

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Psychotraumatologie	3
3. Trauma in der Kindheit	5
3.1 Typologie von Traumata	7
3.1.1 Typ I-Trauma.....	8
3.1.2 Typ-II-Trauma.....	9
3.2 Neurologische Aspekte	10
3.3 Risiko- und Schutzfaktoren in der Kindheit.....	12
3.4 Kindheitstrauma im Verlauf	14
3.4.1 Die traumatische Situation.....	15
3.4.2 Die traumatische Reaktion als biphasisches Modell	16
3.4.3 Der traumatische Prozess	19
3.5 Merkmale von kindlicher Traumatisierung.....	21
3.6 Mögliche Folgen kindlicher Traumatisierung	23
3.6.1 Dissoziative Störungen	26
3.6.2 PTSD.....	27
3.6.3 Weitere Langzeitfolgen	29
4. Traumapädagogik	30
4.1 Pädagogische Grundhaltung und Werte	33
4.2 Ziele der Traumapädagogik	35
4.3 Traumapädagogische Interventionsmöglichkeiten.....	37
4.3.1 Stabilisierung und Ressourcenaktivierung	38
4.3.2 Pädagogik des sicheren Ortes.....	40
4.3.3 Traumapädagogische Beziehungsgestaltung	41
4.3.4 Selbstbemächtigung/Selbstermächtigung.....	43
4.4 Anforderungen an pädagogische Fachkräfte.....	45

5. Die ACE-Studie	49
5.1 Design der Studie	50
5.2 Auswertung der ACE-Studie	51
5.3 Kritische Betrachtung.....	55
6. Fazit	56
Quellenverzeichnis	59
Abbildungsverzeichnis	63
Eidesstattliche Erklärung	64

1. Einleitung

Sowohl in der Gesellschaft als auch in den Medien wird der Begriff des Traumas geradezu inflationär verwendet und auf unterschiedlichste Weise interpretiert. Schon seit jeher werden kontroverse Diskussionen über psychische Folgen von traumatischen Lebenserfahrungen in der Kindheit geführt. Denn nur allzu lange wurde angenommen, dass sich die menschliche Psyche nach einiger Zeit davon erholt, ganz nach dem Motto: „Die Zeit heilt alle Wunden.“ (vgl. Besser 2013). Lange herrschte die allgemeine Auffassung, dass Kinder traumatische Erlebnisse leichter vergessen und deutlich widerstandsfähiger wären, sodass sie von einem Trauma in der früheren und mittleren Kindheit mit einer höheren Wahrscheinlichkeit weniger bis keine psychopathologischen Folgen davontragen (vgl. ebd.). Diese Annahme konnte durch vielfältige Studien und Erkenntnisse widerlegt werden. Obwohl nicht alle Kinder nach einem bedrohlichen Erlebnis direkt traumatisiert sind und aufgrund dieser belastenden Erfahrung schwere Schädigungen davontragen, trifft dies jedoch auf einen nicht zu unterschätzenden Teil von ihnen zu (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Für Außenstehende sind Traumatisierungen nicht immer offensichtlich zu erkennen. Die mehr oder weniger intensiven Symptomtiken weisen eindeutige Parallelen zu verschiedenen Störungsbildern auf, was in vielen Fällen zu Fehldiagnosen und inadäquaten Handlungs- und Interventionsmaßnahmen führt. Die mittlerweile äußerst prävalente Diagnose der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) wird als eine der häufigsten psychischen Auffälligkeiten bei Kindern erfahrungsgemäß eher in Betracht gezogen als ein vorausgegangenes Trauma, das eventuell in eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) mündet. Der Grund liegt u.a. darin, dass das Thema „Trauma“ insbesondere in der Kindheit nach wie vor stark tabuisiert wird. Die Grausamkeit und das unvorstellbare Leid, welches durch traumatische Erfahrungen ausgelöst wird, steht nicht selten in einem starken Zusammenhang mit Sprachlosigkeit und der Verdrängung von schrecklichen Erinnerungen, die immer wieder in das Bewusstsein vorstoßen. Aus eben dieser Tatsache erwächst die Frage, wie heilsames Erinnern realisiert werden kann und ob es sich hierbei um eine hilfreiche Lösungsstrategie handelt, um die leidvolle Wiederholung zu beenden (vgl. Besser 2013).

Traumata können in sämtlichen Formen und Varianten auftreten und sind grundlegend auf vielfältige Kausalitäten zurückzuführen. So kann das aktive und passive Erleben von Gewalt oder Missbrauch ebenso ein kindliches Trauma verursachen wie ein

Verkehrsunfall oder der plötzliche Verlust einer nahestehenden Bezugsperson. Ebenfalls potenziell traumatische Ereignisse für Kinder sind der Tod von Elternteilen oder nahestehenden Familienangehörigen, körperliche sowie psychische Misshandlungen und/oder Vernachlässigung, aber auch lebensbedrohliche Ereignisse und Ausgrenzungserfahrungen wie Mobbing oder Diskriminierung (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Als verhängnisvolles Ereignis hinterlässt es unauslöschliche Spuren in der kindlichen Psyche (vgl. ebd.).

Zum Einstieg in die folgende Arbeit wird nach der Einleitung zunächst der universelle Begriff des Traumas aus Sicht der Psychotraumatologie definiert. Auf dieser Basis wird anschließend die Thematik von Trauma in der Kindheit differenziert betrachtet und es folgt eine Erläuterung zu den verschiedenen Typen, wobei ein verstärkter Fokus auf die Unterscheidung von Typ-I und Typ-II-Traumata gelegt wird. Im Anschluss folgen neurologische Aspekte, die einen Einblick zu den Auswirkungen eines Traumas auf das kindliche Gehirn ermöglichen. Darauf folgt die Erläuterung kindlicher Risiko- und Schutzfaktoren, welche einen weitreichenden Einfluss auf die Intensität sowie den Verlauf einer Traumatisierung haben können. Das Kapitel wird mit den Merkmalen und den möglichen kurz- und langfristigen Folgen einer kindlichen Traumatisierung abgeschlossen. Im vierten Kapitel werden schließlich die wissenschaftlichen Erkenntnisse der vorangegangenen Seiten auf die Möglichkeiten der Traumapädagogik übertragen. Hierbei werden die Grundlagen, Ziele, Herausforderungen und diverse pädagogische Interventionsansätze beleuchtet. Zur Untermauerung der wissenschaftlichen Erkenntnisse, welche in dieser Arbeit erläutert werden, folgt die Darstellung und Interpretation von den Forschungsergebnissen der bevölkerungsrepräsentativen deutschen „ACE-Studie“. Im abschließenden Kapitel werden die fundamentalen Erkenntnisse dieser Arbeit in konzentrierter Form zusammengefasst, welche durch eine persönliche Stellungnahme der Autorin ergänzt werden.

Innerhalb dieser Arbeit soll die Komplexität einer Traumatisierung bestmöglich und in komprimierter Weise aufgegriffen werden. Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit liegt in der Darstellung von essenziellen Informationen zum Thema Traumatisierung in der Kindheit und kann für pädagogische Fachkräfte als eine Art Leitfaden dienen, auf dessen Basis der pädagogische Alltag mit traumatisierten Kindern besser gemeistert werden kann. Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine literaturgestützte Abschlussarbeit. Sowohl die Literaturrecherche als auch die Erstellung und

Bearbeitung der vorliegenden Bachelorarbeit fanden unter den erschwerten Bedingungen der Corona-Pandemie statt. Der eingeschränkte Kontakt zu Kommiliton*innen sowie Professor*innen und der damit fehlende Austausch auf fachlicher sowie sozialer Ebene forderten sehr viel Eigeninitiative sowie professionelles Selbstmanagement und stellten die Verfasserin vor diverse Herausforderungen. Die Auswahl der Thematik erfolgte primär aus einer häufigen theoretischen sowie praktischen Berührung mit traumapädagogischen Aspekten und dem professionellen Interesse an einer festen Etablierung in der Sozialen Arbeit.

2. Psychotraumatologie

Die moderne Psychotraumatologie beschäftigt sich mit den Auswirkungen von psychischen Traumatisierungen auf die Entstehung und den Verlauf von negativen Folgen wie Störungsbildern, Krankheiten und Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Im Mittelpunkt stehen dabei reale Erfahrungen von menschlichen Individuen (vgl. ebd.). Das spezifische Fachwissen über die allgemeine Psychotraumatologie inklusive Traumareaktionen, Entwicklungsrisiken und Traumafolgestörungen dient der Qualitätssicherung von pädagogischem Handeln, denn es verschafft Pädagog*innen einen wertschätzenden Zugang und ein besseres Verständnis gegenüber den Verhaltensweisen und Bedürfnissen von traumatisch belasteten Kindern (vgl. Lang 2013). Jede psychische Traumatisierung ist äußerst individuell und bedarf demnach auch eine individuelle Herangehensweise.

Die Komplexität eines Traumas wird insbesondere deutlich, wenn eine Begriffsbestimmung stattfinden soll. Die Definition des Begriffs ist jedoch essenziell, um die Dynamik dahinter nachvollziehen zu können und aufbauend auf diesem Verständnis adäquate pädagogische Handlungsschritte einzuleiten. Generell kann ein psychisches Trauma als eine seelische Verletzung verstanden werden (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Das im deutschen Gesundheitssystem etablierte Klassifizierungssystem für medizinische Diagnosen, welches universell unter der Bezeichnung ICD-10-GM (International Classification of Diseases, 10. Revision, German Modifikation) bekannt ist, greift in seinem fünften Kapitel psychische sowie Verhaltensstörungen auf (vgl. ICD-10-GM Version 2021). Innerhalb des Abschnittes zu Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen wird ein Trauma definiert als „[...] ein belastendes Ereignis oder eine

Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ (ICD-10-GM Version 2021). Obwohl im Laufe der letzten Jahre essenzielle und fortschrittliche Erweiterungen der Definition von Trauma eingeführt wurden, unterliegt u.a. auch die Begriffsbestimmung des ICD-10 einem recht kritischen Feedback mit der implizierten Forderung nach einer Perspektiverweiterung (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Für ein integratives Verständnis müssen nicht nur subjektive und objektive Aspekte berücksichtigt werden. Zusätzlich sollte auch die Prozesshaftigkeit und Dynamik eines Traumas deutlich werden (vgl. Baierl 2014). Auf Basis dieser Aspekte formulierten Fischer und Riedesser eine alternative Definition, indem sie die Beziehung zwischen dem Ereignis und dem erlebenden Subjekt mitsamt Traumafolgestörungen in den Fokus stellten (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Demzufolge definieren sie Trauma

„[...] als ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer/Riedesser 2016, 84).

Bei beiden Klassifikationssystemen wird die primäre Ursache einer Traumatisierung statt auf die Eigenheiten der traumatisierten Person, auf ein furchtbares oder extrem belastendes Ereignis zurückgeführt, welches die Bewältigungsmöglichkeiten des betroffenen Subjekts übersteigt und dadurch zu tiefgreifenden Veränderungen des Denkens, Fühlens und Handelns führt (vgl. Baierl 2014). Die daraus resultierende Entwicklung vielfältiger Abwehrmechanismen sorgt dafür, dass die belastenden Erinnerungen aktiv im Unterbewusstsein manifestiert und wiederholt ins Bewusstsein gezogen werden (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Darüber hinaus entwickeln sich meist Gefühle der Hilflosigkeit, starker Angst und Kontrollverluste (vgl. ebd.). Entgegen massenmedialen Ansichten umfasst ein Trauma nicht nur das Ereignis selbst, sondern auch die erleidenden Person mit ihrer persönlichen Geschichte. Im Mittelpunkt steht die Beziehung des Subjekts zum Objekt in Form der sie umgebenden Welt. Nur durch das Einbeziehen der subjektiven Aspekte kann ein Wirkungszusammenhang hergestellt werden, denn dadurch kann sich ein Verständnis dafür entwickeln, warum manche Personen zwar geschockt auf eine extrem bedrohliche Situation reagieren, aber nicht traumatisiert werden, während andere mit den langwierigen und prekären Folgen einer Traumatisierung zu kämpfen haben (vgl. ebd.). Gemäß Fischer und Riedesser wird jedes

individuelle Trauma durch drei spezifische Faktoren des Subjekts bestimmt: die biologischen Grundgegebenheiten, die bisherigen positiven und negativen Lebenserfahrungen und auch die Sozialisation. Diese Faktoren übernehmen in bedrohlichen Situationen eine prozessbestimmende Rolle und haben damit einen entscheidenden Einfluss auf die Symptomatik (vgl. ebd.).

Jegliche Definitionen können dem Spektrum an Problemen kaum gerecht werden, denen traumatisierte Kinder ausgesetzt sind. Hierzu gehören u.a. die kritischen Auswirkungen auf die weitere Entwicklung wie etwa Regressionen im Verhalten, prekäre Störungen der Affektregulierung und wechselhafte emotionale Zustände, die Unfähigkeit neue Entwicklungskompetenzen auszubilden, die multiplen somatischen Probleme (u.a. Bauch-, und Kopfschmerzen) oder auch die sich aufdrängenden Gefühle von Wirkungslosigkeit, Scham und Selbsthass (vgl. Van der Kolk 2009).

3. Trauma in der Kindheit

Neben vielerlei positiv konnotierten Erfahrungen gehört parallel auch die Bewältigung von Krisen und Problematiken zum Lebensalltag jedes Kindes (vgl. Weiß 2013). Gelingt es diesen jungen Individuen, diverse Herausforderungen zu meistern, kann ein positives Selbstbild aufgebaut werden, das einen wesentlichen Einfluss auf die weitere Persönlichkeitsentwicklung hat (vgl. ebd.). Treten jedoch einschneidend negative Kindheitserlebnisse auf, kann das aufwachsende Kind traumatisiert und das Verhalten in dysfunktionale Wege geleitet werden (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Über viele Jahre hielt sich der weit verbreitete Irrtum aufrecht, dass Kinder widerstandsfähiger seien als Erwachsene (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Die drastischen Folgen traumatisierender Kindheitserfahrungen wurden dabei lange übersehen oder heruntergespielt (vgl. ebd.). Dies gründete insbesondere in der allgemeinen Unwissenheit über die Verletzlichkeit der kindlichen Psyche, welche durch individuelle sowie kollektive Verdrängung und Verleugnung aufrechterhalten wurde (vgl. ebd.). Die fortschrittlichen Erkenntnisse über spezifische Aufgaben, Themen, Gefährdungen und Abweichungen im intrapsychischen und interpersonalen Bereich vom Säuglingsalter bis zur Adoleszenz konnten im Zusammenhang mit traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit einen Paradigmenwechsel bewirken, denn sie verdeutlichen, wie exorbitant das Ausmaß einer kindlichen Traumatisierung sein kann (vgl. ebd.).

Von Natur aus sind Kinder soziale Individuen, die auf Zuwendung und Unterstützung von Erwachsenen angewiesen sind (vgl. ebd.). Die mittlerweile mannigfaltig durchgeführten Studien und wissenschaftlichen Erkenntnisse machen deutlich, dass Kinder aus diversen Gründen durch ein Trauma verwundbarer sind als Erwachsene. Trotz der menschlichen Fähigkeit zu überleben und sich anzupassen, können traumatische Erfahrungen das psychologische, biologische und soziale Gleichgewicht betroffener Kinder so stark verändern, dass die Erinnerung an das belastende Ereignis alle anderen Erfahrungen beeinflusst und die Wertschätzung der Gegenwart beeinträchtigt (vgl. Van der Kolk 1998). Die bisherigen kindlichen Lebenserfahrungen werden in Frage gestellt, da nichts mehr absolute Sicherheit bietet und eine distanzierte Perspektive des Kindes kaum möglich ist (vgl. ebd.). Traumatische Ereignisse sind demnach ein Einschnitt in das junge Leben eines Kindes, das die gesamte weitere Entwicklung negativ beeinflussen kann (vgl. ebd.). Schon ab dem Säuglingsalter besitzen Kinder Abwehrmechanismen und Copingstrategien, sie haben jedoch im Vergleich zu Erwachsenen nur wenig Lebenserfahrung und konnten noch nicht so häufig schwierige Probleme durch eigene Bewältigungsstrategien lösen, weshalb sie bisher nur wenig Vertrauen in sich als bewältigendes Subjekt entwickeln konnten (vgl. Eckardt 2013). „Ein Kind ist der Angst des Alleingelassenwerdens ausgesetzt, ohne ihr etwas entgegenzusetzen zu können.“ (Eckardt 2013, 19). Kinder haben also deutlich weniger Möglichkeiten zum Handeln als Erwachsene, die z.B. eine Anzeige erstatten, umziehen oder sich auf andere Weise schützen können (vgl. Van der Kolk 2009). Aus diesem Grund kann es bei einmaligen oder mehrfachen Überforderungszuständen (z.B. durch eine traumatische Erfahrung) zu diversen Symptomen kommen und im Extremfall manifestiert sich eine psychische Traumatisierung in Form eines Störungsbildes (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Eine Besonderheit der Wirkung eines Traumas auf Kinder im Vergleich zu Erwachsenen besteht darin, dass das kindliche, durch die traumatische Erfahrung erschütterte Selbst- und Weltverständnis sich noch in der Entwicklung befindet, also noch nicht abgeschlossen ist (vgl. ebd.). Das Situationsverständnis von Kindern ist begrenzt durch das kognitive Niveau, welches eher personenbezogen und konkretistisch ausgerichtet ist und noch nicht die notwendigen Voraussetzungen bietet, um die komplexen technischen Abläufe und menschlichen Handlungen, die zu einer traumatischen Situation führen, vollumfänglich zu verstehen bzw. rekonstruieren zu können (vgl. ebd.). Insbesondere Kleinkindern fehlt häufig noch die sprachliche Kompetenz sowie die intellektuelle Befähigung und die Erfahrung, um dem Trauma

nachträglich einen Sinn geben zu können (vgl. Eckard 2013). Kinder, die noch nicht sprechen, können das Erlebnis nur auf einer sinnlich-körperliche Ebene wahrnehmen und damit nur schwer verarbeiten (vgl. ebd.). Die Sinnggebung ist jedoch ausschlaggebend für die erfolgreiche Verarbeitung von Traumata (vgl. ebd.). Auch fehlt kleineren Kindern noch die Möglichkeit, sich selbst in einem größeren Kontext zu erkennen, denn sie nehmen sich selbst als Mittelpunkt des Universums wahr (vgl. Van der Kolk 2009). Demnach gehen sie auch davon aus, dass alles was ihnen widerfährt, in direkter Verbindung zu ihrem Verhalten steht (vgl. ebd.).

3.1 Typologie von Traumata

Die Komplexität von Traumata zeigt sich darin, dass sie in vielfältige Typen und Formen untergeordnet werden können. Aufgrund differenzieller kausaler Aspekte können sie u.a. in akzidentelle und interpersonelle Traumata unterschieden werden (vgl. Terr 1991). Das von der amerikanischen Kinderpsychiaterin Lenore Terr (1991) auch als „man made disaster“ bezeichnete interpersonelle Trauma, welches auf vorsätzliche Weise von Menschen verursacht wird, äußert sich beispielsweise in missbräuchlichen Übergriffen oder diversen Vernachlässigungen (vgl. ebd.). Derartige Erlebnisse sind besonders fatal, weil sie zu einem Vertrauensverlust in andere (möglicherweise nahe-stehende) Personen führen können und eine signifikant höhere Gefahr für die Entwicklung einer posttraumatischen Stressbelastung darstellen (vgl. Eckardt 2013). Sie verursachen bereits bei sehr jungen Kindern das Phänomen psychischer Fragmentierung und führen zu einer grundlegenden Erschütterung des Gefühls von Sicherheit und Vertrauen in die Welt (vgl. ebd.). Demgegenüber wird ein akzidentelles Trauma zufällig sowie unbeabsichtigt herbeigeführt und tritt meist in Form von Unfällen oder auch Naturereignissen wie z.B. Überflutungen, Erdbeben, etc. auf (vgl. Terr 1991.). Die resultierende Erfahrung, keinerlei Kontrolle über externe Einflüsse (z.B. in Form von Naturgewalten) zu haben, ist für betroffene Kinder zutiefst erschütternd (vgl. Eckhardt 2013).

In der traumaspezifischen Literatur spielt ebenfalls der von Masud Khan (1963) etablierte Begriff des „kumulativen Traumas“ eine wichtige Rolle. Hierbei handelt es sich um nacheinander auftretende traumatische Ereignisse oder Umstände, die einzeln recht gut zu verarbeiten sind, in ihrer zeitlichen Aneinanderreihung und Komplexität jedoch die kindliche Psyche massiv überfordern und meist zu schwerwiegenden

Folgen führen (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Sie wird von der sequenziellen Traumatisierung unterschieden, welche nicht mit der direkten Bedrohung endet, sondern in zeitlich versetzten Sequenzen auftritt (vgl. ebd.). Diese wird insbesondere durch Verfolgungssituationen erlebt, welche über einen längeren Zeitraum verteilt immer wieder alte Wunden aufreißen (vgl. ebd.). Beide Formen sind durch Polytraumatisierungen geprägt, die gemäß der äußerst populären Typisierung von Terr (1991) dem Typ-II-Trauma zugeordnet werden, welches auch als Komplex- oder Entwicklungstrauma bekannt ist (vgl. Terr 1991). Es wird auf Basis der Häufigkeit und Dauer vom Typ-I-Trauma unterschieden, das auch die Bezeichnung Mono- oder Schocktrauma trägt (vgl. ebd.). Beide Typen verursachen unterschiedliche Wahrnehmungen und spezifische Konsequenzen und werden im Folgenden näher betrachtet (vgl. Fischer/Riedesser 2016).

3.1.1 Typ-I-Trauma

Handelt es sich um ein einmaliges und plötzlich auftretendes, traumatisches Ereignis, so wird dieses dem Typ-I-Trauma (auch Monotraumatisierung oder Schocktrauma) zugeordnet (vgl. Terr). Mögliche Auslöser können u.a. Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen und Gewaltdelikte sein. Sie sind meist durch akute Lebensgefahr, Überraschung und Plötzlichkeit gekennzeichnet (vgl. ebd.). Die unerwartete Erfahrung geht mit einer grundlegenden Bedrohung des kindlichen Vertrauens in sich und die nahe Umwelt einher (vgl. ebd.). Betroffene Kinder erleben häufig Fehlwahrnehmungen bis hin zu visuellen Halluzinationen und zeigen meist eine akute Reaktion auf das Trauma, indem sie trotz Wahrnehmungsverzerrungen eine detaillierte Erinnerung an das vergangene Ereignis haben (vgl. ebd.). Aufgrund ihrer kognitiven Entwicklung sind jüngere Kinder jedoch prinzipiell noch nicht in der Lage, die eher komplexen Zusammenhänge hinter einer traumatischen Situation zu verstehen (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Mittels einer altersgerechten kognitiven Neubewertung versuchen sie, auf strategische Weise mit dem als bedrohlich erlebten Ereignis retrospektiv umzugehen (vgl. ebd.). Häufig werden dabei Schuldzuschreibungen an die eigene Person vorgenommen und es steht allgegenwärtig die Frage im Raum, wie sie dieses traumatische Ereignis hätten verhindern können (vgl. ebd.). Sind Kinder mit einer Monotraumatisierung entwicklungsbedingt bereits in der Lage sich sprachlich mitzuteilen, neigen sie dazu, diese Erinnerungen auch verbal äußerst klar mitzuteilen. Hat ein einzelner psychischer Schock

(z.B. der Verlust eines Elternteils, dauerhafte Behinderung etc.) extreme Auswirkungen auf das kindliche Leben und bringt andauernde psychische Schmerzen mit sich, kann sich Typ-I auch in eine Typ-II-Traumatisierung umwandeln, was in der Regel zu anhaltender Trauer und Depression führt (vgl. Terr 1991). Je nach vorhandenen Risiko- und Schutzfaktoren sowie objektiven und subjektiven Bedingungen kann ein einzeln auftretendes Trauma weniger Schaden anrichten und einfacher verarbeitet werden als mehrere traumatische Erlebnisse (vgl. ebd.).

3.1.2 Typ-II-Trauma

Dauern traumatische Erlebnisse über einen längeren Zeitraum an oder treten mehrere, serienartige traumatische Erfahrungen simultan oder sequenziell auf, handelt es sich um ein Typ-II-Trauma oder auch eine Komplextraumatisierung (vgl. ebd.). Sie sind durch eine geringe Vorhersagbarkeit des folgenden traumatischen Geschehens gekennzeichnet (vgl. ebd.). Während die erste traumatisierende Situation laut Terr (1991) noch als überraschend empfunden wird, werden alle weiteren bedrohenden Ereignisse von einem Gefühl der Vorahnung begleitet (vgl. Terr 1991). Die kindliche Psyche unternimmt massive Anstrengungen, um das eigene Selbst zu schützen, was nicht selten zu tiefgreifenden Veränderungen der Persönlichkeit sowie folgeschweren Störungen in der Entwicklung führen kann (vgl. ebd.). Dies ist z.B. bei wiederholten körperlichen, seelischen oder sexuellen Misshandlungen der Fall. Sie treten meist in Form von sogenannten Beziehungstraumata bzw. interpersonellen Traumata auf, die von Familienmitgliedern oder anderen Bezugspersonen aus dem nahen Bekanntenkreis verursacht werden (vgl. ebd.). Für Kinder sind derartige traumatische Erfahrungen besonders folgenschwer, weil eine von ihnen als vertrauensvoll wahrgenommene Bezugsperson einerseits als Quelle für Sicherheit und Fürsorge fungiert, andererseits aber als Bedrohung und Verursacher von (physischen und/oder psychischen) Schmerzen auftritt (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Die damit einhergehende Erschütterung des kindlichen Selbst- und Weltverständnisses ist in diesem Fall besonders schwer zu überwinden, da betroffene Kinder in eine Art Loyalitätskrise geraten und als Resultat ihr Denken und Verhalten so umorganisieren, dass sie sich an die traumatische Umgebung angleichen können (vgl. Van der Kolk 2009). Als Folge entsteht dabei häufig eine gestörte emotionale Selbstregulierung, bei der betroffene Kinder kaum bis gar keine Verbindung zu ihren eigenen Gefühlen und Empfindungen herstellen können (vgl. ebd.).

Ihr tägliches Erleben ist meist geprägt durch Prozesse der Verleugnung, der Depersonalisation und der Dissoziation, um dem wiederholt auftretenden traumatischen Stress zu entfliehen (vgl. Terr 1991). Nicht selten vergessen sie ganze Abschnitte ihres Lebens und entwickeln eine gewisse Gleichgültigkeit gegenüber positiven sowie negativen Gefühlen, problembehafteten Situationen und auch zwischenmenschlichen Gefühlsbegegnungen (vgl. ebd.). Aufgrund dieser Aspekte wirken sie auf andere Menschen manchmal geradezu inhuman und erleben in vielen Fällen ausgrenzende Erfahrungen. Sind betroffene Kinder kognitiv und verbal dazu in der Lage, die erfahrenen Leiden zu kommunizieren, erzählen sie ihre Geschichte möglicherweise ein oder zwei Mal und verleugnen sie anschließend in den meisten Fällen wieder (vgl. ebd.). Generell vermeiden sie es eher über sich selbst zu sprechen und erzählen oft jahrelang nichts von ihren erlebten Qualen, um auf diese Weise „normal“ zu wirken (vgl. ebd.).

Dem Typ-II-Trauma ist ein chronischer Charakter inhärent, der folgenschwere Symptomatiken mit sich bringt. Betroffene Kinder werden jedoch häufig fehldiagnostiziert, da ihr Verhalten sowie das Symptombild unverkennbare Parallelen zu Verhaltensstörungen, Depressionen oder z.B. auch Dissoziationsstörungen aufweisen (vgl. Terr 1991).

3.2 Neurologische Aspekte

Das kindliche Gehirn, welches sich noch in einer frühen Phase der Entwicklung befindet, ist durch eine hohe Neuroplastizität gekennzeichnet, wodurch es äußerst formbar und beeinflussbar für Veränderungen ist (vgl. Perry/Szalavitz 2014). In den ersten Lebensjahren werden wesentliche synaptische Verknüpfungen gebildet, welche die weitere Entwicklung maßgeblich beeinflussen (vgl. ebd.). Dies eröffnet nicht nur diverse Entwicklungsmöglichkeiten, sondern birgt auch einige (teilweise erhebliche) Risiken. Das sich organisierende Gehirn reagiert auf positive und negative Erfahrungen immens empfindlich, weshalb Kinder besonders gefährdet sind, durch ein frühes Trauma in ihrer Entwicklung beeinflusst zu werden und/oder gar anhaltende Traumafolgeschäden zu erleiden (vgl. ebd.). „Dieselbe Plastizität, die es einem jungen Gehirn erlaubt, Liebe und Sprache so schnell zu erlernen, macht es leider auch für negative Erfahrungen besonders anfällig.“ (Perry/Szalavitz 2014, S. 91). Generell werden Erlebnisse

durch negative Emotionen noch unvergesslicher, weil das Erinnern von bedrohlichen Situationen oft überlebenswichtig ist (vgl. Perry/Szalavitz 2014).

Als wichtige Voraussetzung für eine adäquate kindliche Entwicklung gelten musterartige, sich wiederholende Erfahrungen, die jedes Hirnareal zur richtigen Zeit stimulieren und somit Modifikationen bewirken (vgl. ebd.). Im Sinne einer gebrauchtsabhängigen Entwicklung verändern sich Systeme und Hirnregionen stärker, wenn sie wiederholt stimuliert werden, während jene die vernachlässigt werden, sich nur wenig bis gar nicht verändern (vgl. ebd.). Folglich entwickelt sich das menschliche Gehirn wie ein Muskel in Abhängigkeit von der Nutzung und bestimmt damit das Denken und Verhalten (vgl. ebd.). Bereits im Kindesalter stehen der menschlichen Psyche innere mentale Modelle oder auch Schablonen zur Verfügung, auf dessen Basis neue Informationen verarbeitet und das menschliche Verständnis von der Welt geformt wird (vgl. Horowitz 1985). Diese inneren Modelle, die von Horowitz auch als „cognitive maps“ bezeichnet und durch persönliche Erfahrungen (u.a. auch in Beziehungen) geprägt werden, haben einen wesentlichen Einfluss auf das aktuelle Verhalten von Betroffenen (vgl. ebd.). Die bestehenden mentalen Modelle stimmen meist nicht mit den traumatischen Ereignissen überein, müssen aber im Sinne der „Vollendungstendenz“ (auch: completion tendency) so lange verarbeitet werden, bis sie in Übereinstimmung gebracht werden konnten (vgl. ebd.). Da die überwältigenden Informationen eines traumatischen Ereignisses in ihrer Komplexität nicht umgehend verarbeitet und integriert werden können, werden sie in kleinen Dosen schrittweise aufgenommen (vgl. ebd.). Das menschliche Gehirn versucht naturgemäß, ein Trauma auf eine Weise zu verstehen, die es den Betroffenen ermöglicht, es zu ertragen (vgl. ebd.). Folgendermaßen kann eine traumatische Erfahrung in Kombination mit dem Gefühl der kompletten Hilflosigkeit mental so umgewandelt werden, dass sie ein Stück weit beherrschbar wird (vgl. ebd.). Damit dieser Prozess gelingen kann, finden meist weitreichende Veränderungen in der kindlichen Persönlichkeitsstruktur statt (vgl. ebd.). Horowitz erkannte, dass frühe traumatisierende Erlebnisse zu neurologischen Umbauprozessen führen, die eine langfristige Veränderung hin zu einer impulsiveren, weniger mitfühlenden Reaktion auf die Welt mit sich bringen kann (vgl. ebd.). Er formuliert folgende Erkenntnis: „Serious life events are those that will eventually change cognitive maps.“ (Horowitz 1985, 246). Somit wird also die traumatische Erfahrung langfristig in die mentalen Schablonen integriert (vgl. Horowitz 1985).

3.3 Risiko- und Schutzfaktoren in der Kindheit

Inwiefern sich eine bedrohliche Situation als traumatische Erfahrung manifestiert und äußert, hängt sowohl von internen Faktoren als auch von externen traumatischen Situationsfaktoren ab (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Bei einem kindlichen Trauma muss die gegenwärtige kognitive, soziale, affektive und psychosexuelle Entwicklung berücksichtigt werden, genauso wie Ressourcen und Defizite, die das betroffene Kind mit in die traumatische Situation bringt (vgl. ebd.). Weitere essenzielle Faktoren sind die altersgemäßen Entwicklungsaufgaben und -themen sowie individuelle Abweichungen davon, aber auch die verfügbaren Abwehr- und Bewältigungsfähigkeiten (vgl. ebd.). Die von Trickey et al. (2012) durchgeführte Metaanalyse zu vorhandenen Studien über Risikofaktoren für die Entwicklung von PTBS im Kindes- und Jugendalter brachte u.a. die Erkenntnis, dass jüngere Kinder generell nicht stärker gefährdet sind als ältere, eine Traumafolgestörung zu entwickeln (vgl. Trickey et al. 2012). Sie brauchen jedoch im Vergleich zu älteren Kindern mehr adäquate Unterstützung, um die Erfahrung effektiv verarbeiten zu können (vgl. ebd.).

Fischer und Riedesser bezeichnen Risikofaktoren als „[...] belastende Lebensereignisse oder Lebensumstände, die einzeln oder in ihrem Zusammenhang eine psychische Störung oder Erkrankung begünstigen.“ (Fischer/Riedesser 2016, 161). Sie erhöhen also die Wahrscheinlichkeit, dass Kinder aufgrund bedrohlicher Erfahrungen eine Traumatisierung entwickeln. Dazu gehören Faktoren wie z.B. psychische Störungen oder Erkrankungen der Eltern, ein allgemein disharmonisches Familienleben, ein niedriger sozioökonomischer Status, fehlende emotionale Reife, ein bereits erlebtes Trauma oder auch eine verminderte Intelligenz (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Demnach werden Risikofaktoren durch persönliche situative und lebensgeschichtliche Aspekte bestimmt und sollten sinnvoller Weise von den traumatischen Situationsfaktoren unterschieden werden (vgl. ebd.). Eine Kombination beider Faktoren kann fatale Folgen mit sich tragen und den kindlichen Erholungs- und Heilungsprozess immens erschweren (vgl. ebd.). So können beispielsweise belastende und konfliktreiche Familienverhältnisse eine kindliche Traumatisierung des Typ-I weitreichend negativ beeinflussen (vgl. ebd.). Konfliktbehaftete soziale Lebensumstände können darüber hinaus zu einer insgesamt traumatischen Lebenssituation werden (vgl. ebd.). Als größter Risikofaktor gestaltet sich die geringe soziale Unterstützung nach traumatischen Erlebnissen (vgl. ebd.). Das Fehlen von hinreichend unterstützenden Bezugspersonen

erhöht immens die Wahrscheinlichkeit, dass traumatisch belastete Kinder im weiteren Verlauf schwere Störungen entwickeln und Therapieverläufe eher diffizil geprägt sind (vgl. ebd.). Ungünstige Sozialisationsbedingungen führen also in der Regel dazu, dass in späteren, potenziell traumatischen Situationen nur wenige protektive Faktoren zur Verfügung stehen (vgl. ebd.). Während das Vorhandensein von zwei Faktoren bereits die Wahrscheinlichkeit einer auftretenden Störung in der kindlichen Entwicklung um das Vierfache erhöht, ist die Wirkung eines einzigen Risikofaktors eher gering (vgl. ebd.). Schutzfaktoren können wiederum die Wirkung der Risikofaktoren sowie der traumatischen Situationsfaktoren minimieren und verhindern oder die bereits eingetretenen Folgen wieder ausgleichen (vgl. ebd.). Sie können somit einen günstigen Einfluss darauf haben, dass Extrembelastungen bewältigt werden, ohne dass eine Manifestierung von psychischen Störung auftritt (vgl. Maercker 2013). Hierzu gehören insbesondere positive Beziehungserfahrungen, vertrauensvolle und verlässliche Bezugspersonen, unterstützende Sozialkontakte oder auch hilfreiche Abwehr- sowie Copingstrategien (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Eine emotional stabile kindliche Persönlichkeit, die sich durch Ausgeglichenheit und Selbstvertrauen auszeichnet, kann ebenso ein protektiver Faktor sein, wie stabile und förderliche Lebensbedingungen (vgl. ebd.). Die individuellen traumatischen Situationsfaktoren können schützend wirken, wenn Betroffene während des Erlebnisses nicht allein sind und auch, wenn sie durch die Plötzlichkeit des Geschehens nicht völlig überrumpelt wurden (vgl. ebd.). Der wichtigste kindliche Schutzfaktor liegt gemäß diverser fachspezifischer Experten (wie z.B. Horowitz, Terr, Fischer und Riedesser) in „schützenden Inselerfahrungen“, die dem betroffenen Kind Sicherheit und Vertrauen vermitteln (vgl. ebd.). Ihre protektive und zugleich korrektive Wirkung betont die Wichtigkeit von positiven Beziehungserfahrungen sowie einer empathischen emotionalen Begleitung von wichtigen Erlebnissequenzen (vgl. ebd.). Auch Bruce Perry konstatiert auf Basis seiner Erfahrungen, dass Kinder gegenüber einer Traumatisierung besonders verletzlich sind, wenn sie keine stabile und unterstützende Familie und Gemeinschaft zur Verfügung haben (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Damit die belastende Erfahrung adäquat verarbeitet werden kann und keine signifikanten Folgen entstehen, müssen jedoch die protektiven Faktoren nicht nur generell vorhanden sein, sondern insbesondere in einer möglicherweise traumatisierenden Situation gleichwohl zum aktiven Gebrauch zur Verfügung stehen (vgl. ebd.). Hat ein Kind mit eigentlich positiven Beziehungen eine bedrohliche Erfahrung erlebt, kann aber aufgrund zu starker Schamgefühle nicht mit den Vertrauenspersonen darüber

sprechen, so kann der im Grunde genommene protektive Faktor keine konkrete Unterstützung in der gegebenen Situation leisten (vgl. ebd.). Kann das betroffene Kind bei schwierigen Lebensumständen jedoch aktiv von einer empathischen Beziehungsperson begleitet und unterstützt werden, bekommt es die Möglichkeit den Umgang mit Belastungen zu lernen und kann im späteren Verlauf diverse Herausforderungen bewältigen, an denen Kinder ohne diesen Lebenshintergrund wahrscheinlich scheitern würden (vgl. ebd.).

Das Eliminieren aller Risikofaktoren ist nahezu unmöglich, daher werden zum Ausgleich zwangsläufig aktuell verfügbare protektive bzw. korrektive Ressourcen benötigt (vgl. ebd.). Während protektive Faktoren als bereits mitgebrachter Schutz fungieren, können korrektive Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf die traumatische Verarbeitung betroffener Kinder haben, indem sie die Lebensumstände vor einer Traumatisierung schützen oder verhindern, dass die traumatische Reaktion in den traumatischen Prozess übergeht (vgl. ebd.).

3.4 Kindheitstrauma im Verlauf

Die Prozesshaftigkeit und Dynamik einer psychischen Traumatisierung in der Kindheit kann mit Hilfe des Verlaufsmodells von Fischer und Riedesser (2016) verständlich dargestellt werden. Dieses greift Momente der traumatischen Situation, der traumatischen Reaktion sowie des traumatischen Prozesses auf und ermöglicht eine größere Definitionspräzision (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Die Phasen stehen in einem dynamischen Verhältnis zueinander, verlaufen also parallel, gehen auseinander hervor und durchdringen einander, während die Beziehung des Subjekts zur Umwelt im Mittelpunkt des Ganzen steht (vgl. ebd.). Der gesamte traumatische Prozess kann als ein sozialer Vorgang definiert werden, welcher vom betroffenen Individuum allein nicht bewältigt werden kann (vgl. ebd.). Von wesentlicher Bedeutung für den Verlauf eines Traumas ist neben den kindlichen Ressourcen sowie Defiziten und dem Ablauf der traumatischen Situation, der traumatischen Reaktion und des traumatischen Prozesses auch die Einstellung und das Verhalten der sie umgebenden Gemeinschaft zum individuellen Leid der traumatisierten Kinder (vgl. ebd.). Ist die gesellschaftliche Reaktion z.B. durch Missachtung oder Ausgrenzung geprägt, wird auch der Verlauf der

Traumatisierung dadurch stark beeinträchtigt. Fischer und Riedesser fassen mit folgendem Zitat die essenziellen Aspekte eines kindlichen Traumaverlaufs zusammen:

„Das bewegende Moment des Traumaverlaufs ist die inhärente Paradoxie von existenziell bedrohlichen Handlungssituationen, die jedoch kein adäquates Verhalten zulassen; von Handlungsbemühungen, emotionalen und kognitiven Bewältigungsversuchen, die in sich zum Scheitern verurteilt sind; von Lebensentwürfen, die um den unbewältigten, traumatischen Erfahrungskomplex herum organisiert sind.“ (Fischer/Riedesser 2016, S. 66)

Sie machen damit deutlich, dass sämtliche Bemühungen traumatisierter Kinder im Umgang mit der als bedrohlich erlebten Erfahrung meist ein hoffnungsloses Unterfangen darstellen (vgl. ebd.). Dies führt in vielen Fällen dazu, dass sich das kindliche Denken, Handeln und Fühlen um das traumatische Erlebnis herum organisiert (vgl. ebd.).

3.4.1 Die traumatische Situation

Die unmittelbare Erfahrung einer traumatischen Situation wird auch als „peritraumatisches Erleben“ bezeichnet und umfasst oft lediglich die auditiven, visuellen, olfaktorischen und kinästhetischen Wahrnehmungen, welche in der Erinnerung meist nicht mit der traumatischen Szenerie in Verbindung gebracht werden können und demnach von ihrem situativen Kontext abgelöst werden (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Derartige „Dekontextualisierungen“ finden in vielen Fällen bereits unmittelbar in der traumatischen Situation statt (vgl. ebd.).

Die traumatische Situation ergibt sich aus der synthetischen Verbindung von traumatischen Umweltbedingungen (auch Situationsfaktoren genannt) sowie subjektiven Bedeutungszuschreibungen und ist gemäß Fischer und Riedesser dadurch gekennzeichnet, dass auf sie keine subjektiv angemessene Reaktion möglich ist (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Sie wird somit durch ein Zusammenspiel von externen sowie multidimensionalen intrapersonalen Faktoren bestimmt (vgl. ebd.). Zu den traumatischen Situationsfaktoren gehören z.B. die Ab- oder Anwesenheit von Zeugen genauso wie die Reaktion der anwesenden Personen sowie die Tendenz zur Geheimhaltung oder Verleugnung der traumatischen Situation (vgl. ebd.). In die traumatische Situation bringen betroffene Kinder zusätzlich unterschiedliche Dispositionen, Handlungskompetenzen sowie Deutungsmuster ein, welche als subjektive Faktoren den Verlauf der

traumatischen Reaktion und des traumatischen Prozesses beeinflussen (vgl. ebd.). „Die große Variationsbreite traumatischer Situationen, Situationsfaktoren und Dynamiken trifft auf ein breites Spektrum subjektiver Dispositionen und persönlichkeitsstypischer Reaktionsbereitschaft.“ (Fischer/Riedesser 2016, 159). Aufgrund der Variabilität an einflussreichen internen und externen Faktoren ist jeder traumatischen Situation eine eminente Komplexität inhärent (vgl. Fischer/Riedesser 2016).

Nur selten sind Kinder während eines traumatischen Erlebnisses in der Lage, aktiv an der Bewältigung der Situation mitzuwirken (vgl. Eckardt 2013). Infolgedessen kann eine peritraumatische Dissoziation auftreten, welche einer inneren Flucht gleicht und in der Regel zu einer gewissen Derealisation, Depersonalisation und einem veränderten Zeiterleben führt (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Die dahinter stehende Hilflosigkeit erschwert die Verarbeitung des Traumas und wird oft durch Schuld- und Schamgefühle begleitet (vgl. Eckardt 2013). Innerhalb der traumatischen Situation aktiviert sich ein Wahrnehmungs- und Handlungsschema, welches diese Erfahrung fragmentarisch im Gedächtnis speichert und als „Traumaschema“ bezeichnet wird (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Da die explizite Erinnerung an das belastende Erlebnis meist unzugänglich ist, wird sie in Form des Traumaschemas im weiteren Verlauf als automatisierte Stressreaktion wiederholt und teilweise unbewusst aktiviert (vgl. ebd.). Somit stellt eine traumatisch belastende Situation das kindliche Individuum vor die teilweise lebenslange Aufgabe, das überwältigende, existenzbedrohende und oft unverständliche Erlebnis in ihr persönliches Selbst- und Weltkonzept zu integrieren (vgl. ebd.).

3.4.2 Die traumatische Reaktion als biphasisches Modell

Die traumatische Reaktion entwickelt sich im sogenannten postexpositorischen Zeitraum, wenn die akute Bedrohung vorüber ist, die betroffenen Kinder aber noch lange unter der Einwirkung des traumatischen Erlebnisses stehen (vgl. ebd.). Neben dem kognitiven Niveau des betroffenen Kindes hat auch die emotionale Überlastung, welche durch eine Reizüberflutung in der traumatischen Situation verursacht wird, einen starken Einfluss auf die Fähigkeit zur realistischen Wahrnehmung der Situation (vgl. ebd.). Als erste Reaktion auf ein traumatisches Ereignis in der Kindheit zeigt sich häufig Schrecken oder Beunruhigung, meist begleitet von starken Emotionen in Form von Angst oder Furcht (vgl. Horowitz 1985). Mit Hilfe des ersten Abwehrversuchs wird das

Ziel verfolgt, die überschießenden Affekte zu kontrollieren oder zu modulieren, um die negativen Gefühlserlebnisse ausbalancieren zu können (vgl. ebd.). Dies führt zu Ausnahmezuständen, die von dem betroffenen Subjekt abgespalten oder dissoziiert werden (vgl. ebd.). Der erste Abwehrversuch leitet gemäß Mardi J. Horowitz zwei parallel verlaufende physiologische Prozesse ein, die charakteristisch für die traumatische Reaktion sind (vgl. ebd.). Somit durchlaufen betroffene Kinder einen biphasischen Wechsel zwischen Verleugnung, die durch emotionale Abstumpfung gekennzeichnet wird, sowie der Intrusion, bei welcher sich unerwünschte Erinnerungsbilder und Träume, z.B. in Form von Flashbacks, aufdrängen (vgl. ebd.). Solche Erlebniszustände können interindividuell äußerst unterschiedlich sein, allgemein sind die wiederkehrenden Bilder aus der Erinnerung aber häufig genauso real wie die traumatische Situation, wodurch es Betroffenen äußerst schwer fallen kann, die Gegenwart von der Vergangenheit zu unterscheiden (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Von entscheidender Bedeutung sind dabei das Fehlen oder die Verfügbarkeit von protektiven oder korrektiven Beziehungserfahrungen (vgl. ebd.). Je intensiver und überwältigender die traumatische Erfahrung ist, desto schwieriger ist es für das betroffene Kind, den traumabezogenen Erinnerung gegenüber eine Unempfindlichkeit zu entwickeln (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Während der Verleugnungsphasen kann das Gefühl, emotional betäubt zu sein, in den Fokus treten und sogar die persönlichen Muster in der Interaktion mit anderen Menschen verändern (vgl. ebd.). Auf diese Weise versucht das kindliche Individuum, das traumatische Ereignis zu verdrängen bzw. der persönlichen Wahrnehmung zu entziehen. Da eine traumatische Erfahrung nicht dauerhaft vom psychischen System ignoriert werden kann, sind die Verleugnungsversuche des „denial state of mind“ langfristig zum Scheitern verurteilt (vgl. Horowitz 1985). Sobald die Abwehr gelockert wird, beginnt der Übergang in die Intrusionsphase, welche von sich aufdrängenden Bildern, Gedanken und Körperempfindungen begleitet wird, die assoziativ mit der traumatischen Situation verknüpft sind (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Diese intrusiven Vorgänge sollen bei der Integration des Traumaschemas in die vorhandene Persönlichkeitsstruktur unterstützend fungieren (vgl. ebd.). Durch das wiederholte Abrufen einzelner, dosierter Erinnerungsfragmente versucht die kindliche Psyche das verlorene Gleichgewicht wiederherzustellen (vgl. ebd.). „Es strebt danach, ein sensibilisiertes System dazu zu bringen, Toleranz zu entwickeln.“ (Fischer/Riedesser 2016, 77). Die intrusiven Phasen sind u.a. durch extreme Wachsamkeit und wellenartigem Auftreten starker Emotionen gekennzeichnet, wodurch betroffene Kinder intensiv mit

Schreckreaktionen auf harmlose Reize reagieren können (vgl. Horowitz 1985). Zwischen Intrusion und Verleugnung der traumatischen Erfahrung herrscht ein regelhaft wiederkehrender Wechsel, welcher das primäre Ziel der Integration verfolgt und der sogenannten „completion tendency“, also der allgemeinen Tendenz zur Wiederaufnahme und Vollendung unterbrochener Handlungen, zugrunde liegt (vgl. ebd.).

„Die (kognitiv-emotionalen) Schemata des bisherigen Selbst- und Weltverständnisses müssen dabei in einem oft langwierigen Prozess so lange modifiziert werden, bis die traumatische Erfahrung in den überdauernden schematischen Wissensbestand der Persönlichkeit integriert ist und der Verarbeitungszyklus zu einem relativen Abschluss kommt.“ (Fischer/Riedesser 2016, 99).

Die traumatische Reaktion kann gewissermaßen kongruent zu einer „Immunreaktion“ als ein komplexer Abwehrvorgang verstanden werden, mit dem der menschliche Organismus versucht, einen eingedrungenen Fremdkörper entweder zu vernichten und auszusondern oder zu assimilieren, ihn also als Teil in die eigene Persönlichkeitsstruktur zu integrieren (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Gelingt dieser Versuch, kann es zur sogenannten Erholungsphase kommen (vgl. ebd.). Für betroffene Kinder ist es jedoch ebenfalls möglich, mit dem nicht zu assimilierenden Fremdkörper in Form der traumatischen Erfahrung weiterzuleben, wodurch folglich der traumatische Prozess eingeleitet wird (vgl. ebd.).

Beide Phasen können sowohl entgleisen als auch fixiert werden (vgl. ebd.). Mit Hilfe der Entwicklung und Erprobung neuer Coping- und Abwehrstrategien kann eine Chronifizierung der Intrusionsphase verhindert werden (vgl. ebd.). Damit soll insbesondere das Ziel erreicht werden, dass die Fähigkeit des betroffenen Kindes zur Selbstberuhigung so weit gestärkt wird, dass ein kontrolliertes (mentales) Wiedererleben der traumatischen Situation möglich wird (vgl. ebd.). Durch frühzeitiges pädagogisches Eingreifen wird die akute Belastung verringert und chronische oder auch verzögerte Reaktionen können verhindert werden (vgl. Horowitz 1985). Der Abschluss einer traumatischen Reaktion kann bei Kindern sowie auch bei Erwachsenen in drei unterschiedliche Richtungen verlaufen und damit verschiedenartige Auswirkungen auf die weitere kindliche Entwicklung haben (vgl. Fischer). Die traumatische Reaktion verläuft entweder in einen vollendenden Abschluss des Verarbeitungsprozesses oder wird vorzeitig unterbrochen (vgl. Fischer). Im schlimmsten Fall kann es zu einem chronischen

Fortbestehen der traumatischen Situation kommen, was in der Regel zur Entwicklung einer komplexen Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) führt (vgl. ebd.).

3.4.3 Der traumatische Prozess

Konnte die traumatische Situation nicht ausreichend verarbeitet werden, entsteht ein Übergang in den traumatischen Prozess und die fragmentarische, subjektiv oft verzerrte Erinnerung, welche im Traumaschema manifestiert ist, kann jederzeit einen nicht kontrollierbaren Erlebniszustand mit überwältigenden Gefühlen und erneuter Traumatisierung hervorrufen (vgl. ebd.). Durch sogenannte stimulierende „Trigger“ können wiederholt Erregungszustände ausgelöst werden und traumatisierte Kinder mental zurück in die traumatische Situation bringen (vgl. ebd.). Weiß definiert diese als „[...] innere und äußere reaktivierende Reize in der Gegenwart, von denen aus assoziative Verbindungen zu traumatischen Erlebnissen bestehen, so dass sie Flashbacks/Rückblenden auslösen können.“ (Weiß 2008, 230). Bei Flashbacks handelt es sich wiederum um psychisch belastende Zustände, in welchen Erinnerungen aus vergangenen traumatisierenden Stresssituationen in die Präsenz treten und damit Macht über das Erleben und Verhalten in der Gegenwart erhalten (vgl. Bausum 2013). Triggernde Reize, die an die erlebte Bedrohung erinnern, lösen laut Terr sogenannte „states of mind“ aus, wodurch einzelne Fragmente der traumatischen Situation sowie der hiermit verbundene Erregungszustand reaktiviert und wachtraumartig als Flashbacks erneut durchlebt sowie manifestiert werden (vgl. Terr 1991).

Es ist möglich, dass betroffene Kinder mit der Zeit eine Kontrolle über den traumatischen Erfahrungskomplex haben, sodass keine ausgeprägten Symptome vorzufinden sind und überwältigende Erlebniszustände nicht mehr auftreten (vgl. ebd.). Auch in diesem Kontext tritt die menschliche Tendenz nach Vollendung im Sinne einer Anpassung an den scheinbar unüberwindbaren traumatischen Erfahrungskomplex zutage (vgl. ebd.). Hierfür können jedoch umfangreiche „Umbaumaßnahmen der seelischen Struktur“ notwendig sein, die zu einer Reorganisation der Persönlichkeitsstrukturen führen und dem primären Ziel dienen, die im Traumaschema gespeicherte traumatische Erfahrung zu kontrollieren und bestmögliche Schadensbegrenzung zu betreiben (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Dabei bilden betroffene Kinder vielfältige traumakompensatorische Schemata aus, die sich im Rahmen der altersspezifischen Entwicklung

bewegen und als eine Art Gegenmodell/-bild fungieren, das einen Ausgleich zu der belastenden Erfahrung bewirken soll (vgl. ebd.). Innerhalb des traumatischen Prozesses findet somit ein dynamisches Gegenspiel von Traumaschema und dem individuell entwickelten und auf Selbstschutzmaßnahmen basierenden kompensatorischen Schema statt, das die essenziellen Erlebniszustände oder Stimmungslagen einer kindlichen Persönlichkeit nachhaltig prägt (vgl. ebd.). Vielfach entwickeln sich mehr oder weniger illusionäre Interventionsfantasien, die den betroffenen Kindern mental die Möglichkeit eröffnen, den Handlungsablauf der traumatisierenden Erfahrung zu unterbrechen oder den schmerzhaften Ausgang ungeschehen zu machen (vgl. ebd.). Derartige Fantasien können im Verlauf des traumatischen Prozesses gar bis zur Entwicklung einer besonderen Identität führen (vgl. ebd.). Eine weitere mögliche traumakompensatorische Strategie gestaltet sich in Form von dissoziativen Zuständen, in welchen sich betroffene Kinder derart von der realen Welt loslösen, dass sie in einen traumähnlichen Zustand verfallen (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Sie sind dabei wie weggetreten, spüren keine Angst und keinen Schmerz und sind wie losgelöst von ihrem Körper (vgl. Weiß 2008). Simultan entsteht bei Betroffenen ein sogenanntes „Desillusionierungsschema“, das auf der unvollständigen und verzerrten Information über die traumatischen Ereignisse basiert und weitreichende Einflüsse auf die persönliche Einstellung zur sozialen Welt und zum eigenen Selbst hat (vgl. ebd.). Für eine erfolgreiche Bewältigung des Alltags benötigen Menschen ein gewisses Maß an Illusion (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Traumatische Erfahrungen können einen ausgeprägten, radikalen Illusionsverlust bewirken und dadurch zu einem Gefühl von Hoffnungslosigkeit sowie einer eingeschränkten Zukunftsperspektive führen, unter denen viele traumatisierte Kinder leiden (vgl. ebd.). Es entsteht ein desillusioniertes negatives Selbst- und Weltbild, das durch Unzuverlässigkeit, Unsicherheit und persönliche Schuldzuschreibungen geformt wird (vgl. Fischer/Riedesser 2016).

Häufig entwickeln betroffene Kinder unbewusst Hypothesen, wie es zu dem belastenden Erlebnis kam, während gleichzeitig kompensatorische Gegenmaßnahmen entworfen werden, indem Vermutungen aufgestellt werden, wie eine weitere Traumatisierung vermieden werden kann (vgl. ebd.). Der retrospektive Blick auf das traumatische Ereignis kann mitunter äußerst naive, kindliche Erklärungsansätze sowie kompensatorisch entworfene Beziehungsschemata hervorbringen (vgl. ebd.). So kann beispielsweise ein Kind, das über einen längeren Zeitraum missbraucht, misshandelt und/oder

vernachlässigt wurde, den Gegenentwurf zur traumatischen Erfahrung entwickeln, dass es nur braver hätte sein müssen und dass Gehorsamkeit sogleich den Schutz durch gerechte und fürsorgliche Eltern als Konsequenz mit sich zieht (vgl. ebd.). Derartige traumakompensatorische Schemata bieten den betroffenen Kindern eine Art Sicherheit gegenüber einer Wiederholung von solch traumatischen Erfahrungen und können außerdem eine Möglichkeit zur Abwehr gegen die traumatische Erinnerung bieten (vgl. ebd.). Da die individuell ausgeprägten traumakompensatorischen Maßnahmen als Selbststrettingsversuch einzuordnen sind, können Symptomatiken und Verhaltensweisen, die in Folge einer belastenden Erfahrung in traumatischen Prozessen entwickelt werden, als eine Art Kompromissbildung zwischen dem Einfluss des bedrohlichen Erlebnisses und den kompensatorischen Maßnahmen deklariert werden (vgl. ebd.). Somit entstehen einzelne symptomatische Erlebnis- und Verhaltensweisen (z.B. Depression, Entwicklung von Ängsten oder dissoziativen Bildern) aus dem hier stattfindenden Konflikt, welche auf Außenstehende oft einen irrationalen, unzweckmäßigen Eindruck erwecken (vgl. ebd.). Sie folgen jedoch einer subjektiv sinnvollen Logik und gestalten sich bei Kindern auf Basis ihres kognitiven Niveaus und dessen Grenzen (vgl. ebd.). Somit sind nicht das Verhalten und die Reaktionen traumatisierter Kinder als irrational unfassbar einzustufen, sondern primär die traumatische Erfahrung an sich (vgl. ebd.). Dies bestätigen auch Fischer und Riedesser: „In ihren psychischen Bewältigungsversuchen verhält sich die traumatisierte Persönlichkeit hingegen so rational und zweckdienlich wie unter den gegebenen Umständen möglich.“ (Fischer/Riedesser, 105). Traumabedingtes Verhalten sowie Symptome können auf Basis dieser Erkenntnisse als verständliche und kreative Antwort auf eine traumatische Erfahrung gesehen werden, welche im traumatischen Prozess so lange wiederholt und überarbeitet wird, bis die Betroffenen mit ihr problemfrei leben können (vgl. Fischer/Riedesser 2016).

3.5 Merkmale von kindlicher Traumatisierung

Traumatisch belastete Kinder drücken ihre basalen Probleme auf verschiedenste Weise aus (vgl. Van der Kolk/Streeck-Fischer 2002). Während manche impulsive Verhaltensweisen aufzeigen, weil sie von ihren Affekten überwältigt und nicht in der Lage sind, ihre daraus resultierende Unruhe zu verbalisieren, reagieren andere Kinder mit verstärktem Rückzug oder Dissoziation (vgl. ebd.). Lenore Terr konstatierte vier

kennzeichnende Charakteristiken, die nützliche Hinweise auf das Vorliegen einer kindlichen Traumatisierung darstellen und als eine Art flexibler Leitfaden für die Arbeit mit Betroffenen dienen können (vgl. Terr 1991). Chronifizieren sich diese Merkmale, ist es durchaus möglich, dass sich Störungs- und Krankheitsbilder manifestieren, die von einer Anpassungsstörung bis hin zu einer PTBS verlaufen können (vgl. Fischer/Riedesser 2016).

Triggernde Reize, welche visuell, taktil, akustisch, olfaktorisch und auch gustatorisch aufgenommen werden, lösen bei traumatisch belasteten Kindern häufig wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen an die traumatisierende Erfahrung aus (vgl. Terr 1991). Da diese lediglich fragmentarisch und subjektiv geprägt im kindlichen Gedächtnis abgespeichert sind, werden auch nur einzelne Sequenzen erinnert (vgl. ebd.). Sie können sich in alltäglichen Situationen, Momenten der Ruhe und Entspannung, z.B. vor dem Einschlafen, beim Ausruhen, Fernsehen oder Musik hören in das kindliche Bewusstsein drängen (vgl. ebd.). Neben der gedanklichen Wiederholung erfolgen bei betroffenen Kindern meist repetitive Verhaltensweisen, die sich insbesondere im „traumatischen Spiel“ äußern (vgl. ebd.). Hierbei können sie die bedrohliche Erfahrung in selbstdosierter Menge beliebig oft durchleben und mit Hilfe ihrer Fantasie nach Lösungsansätzen und Auswegen suchen, um das Trauma zu verarbeiten (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Innerhalb des traumatischen Spiels befinden sie sich in einer aktiven Position und können sämtliche Aspekte des traumatischen Ereignisses, wie etwa die Vorgeschichte, den Handlungsablauf und auch den negativen Ausgang, verändern und auf diese Weise traumakompensatorische Strategien erproben, die anschließend in das traumakompensatorische Schema integriert werden (vgl. ebd.). Auch wenn die noch nicht ausgereifte kognitive Entwicklung traumatisierter Kinder ein verbales Erinnern an die bedrohliche Situation verhindert, können innerhalb des traumatischen Spiels sowie durch Zeichnungen und tägliche Interaktionen, die spezifischen Gefühle aufgearbeitet werden (vgl. ebd.). Dabei ist es jedoch möglich, dass Verhaltensnachstellungen dermaßen häufig wiederholt werden, sodass sie sogar zu einem Persönlichkeitsmerkmal werden können, welches sich im Erwachsenenalter zu einer Persönlichkeitsstörung entwickeln kann (vgl. Terr 1991). Das traumatische Spiel birgt demnach sowohl Vor- als auch Nachteile und kann bei jedem Kind seine individuelle Wirkung entfalten.

Das Denken und Verhalten traumatisiert belasteter Kinder basiert auf einer veränderten Einstellung zu Menschen, zum Leben allgemein und auch zur Zukunft (vgl. ebd.). Sie haben gegenüber nicht traumatisierten Kindern, die nahezu unendlich viele Zukunftsideen entwickeln können, vielmehr eine eingeschränkte Vorstellung von Zukunftsmöglichkeiten (vgl. ebd.). Das eher negative kindliche Denken gründet i.d.R. auf der Annahme, dass das Leben unsicher und gefährlich ist und wahrscheinlich weitere traumatische Erlebnisse folgen werden (vgl. ebd.). Terr beschreibt diesen Aspekt in bildlicher Form, indem er konstatiert, dass für das traumatisierte Kind die Zukunft wie eine düstere Landschaft voller Klippen, Gruben und Monstern ist (vgl. ebd.). „Wenn Kinder traumatisiert werden, konstruieren sie eine katastrophische „Landkarte“ von der Welt, in der Unterschiede und Probleme nicht durch Aushandeln, sondern durch Gewaltanwendung oder Unterwerfung gelöst werden.“ (Van der Kolk/Streeck-Fischer 2002, 1024). Für sie herrscht eine stete Unsicherheit darüber, ob sie anderen Menschen und der Welt an sich noch trauen können (vgl. Terr 1991). Stattdessen werden sie von der Erwartungshaltung beherrscht, dass die traumatische Erfahrung wieder auftritt, wodurch sie bereits bei geringfügigen Belastungen zu Überreaktionen neigen (vgl. Van der Kolk/Streeck-Fischer 2002). Dabei entwickeln sie häufig traumaspezifische Ängste, vor allem in Bezug auf alltägliche Dinge wie z.B. Essen, Dunkelheit, Tiere oder Wälder (vgl. Terr 1991).

Alle genannten Merkmale können stark variieren und einzeln sowie auch gemeinsam auftreten. In ihrer Gesamtheit bringen sie letztendlich multidimensionale Folgen mit sich.

3.6 Mögliche Folgen kindlicher Traumatisierung

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit können aufgrund ihrer Einzigartigkeit sowie der Individualität jeder betroffenen kindlichen Persönlichkeit ein breites Spektrum an Folgen mit sich bringen, welche durch verschiedene, sich wechselseitig beeinflussende Faktoren bestimmt werden (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Somit reagiert jedes Kind ganz unterschiedlich auf ein traumatisches Erlebnis. Die Symptomatik wird nicht nur durch das Alter des Kindes, sondern auch durch das Traumaschema und somit durch die Gegebenheiten der traumatischen Situation bestimmt (vgl. ebd.). Im gleichen Maße haben die kindlichen Ressourcen, das Potential zur Kontrolle und das

individuelle Sicherheitsgefühl einen nachhaltigen Einfluss auf das Symptombild (vgl. ebd.). Genauso aber auch der Wegfall protektiver Faktoren, das Auftreten zusätzlicher Konfliktsituationen, Erschöpfungserscheinungen sowie weiterer traumatischer Ereignisse (vgl. ebd.). Jeder dieser Faktoren kann im Einzelfall erhebliche Auswirkungen für betroffene Kinder mit sich bringen. Einige traumaspezifische Symptome entstehen aus den kompensatorischen Aktivitäten, während andere wie z.B. Flashbacks und intrusive Erinnerungen als direkter Ausdruck des Traumaschemas auftreten (vgl. ebd.). Der Hauptteil der Symptomatik ergibt sich jedoch aus einer Kombination von beiden Ursachenkomplexen (vgl. ebd.). Ihnen allen gemein ist, dass sie sich aus den in Kapitel 3.6.3 thematisierten missglückten Anpassungs- und Selbstheilungsversuchen entwickeln (vgl. ebd.). Nur allzu häufig werden die Folgen einer kindlichen Traumatisierung nicht als solche erkannt, da aufgrund der Variationsbreite an Symptomatiken auch einige andere Krankheitsbilder oder Störungen in Frage kommen (vgl. Baierl 2014).

Aus der traumatisierten Erfahrung heraus entsteht meist eine tiefe Verunsicherung, die häufig durch Schuld- und/oder Schamgefühlen ergänzt wird. Insbesondere längere oder wiederholte Traumata, welche als neuronale Muster manifestiert werden, bestimmen wesentlich das kindliche Denken, die Wahrnehmung, Gefühle, Reaktionen genauso wie das Leistungs-, Lern- und Beziehungsverhalten (vgl. Besser 2013). „Kindheitstraumata können somit eine Vielzahl von Entwicklungsverläufen, Symptomen und Diagnosen im späteren Leben nach sich ziehen.“ (Fischer/Riedesser 2016, 289). Eine große Bandbreite an Traumafolgestörungen wird im international bekannten „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“, abgekürzt DSM-5, unter den „Trauma- and Stressor-Related Disorders“, genauso wie im ICD-10 unter dem Punkt F43.- „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ sowie F44.- „Dissoziative Störungen“ zusammengetragen (vgl. APA 2013, ICD-10-GM Version 2021). Dennoch haben sowohl die Variationsbreite sowie der Zeitpunkt der traumatischen Situation als auch die individuelle Reaktion darauf einen wesentlichen Einfluss auf das Symptombild und den weiteren Verlauf (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Trotz der teilweise äußerst prekären Folgen einer kindlichen Traumatisierung liegt ein Vorteil von Kindern darin, dass sie sich auch relativ schnell wieder hiervon erholen können, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben sind (vgl. Eckardt 2013). So können sie sich trotz traumatischer Erfahrungen durchaus zu einem gesunden, selbstsicheren und optimistischen Erwachsenen entwickeln (vgl. ebd.).

Fischer und Riedesser kommen zu der wissenschaftlich fundierten Erkenntnis, dass die symptomatischen und krankheitsbedingten Auswirkungen bei inner- und außerfamiliären Traumatisierungen sich fundamental unterscheiden und damit einer besonders sensiblen Herangehensweise bedürfen (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Das innerfamiliäre Sicherheits- und Beziehungssystem bleibt bei nichtfamiliären traumatischen Erfahrungen generell stabil und kann somit seine protektive Wirkung entfalten (vgl. ebd.). Verursacht jedoch eine familiäre Bindungsperson das traumatische Erlebnis, kommt es zu einer sogenannten „Double-Bind-Situation“ und betroffene Kinder geraten in eine völlige Unsicherheit darüber, welche Aspekte eine bedrohliche von einer unbedrohlichen Person unterscheiden (vgl. ebd.). Die individuellen kompensatorischen Maßnahmen können dazu führen, dass betroffene Kinder nicht mehr zwischen sicheren und unsicheren Orten und Personen unterscheiden können, wodurch sich nicht selten generalisierte Panikattacken manifestieren (vgl. ebd.).

Die Folgen einer traumatischen Kindheitserfahrung müssen nicht unmittelbar nach dem Erlebnis in Erscheinung treten. Es ist möglich, dass Monate, Jahre oder gar Jahrzehnte zwischen dem belastenden Ereignis und der maximalen symptomatischen Reaktion liegen (vgl. Horowitz 1985). Demnach kann es eventuell eine Zeit lang dauern, bis die Symptome traumatisierter Kinder u.a. für das pädagogische Fachpersonal sichtbar werden. Auch wenn die Folgen in Form von Symptomen teilweise drastische, äußerst negative Auswirkungen haben können, gilt es die ursprünglich überlebenssichernde Funktion als grundsätzlich sinnvolle Strategie dennoch zu würdigen (vgl. Baiertl 2014). Gemäß Fischer und Riedesser ist die spätere Symptomatik umso gravierender und pervasiver, je früher die traumatische Erfahrung stattfand, je schwerer sie war und je geringer die zur Verfügung stehenden protektiven bzw. korrektiven Faktoren waren (vgl. Riedesser/Fischer 2016). Und auch Eckardt stellt fest:

„Je jünger das Kind, desto wahrscheinlicher wirkt sich ein Trauma auf den Affekt (die Stimmung, z.B. Trauer oder Niedergeschlagenheit), auf Lebensfunktionen (z.B. Schlafstörungen, geringer Appetit) und auf das Sozialverhalten (z.B. Aggressivität oder Rückzug) aus.“ (Eckardt 2013, 22).

Dies steht auch in einem starken Zusammenhang mit den gegebenen sprachlichen Ausdrucksmöglichkeiten (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Ein traumatisiertes Kleinkind entwickelt gegenüber einem Kind im Alter von z.B. zehn Jahren eher undifferenzierte

Symptome (vgl. ebd.). Je älter das betroffene Kind ist, desto wahrscheinlicher entstehen Scham- und Schuldgefühle (vgl. ebd.).

Grundlegend sind bei einer traumatischen Kindheitserfahrung ganz spezifische Entwicklungsbereiche betroffen, wobei auch eine Stagnation der kindlichen Entwicklung eintreten kann (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Die Energie, die ursprünglich für diverse Entwicklungsaufgaben genutzt werden kann, wird explizit für den Anpassungsprozess an die traumatische Situation aufgebraucht mit dem implizierten Ziel, die traumatische Situation psychisch und physisch zu überleben (vgl. ebd.). Die dabei hervorgerufenen Veränderungen der emotionalen kindlichen Verfassung können die Art zu lernen erheblich beeinflussen, wodurch nicht selten signifikante Lücken zwischen dem Entwicklungsalter und den emotionalen, sozialen, sprachlichen, kognitiven sowie motorischen Bereichen entstehen (vgl. Perry/Szalavitz 2014). „Viele traumatisierte Kinder haben erheblich Defizite in den hemmenden und ausführenden Funktionen des Planens, Denkens und Vorstellens, die von einem guten Funktionieren bestimmter Gehirnbereiche abhängen.“ (Van der Kolk/Streeck-Fischer 2002, 1023). Die immer wiederkehrenden Übererregungszustände können eine dauerhafte innere Anspannung und Wachsamkeit aufrechterhalten, welche in Kombination mit der Vielfalt an negativen Gefühlen einen Rückfall in frühere Entwicklungsstufen bewirken (auch unter Regression bekannt) oder zu einem Entwicklungsstopp führen (vgl. Baierl 2014). Die wechselhafte Veränderung der emotionalen kindlichen Verfassung kann die Art zu Lernen exzessiv beeinflussen und sogar dazu führen, dass angelernte Fähigkeiten wieder verloren gehen (vgl. Perry/Szalavitz 2014).

3.6.1 Dissoziative Störungen

Bei der Dissoziation handelt es sich um eine äußerst primitive Reaktion, bei der das subjektive Erleben von äußeren Vorgängen abgekoppelt wird (vgl. Baierl 2014). Innerhalb von dissoziativen Zuständen nehmen betroffene Kinder ihren Körper und Geist geradezu losgelöst von der Realität des Ereignisses wahr (vgl. Perry/Szalavitz 2014). An die bereits in der traumatischen Situation auftretende peritraumatische Dissoziation können sich im traumatischen Prozess schließlich dissoziative Störungen knüpfen, die bei betroffenen Kinder weitreichende Folgen mit sich bringen (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Insbesondere komplexe Traumatisierungen können zu diesem Störungsbild

führen (vgl. ebd.). Bei dissoziativen Störungen findet eine Unterbrechung der neuronalen Netzwerke statt, welche Kognition, Emotionen und Erinnerung miteinander verbinden (vgl. ebd.). Betroffene erleben einen abrupten Wechsel von Erlebniszuständen, der auf die Reizüberschwemmung in der traumatischen Situation zurückgeführt werden kann und als Überlebenstechnik zu verstehen ist (vgl. ebd.). Dissoziative Störungen zeigen signifikante Parallelen zur Aufmerksamkeitsdefizitstörung oder einem gestörten Sozialverhalten mit oppositionell-aufsässigem Verhalten (vgl. ebd.). Das dazugehörige Verhalten wirkt auf die Außenwelt häufig aufmüpfig (vgl. ebd.).

Dissoziative Zustände können sich in milden Formen durch Tagträume oder hypnotische Trance-Zustände äußern oder als extreme Varianten auftreten, indem sich Betroffene komplett von der Realität abkoppeln, ihren Fokus vollumfänglich auf ihr Inneres verlegen, Schmerzen sowie Angst stilllegen und durch ein Gefühl von emotionaler Taubheit beherrscht werden (vgl. ebd.). Beide Formen treten meist symptomatisch in Kombination miteinander auf und dienen als spezielle Rückzugsmöglichkeit für die kindliche Psyche (vgl. ebd.). Durch das wiederkehrende Auftreten von dissoziativen Zuständen findet eine erhöhte Ausschüttung von körpereigenen Opioiden statt, welche als heroinähnliche, natürliche Substanzen des Gehirns dafür sorgen, dass Schmerzen eliminiert werden und ein beruhigendes Gefühl von Distanz zu den eigenen Problematiken entsteht (vgl. ebd.). Laut des ICD-10, der „Dissoziative Störungen“ unter der Ziffer F44.- zusammenfasst, führt dies zu einem teilweisen oder gar kompletten Verlust des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen und auch der Kontrolle von Körperbewegungen (vgl. ICD-10-GM Version 2021). Auf Grundlage dieser elementaren Störung von integrativen Funktionen können als Begleiterscheinung häufig retrograde Erinnerungsdefizite sowie Entfremdungsprozesse zur eigenen Person und auch zur Realität entstehen (vgl. ebd.). Im schlimmsten Fall können sich als Folge dissoziative „Ich-Zustandsstörungen“ entwickeln, die gar zu einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS) führen können (vgl. Besser 2013).

3.6.2 PTSD

Das wohl bekannteste Störungsbild, das aus einer kindlichen Traumatisierung heraus entstehen und sich manifestieren kann, ist die „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS), übersetzt vom Englischen „Posttraumatic Stress Disorder“ (PTSD) (vgl.

Fischer 2016). Sie wurde erst im Jahre 1980 in das Klassifizierungssystem des DSM eingeführt und seitdem mehrfach aufgrund neuer traumaspezifischer Erkenntnisse überarbeitet und präzisiert (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Analog wird im aktuellen ICD-10 das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung unter der Ziffer F43.1 definiert (vgl. ICD-10-GM Version 2021). Gemäß dieser Definition tritt eine PTBS mit einer Latenzzeit von höchstens sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis auf, was einige Trauma-Experten, aus Sicht der Verfasserin, zurecht in Frage stellen (vgl. ebd.). Gemäß Fischer und Riedesser kann sich eine PTBS auch erst Monate oder gar Jahre nach dem traumatischen Erlebnis manifestieren (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Gleichmaßen kritisieren sie den englischen Begriff und konstatieren eine alternative Bezeichnung, indem sie PTBS als „basales psychotraumatische Belastungssyndrom (in der Kindheit)“ definieren. Durch die Eliminierung der Silbe „post-“ wird nicht mehr wie zuvor suggeriert, dass das Trauma etwas Vergangenes darstellt, wodurch die Begriffe „Trauma“ und „traumatische Erfahrung“ voneinander differenziert werden (vgl. ebd.).

Für eine klinische Diagnose müssen laut des ICD-10 vier spezifische Symptomgruppen erkennbar sein, die unterschiedlich stark ausgeprägt sein können und insbesondere durch stimulierende Reize ausgelöst werden (vgl. ICD-10-GM Version 2021). Intrusive Symptome offenbaren sich in unerwünschten Erinnerungsbildern vom traumatischen Ereignis in Form von Flashbacks, sich wiederholenden Träumen und auch Alpträumen (vgl. ebd.). Betroffene Kinder können quälende Träume von der traumatischen Erfahrung entwickeln, die sich innerhalb mehrerer Wochen als Alpträume von Monstern oder anderen Bedrohungen manifestieren können (vgl. Maercker 2013). In den meisten Fällen nehmen sie die Relation zwischen ihren Träumen und dem bedrohlichen Erlebnis nicht wahr (vgl. ebd.). Nicht nur in den kindlichen Träumen wird die Erfahrung wiedererlebt, sondern meist auch in Form von Spielen, in denen die belastenden Szenen wiederholt nachgespielt werden, ohne dass jedoch eine Erleichterung eintritt (vgl. ICD-10-GM Version 2021). Dies hängt u.a. mit der Tatsache zusammen, dass Betroffene meist nicht dazu in der Lage sind, spezifische Aspekte der belastenden Erfahrung zu erinnern (vgl. ebd.) Gleichmaßen treten auch Symptome von Verleugnung bzw. Vermeidung (auch Konstriktion) auf und es manifestieren sich Reaktionen der Übererregung (auch Hyperarousal), die durch Schlafstörungen, verstärkte Ängste, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten oder auch aggressives Verhalten

gekennzeichnet sind (vgl. ebd.). Als vierte Symptomgruppe entwickelt sich bei Betroffenen ein andauerndes Gefühl von emotionaler Betäubung, Gleichgültigkeit und Freudlosigkeit, welches auch als Anhedonie bezeichnet wird (vgl. ebd.). Kinder mit einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden zudem unter Störungen des Bewusstseins und der Wahrnehmung, wodurch sie extreme Einschränkungen in der sozialen Interaktion erleben (vgl. ebd.). Die Vielfalt an Symptomen und ihre extrem einschränkenden Auswirkungen auf die traumatisch belasteten Kinder führen in vielen Fällen dazu, dass eine PTBS von einer Depression begleitet wird, die u.a. Suizidgedanken mit sich bringen kann (vgl. ebd.).

3.6.3 Weitere Langzeitfolgen

Aufgrund der bereits erwähnten Komplexität von traumatischen Erlebnissen, können auch die Langzeitfolgen in verschiedensten Variationen auftreten. Eine traumatische Erfahrung in der frühen Kindheit kann zu einem dauerhaften Vertrauensverlust sowohl auf persönlicher als auch sozialer Ebene führen, denn Kindern fällt es eher schwer, die Realität einer Verletzung in ihr neues Selbst- und Weltbild zu integrieren (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Nicht selten entwickeln sich dadurch im weiteren Verlauf multiple somatische Probleme, wie etwa Kopf- und Bauchschmerzen (vgl. ebd.). Auch haben Traumatisierungen in der Kindheit die Tendenz dazu, andere chronische Probleme, wie beispielsweise Verhaltens- oder Suchtprobleme, mit sich zu ziehen (vgl. Perry/Szalavitz 2014). So kann die Problematik von Traumatisierungen mit anderen Komorbiditäten und sozialen Benachteiligungsaspekten einhergehen (vgl. Gahleitner 2013). Weitere mögliche Folgen können sich bei traumatisierten Kindern in erhöhten Aggressionen, der mangelnden Fähigkeit, Erregungszustände zu modulieren, unsozialem Verhalten, freiwilliger Isolation oder Scheu vor Menschen, vermehrter Unruhe, Schlafstörungen, Stottern, Bettnässen, Nägel- und Haarkauen, vermeintlicher Gefühlskälte, Unkonzentriertheit etc. äußern (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Derartige Folgen sowie die aus der traumatischen Erfahrung entwickelten kompensatorischen Symptome führen häufig zu sekundären Problematiken (vgl. ebd.). Kinder, die in belastenden Situationen mit Dissoziation oder Erstarren reagieren, sind potenziell häufiger Opfer von Mobbing und Exklusion (vgl. Baierl 2014). Ihre abweichenden, teilweise aggressiven Reaktionsmuster werden von Anderen schnell abgestempelt und stigmatisiert (vgl. ebd.). Aufgrund der generalisierten Erwartungshaltung, dass weitere

traumatische Erlebnisse geschehen werden, führt die daraus resultierende, permanente Anspannung dazu, dass betroffene Kinder bereits bei marginalen Belastungen zu Unbeherrschtheit und Überreaktionen neigen (vgl. Van der Kolk/Streeck-Fischer 2002).

Neben wiederholt auftretenden Kontrollverlusten, die über eine lange Zeit hinweg andauern können, ist das kindliche Verhalten vielfach von Verleugnung und emotionaler Abstumpfung geprägt (vgl. ebd.). Häufig fällt es ihnen äußerst schwer, angemessene Grenzen zwischen sich selbst und anderen aufrechtzuerhalten (vgl. ebd.). Weil ihnen das Verständnis für die individuellen Sichtweisen von anderen fehlt, haben sie auch vermehrt Schwierigkeiten dabei, innerhalb von Interaktionen oder Konflikten zu beiderseitig befriedigenden Konfliktlösungen zu kommen (vgl. ebd.). Die sich wiederholenden Zustände von Übererregtheit und Reaktionsstarre können sich auf Dauer chronifizieren und verstärken, was langfristig zu weiteren Kontrollverlusten im Alltag sowie einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionen und Schlafstörungen führt (vgl. Baierl 2014). All diese Folgen können bei inadäquaten therapeutischen und pädagogischen Interventionen langfristig zu Dysfunktionen in verschiedensten Lebensbereichen führen (vgl. Van der Kolk 2009). Dies betrifft in der Regel die Bildung, das familiäre Leben, Peerbeziehungen, rechtliche Konflikte und das spätere Berufsleben (vgl. ebd.). Aufgrund der drastischen Langzeitfolgen, die eine kindliche Traumatisierung mit sich bringen kann, ist es umso wichtiger so frühzeitig wie möglich einzugreifen und in adäquater Weise traumapädagogisch zu intervenieren.

4. Traumapädagogik

Der deutsche Dipl. Beh. Päd. Martin Kühn (2013) definierte den Begriff der Traumapädagogik wie folgt:

„Die Traumapädagogik versteht sich als (heil-)pädagogischer Ansatz zur Stabilisierung und Förderung traumatisierter Kinder und Jugendlicher und ist eine notwendige Voraussetzung, Begleitung und Ergänzung eines entsprechenden Therapieprozesses.“
(Kühn 2013, 27)

Mit dieser Definition konstatiert Kühn, dass die mittlerweile vielfältigen, psychotherapeutischen Methoden allein nicht ausreichend sind, um betroffenen Kindern adäquate

Hilfen zukommen zu lassen (vgl. Kühn 2013). Darüber hinaus braucht es verlässliche und vertrauensvolle Bezugspersonen, die eine fachlich versierte Alltagsbegleitung ermöglichen können (vgl. Hensel 2017). Als Ergänzung zu psychotherapeutischen Interventionen brauchen traumatisierte Kinder also traumapädagogisch geschulte Bezugspersonen, um derart erschütternde Erfahrungen angemessen verarbeiten zu können und wieder Vertrauen in andere Menschen aufzubauen (vgl. Gahleitner 2010). Damit das sogenannte „vernetzte therapeutische Milieu“ die fortlaufende individuelle Entwicklung des Kindes nachhaltig unterstützt kann, ist ein enger interdisziplinärer Austausch zwischen Pädagogik, Psychiatrie und Psychotherapie unabdingbar (vgl. Kühn 2013). Baierl kommt zu der Erkenntnis, dass die umfangreichen und spezifischen Bedarfe traumatisch belasteter Kinder nur selten durch eine einzige Institution gesichert werden können (vgl. Baierl 2017). Die Effizienz der verschiedenen Hilfen kann durch eine Kooperation auf Augenhöhe zwischen den einzelnen Fachkräften, Institutionen und anderen Beteiligten immens gesteigert werden (vgl. ebd.). Somit stellt das Konzept der Traumapädagogik nur einen Teil der umfangreichen und multidimensionalen Hilfen für schwer belastete Kinder dar, denn es gibt viele Wege zur Heilung und viele Orte, die dazu beitragen oder diese behindern (vgl. Weiß 2013).

Traumapädagogische Aspekte spielen in jeglichen Bereichen der Sozialen Arbeit eine wesentliche Rolle. Viele Kinder und Heranwachsende, die in jeglichen pädagogischen Einrichtungen betreut werden, leben mit traumatischen Erfahrungen und weisen damit einen besonders hohen Bedarf an pädagogischen Maßnahmen auf (vgl. Weiß 2013). Mit der Etablierung einer Traumapädagogik konnten institutionelle Rahmenbedingungen sowie persönliche Handlungsanleitungen für Bezugspersonen ausgebaut und innerhalb der Sozialen Arbeit integriert werden (vgl. Hensel 2017). Bevor es zur Umsetzung von traumapädagogischen Ansätzen kommen kann, muss zunächst die subjektive Sichtweise und der Hintergrund von traumatisierten Kindern beachtet werden.

„Bei Traumata kommt es zu fundamentalen Erschütterungen grundlegender Überzeugungen wie Selbstwahrnehmung, Erwartungen in die Welt und das Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit darin sowie Vertrauen in zwischenmenschliche Beziehungen. Mit dieser „Verzerrung“ begegnen Betroffene dem Hilfesystem.“ (Gahleitner 2010, 48)

Gemäß der deutschen Psychotherapeutin Silke Gahleitner leiden traumatisierte Kinder an einer verzerrten Wahrnehmung, weshalb sie insbesondere darauf angewiesen sind, mit Hilfe der Traumapädagogik und sensiblen Bezugspersonen eine andere, für sie

absolut fremde Welt mit vielfältigen Alternativerfahrungen zu erleben (vgl. Gahleitner 2013). Aufgrund ihrer einschneidenden Erfahrungen neigen sie aber zunächst dazu, alles Neue, inklusive Regeln sowie andere protektive Interventionen als Bestrafung anzusehen und auch pädagogische Fachkräfte, die versuchen Sicherheit und Stabilität herzustellen, als potenzielle Bedrohung wahrzunehmen (vgl. Streeck-Fischer/Van der Kolk 2009). Umso wichtiger ist es, dass sie durch das pädagogische Fachpersonal Empathie sowie Rückhalt erfahren, ohne in einen Zwangskontext zu geraten. Da ein entscheidender Aspekt traumatischer Erfahrungen der äußerste Verlust von Kontrolle und das Gefühl absoluter Ohnmacht ist, spielt innerhalb der traumapädagogischen Arbeit das Wiedererlangen von Kontrolle eine zentrale Rolle (vgl. ebd.). Der amerikanische Kinderpsychiater Bruce Perry betonte dies mit folgender These:

„Aus der Verbindung zwischen Kontrolle und Gewöhnung einerseits und zwischen Mangel an Kontrolle und Sensibilisierung andererseits ergibt sich für die Genesung von einem Trauma die Bedingung, dass das Opfer in eine vorhersehbare und sichere Situation zurückkehrt.“ (Perry/Szalavitz 2014, 76).

Traumatisierte Kinder brauchen demnach Routine, Vorhersagbarkeit, ein Gefühl von Kontrolle und stabile Beziehungen zu Menschen, die sie unterstützen (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Sie benötigen sichere, haltgebende Strukturen, die von Klarheit und Transparenz geprägt sind und ihnen die Möglichkeit zur Teilhabe und zum Mitwirken einräumen (vgl. Bausum 2013). Korrigierende Erfahrungen innerhalb eines schützenden sowie stärkenden pädagogischen Umfelds sind essenziell für die Arbeit mit traumatisierten Kindern, denn sie können den Prozess der Traumabearbeitung weitreichend unterstützen (vgl. Baierl 2017). Auf welche Weise betroffene Kinder ein Trauma körperlich, psychisch und emotional überleben, hängt primär von den Erwachsenen in ihrer Umgebung ab, insbesondere von nahen Bezugspersonen (vgl. Bausum 2013). Erschwerend für den Heilungsprozess sind die aus der traumatischen Erfahrung entspringenden negativen Bewertungsschemata (z.B. „Ich kann niemandem trauen. Die Welt hat nichts Gutes für mich.“), welche in Kombination mit negativen, oft aggressiven Verhaltensweisen auftreten können (vgl. Baierl 2017). Diese werden wiederum von außen häufig negativ bewertet, wodurch sich ein gewisser Teufelskreis manifestiert (vgl. ebd.). In vielen Fällen werden die Reaktionen von traumatisierten Kindern fehlinterpretiert, weil sie häufig mit Furcht oder abweichendem Verhalten innerhalb diverser Situationen reagieren, die von anderen Menschen generell als

unbedrohlich und sicher eingestuft werden (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Dies führt meist zu erheblichen Beeinträchtigungen für betroffene Kinder, ohne dass ihnen die Zusammenhänge zwischen den bedrohlichen Erlebnissen und den eigenen Gefühlen, Handlungen und Störungsmustern bewusst sind (vgl. Besser 2013). Zusätzlich bedarf der permanente Wechsel zwischen der Suche nach Nähe und Distanz in Form von abweisendem oder distanzgemindertem und oppositionellem Verhalten einer besonderen pädagogischen Herangehensweise, die nicht nur Sanktionen auf unerwünschtes Verhalten folgen lässt, sondern explizit versucht, die Gefühle und das Verhalten für die betroffenen Kinder verständlich zu machen und sie dabei zu unterstützen, neue effiziente Verhaltensmuster auf dem Fundament nachträglicher positiver Beziehungserfahrungen zu entwickeln (vgl. ebd.). Dennoch sind konkrete Regelungen im täglichen Ablauf sowie Umgang miteinander unerlässlich, da definierte und transparente Grenzen im Lebens- und Experimentierfeld die von betroffenen Kindern dringend geforderte Sicherheit und Zuverlässigkeit bieten (vgl. Baierl 2017). Für alle am Hilfeprozess Beteiligten ist es wichtig zu wissen, dass stets mit Krisen zu rechnen ist, ungeachtet dessen, wie gut die Rahmenbedingungen sind und wie professionell sich die Fachkräfte verhalten (vgl. Baierl 2014). Eine adäquate präventive und zugleich heilsam wirkende Methode im Umgang mit dieser Erkenntnis ist das Treffen einer Übereinkunft darüber, wie Kontrollverluste für alle Beteiligten am sichersten ausgelebt werden können (vgl. Baierl 2017).

4.1 Pädagogische Grundhaltung und Werte

„Eine wesentliche Basis der Traumapädagogik stellt eine Grundhaltung dar, die das Wissen um Folgen von Traumatisierung und biografischen Belastungen berücksichtigt und ihren Schwerpunkt auf die Ressourcen und Resilienz der Mädchen und Jungen legt.“ (BAG 2011, 4).

Basierend auf dem Wissen um die Auswirkungen eines kindlichen Traumas bildet eine wertschätzende und verstehende Haltung die Basis für traumapädagogisches Handeln (vgl. Gahleitner 2013). Jegliche Formen von traumapädagogischer Unterstützung sollten auf einer Grundhaltung basieren, die durch Respekt und Bereitschaft zur Beziehung geprägt ist (vgl. Becker 2006). Traumatisierte Kinder mussten in ihren wenigen Lebensjahren bereits unvorstellbares Leid erleben. Diese Tatsache erfordert einen besonders empathischen und einfühlsamen Umgang mit traumatischen

Erinnerung (vgl. Gahleitner 2013). Die extremen Belastungen und das damit verbundene Leid, denen betroffene Kinder in ihrem jungen Alter ausgesetzt sind, sollten genauso gewürdigt werden, wie die persönlichen Fähigkeiten im Umgang mit diesen (vgl. ebd.). Auf Grundlage der Anerkennung des eingeschränkten kindlichen Leistungsvermögens können pädagogische Haltungen und Methoden entwickelt werden, die es traumatisch belasteten Kindern ermöglichen, das eigene Integrations- und Leistungsvermögen zu steigern (vgl. Weiß 2013). Das pädagogische Fachpersonal sollte eine Orientierung an die jeweilige positive Absicht hinter den spezifischen Verhaltensweisen verinnerlichen und nicht das offensichtliche Verhalten in den Fokus stellen, sondern die Gefühle und Bedürfnisse, die dahinterstehen (vgl. Baierl 2014). Viele traumatisierte Kinder projizieren ihre Angst und ihren Selbsthass auf die gesamte Welt und entwickeln geradezu eine Übersensibilität gegenüber Anzeichen von Zurückweisung (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Daher gilt als Schlüssel für einen heilsamen Prozess, das Verständnis der Betroffenen zu wecken, dass ihre Wahrnehmung nicht unbedingt den realen Gegebenheiten entspricht und dass die Welt nicht so gefährlich ist, wie sie ihnen erscheint (vgl. ebd.). Das teilweise normwidrige Verhalten, das traumatisierter Kinder an den Tag legen, impliziert ein immenses Konfliktpotential, dem die pädagogische Fachkraft mit viel Ruhe, Geduld und Verständnis deeskalierend entgegenwirken sollte (vgl. ebd.). Individuelle Beziehungsangebote, welche die kindlichen Bedürfnisse von Sicherheit, Beziehung und Autonomie aufgreifen, können betroffenen Kindern korrigierende Erfahrungen ermöglichen (vgl. ebd.). Neben einer bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung sind Partizipation und Transparenz wesentliche Aspekte der traumapädagogischen Grundhaltung (vgl. ebd.). Es ist nicht nur wichtig, dass diese Kinder diverse Regeln im Alltag sowie in der gemeinsamen Interaktion kennen und begründet bekommen, sondern vor allem auch, dass sie individuell daran mitwirken können (vgl. ebd.). Dies erfordert einen achtsamen Umgang mit den Grenzen und Schwächen der Betroffenen. Jedem Kind sollten gemäß seines individuellen Entwicklungsstands pädagogische Angebote zur Verfügung stehen, bei denen sie weder über- noch unterfordert werden (vgl. BAG 2011). Dies erfordert gleichermaßen eine pädagogische Grundhaltung, welche die kindlichen Ressourcen und Potenziale in den Fokus stellt (vgl. Gahleitner 2013). Innerhalb von Gesprächen und Beziehungen ermöglicht eine ressourcenorientierte Pädagogik, dass die kindlichen Möglichkeiten und Kompetenzen identifiziert und aktiv genutzt werden können (vgl. Weiß 2013). Durch die gezielte Unterstützung vorhandener korrektiver Ressourcen können betroffene

Kinder dazu befähigt werden, ihre persönlichen sowie sozialen Ressourcen zu nutzen, um die traumatische Erfahrung besser verarbeiten zu können (vgl. Fischer/Riedesser 2016).

Eine wesentliche Grundhaltung und gleichzeitig auch Ziel traumapädagogischer Arbeit ist die Lebensfreude (vgl. Lohmann 2014). Ungekünstelte Lebensfreude und Spaß können eine angenehme Abwechslung zu schwierigen Beziehungsgestaltungen und Krisen sein (vgl. ebd.). Hierbei geht es nicht darum, das traumatische Erlebnis zu verdrängen und symptomatische Verhaltensweisen zu ignorieren, sondern insbesondere mit Hilfe von korrigierenden Erfahrungen, die Freude und Spaß am Leben vermitteln, neue positive Erlebnis- und Verhaltensweisen betroffener Kinder zu aktivieren (vgl. ebd.). Neutrale, mit Spaß verbundene Aufgaben sowie körperliche Spiele ermöglichen traumatisch belasteten Kindern herauszufinden, wie sich Entspannung und körperliche Beherrschung anfühlen (vgl. Van der Kolk 2009). Indem möglichst viele angenehme Emotionen innerhalb einer sicheren pädagogischen Beziehung und einer ressourcenorientierten Betrachtungsweise aktiviert werden, können angstausslösende Situationen reduziert und das vom Trauma erschütterte Selbst- und Weltverständnis von betroffenen Kindern positiv beeinflusst werden (vgl. Lohmann 2014). Gleichzeitig wird durch Spaß und Lachen die Serotoninausschüttung erhöht, während das kindliche Lernen und die Entwicklung nachhaltig unterstützt werden (vgl. BAG 2011). Nur wenn betroffene Kinder die Fähigkeit entwickeln, ihren Fokus auf vergnügliche Aktivitäten zu richten, ohne sich dabei zu desorganisieren, können sie auch lernen, mit anderen Kindern zu spielen, an simplen Gruppenaktivitäten teilzunehmen und mit komplexeren Aufgaben umzugehen (vgl. Van der Kolk 2009).

4.2 Ziele der Traumapädagogik

Ein grundlegendes Ziel der Traumapädagogik besteht darin, einen sicheren Rahmen zu schaffen, in dem traumatisch belastete Kinder ein positives Selbstbild entwickeln können, das ihr Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein steigert (vgl. BAG 2011). Basierend hierauf soll eine adäquate Stabilisierung des Kindes (sowohl äußerlich, sozial, somatisch als auch psychisch) erreicht werden, welche vor allem durch den Aufbau eines zuverlässigen sozialen Netzwerks unterstützt wird (vgl. Gahleitner 2013). Ziel des Ganzen ist, dass das verlorene Vertrauen, der Respekt und das

Selbstwirksamkeitsgefühl wiederhergestellt werden (vgl. Weiß 2013). Um traumatisierende Erfahrungen überwinden zu können, brauchen Kinder das wiederkehrende Gefühl von Zuversicht, Sicherheit und Liebe (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Die Außergewöhnlichkeit der traumatischen Erfahrung erfordert dabei insbesondere die Förderung von Normalität (vgl. Baierl 2017). Dazu gehört auch, dass betroffene Kinder mit Hilfe kindgerechter Sprache erfahren sollen, dass es normal ist, nach erschütternden Ereignissen traumatisiert zu sein und sich neu sortieren zu müssen, aber dass es auch einen Weg zurück zu einem selbstbestimmten, positiven Leben gibt (vgl. ebd.).

„In keinem anderen Kontext können Kinder und Jugendliche so intensiv erfahren, dass sie die Möglichkeit haben, die schweren Belastungen der Traumasymptomatiken wahrzunehmen, sie zu verstehen, handhabbar zu machen und zu überwinden, um ihr Leben unabhängig von der Vergangenheit und in neuer Qualität, selbst zu gestalten.“ (Bausum 2013, 198)

Mit Hilfe traumapädagogischer Interventionsmaßnahmen sollen sie dabei unterstützt werden, das belastende Erlebnis weitgehend zu verarbeiten und in ihr kindliches Selbst- und Weltverständnis zu integrieren, sodass keine Fixierung spezifischer Entwicklungsrückschritte eintreten und altersgerechte Entwicklungsaufgaben erfolgreich bewältigt werden können (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Ziel ist demnach nicht, traumatisch belastete Kinder vollumfänglich zu kontrollieren und vor jeglichen Einflüssen zu schützen, denn sie brauchen nicht nur Sicherheit, sondern auch Herausforderungen und Risiken, an denen sie sich ausprobieren und ggf. scheitern können (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Aus all diesen Erfahrungen kann eine innere Stärke erwachsen, die notwendig ist, damit das Trauma bestmöglich überwunden werden kann (vgl. ebd.). Um betroffene Kinder optimal unterstützen zu können, benötigt es jegliche Fähigkeiten, Erfahrungen sowie sämtliches Wissen der pädagogischen Fachkräfte (vgl. ebd.). Auf Basis dieses Hintergrundwissens können vielfältige positive Beziehungserfahrungen initiiert werden, die eine positive Veränderung der inneren kognitiven Schablonen bewirken und die psychosoziale Entwicklung der betroffenen Kinder fördern sollen (vgl. ebd.). Gleichmaßen soll durch traumapädagogisches Handeln das oft impulsiv geprägte und äußerst emotionale Verhalten durch die Entwicklung von problemorientierten Bewältigungsstrategien kontrolliert werden, welche betroffene Kinder dazu befähigen, neue Situationen objektiv zu prüfen und systematisch Verbesserungsmaßnahmen zu planen (vgl. Van der Kolk/Streeck-Fischer 2002). Die Ziele einer

Traumapädagogik sind somit ziemlich umfangreich und erfordern kreative traumapädagogische Interventionsmöglichkeiten.

4.3 Traumapädagogische Interventionsmöglichkeiten

Wenn negative Lebenserfahrungen eine schädigende Wirkung auf die kindliche Gehirnentwicklung haben können, liegt auch die Annahme nahe, dass durch die Herbeiführung ganz spezifischer Erfahrungen im Kontext pädagogischer Haltungen und Handlungen ein positiver Ausgleich stattfinden kann (vgl. Besser 2013). Mit Hilfe traumapädagogischer Interventionen können also defizitäre Faktoren genauso wie Störungen in der kognitiven, physischen, psychischen, emotionalen und sozialen Entwicklung ausgeglichen und sinnvoll behandelt werden. Jegliche Interventionen dienen einer ganzheitlichen Betreuung und unterstützenden Begleitung von traumatisierten Kindern (vgl. ebd.). Sie verfolgen das Ziel der Förderung von Problemlösefähigkeit, sozialer Kompetenz, Kreativität und des Selbstwerterlebens (vgl. Baierl 2017).

Zu Beginn von traumapädagogischen Interventionen ist ein wesentlicher Aspekt die Analyse der nachbarschaftlichen und familiären Lebenswelt (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Es muss also zunächst festgestellt werden, ob bereits ein stabiles und helfendes Umfeld vorhanden ist oder ob dieses erst noch aufgebaut werden muss (vgl. ebd.). Genauso wichtig ist auch zu identifizieren, ob die Eltern oder nahe Bezugspersonen Verursacher des Traumas sind oder bei diesen selbst traumatische Hintergründe vorliegen, weil hierbei der Aufbau eines Hilfsnetzwerks unabdingbar wird (vgl. ebd.). Der Umgang mit traumatisierten Kindern erfordert von pädagogischen Fachkräften ein Höchstmaß an Sensibilität. „Die Art und Weise, in der Erwachsene während und nach einem traumatischen Ereignis auf Kinder reagieren, kann im Hinblick auf diese eventuellen Folgen einen enormen Unterschied machen – sowohl im Guten als auch im Schlechten.“ (Perry/Szalavitz 2014, 14). Pädagogisches Intervenieren muss demnach gut durchdacht sein. Betroffene Kinder brauchen Hilfe dabei, das Trauma altersgemäß in ihr kindliches Welt- und Selbstverständnis zu integrieren (vgl. Horowitz 1985). Gleichzeitig gibt es aber auch betroffene Kinder, die ihre leidvollen Erinnerungen nie erörtern und dennoch ihre Ängste bewältigen und sich vom Trauma erholen können (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Für solche Kinder kann es überaus schädlich sein, wenn sie gedrängt werden, sich auf Vergangenes zu konzentrieren (vgl. ebd.). Entscheidend

ist, dass die Bedürfnisse von Kindern variieren und keines dazu gedrängt werden sollte, ein Trauma zu bearbeiten, wenn er oder sie es nicht möchte (vgl. ebd.). Dennoch sollte mit Hilfe traumapädagogischer Interventionen das Thema „Gefühle“ wiederholt aufgegriffen und in die Präsenz gezogen werden, damit generell ein besseres Verständnis geschaffen werden kann. Als Unterstützung können verschiedene Medien (z.B. Filme, Musik und Bücher) verwendet werden. Mit Hilfe einer transparenten sowie kindgerechten, fairen und traumasensiblen Kommunikation kann der Beziehungsaufbau zwischen Pädagog*innen und betroffenen Kindern unterstützt und ein grundlegendes Vertrauen aufgebaut werden, sodass weitere pädagogische Interventionen adäquat greifen können (vgl. Bausum 2013).

4.3.1 Stabilisierung und Ressourcenaktivierung

In der Arbeit mit traumatisierten Kindern verfolgt eine Stabilisierung der Betroffenen das primäre Ziel der Wiedererlangung von (innerer und äußerer) Sicherheit (vgl. Kühn 2013). In ihrer erschütterten kindlichen Welt fällt es Betroffenen besonders schwer, ihre persönlichen Stärken und Ressourcen wahrzunehmen und sie effizient für den eigenen Heilungsprozess zu nutzen (vgl. ebd.). Aus diesem Grund spielt die Erkundung sowie Förderung der persönlichen Stärken, Fähigkeiten und Fertigkeiten eine wesentliche Rolle. Auch der Aufbau pädagogischer Angebote sollte so gestaltet werden, dass die kindlichen Ressourcen aktiviert und gestärkt werden können (vgl. Lang et al. 2013). Auf diese Weise können sie Erfahrungen sammeln, bei denen sie sich als selbstwirksam erleben und ihre wertvollen Ressourcen deutlich erkennen können. Durch positive Bestärkung und verbale Wertschätzung können Pädagog*innen diesen Prozess erfolgreich unterstützen (vgl. ebd.). Gleichermäßen ermöglicht das Aufzeigen und Wertschätzen von bisherigen Erfolgserlebnissen und Leistungen sowie den daraus entstandenen Stärken, dass betroffene Kinder dazu ermutigt werden, weitere Fähigkeiten zu erkunden und in ihr Ressourcenrepertoire aufzunehmen (vgl. ebd.). Neben den vorhandenen Ressourcen sollten auch persönliche Kraftquellen des Kindes in den Fokus gestellt werden, welche unmittelbar positive Gefühle in ihnen hervorrufen und sie in einen angenehmen Zustand bringt, in dem sie sich geborgen und sicher fühlen (vgl. ebd.). Im Gegensatz zu traumabezogenen Reizen, die explizit negative Empfindungen hervorrufen, dienen die kindlichen Kraftquellen als Reize bzw. Trigger zum Erwecken von angenehmen Gefühlen (vgl. ebd.). Dies können u.a. spezifische

Lieder, besondere Düfte, Bücher, der Umgang mit Tieren oder eine bestimmte Lieblingsbeschäftigung sein, die es den betroffenen Kindern ermöglichen, Entspannung und Wohlbefinden zu empfinden (vgl. ebd.). Aufmerksam beobachtende pädagogische Fachkräfte können als wertvolle Unterstützung dienen, um diese Kraftquellen zu auffindig zu machen. Im Anschluss können sie gemeinsam mit den Kindern z.B. eine sogenannte Glücksbox basteln, in die nur Dinge kommen, die ihrem persönlichen Wohlbefinden dienen (vgl. Lohmann 2014). Sie schafft für die Betroffenen eine Möglichkeit, sich jederzeit mit den eigenen Ressourcen aktiv auseinandersetzen zu können.

Häufig leiden von einem Trauma betroffene Kinder an dissoziativen Zuständen, traumabezogenen Rückblenden oder anderen belastenden Folgen, die sich aus der traumatisierenden Erfahrung entwickeln und äußerst kräftezehrend sind. Diese Zustände erfordern eine unmittelbare Unterbrechung in direkter Verbindung mit einer stabilisierenden Einwirkung (vgl. Weiß 2013). Indem pädagogische Fachkräfte das betroffene Kind mit einer erhöhten Lautstärke ansprechen und über Geräusche oder Gerüche versuchen Kontakt herstellen, kann die kindliche Psyche wieder in die Gegenwart zurückgeführt werden (vgl. ebd.). Hilfreich ist hierbei zu verbalisieren, dass sich das betroffene Kind in Sicherheit befindet. Darüber hinaus kann das Aufzählen simpler Fakten über die jetzige Gegenwart helfen, die Situation zu strukturieren und den kindlichen Geist wieder zurück ins Hier und Jetzt zu holen (vgl. ebd.). Im Anschluss ist von wesentlicher Bedeutung, dass die verschiedenen Verhaltensweisen und die dahinter stehenden Gefühle thematisiert statt ignoriert werden. Betroffene Kinder brauchen Angebote, um dissoziative Prozesse und Flashbacks verstehen zu können (vgl. BAG 2011). Diverse Entspannungstechniken und Imaginationsübungen wie z.B. Traumreisen können genauso zur Stabilisierung der betroffenen Kinder beitragen wie pädagogische Angebote, welche die kindlichen Sinne ansprechen und fordern (vgl. Baierl 2017). Sinnvoll ist es auch, altersgerechte Literatur, Piktogramme und Spiele als Hilfe zu verwenden, um die verschiedenen menschlichen Gefühle zu thematisieren und dahingehend aufzuklären, dass negativ empfundene Gefühle nicht automatisch schlecht sind, sondern vor allem einen Sinn haben. Neben dieser emotionalen Stabilisierung sollte der kindliche Körper mitsamt seinen Bedürfnissen nicht außer Acht gelassen werden. Traumatisch belastete Kinder benötigen Unterstützung darin, sich gesund zu ernähren, sich ausreichend zu bewegen und Gesundheitsfürsorge sowie Körperhygiene zu betreiben (vgl. Baierl 2017).

4.3.2 Pädagogik des sicheren Ortes

Der mit einer kindlichen Traumatisierung einhergehende extreme Kontrollverlust erfordert neben der grundlegenden Stabilisierung zunächst die Wiederherstellung des Sicherheitsgefühls in sich und die Welt. Die von Martin Kühn entwickelte „Pädagogik des sicheren Ortes“ greift eben dieses grundlegende Bedürfnis traumatischer Kinder nach Sicherheit von Innen und Außen auf (vgl. Kühn 2013). Die multidimensionalen Ziele dieses pädagogischen Ansatzes umfassen die Gestaltung „sicherer Orte“ für betroffene Kinder sowie „geschützter Handlungsräume“ für die Pädagog*innen, genauso aber auch die Gestaltung „emotional-orientierter Dialoge“ zwischen beiden genannten Parteien (vgl. ebd.). Auch Kühn bestätigt, dass auf Grundlage von traumatischen Erfahrungen in der Kindheit die äußere Welt als ursprünglich „sicherer Ort“ kritisch in Frage gestellt wird, wodurch simultan die Wahrnehmung eines inneren Sicherheitsgefühls des individuellen Selbst nachhaltig gestört werden kann (vgl. ebd.). Damit traumatisierte Kinder ihre Umwelt erneut als sicher begreifen können, brauchen sie verlässliche, einschätzbare und zunehmend bewältigbare Alltags- und Lebensraumbedingungen, die ihnen einen „äußeren sicheren Ort“ bieten, sodass sie folglich ihren „inneren sicheren Ort“ wiedererlangen können (vgl. ebd.). Innerhalb einer sicheren Umgebung offenbaren sich für betroffene Kinder Räume des Verstehens, der Möglichkeiten und Veränderungen (vgl. Gahleitner 2010). Durch die Ritualisierung von Abläufen in Kombination mit einer stressfreien Atmosphäre können entwicklungsfördernde Bedingungen geschaffen werden (vgl. ebd.). „Der sichere Ort muss ein Ort der Berechenbarkeit sein und setzt somit ein Gegengewicht zur bisherigen Unberechenbarkeit des Lebensumfeldes.“ (BAG 2011). Traumatisierte Kinder brauchen über viele Jahre bis in die Adoleszenz eine sichere Umgebung, um einprägsame und sich wiederholende Alternativerfahrungen machen zu können, die ihren Entwicklungsbedürfnissen entsprechen (vgl. Perry/Szalavitz 2014).

Eine essenzielle Bedeutung kommt ebenfalls dem nahen Umfeld zu, denn für die betroffenen Kinder muss es sich wieder lohnen, Vertrauen zu fassen (vgl. Kühn 2013). Hierfür sollte zunächst reflektiert werden, wie sicher die pädagogischen Angebote gestaltet sind und ob sie ggf. auf die Bedürfnisse der Kinder angepasst werden müssen (vgl. ebd.). Im gleichen Zuge müssen klare Regeln und Grenzen gesetzt werden, damit traumatisierte Kinder statt des zweckorientierten Überlebens das Zusammenleben mit Anderen nachträglich lernen können (vgl. Besser 2013). Pädagog*innen liegt hierbei

eine Art Vorbildfunktion inne, die es ihnen ermöglicht, mit Hilfe neuer positiver, korrigierender Erfahrungen, die erschütterte kindliche Psyche mit heilsamen Bildern der Liebe und Menschlichkeit zu nähren (vgl. ebd.). Kommunikative Aspekte spielen hierbei eine wesentliche Rolle. Traumatisch belasteten Kindern fehlt häufig die Möglichkeit, die erlebte Erfahrung verbal zu kommunizieren, da ein bewusster Gedächtniszugang anfangs meist versperrt ist (vgl. Kühn 2013). Die fragmentarische Erinnerung an das lebensbedrohliche Ereignis bleibt jedoch präsent und äußert sich in überwältigenden Emotionen oder diffuser Vermeidungsreaktionen (vgl. ebd.). Das teilweise abweichende Verhalten dient betroffenen Kindern als sinnhafter Kommunikationsweg mit der Umwelt und sollte dementsprechend nicht sanktioniert werden (vgl. ebd.). Wesentliches Ziel ist vielmehr, die dahinterstehenden Denkweisen zu überarbeiten. Bevor das Denken traumatisierter Kinder verändert werden kann, müssen pädagogische Fachkräfte zunächst auf der Gefühlsebene intervenieren (vgl. ebd.). Traumatisch belastete Kinder sind in erster Linie auf eine feinfühlige, geduldige, klare und kompetente pädagogische Begleitung angewiesen, um den Umgang mit ihren teils überwältigenden Emotionen auf Basis von Selbstwahrnehmung, Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit bewältigen zu können (vgl. ebd.). Auf diese Weise kann das Dilemma zwischen der Sehnsucht nach Liebe und den Erinnerungen an die traumatisierende Erfahrung aufgelöst werden (vgl. Besser 2013). Mit Hilfe dieser veränderten zwischenmenschlichen Kommunikation können betroffene Kinder einen ressourcenorientierten Zugang zu sich selbst als auch zu ihren Mitmenschen entwickeln (vgl. ebd.).

4.3.3 Traumapädagogische Beziehungsgestaltung

Bruce Perry identifizierte auf Basis seiner Arbeit mit traumatisch belasteten Kindern als eine der effektivsten Interventionen die Förderung des bestehenden sozialen Netzwerks, insbesondere der Familie, genauso wie die Aufklärung eben dieser über die möglichen Folgen eines akuten Traumas (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Obwohl eine therapeutische Behandlung für Betroffene einen wesentlichen Beitrag zu den Heilungschancen leisten kann, finden einige der intensivsten therapeutischen Erfahrungen nicht in der Therapie statt, sondern in dauerhaften, sicheren Beziehungen, die außerdem von Vertrauen, Transparenz und Stabilität geprägt sind (vgl. ebd.). Demnach brauchen traumatisierte Kinder in erster Linie eine gesunde Gemeinschaft (vgl. ebd.). Die deutsche Sozialarbeitswissenschaftlerin Silke Gahleitner eruierte in einer ihrer

Publikationen, dass bereits das Bestehen einer einzigen förderlichen Bindung trotz anhaltend negativer Erfahrungen einen bedeutsamen Schutzfaktor darstellt (vgl. Gahleitner 2010). Sie und noch einige weitere Wissenschaftler bekräftigen mit ihren Erkenntnissen die heilsame Wirkung von Beziehungsarbeit. „Alles, was die Anzahl und die Qualität der Beziehungen der Kinder steigert, unterstützt ihre Heilung. Beständige, geduldige, sich wiederholende und liebevolle Fürsorge ist das, was ihnen hilft.“ (Perry/Szalavitz 2014, 291).

Da traumatisierte Kinder häufig zu überaktiven, nicht überdachten Stress-Reaktionen neigen, bei denen sie aggressiv, impulsiv und bedürftig agieren, sind die wichtigsten unterstützenden Faktoren Zeit und Geduld (vgl. Gahleitner 2010). Traumatische Erfahrungen belasten betroffene Kinder grundsätzlich mit einer bestimmten Form von Leid bzw. Schmerz, was folglich Angst, Gereiztheit und Aggressivität mit sich zieht (vgl. ebd.). Erst wenn sie sich sicher und geliebt fühlen, sind sie dazu in der Lage, dysfunktionale Überzeugungen zu verändern, dauerhafte Verhaltensänderungen zu entwickeln und sich selbst als kompetent und liebenswert wahrzunehmen (vgl. ebd.). In einer sicheren und vertrauten Umgebung senkt sich die kindliche Herzfrequenz und der Blutdruck, während Stress-Reaktionssysteme inaktiv werden (vgl. Fischer/Riedesser 2016). Die Nähe von vertrauten Bezugspersonen hat also eine ausgeprägte stressreduzierende Wirkung. Die Sicherheit von positiven Beziehungen beeinflusst die Anpassung des Kindes an spätere Herausforderungen und prägt wesentlich den zukünftigen Umgang mit Belastungen (vgl. Van der Kolk/Streeck-Fischer 2002). Innerhalb dieser können sie lernen, dass konfliktgeladene Situationen nicht ausschließlich mit Gewalt oder Autorität gelöst werden müssen, sondern auf viel harmonischere Weise durch Kommunikation und Kooperation auf Augenhöhe bewältigt werden können (vgl. ebd.). Durch kontinuierliche, respekt- und verständnisvolle Beziehungsangebote kann ein sicherer Raum geschaffen werden, in dem traumatisierte Kinder offen über ihre Sorgen und Unsicherheiten sprechen (vgl. Weiß 2013). Sie brauchen feinfühligere Bezugspersonen, die sich Zeit nehmen, um ihnen aufmerksam zuzuhören und versuchen, die Welt aus der Sicht des verletzten Kindes zu sehen (vgl. ebd.). Wenn sich Erinnerungen an die traumatische Erfahrung aufdrängen, kann es unterstützend wirken, mit einer vertrauten Person darüber zu sprechen und dadurch nachzuvollziehen, wie das eigene Verhalten unbewusst beeinflusst wird (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Das Gespräch sollte keinesfalls in einem Zwangskontext stattfinden und bestenfalls vom

betroffenen Kind selbst initiiert werden. Wird die fragmentarisch gespeicherte Erinnerung durch das Gedächtnis abgerufen, kann sie je nach aktueller Verfassung die emotionale Tönung sowie die Deutung der Ereignisse verändern. Auch die Interpretation der pädagogischen Bezugspersonen können Auswirkungen darauf haben, wie und woran sich die betroffenen Kinder an die Erfahrung erinnern (vgl. ebd.). Im Umgang mit traumatisch belasteten Kindern sind pädagogische Fachkräfte dazu aufgefordert, Entwicklungsproblemen tolerant zu begegnen, soziale Fehler geduldig zu verbessern und mit Hilfe von Aufklärung bei Externen Verständnis zu wecken (vgl. ebd.). Neben pädagogischen Angeboten schaffen auch Alltagssituationen die Möglichkeit, an alternative Bewältigungsstrategien anzuknüpfen, die konstruktive Veränderungen bewirken können (vgl. Gahleitner 2010).

Eine (kindliche) Traumatisierung muss immer im Kontext menschlicher Beziehungen betrachtet werden, um die darauffolgende Reaktion verstehen zu können (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Menschen sind von Natur aus soziale Wesen, weshalb der Mangel an Respekt, Wertschätzung und sozialer Teilhabe einen besonders negativen Einfluss auf die kindliche Entwicklung hat (vgl. Gahleitner 2013). Im Kontext von heilsamen Beziehungen kann sich die korrigierende Wirkung von positiven Selbst- und Beziehungserfahrungen entfalten und das vorgeprägte kindliche Weltbild wieder in die richtigen Bahnen leiten (vgl. ebd.). Da die Interaktion mit anderen Individuen einen komplexen Lernvorgang voraussetzt, braucht es eine gewisse Übung, um mit anderen in Kontakt zu treten, auftretende Konflikte zu bewältigen und mit komplexen sozialen Hierarchien umzugehen (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Erst mit Hilfe eines ausgeprägten Maßes an Wiederholung und Regelmäßigkeit können betroffene Kinder lernen, Vertrauen in sich und die Welt zu fassen (vgl. ebd.). Je größer die Zeitspanne des Traumas und je stärker die Intensität des Erlebnisses war, desto mehr Wiederholungen werden benötigt, um wieder ein Gleichgewicht herzustellen (vgl. ebd.). Durch die Nutzung der persönlichen Ressourcen kann das entstandene Bild verfestigt werden.

4.3.4 Selbstbemächtigung

„Ein Trauma ist im Kern eine Erfahrung äußerster Machtlosigkeit und Kontrollverlust.“ (Perry/Szalavitz 2014, 307). Diese überwältigende Erfahrung, welche mit den vorhandenen Bewältigungsmöglichkeiten nicht kontrolliert werden kann, zwingt betroffene

Kinder in eine Art Opferrolle, in der sie sich selbst eher als passiv wahrnehmen (vgl. Weiß 2013). Aufgrund komplexer innerpsychischer Prozesse während und nach einem traumatischen Ereignis werden bei derart belasteten Kindern kognitive Lernprozesse, soziale Kompetenzen, die Empathiefähigkeit sowie die Selbstregulation beeinträchtigt (vgl. ebd.). Mehrmalige oder andauernde traumatische Erfahrungen bewirken bei Kindern einen Verlust des Gefühls für sich selbst, da ihnen das Verständnis für die eigenen traumaspezifischen Handlungsweisen, Gefühle und Empfindungen fehlt (vgl. ebd.). Indem betroffene Kinder pädagogisch dabei begleitet werden, Eigenverantwortung für ihr Leben zu übernehmen, können sie mit Hilfe des Gefühls von Selbstbemächtigung aus der ihnen auferlegten Opferrolle treten und zum aktiv handelnden Subjekt des eigenen autonomen und selbstbestimmten Lebens werden (vgl. ebd.). Einen wichtigen Aspekt der pädagogischen Begleitung stellt die Thematisierung der vielfältigen Formen von immer wiederkehrenden dissoziativen Zuständen dar, in welchen Gefühle kaum oder gar nicht wahrgenommen werden (vgl. Weiß 2013). Gleichermaßen sollten die individuellen triggernden Reize, welche zu einer Übererregung (z.B. in Form von Dissoziation) führen, gemeinsam identifiziert werden (vgl. ebd.). Mit Hilfe von pädagogischen Fragen und Hinweisen sollen traumatisierte Kinder dazu befähigt werden, mehr in sich hineinzuhören und zu fühlen, damit sie lernen können, zwischen hilfreichen und erschwerenden Selbstanteilen zu unterscheiden (vgl. ebd.). Die pädagogische Bezugsperson sollte sie bei der Förderung des Selbstverstehens, der Körperwahrnehmung, der Selbstregulation sowie der Selbstakzeptanz und der Sensibilisierung für eigene Empfindungen und darüber hinaus bei der Entwicklung einer liebevollen Beziehung zu sich selbst unterstützen (vgl. ebd.). Dabei sollte sich die jeweilige Fachkraft nicht als Machtinhaber*in und Expert*in der kindlichen Psyche darstellen, sondern vielmehr die betroffenen Kinder aufmerksam begleiten und ihnen vor allem zuhören, sodass diese lernen können, ihre Verhaltensweisen wertschätzend interpretieren (vgl. ebd.). Die Aufklärung traumatisch belasteter Kinder berührt sensible Aspekte und erfordert folglich eine achtsame, empathische und kindgerechte Herangehensweise ohne Tabuisierung prekärer Thematiken (vgl. ebd.). Demnach sollte beispielsweise auch über das Thema Kindeswohlgefährdung aufgeklärt werden, damit Kinder wissen, was in Familien alles passieren kann und dass ihr Schicksal kein Einzelfall ist (vgl. ebd.). Mit Hilfe einer kindgerechten Aufklärung können sich die belastenden Gedanken von traumatisierten Kindern verringern, sodass sie sich selbst nicht mehr als „verrückt“ oder wertlos wahrnehmen (vgl. ebd.). Deutlich wichtiger als das

kognitive Verständnis der betroffenen Kinder ist jedoch die emotionale Akzeptanz der persönlichen Verhaltensweisen und Copingstrategien, für die sie sich häufig schämen (vgl. ebd.). Mit Fragen wie: „Du verhältst dich so, weil?“, die von respekt- sowie liebevollem Interesse geprägt sind, können die Betroffenen Verständnis und Akzeptanz für ihr eigenes Verhalten entwickeln und darüber hinaus selbstzerstörerische Verhaltensmuster identifizieren und ändern (vgl. ebd.). Da es ihnen eher schwerfällt, sich neutralen, angenehmen Reizen und Stimuli zuzuwenden, nehmen sich traumatisiert belastete Kinder oft selbst die Möglichkeit, heilende und entspannende Erfahrungen zu machen (vgl. ebd.). Weiß schlägt u.a. folgende Fragen vor, um die Wahrnehmung von betroffenen Kindern aktiv auf ihr Inneres zu lenken: „Wenn es schön wird, machst Du oft etwas, um die Stimmung zu stören. Kann das stimmen? Du tust das, weil? Was kann ich, was können wir beide tun, damit Du schöne Stimmungen und Unternehmen genießen kannst?“ (Weiß 2013, 177).

Der Weg zu mehr Selbstbemächtigung beinhaltet außerdem eine begleitete, pädagogische Unterstützung beim Identifizieren und Nutzen der vorhandenen kindlichen Ressourcen als wesentlichen Bestandteil der Traumapädagogik (vgl. Weiß 2013). Indem persönliche Ressourcen genutzt werden, können traumatisierte Kinder sich als selbstwirksam erleben und sich somit ein Stück weit von dem Gefühl der Ohnmacht und der Abhängigkeit befreien (vgl. ebd.). Fragen wie: „Was hat mir heute Kraft gegeben?“ oder „Was habe ich heute gut gemacht?“ können den Blick der Kinder auf sich selbst und ihre persönlichen Ressourcen lenken und das Sprechen über Emotionen und Gefühle ebnet (vgl. ebd.). Wenn Kinder erfahren, dass sie körperlich und kognitiv in der Lage sind, Einfluss auf ihre Emotionen und Empfindungen zu nehmen, kann auch das Gefühl von Selbstwirksamkeit wachsen (vgl. ebd.). Selbstakzeptanz bildet sich primär in und über den Körper und stellt einen zentralen Bestandteil des Selbstwertes dar (vgl. ebd.). Es ist wichtig, dass Kinder dabei unterstützt werden zu lernen, ihren Körper wieder wahrzunehmen und die Signale adäquat zu deuten, denn positive Körpererfahrungen fördern die Selbstbemächtigung (vgl. ebd.).

4.4 Anforderungen an pädagogische Fachkräfte

Der pädagogische Alltag mit traumatisiert belasteten Kindern stellt das Fachpersonal vor ein komplexes Aufgabenspektrum sowie multidimensionale Herausforderungen,

die zwar auf ihre Art belastend aber dennoch bewältigbar sind (vgl. ebd.). Es erfordert von den pädagogischen Fachkräften eine hohe Reflexionsfähigkeit, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit, Belastbarkeit und zugleich eine gewisse emotionale Stabilität (vgl. ebd.). Die Arbeit mit traumatisierten Kindern bringt pädagogisches Fachpersonal immer wieder an ihre persönlichen Grenzen, wodurch ein kollegialer Austausch sowie regelmäßige Supervisionen unumgänglich werden (vgl. Baierl 2014). Innerhalb des pädagogischen Teams kann ein sicherer Ort geschaffen werden, an dem Konflikte besprochen und Feedback eingeholt werden kann (vgl. Lohmann 2014).

Da pädagogische Fachkräfte als alternative Rollenbilder im Umgang mit Konflikten und Problemen, genauso wie alltäglichen Situationen fungieren, müssen sie beachten, dass betroffene Kinder Ausdrucksformen, Gesten und Stimmungen ihres Gegenübers sensibel wahrnehmen, was ein überlegtes und aufmerksames (pädagogisches) Verhalten voraussetzt (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Pädagog*innen benötigen u.a. ein hohes Maß an Verantwortungsbewusstsein, denn sie arbeiten in einer emotionalen Atmosphäre mit extrem belasteten Kindern, die auf eine individuelle Unterstützung sowie kreative Ideen und neue Wege angewiesen sind (vgl. Gahleitner 2013). Sie tragen die Verantwortung für die Sicherheit und den Schutz der Intimität jedes Kindes, das sie pädagogisch betreuen und sollen Abwertungen, Ausgrenzungen oder Beleidigungen unterbinden (vgl. Bausum 2013). Jedes Kind muss als Individuum mit seinen eigenen spezifischen Bedürfnissen und Ressourcen wahrgenommen und behandelt werden (vgl. ebd.). Indem pädagogische Fachkräfte Präsenz und Verfügbarkeit ausstrahlen, können sie traumatisch belasteten Kindern einen sicheren Hafen bieten und ihnen Raum zum Entwickeln schaffen (vgl. ebd.). Neben dem Schutz der betroffenen Kinder ist auch der persönliche Selbstschutz der Pädagog*innen vor verbalen, emotionalen und physischen Verletzungen von erheblicher Bedeutung (vgl. Kühn 2013). Das äußerst emotionale Thema „Traumatisierung in der Kindheit“ konfrontiert Pädagog*innen mit der Verwundbarkeit der kindlichen Psyche und stellt menschliches Leid in den Fokus. Es erfordert ein emotionales, empathisches Einlassen auf die Gefühlswelt traumatisch belasteter Kinder, wodurch ein persönliches Abgrenzen erheblich erschwert wird. Nicht selten werden sie innerhalb der pädagogischen Beziehung in die unverarbeitete Vergangenheit betroffener Kinder verwickelt und empfinden als Zeugen furchtbarer und grausamer Taten die gleichen negativen Gefühle wie die Betroffenen nach (vgl. Lang 2013). Die Konfrontation mit Gefühlen von Ohnmacht, Unsicherheit über die

Welt oder auch Hoffnungslosigkeit führt pädagogische Fachkräfte oft ihre eigene Verwundbarkeit vor Augen und verändert dadurch auch ihr Welt- sowie Selbstbild, weshalb eine gesunde Psychohygiene von besonderer Wichtigkeit ist (vgl. BAG 2011). Da das Verhalten traumatisierter Kinder häufig durch Ängste, Wut, Trauer oder Scham geleitet wird, müssen sich pädagogische Fachkräfte auch zwangsläufig mit ihren eigenen starken Gefühlen auseinandersetzen, welche für sie oft selbst nicht verständlich und zusätzlich schwer mit dem professionellen Selbstverständnis in Einklang zu bringen sind (vgl. Lang 2013). Indem sie ihre eigenen Gefühle und Emotionen zunächst selbst und schließlich mit anderen reflektieren, können sie die Macht über ebendiese zurückgewinnen und ihre psychische Gesundheit schützen sowie stärken (vgl. ebd.). Gleichmaßen ist ein reflektierter Umgang mit den eigenen Werten, Normen und Ansichten eine wichtige Voraussetzung, um künftige Entscheidungen und Handlungen für traumatisch belastete Kinder transparent machen zu können (vgl. ebd.).

Eine zusätzliche Herausforderung entsteht für pädagogische Fachkräfte durch Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse (vgl. Lang 2013). Traumatisch belastete Kinder übertragen häufig Gedanken, Gefühle sowie Beziehungsinhalte des traumatischen Erlebnisses auf aktuelle Situationen und Mitmenschen (vgl. BAG 2011). Durch diese Übertragungen entsteht eine Verbindung von der Vergangenheit mit der Gegenwart. Prinzipiell gründet jedes menschliche Erleben auf persönlichen, individuellen Erinnerungen, wodurch vergangene Erfahrungen immer in die aktuelle Gegenwart übertragen werden (vgl. ebd.). Dieser unbewusst ablaufende und sich stets wiederholende Vorgang äußert sich in besonders prekärer Weise bei traumatisierten Kindern (vgl. ebd.). Indem die ungelösten Konflikte des Traumas übertragen werden, kann sich die kindliche Wahrnehmung der Gegenwart negativ verzerren und das aktuelle Verhalten (insbesondere in Beziehungen) beeinflussen (vgl. Lang 2013). Dies führt häufig zu dem Resultat, dass andere Mitmenschen ablehnend sowie abwertend reagieren, wodurch traumatisch belastete Kinder immer wieder die Erfahrung machen, dass sich ihr negativ geprägtes Selbst-, Welt- und Menschenbild bestätigt (vgl. Baierl 2014). Sie neigen außerdem dazu, anderen Mitmenschen ihre Gefühle zuzuschreiben und durch ihr Verhalten das Handeln von anderen dermaßen zu beeinflussen, dass sie in ihrer Erwartung bestätigt werden, dass die Welt ein gefährlicher Ort und anderen Menschen nicht zu trauen ist (vgl. Van der Kolk/Streeck-Fischer 2002). Eine essenzielle Aufgabe der pädagogische Fachkräfte liegt darin, diesen Teufelskreis aufzubrechen. Um sich

auf die teilweise ungewöhnlichen Verhaltensweisen der Betroffenen einlassen zu können, braucht es die Bereitschaft zur Erweiterung der pädagogischen Ansichten, Kompetenzen und Handlungsansätze (vgl. Baierl 2014). Mit ihrem Verhalten überdecken traumatisierte Kinder nicht selten ihre wahren Gefühle mit sogenannten Maskierungsgefühlen, welche für sie besser zu ertragen sind und ihnen dazu dienen, weniger Angst zu haben (vgl. ebd.). Somit besteht eine Aufgabe für pädagogische Fachkräfte darin, die Gefühle wie Trauer oder Angst, welche hinter einem scheinbar unangemessenen Verhalten oder einer überraschenden Reaktion stehen, zu identifizieren und darauf einzugehen (vgl. ebd.).

Eine wichtige Rolle im pädagogischen Alltag mit traumatisierten Kindern spielen die persönlichen Ressourcen der Pädagog*innen, die gemäß Lang einen großen Beitrag zur kindlichen Traumabewältigung beitragen können.

„Eigenschaften, die Menschen im Leben widerstandsfähiger machen, wie z. B. Intelligenz, Humor, der Glaube an das Gute, Mut, Loslassen können, Phantasie, Lösungsorientierung etc. ermöglichen es Kindern und BetreuerInnen mit Belastungssituationen besser fertig zu werden.“ (Lang 2013, 225)

Ein derart positiv geprägtes Mindset kann für alle Betroffenen als hilfreiche Unterstützung und effizienter Motivator dienen. Eine der wichtigsten Ressourcen, die simultan als protektiver sowie korrektiver Faktor dient, ist Humor (vgl. Lang 2013). Humor und Freude im pädagogischen Alltag erhöhen die Bereitschaft zur Ehrlichkeit und Offenheit, während der Umgang mit abweichendem Verhalten der Kinder erleichtert wird (vgl. ebd.). Pädagog*innen sollten dazu in der Lage sein, in gewissen Momenten loslassen zu können, denn nur so kann sich ihre Fantasie entfalten und auch die traumatisierten Kinder inspirieren (vgl. ebd.). Neben den individuellen Ressourcen sollten gleichermaßen die persönlichen sowie fachlichen Grenzen reflektiert und anerkannt werden. Obwohl Pädagog*innen mit Hilfe von Beziehungsarbeit und weiteren vielfältigen Interventionsmöglichkeiten einen weitreichenden Einfluss auf die Traumaverarbeitung haben können, bewegt sich ihr fachliches Wissen über Traumata lediglich auf sozialpädagogischer Ebene und ist dadurch begrenzt. Die psychologischen Aspekte, welche bei einer Traumatisierung überwiegen, müssen durch entsprechend geschultes Personal (z.B. Therapeut*innen, Psycholog*innen) abgedeckt werden, was einen engen interdisziplinären Austausch unabdinglich macht (vgl. Weiß 2013).

5. Die ACE-Studie

Als eine der weltweit bekanntesten und bislang umfassendsten Studien zu Prävalenz und Folgen von belastenden Kindheitsereignissen untermauerte die ACE-Studie die wissenschaftlichen Erkenntnisse von Spezialisten auf dem Gebiet kindlicher Traumatisierung (vgl. Witt et al. 2019). Die Abkürzung ACE umfasst den englischen Begriff der „adverse childhood experiences“ und meint damit Kindheitserlebnisse, die negative und anhaltende Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit haben können (vgl. Witt et al. 2019). Primäres Ziel der Studie stellte die Untersuchung der Relation zwischen belastenden Kindheitserlebnissen und den resultierenden negativen Auswirkungen für Betroffene dar (vgl. ebd.). Im Zentrum stehen dabei maladaptive Verhaltensweisen, die als Bewältigungsstrategien eingeordnet werden und diverse Krankheitsbilder sowie soziale Probleme begünstigen (vgl. Felitti 2002).

Erstmals wurde die Studie von Vincent J. Felitti mit der Unterstützung weiterer Wissenschaftler in Amerika durchgeführt und im Jahre 1998 veröffentlicht (vgl. Felitti et al. 1998). Mit Hilfe der Studie untersuchten sie den Zusammenhang zwischen stressinduzierenden bedrohlichen Kindheitserlebnissen und diversen Krankheits- oder Störungsbildern im Erwachsenenalter (ca. ein halbes Jahrhundert später), indem sie innerhalb eines Fragebogens zehn Risikofaktoren aufgriffen, die zu den Hauptursachen für Morbidität und Mortalität in Amerika beitragen (vgl. ebd.). Zu diesen Haupttodesursachen gehörten u.a. die Abhängigkeit vom Rauchen, Adipositas, Depressionen sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch (vgl. ebd.). Für eine Verbesserung der Präzision führten Felitti et al. zwei zeitlich versetzte Gruppen von Teilnehmern mit ungefähr gleicher Anzahl durch die Studie (vgl. ebd.). Somit räumten sie sich die Möglichkeit ein, bei Bedarf nach der ersten Gruppe Korrekturen durchzuführen (vgl. ebd.). Die ausführliche Verlaufsuntersuchung zeigte, dass Menschen, die belastende Kindheitserfahrungen erlebt haben, ein vier- bis zwölfmal höheres Risiko für Alkoholismus, Depressionen, Drogenmissbrauch und Selbstmordversuche aufwiesen (vgl. Felitti et al. 1998). Ein wichtiger Faktor für Suchtneigung sind demnach unverarbeitete, belastende Kindheitserfahrungen, die meist aufgrund von Scham und sozialer Tabuisierung versteckt/verborgen wurden (vgl. Felitti et al. 1998). Die ACE-Forschung von Felitti et al. beinhaltet einen prospektiven Aspekt, denn die Teilnehmenden werden weiterhin begleitet, um die belastenden Erfahrungen in der Kindheit auch mit den aktuellen Lebensumständen in Verbindung bringen zu können (vgl. Felitti 2003). Somit konnten die

Studienergebnisse bereits belegen, dass auch noch 50 Jahre nach einer kindlichen Traumatisierung die grundlegenden Auswirkungen äußerst präsent sind und dass derartige Erfahrungen in der Kindheit die körperliche sowie geistige Gesundheit und das soziale Wohlergehen in der Gesellschaft nachhaltig beeinflussen (vgl. ebd.).

Die in Deutschland durchgeführte ACE-Studie von Witt et al. untersucht „[...] die Prävalenz einzelner Formen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung und deren Zusammenhang mit den Zielvariablen Depressivität, Ängstlichkeit, eigener körperlicher Aggressivität, Lebenszufriedenheit und dem Äquivalenzeinkommen.“ (Witt et al. 2019, 636). Eine besondere Stellung nehmen hierbei die kumulativen Effekte und die Muster gemeinsam auftretender Formen belastender Kindheitserfahrungen ein, welche bisher in nur wenigen Studien berücksichtigt wurden (vgl. Witt et al. 2019). Die ACE-Forschung wurde in sämtlichen Ländern weltweit durchgeführt und zeigt im Vergleich ähnliche Ergebnisse sowie einen signifikanten Zusammenhang zwischen traumatisierenden Erfahrungen in der Kindheit und späteren Risikoverhaltensweisen (vgl. ebd.).

5.1 Design der Studie

Die in Deutschland durchgeführte ACE-Studie entspricht der amerikanischen Originalforschung nicht bis ins Detail, sie ist jedoch stark an diese angelehnt und verwendet den gleichen Fragebogen („ACE Study questionnaire“), welcher von Felitti et al. aus veröffentlichten Umfragen entwickelt wurde und Fragen zu kindlichen Missbrauchs- und/oder Misshandlungserfahrungen innerhalb drei spezifischer Kategorien (körperlich, psychisch und sexuell) sowie zu Vernachlässigungserfahrungen oder Konflikten im Elternhaus impliziert (vgl. Felitti et al. 1998). „Die deutschlandweite Datenerhebung erfolgte durch ein unabhängiges Institut für Meinungs- und Sozialforschung (USUMA, Berlin) im Zeitraum zwischen 11/2017 und 02/2018.“ (Witt et al 2019, 637). Insgesamt 2.531 Personen, wovon 55,4 % weiblich und 44,6 % männlich waren, nahmen auf Basis einer informierten Einwilligung und unter den Voraussetzungen eines Mindestalters von 14 Jahren sowie ausreichend vorhandenen Deutschkenntnissen an der Studie teil (vgl. Witt et al. 2019). Nach Aufnahme von soziodemographischen Informationen wie Geschlecht, Alter, Familienstand, Anzahl eigener Kinder, Form des Schulabschlusses, Konfession und monatliches Einkommen, wurde bei allen

Teilnehmer*innen eine umfangreiche medizinische Evaluation durchgeführt, indem Krankengeschichte, Laborergebnisse sowie weitere klinische Befunde aufgenommen wurden (vgl. Felitti et al. 1998). Anschließend lag die Aufgabe der Studienteilnehmer*innen darin, die deutsche Version des ACE-Fragebogens zu belastenden Kindheitserlebnissen sowie psychosozialen Auffälligkeiten zu beantworten (vgl. Witt et al. 2019). Innerhalb dieses Bogens werden insgesamt zehn Formen kindlicher Belastungen aufgegriffen, wobei vier Fragen das Thema sexuelle Misshandlung in der Kindheit betreffen und zwei weitere sich mit missbräuchlichem Alkohol- und/oder Drogenkonsum der Eltern beschäftigen (vgl. ebd.). Weiterhin enthalten sind zwei Fragen zu psychischen Erkrankungen der Eltern, vier Fragen zu beobachteten Misshandlungen bei Bezugspersonen sowie eine Frage zu frühkindlichen Erfahrungen mit Eltern, die kriminelles Verhalten an den Tag gelegt haben (vgl. ebd.). Diese werden durch gesundheitsbezogene Fragen ergänzt, die u.a. die sensible Thematik der Depression berühren (vgl. ebd.). Die Studienteilnehmer*innen sollten auf einer dichotomen Antwortskala (Ja/Nein) wahrheitsgemäß angeben, ob sie mit derartigen Erfahrungen in ihrer Kindheit in Berührung gekommen sind (vgl. ebd.). Der klare und unkomplizierte Aufbau des Fragebogens ermöglicht eine schnelle und einfache Anwendung sowie Auswertung.

5.2 Auswertung der ACE-Studie

Die in Deutschland durchgeführte ACE-Forschung ermöglicht anhand ihrer Ergebnisse die Erhebung erster Schätzungen zur Häufigkeit einzelner Formen belastender Kindheitserfahrungen in der deutschen Bevölkerung sowie deren Auswirkungen bis in das Erwachsenenalter (vgl. Witt et al. 2019). Die Folgen von traumatisierenden Erlebnissen in der Kindheit können sowohl unmittelbar auftreten, z.B. in Form von posttraumatischen Stresssymptomen, als auch mit einer größeren zeitlichen Verzögerung und im Zusammenhang mit Risikoverhaltensweisen wie z.B. Rauchen (vgl. ebd.). Mittels sogenannter „Odds Ratios“ (abgekürzt OD) wurden die Chancenverhältnisse zwischen traumatischen Kindheitserfahrungen und negativen Gesundheitsoutcomes im weiteren Leben berechnet. Je höher dieser Wert also ist, desto wahrscheinlicher entwickeln sich bis ins Erwachsenenalter die spezifischen negativen Auswirkungen auf die Gesundheit.

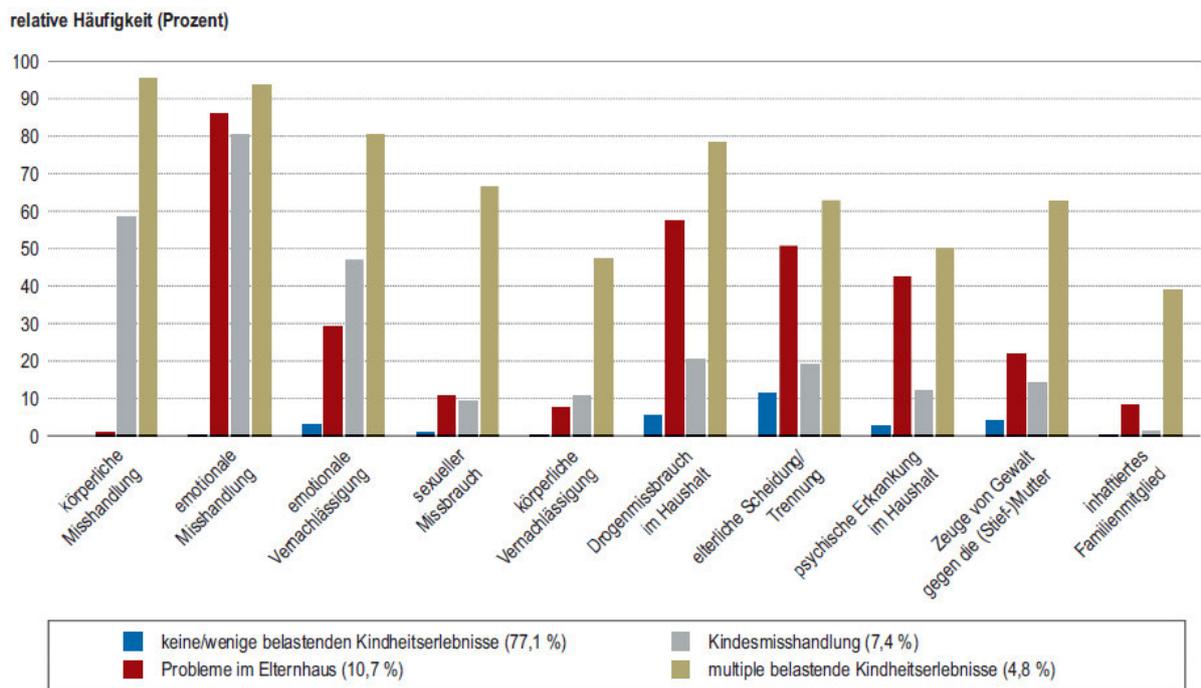


Abb. 1: „Prototypische Muster belastender Kindheitserlebnisse“ (Witt et al. 2019, 639)

Eine erste Auswertung der Studie ermöglicht die Differenzierung von vier Mustern belastender Kindheitserlebnisse, welche in Abb. 1 mit Hilfe unterschiedlicher Farben visualisiert werden (vgl. ebd.). Demnach weisen 77,1 % der Teilnehmer*innen keine oder nur wenige ACE auf (vgl. ebd.). Im Vergleich zu den anderen drei Mustern sind ihre Häufigkeitswerte in allen Bereichen von Belastungserfahrungen in der Kindheit relativ niedrig. Mit einer Häufigkeit von 10,7 % zeigt sich eine relativ hohe Häufigkeit von Problemen im Elternhaus und auch die Kindesmisshandlung schlägt mit 7,4 % einen recht hohen Prozentwert zubuche. Die höchsten Werte weist wiederum die Teilnehmergruppe mit multiplen ACE auf. Mit einer extrem hohen Häufigkeit erlebten sie in ihrer Kindheit körperliche sowie emotionale Misshandlungen und Vernachlässigung (vgl. ebd.).

Die Ergebnisse zeigten u.a. auch, dass unter den belastenden Kindheitserfahrungen die Trennung oder Scheidung der Eltern mit 19,4 %, Alkoholmissbrauch in der Familie mit 16,7 %, emotionale Vernachlässigung mit 13,4 % und emotionale Misshandlung mit 12,5 % am häufigsten vertreten sind (vgl. Witt et al. 2019).

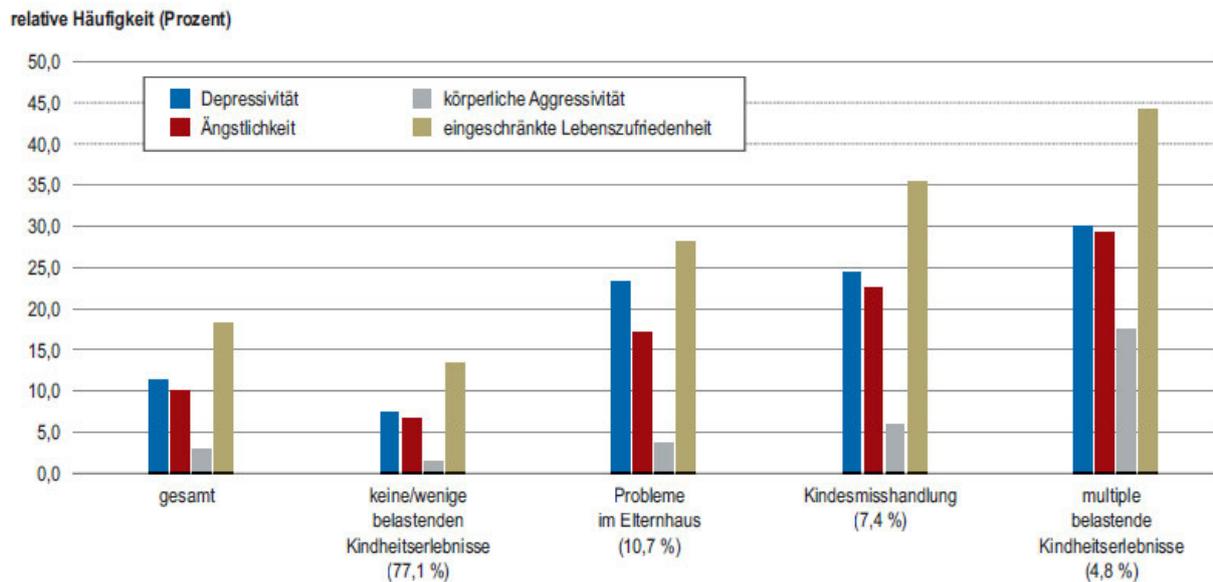


Abb. 2: „Häufigkeit psychosozialer Auffälligkeiten“ (Witt et al. 2019, 640)

An Abb. 2 wird deutlich, dass jede Kategorie von belastenden Kindheitserlebnissen kurz- oder langfristig mit psychosozialen Auffälligkeiten in Verbindung steht (vgl. Witt et al. 2019). Im Vergleich zu den Studienteilnehmern, die keine bis wenig belastende Erfahrungen in der Kindheit angaben, sind die Werte bei Personen, die mehrfache Belastungen erlebten deutlich erhöht. Sie weisen dadurch ein verstärktes Risiko auf, in Depressivität zu verfallen, Ängste zu entwickeln, körperliche Aggressivität zu verspüren und nur eingeschränkt mit ihrem Leben glücklich und zufrieden zu sein. Die Ergebnisse des Fragebogens ermöglichen einen direkten Vergleich zwischen Menschen ohne und mit traumatischen Erlebnissen. Insgesamt haben 43,7 % der Befragten mindestens ein belastendes Erlebnis in ihrer Kindheit erfahren, wodurch der allgemeine Durchschnitt bei 1,03 belastenden Kindheitserfahrungen liegt (vgl. ebd.). Dieser recht hohe Wert zeigt auf, dass traumatische Erlebnisse in der Kindheit keine Seltenheit darstellen und demnach viele Kinder bereits früh psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt sind (vgl. Witt et al. 2019). Von diesen 43,7 % berichteten knapp ein Viertel (20,7%) von lediglich einer traumatisierenden Erfahrung und 8,9 % über vier oder mehr (vgl. Witt et al. 2019). Diese 8,9 % gehören der Hochrisikogruppe an, weil sie mit einer signifikant höheren Wahrscheinlichkeit psychosoziale Auffälligkeiten, wie z.B. körperliche Aggressivität (OR = 10,5), Depressivität (OR = 7,1) oder auch Ängstlichkeit (OR = 7,1) und eine eingeschränkte Lebenszufriedenheit (OR

= 5,1) entwickelten (vgl. ebd.). Sie zeigen damit den stärksten Zusammenhang zwischen psychosozialen Auffälligkeiten und belastenden Kindheitserlebnissen und bringen deutlich verstärkte negative Folgen mit sich. Ganz im Sinne der bekannten Phrase „Die Menge macht das Gift.“, steigt das Risiko für die Entwicklung von Auffälligkeiten und Gesundheitsproblemen signifikant mit der Anzahl an belastenden Kindheitserlebnissen und auch die Folgestörungen werden komplexer (vgl. ebd.). Betroffene leiden im Vergleich zu Personen ohne frühe traumatische Erfahrungen ungleich häufiger an diversen Krankheiten sowie sozialen Problematiken. Diese und andere tiefgreifenden Folgen können auch noch nach mehreren Jahrzehnten auftreten, wenn sich die psychosoziale Erfahrung beispielsweise in eine körperliche Erkrankung umwandelt (vgl. Felitti 2002).

Die Auswertung der deutschen ACE-Forschung konnte belegen, dass neben den psychosozialen Auffälligkeiten auch generell die Lebenszufriedenheit abnimmt und Aggressivität sich als Begleiterscheinung einschleicht (vgl. ebd.). Weiterhin zeigten die Ergebnisse starke Zusammenhänge zwischen drastischen Kindheitserfahrungen und Alkohol- und Drogenkonsum mit 10,2 % sowie Suizidversuchen mit 37,5% (vgl. ebd.). Somit kann auf Basis der Forschung eruiert werden, dass es innerhalb der Sozialen Arbeit und möglicherweise auch in der Gesellschaft einen Paradigmenwechsel benötigt, um traumatisch belastete Kinder mit den zur Verfügung stehenden Hilfesystemen besser auffangen zu können. Die vorliegenden Ergebnisse betonen, wie wichtig es ist, emotionale Misshandlungen und Vernachlässigungen wahrzunehmen, welche in Deutschland bisher eher marginale Beachtung fanden (vgl. ebd.). Traumapädagogische Aspekte sollten in jeglichen Konzeptionen pädagogischer Einrichtungen aufgegriffen werden. Pädagogische Fachkräfte benötigen fachliches Knowhow, um emotionale oder körperliche Misshandlungen und Vernachlässigungen aktiver wahrnehmen und adäquat intervenieren zu können. Insbesondere die kumulativen Effekte belastender Kindheitserlebnisse müssen dabei umfangreicher berücksichtigt werden (vgl. Witt et al. 2019). Während einzelne Erfahrungen, wie z.B. die Scheidung der Eltern an sich relativ gut zu verkraften sind, kann ein summiertes Auftreten von derart negativen Ereignissen zu deutlich komplexeren Risiken und Folgestörungen führen. Die kumulative Wirkung des Auftretens von emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung sowie des Vorhandenseins einer psychisch erkrankten Bezugsperson ist besonders intensiv, denn Betroffene erleben erhebliche negative Konsequenzen und psychosoziale

Auffälligkeiten in ausgeprägtem Maße. Insgesamt konnte die ACE-Studie von Witt et al. aufzeigen, dass Kindheitserfahrungen das Leben von erwachsenen Menschen grundlegend formen und beeinflussen (vgl. ebd.). Neben neutralen sowie positiven Erfahrungen prägen auch insbesondere negative Erlebnisse die kindliche Psyche. In ihrem Zusammenwirken können auch mutmaßlich nicht so gravierende Erfahrungen traumatisierende und gesundheitsbeeinflussende Auswirkungen verursachen (vgl. ebd.). Aus eben dieser Erkenntnis ergibt sich die Notwendigkeit von präventiven sowie intervenierenden Ansätzen, die über den Bereich der Kindesmisshandlung hinausgehen und Konflikte im Elternhaus, wie z.B. eine psychische Störung der Eltern, miteinbeziehen (vgl. ebd.). Sie können einen entscheidenden Einfluss beim Heilungsprozess einnehmen. Dementsprechend erfordert der Umgang sowie die Arbeit mit traumatisierten Kindern diverse diagnostische und auch therapeutische Herangehensweisen.

Anhand des retrospektiven Aspekts der Forschung wird mit Hilfe der Ergebnisse deutlich, dass die Zeit nicht alle Wunden heilt. Traumatische Erfahrungen in der Kindheit inkludieren emotionalen Stress, durch den sich Störungen und Krankheiten manifestieren können.

5.3 Kritische Betrachtung

Trotz qualitativer Hochwertigkeit der Studie und ihren empirischen Ergebnissen, die weitreichende Erkenntnisse über die möglichen Folgen einer kindlichen Traumatisierung mit sich bringen, ist eine kritische Betrachtung unabdingbar. So basiert die ACE-Studie primär auf einem Fragebogen, der eine retrospektive Erfassung von belastenden Kindheitserlebnissen ermöglicht (vgl. Witt et al. 2019). Daher gründen die Angaben der Teilnehmer*innen auf subjektiven Einschätzungen sowie Selbstbeurteilungen, die durch Verzerrungen und Suggestibilität geprägt sein können und ggf. zu Falschangaben führen (vgl. ebd.). Darüber hinaus ist es möglich, dass nicht alle Personen wirklich wahrheitsgemäß antworten, wodurch ebenfalls falsche negative oder auch positive Angaben gemacht werden (vgl. ebd.). Der Fragebogen enthält konkrete Fragen, die nur in begrenztem Ausmaß die Komplexität traumatischer Erlebnisse umfassen. Ein zusätzlicher Ausbau bietet die Möglichkeit, das Spektrum an belastenden Kindheitserfahrungen zu erweitern und die Ergebnisse mit in die Gesamtanalyse einzubeziehen (vgl. ebd.). Dies kann möglicherweise einen weitreichenden Einfluss auf die

Ergebnisse haben. Die grundlegende Teilnahmevoraussetzung der deutschen ACE-Studie, dass genügend Deutsch-Kenntnisse vorhanden sein müssen, exkludiert automatisch Personen mit Migrationshintergrund und sorgt dafür, dass diese nicht genügend repräsentiert werden (vgl. Witt et al. 2019). Genau wie Menschen ohne Migrationshintergrund machen sie jedoch einen nicht zu unterschätzenden Teil der deutschen Gesellschaft aus. Werden sie miteinbezogen, könnte dies zu noch drastischeren Ergebnissen führen.

Mehr als deutlich zeigen die Ergebnisse der ACE-Studie einen expliziten Zusammenhang zwischen Kindheitstraumata und der körperlichen sowie psychischen Gesundheit im weiteren Leben. Ein weiterer Ausbau könnte nicht nur mehr, sondern auch genauere Erkenntnisse mit sich bringen.

6. Fazit

Innerhalb der vorliegenden Bachelorarbeit wurden Definition, Entstehung, Verlauf und Folgen von Traumatisierungen in der Kindheit komprimiert und in begrenztem Maße beschrieben. Dabei konnte aufgezeigt werden, dass traumatische Erlebnisse im Kindesalter meist tiefgreifende Auswirkungen auf viele verschiedene Entwicklungsbereiche und damit auf die gesamte weitere Entwicklung haben (vgl. Van der Kolk 2009). Diese Erkenntnisse konnten durch die in Kapitel fünf dargestellten Studienergebnisse der weltweit durchgeführten ACE-Studie nochmals untermauert werden. Die genauere Betrachtung der deutschen ACE-Forschung konnte zeigen, dass auch innerhalb der deutschen Bevölkerung Traumata in der Kindheit keine Seltenheit darstellen und das Thema damit weder an Aktualität noch an Relevanz verliert (vgl. Witt et al. 2019). Umso wichtiger sind die in Kapitel vier aufgegriffenen Aspekte der Traumapädagogik, da sie einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der traumatischen Erfahrung und den kindlichen Heilungsprozess haben können. Auch sie konnten nur in begrenztem Maße thematisiert werden, weil eine weitere Vertiefung den Rahmen der Arbeit übersteigen würde. Traumapädagogik ist prinzipiell kein neues pädagogisches Konzept, es ist jedoch der Ansicht der Verfasserin nach in zu wenigen Konzeptionen sozialpädagogischer Einrichtungen etabliert. Innerhalb der Sozialen Arbeit begegnen Fachkräfte immer wieder Klientel, welche traumatisierende Erfahrungen machen mussten und somit spezifische Bedarfe aufweisen, weshalb es in sämtlichen pädagogischen

Bereichen traumasensibler Konzeptionen bedarf (vgl. Lang et al. 2013). Im Umgang mit traumatisierten Kindern ist es für pädagogisches Fachpersonal von Vorteil, die in Kapitel zwei und drei beschriebenen Fachkenntnisse zur Thematik zu besitzen und dadurch Wirkungszusammenhänge erkennen zu können, die Aufschluss geben und gleichermaßen die Entwicklung von pädagogischen Handlungsansätzen ermöglichen. Die teilweise diametralen Symptomatiken zeigen auf, dass im Kontext der Sozialen Arbeit ein breites Fachwissen von Nöten ist, um traumatisierte Kinder sowie deren Angehörige pädagogisch unterstützend begleiten zu können. Um eine qualitativ hochwertige Soziale Arbeit gewährleisten zu können, braucht es also neben einer konzeptionellen Etablierung in sämtlichen pädagogischen Einrichtungen auch elaboriertes Fachpersonal sowie eine reguläre Traumaanamnese als festen Bestandteil (vgl. ebd.).

Traumatisierte Kinder sind auf spezifische pädagogische Maßnahmen sowie auf angemessene Rahmenbedingungen angewiesen, in denen sie ihre Selbstwirksamkeit sowie ihren Selbstwert erleben können. Ihre individuellen Bedürfnisse erfordern besondere Aufmerksamkeit und durchdachtes pädagogisches Handeln, das Partizipation fördert und durch Empowerment die kindliche Persönlichkeit stärkt. Das multidimensionale Aufgabenspektrum stellt Pädagog*innen vor besonders hohe Erwartungen und Anforderungen, denen sie aufgrund von Kapazitätsmängeln (z.B. von Zeit und finanziellen Ressourcen) nicht immer gewachsen sein können. Eine besondere Problematik liegt hierbei im zeitlichen Aspekt, denn betroffene Kinder genauso wie traumapädagogische Interventionen benötigen vor allem Zeit und Geduld (vgl. Weiß 2013). Trotz der teilweise überwältigenden Herausforderungen liegt es in der Verantwortung von pädagogischen Fachkräften, traumatisch belastete Kinder zu stabilisieren, zu unterstützen, zu begleiten und zu fördern. Die Beziehungsgestaltung steht dabei von Beginn an wesentlich im Fokus und muss auf verschiedenen Ebenen und mit Hilfe von emotional-orientierten Dialogen gefördert und vertieft werden. Neben zahlreichen anderen Traumaspezialisten erkannte auch der renommierte Hirnforscher Bruce Perry den sich hieraus ergebenden Nährwert. Durch seine jahrelange Arbeit mit traumatisierten Kindern stellte er fest, dass Beziehungen nicht nur den Weg zur Veränderung ebnen, sondern generell die effektivste Form von Therapie sind (vgl. Perry/Szalavitz 2014). Konsistente, durch positive Erfahrungen geprägte Beziehungen haben also einen heilenden Charakter und sollten sich nicht nur zwischen betroffenen Kindern und Pädagog*innen abspielen, sondern auch zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen. Eine

interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung auf Augenhöhe kann für alle unterstützend wirken. Traumatisierte Kinder brauchen für die Bearbeitung von Traumata jedoch mehr als therapeutische, pädagogische, psychiatrische und ärztliche Hilfen und Unterstützung. Sie brauchen stabile Beziehungen, soziale Teilhabe und eine Gesellschaft sowie Politik, die bereit sind sich mit den Kausalitäten und Auswirkungen von kindlichen Traumatisierungen auseinandersetzen (vgl. Weiß 2013). Der soziale Kontext, in dem viele belastete Kinder leben ist vor allem geprägt durch alleinerziehende Mütter und Väter, die teilweise nur wenig externe Unterstützung erhalten, durch Eltern, die aus ihrem Heimatland vor multiplen Bedrohungen fliehen und sich trotz unsicheren Aufenthaltsstatus in die Gesellschaft etablieren müssen sowie durch Familien, die täglich um ihr soziales und finanzielles Überleben kämpfen (vgl. ebd.). Somit gelingt keine erfolgreiche Traumaarbeit, wenn die gesellschaftliche Dimension nicht mitberücksichtigt wird (vgl. ebd.). Eine Enttabuisierung dieser Thematik ist aus Sicht der Verfasserin von essenzieller Bedeutung, um ein allgemeines Bewusstsein und Verständnis zu schaffen. So kann mit Herz, Hand und Verstand agiert und eine bestmögliche Unterstützung gewährleistet werden.

Niemand auf der Welt kann verhindern, dass schlimme Dinge passieren. Und auch niemand ist in vollem Umfang dazu in der Lage, jegliches existenzbedrohendes Leid von Kindern fernzuhalten. Menschliche Beziehungen können Schaden anrichten, genauso aber auch heilend wirken (vgl. ebd.). Perry fand hierfür die richtigen Worte: „Wir können einander sowohl erschaffen als auch zerstören, sowohl fördern als auch terrorisieren, sowohl traumatisieren als auch heilen.“ (Perry/Szalavitz 2014, 16). Das aus der traumatischen Erfahrung resultierende abweichende Verhalten führt nur allzu oft dazu, dass betroffene Kinder als verhaltensgestört etikettiert werden (vgl. Van der Kolk/Streeck-Fischer 2002). Diese Stigmatisierung verhindert nicht selten einen positiv verlaufenden psychischen Heilungsprozess. Es liegt u.a. in der Aufgabe von Pädagog*innen, Kinder mit dem Leid, der Angst und Unsicherheit, die durch ein Trauma verursacht werden, nicht allein zu lassen und sie beim Überwinden von traumatischen Erlebnissen bestmöglich zu unterstützen, damit sie als gestärkte Persönlichkeit daraus erwachsen können. „Wir können gegenwärtig wenig tun, um die Gene eines Kindes, sein Temperament oder die Verarbeitungsgeschwindigkeit seines Gehirns zu verändern, aber bei seiner Betreuung und sozialen Umwelt können wir etwas bewegen.“ (Perry/Szalavitz 2014, 195).

Quellenverzeichnis

American Psychiatric Association (APA) (2013): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-V (5. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Baierl, Martin (2014): Den jungen Menschen in seinem Wesen erkennen: Traumapädagogische Diagnostik. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, 72 – 79.

Baierl, Martin (2017): Traumaspezifische Bedarfe von Kindern und Jugendlichen. In: Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, 72 – 85.

Bausum, Jacob (2013): Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung: „Ich bin und ich brauche euch“. In: Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 189 – 198.

Becker, David (2006): Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten (2. Aufl.) Gießen: Psychosozial-Verlag.

Besser, Lutz Ulrich (2013): Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Erlebnisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe determinieren. In: Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 38 – 53.

Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (BAG) (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. Gnarrenburg: BAG. Online unter: www.bag-traumapaedagogik.de/files/positionspapier_11-2011.pdf. (Zugriff: 10.04.2021).

Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG) (2021): ICD-10-GM Version 2021. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Online unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2015/block-f40-f48.htm> (Zugriff: 23.03.2021).

Eckardt, Jo (2013): Kinder und Trauma. Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben (2. Aufl.) Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.

Felitti, Vincent J. et al. (1998): The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. American Journal of Preventive Medicine 14, 245-258.

Felitti, Vincent J. (2002): Belastungen in der Kindheit und Gesundheit im Erwachsenenalter. Die Verwandlung von Gold in Blei. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Vol. 48 (Nr. 4), 359 – 369.

Felitti, Vincent J. (2003): Ursprünge des Suchtverhaltens: Evidenzen aus einer Studie zu belastenden Kindheitserfahrungen. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, 547-559

Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (2016): Lehrbuch der Psychotraumatologie (4. akt. und erweiterte Aufl.). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG.

Gahleitner, Silke B. (2010): Kleine Kinder in kritischen Lebenslagen. Sozial Extra 34, 46 – 49. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12054-010-0139-8#citeas> (Zugriff: 23.03.2021).

Gahleitner, Silke B. (2013): Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe. Weshalb? – Wie? – Wozu?. In: Traumapädagogische Standards in der

stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 45 – 55.

Hensel, Thomas (2017): Die Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters. In Schmid, Marc (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 27 – 37.

Horowitz, Mardi J. (1985): Stress-Response Syndromes. A Review of Posttraumatic and Adjustment Disorders. In: Hospital and Community Psychiatry, 241-249.

Kühn, Martin (2013): „Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“. Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 24 – 37.

Lang, Birgit (2013): Stabilisierung und (Selbst-)Fürsorge für pädagogische Fachkräfte als institutioneller Auftrag. In: Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 220 – 228.

Lohmann, Kathrin (2014): Das Leben lieben lernen. Lebensfreude als Grundhaltung traumapädagogischen Handelns. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, 131 – 143.

Maercker, Andreas (2013): Posttraumatische Belastungsstörungen (4. Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Perry, Bruce D./Szalavitz, Maia (2014): Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. Was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können (6. Aufl.). München: Kösel-Verlag.

Terr, Lenore C. (1988): Treating Psychic Trauma in Children: A Preliminary Discussion. In: Journal of Traumatic Stress (1989). Vol. 2. No 1, 3 – 20.

Terr, Lenore (1991): Childhood Traumas. An outcome and overview. In: Am J Psychiatry 148:1, 10 – 20.

Trickey, D. et al. (2012): A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*. March 2012, 32:2, 122–138.

Van der Kolk, B. A. et al. (2009): Entwicklungstrauma-Störung. Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, 572 – 586.

Van der Kolk, Bessel A./Streeck-Fischer, Annette (2002): Trauma und Gewalt bei Kindern und Heranwachsenden. Eine entwicklungspsychologische Perspektive. In: Heitmeyer, Wilhelm/ Hagan, John (Hrsg.): *Internationales Handbuch der Gewaltforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 1020 – 1040.

Weiß, Wilma (2008): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in Erziehungshilfen. 4. Aufl. Weinheim: Juventa.

Weiß, Wilma (2013): Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In: *Grundlagen der Traumapädagogik*. In: Weiß, Wilma (Hrsg.): *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 167 – 181.

Witt, A. et. al (2019): Die Prävalenz und Folgen belastender Kindheitserlebnisse in der deutschen Bevölkerung. *Deutsches Ärzteblatt Int*. 2019. Jg.116, Heft 38 vom 20. September 2019, 635 – 42.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: „Prototypische Muster“ (Witt et al. 2019)	53
Abb. 2: „Häufigkeit psychosozialer Auffälligkeiten“ (Witt et al. 2019)	54

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wortwörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Büchen, 16.07.2021

Ort, Datum

Unterschrift