uni-osnabrueck.de](http://www.wibig.uni-osnabrueck.de)

## **Impressum**

Herausgeberin: Stadt Hagen, Gleichstellungsstelle  
In Kooperation mit dem „Runden Tisch gegen Häusliche Gewalt“  
Verantwortlich: Anna Vierhaus, Gleichstellungsbeauftragte  
Gestaltung: Helm und Wienand (Umschlagseite)  
Druck: Stadt Hagen

