

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
1 Einleitung	2
2 Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters	6
2.1 Traumadefinition und Typologie von Traumata.....	6
2.2 Die Physiologie und Neurobiologie eines Traumas.....	8
2.2.1 Notfallreaktion	8
2.2.2 Traumatische Erinnerung.....	9
2.2.3 Hyper- und Hypoarousal	10
2.3 Klassifikation von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter	12
2.3.1 Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung.....	12
2.3.2 Komplexe Traumafolgestörungen.....	13
2.4 Mögliche Symptomatik und Auswirkungen einer Traumatisierung.....	14
3 Traumapädagogik	18
3.1 Die Perspektive der Traumapädagogik.....	18
3.2 Traumapädagogische Prinzipien und Ressourcen.....	19
3.2.1 Wertschätzende Haltung.....	19
3.2.2 Pädagogik des sicheren Ortes	21
3.2.3 Erfahrung positiver und verlässlicher Beziehungen.....	23
3.2.4 Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeitserleben	24
3.2.5 Körperliche Stabilisierung	26
4 Bewegungsorientierte Traumapädagogik.....	28
4.1 Theoretische Grundlage: Psychomotorik	29
4.2 Psychomotorik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe.....	30
4.2.1 Ziele	30

4.2.2	Rahmen und Setting.....	34
4.2.3	Eine Auswahl konkreter Interventionen psychomotorischer Stabilisierungsarbeit.....	38
4.2.4	Die psychomotorische Haltung	41
4.2.5	Grenzen, Herausforderungen und Bedingungen	43
5	Schlussbetrachtung.....	45
	Literaturverzeichnis.....	49
	Eidesstattliche Erklärung.....	59

Abkürzungsverzeichnis

DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung

1 Einleitung

Noch bis in die 80er Jahre existierte die allgemeine Auffassung, dass Kinder belastende Erlebnisse leichter als Erwachsene überwinden und verarbeiten und im psychopathologischen Sinne keine posttraumatischen Belastungsstörungen entwickeln könnten (vgl. Landolt 2021, 31). Erst im Jahr 1987 wurde im DSM III-R explizit berücksichtigt, dass auch Kinder und Jugendliche mit altersspezifischen Symptomen posttraumatisch belastet sein können (vgl. ebd., 32). Vielmehr ist heute Konsens, dass Heranwachsende gravierend von Traumatisierungen und ihren komplexen Folgen betroffen sind (Landolt/Hensel 2012, 15 f.). Insbesondere in dem sozialpädagogischen Arbeitsfeld der stationären Kinder- und Jugendhilfe wird vermutet, dass zahlreiche dort lebende Kinder und Jugendliche beziehungs-traumatisiert sind (vgl. Schmid 2013, 64; vgl. Gahleitner 2013, 47). Durch Traumata aufgrund von Vernachlässigung, Missbrauch oder andere interpersonale Faktoren im Kindes- und Jugendalter können sich eine Vielzahl an gravierenden Traumafolgestörungen und weiteren Störungsbildern wie Depressionen entwickeln (vgl. Rosner/Steil 2009, 14 f.; vgl. Landolt/Hensel 2012, 19).

Die Traumapädagogik versteht sich als die pädagogische Herangehensweise an die essenzielle Unterstützung traumatisierter Heranwachsender. Sie bietet verschiedene Prinzipien und Förderansätze, die für die Konzeptionen von Einrichtungen, insbesondere der stationären Kinder- und Jugendhilfe, von Bedeutung sein sollten (Lang et al. 2011, 4). Forschungsergebnisse zeigen auch die positiven Effekte in verschiedenen Bereichen von physischer Aktivität auf. Eine Metaanalyse zu verschiedenen Studien zur Entwicklungsförderung durch Bewegung von Röhr-Sendlmeier (2009) in der Frühförderung und dem Grundschulalter zeigt exemplarisch auf, dass sportliche Aktivität im Zusammenhang mit einem positiveren Selbstkonzept (vgl. ebd., 6 ff.) steht. Währenddessen titulieren beispielsweise Derecik/Züchner (2015, 217) die Forschungslage zu Sport pädagogisch oder therapeutisch anwendenden Interventionen und dem Sport als methodischem Baustein in der Kinder- und Jugendhilfe als stark vernachlässigt. Van der Kolk (2019) veranschaulichte, wie wichtig sich die Arbeit mit dem Körper auch für die Traumaarbeit herausgestellt hat und dass nicht nur der Körper über die Psyche, sondern auch die Psyche über Bewegungen und Berührungen zugänglich ist. Die Annahme, dass eine Traumatisierung „ein psychophysisches Geschehen“ (Eckert 2008, 20) ist und sie sich auf den Körper ebenso wie auf die Psyche auswirkt (van der Kolk 2019, 31 f.), lässt vermuten, dass es von besonderer Relevanz sein könnte, den Körper in der traumapädagogischen Arbeit explizit zu

berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund gibt es bereits in der therapeutischen Arbeit mit Traumatisierten einige Interventionen, die besonders den Körper sowie Bewegungsübungen in das Handeln miteinbeziehen. In der traumafokussierten kognitiv-behavioralen Therapie wird über Entspannungsverfahren körperbezogen mit dem Trauma gearbeitet (vgl. Landolt 2009, 618 ff.). Darüber hinaus stellen die Körperpsychotherapie (vgl. Streeck-Fischer 2006, 228 f.) und die traumabezogene Spieltherapie (Weinberg/Hensel 2012, 150 f.) Vorgehensweisen dar, mit dem Trauma zu arbeiten. Im „Bereich der kindspezifischen therapeutisch-pädagogischen Angebote“ (Schüürmann 2013, 64) bleiben dennoch aufgrund der jungen Geschichte der Wissenschaft der Psychotraumatologie im Kindesalter viele Fragen offen (vgl. ebd.).

Die Psychomotorik mit ihren Bewegungs- und Spielinhalten kann einen weiteren konzeptionellen Zugang zur Arbeit mit Körper und Psyche darstellen (vgl. Kuhlenkamp 2017, 14). Wie traumafokussierte psychomotorische Angebote aussehen können, demonstrieren unter anderem Schüürmann (2013), Hold (2021), Hegerath (2019) und Volmer (2013). Die vorliegende Bachelor-Thesis betrachtet die Psychomotorik mit der Frage nach dem Unterstützungspotential für traumatisierte Kinder und Jugendliche. Sie legt zwar einen besonderen Fokus, spezialisiert sich aber nicht ausschließlich auf Bindungstraumatisierte, da die bewegungsfokussierte Arbeit bei jeglicher Traumatisierung als wichtig erscheint. Sie wird von dem Erkenntnisinteresse geleitet, inwieweit die Psychomotorik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe als Rahmen der essenziellen traumapädagogischen Arbeit anwendbar ist und wie psychomotorische Angebote auszugestalten sind, um ihre Wirkungen auf die Stabilisierung und Entwicklung der betreuten Heranwachsenden entfalten zu können. Diese Arbeit soll sich daher mit der Anwendbarkeit psychomotorischer Angebote in der stationären Kinder- und Jugendhilfe anhand folgender Forschungsfrage auseinandersetzen:

Wie und inwieweit kann die Psychomotorik in dem traumapädagogischen Setting der Kinder- und Jugendhilfe genutzt werden?

Zu Beginn stellt sich die Frage, wie überhaupt Traumata im Kindes- und Jugendalter definiert werden können. Demgemäß ist es auch relevant zu verstehen, auf welche verschiedenen Weisen Kinder und Jugendliche traumatisiert werden können. Auf die Definition, Pathogenese und Typologisierung von Traumata im Kindes- und Jugendalter folgt unter Kapitel 2.2 die Erläuterung der Physiologie und Neurobiologie eines Traumas. Diesbezüglich werden die angeborene

Notfallreaktion auf bedrohliche Erlebnisse, die traumatische Erinnerung sowie Hypo- und Hyperarousal als physiologische Erregungszustände ausgeführt. Kapitel 2.2 spielt eine besondere Rolle hinsichtlich der psychophysischen Stabilisierung durch eine psychomotorische Herangehensweise. Um Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter verstehen zu können, benötigt es Wissen über die Merkmale und Symptomatik ebendieser, während sich Symptome unter anderem abhängig von der Art der Traumatisierung in unterschiedlichen Bereichen entwickeln können. Aus Traumata können sich verschiedene Traumafolgestörungen entwickeln und einen pathologischen Zustand erreichen, welcher anhand von Kriterien wie Symptomatik und Dauer der ausgeprägten Symptome diagnostiziert werden kann.

Im dritten Teil dieser Arbeit folgt eine Eingrenzung auf die traumapädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Mit der Perspektive der Traumapädagogik auf die traumafokussierte Thematik wird ein Verständnis dafür, welche Haltung sowie Prinzipien im pädagogischen Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sind und welche Ressourcen die Traumapädagogik für die Traumaarbeit insbesondere in der stationären Kinder- und Jugendhilfe bietet, angestrebt. In diesem Kapitel soll einerseits die Möglichkeit geschaffen werden, herauszufinden, welche Faktoren für eine psychomotorische Traumaarbeit aus Sicht der Traumapädagogik relevant sind. Andererseits stellt das Kapitel möglicherweise die Grundlage dar, nachvollziehen zu können, welche Potenziale eine psychomotorische Förderung für traumatisierte Kinder und Jugendliche über die klassische traumapädagogische Begleitung hinaus mit sich bringen kann.

Ziel dieser Arbeit ist es, die gewonnenen Erkenntnisse aus der Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters und der traumapädagogischen Arbeit in einer psychomotorischen Vorgehensweise anwendbar zu machen und herauszufinden, wie sie im traumapädagogischen Alltag der stationären Kinder- und Jugendhilfe Anwendung finden kann. Zunächst wird im vierten Kapitel deutlich, welche Aspekte für eine körper- und bewegungsorientierte Traumaarbeit sprechen. Darauf folgend wird unter Kapitel 4.1 theoretisches Wissen über die Psychomotorik im Allgemeinen und die psychomotorische Entwicklungsförderung dargelegt. Das Kapitel 4.2 beschäftigt sich eingangs mit den Rahmenbedingungen psychomotorischen Handelns in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Im Kapitel 4.2.1 werden die traumarelevanten Ziele psychomotorischer Angebote dargestellt, sodass die weiteren theoretischen Überlegungen

auf diese abzielen können. Um die Ziele potenziell realisieren zu können, benötigt die Förderung bestimmte Strukturen und einen Rahmen. Dieser Rahmen wird unter Kapitel 4.2.2 durch die schriftliche Entwicklung des Settings und des Aufbaus des psychomotorischen Angebots spezifiziert. Dazu werden die Gruppenzusammensetzung, der Stundenaufbau sowie der zeitliche, räumliche und regelsetzende Rahmen skizziert. In dieses Setting werden daraufhin mögliche Praxisbausteine als psychomotorische Interventionen eingebettet und der Inhalt und mögliche Themen der Stunden ergründet. Anschließend wird die psychomotorische Haltung betrachtet. Um die potenziellen Wirkungen und Möglichkeiten der Angebote kritisch einordnen zu können, darf auch eine Beleuchtung der möglichen Herausforderungen sowie Grenzen im Hinblick auf die traumarelevante Thematik nicht vergessen werden. Dabei wird einigen Gefahren durch bestimmte handlungsleitende Bedingungen theoretisch vorgebeugt. Das letzte Kapitel beinhaltet eine Schlussbemerkung mit der Beantwortung der Forschungsfrage. Mit dem Ausblick werden weitere Forschungsgegenstände im Rahmen dieser Thematik angedeutet, derer sich angenommen werden könnte.

Bei dieser Bachelor-Thesis handelt es sich um eine Literaturliteraturarbeit. Sie ist das Ergebnis einer strukturierten Literaturrecherche, in der Fachliteratur sowohl in digitaler als auch in gedruckter Form verwendet wurde.

2 Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters

2.1 Traumadefinition und Typologie von Traumata

Der Begriff Trauma stammt aus dem Griechischen und bedeutet Verletzung. Ein psychisches Trauma meint damit eine seelische Verletzung (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 24).

Fischer und Riedesser (2009, 84) definieren ein Trauma als ein „vitaler Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten“ (ebd.). Dabei wird deutlich, dass neben den tatsächlichen Geschehnissen die subjektive Wahrnehmung und Einschätzung sowie Reaktionsperspektiven entscheidende Faktoren sind. Im Gegensatz zu belastenden Erfahrungen stellen traumatische Erlebnisse bedrohliche Erlebnisse dar, die die eigenen, gewohnten physischen sowie psychischen Möglichkeiten, das Erlebnis zu bewältigen, übersteigen und das Meistern unumschränkt aussichtslos erscheinen lassen (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 21). Daraus folgt, dass auf ein objektiv bedrohliches Erlebnis, das auch subjektiv als bedrohlich empfunden werden kann, keine Traumatisierung folgen muss, wenn die vorhandenen Ressourcen und das „Selbstwirksamkeits- und Verarbeitungsvermögen“ (ebd.) die Situation bewerkstelligen können. Im Umkehrschluss können aber auch sachlich weniger beängstigende oder gefährliche Situationen in sozialen Beziehungen subjektiv ein so großes Gefühl von Bedrohlichkeit auslösen, dass dieser Erfahrung traumatische Auswirkungen folgen, da sie mit Empfindungen wie „Demütigung, bestürzender Beschämung [...], tiefer Verunsicherung oder mit vermeintlicher oder real hervorgerufener Schuld verbunden sind.“ (Besser 2013, 45)

Da Traumata immer aus einer Bewältigungsunmöglichkeit entstehen, gehen sie mit Gefühlen von Hilflosigkeit, Kontrollverlust und massiver Angst einher (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze 2012, 6). Auch Fischer und Riedesser (2009, 84) definieren ein Trauma weiter als ein Erlebnis, „das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (ebd.). Sie sprechen darüber hinaus die langfristigen Folgen eines traumatischen Erlebnisses an. Die Erfahrung der eigenen Handlungsunfähigkeit in dieser Situation oder diesen Situationen mündet in einem veränderten Verständnis von sich selbst und seiner Umwelt. Auch in der Betrachtung der dauerhaft veränderten Synapsen und Hirnstrukturen wird deutlich, dass Traumata tief im Körper verankert sind und so allgegenwärtig die Entwicklung von Traumatisierten beeinflussen (vgl. Hüther 2002, o. S.).

Dabei können Traumata verschiedenste Ursachen haben und sich auch in ihrer zeitlichen Dauer beziehungsweise Häufigkeit unterscheiden. Die amerikanische Kinderpsychiaterin Lenore Terr (1995; zit. n. Fischer/Riedesser 2009, 288 – wie auch im Folgenden) typologisierte Traumata in Typ-I- und Typ-II-Traumata. Das Typ-I-Trauma, auch Schocktrauma genannt, definiert ein einmaliges, unvorhersehbares traumatisches Ereignis, während das Typ-II-Trauma länger dauernde oder sich wiederholende, teilweise vorhersehbare Vorfälle darstellt. Können Kinder die Komplexität des Ereignisses oder das Mitwirken des Zufalls bei einem Typ-I-Trauma noch nicht begreifen, konkludieren sie das Geschehene häufig durch kreative Interpretationen. Oft weisen sie sich dabei selbst die Schuld zu. Die Polytraumatisierungen des Typ-II-Traumas verursachen häufig „Verleugnung [...], emotionale Anästhesie [...], Depersonalisation und Dissoziation“ (Fischer/Riedesser 2009, 288) und kontinuierlich Aggressionen gegen sich selbst oder andere (vgl. ebd.).

Daneben unterscheidet Terr (1995) akzidentelle und interpersonelle traumatische Ereignisse. Akzidentelle Traumata des Typs I werden beispielsweise durch schwere Verkehrsunfälle oder Brände und solche des Typs II durch längerfristige Naturkatastrophen wie Erdbeben oder Hungersnöte oder technische Unfälle wie ein Atomkraftwerk-Unglück verursacht. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass sie zufällig und ohne Absicht eines Menschen geschehen (vgl. König 2020, 60 f.). Die Erfahrung, in Bezug auf äußere Einflüsse ohnmächtig zu sein, kann das betroffene Kind gravierend beeinflussen (vgl. Eckhardt 2013, 11 f.). Indessen sind interpersonelle Traumata auf zwischenmenschliche Gewalt zurückzuführen, weshalb sie auch als „man-made“ (König 2020, 60) bezeichnet werden (vgl. ebd., 60 f.). Interpersonelle Typ-I-Traumata können durch Überfälle oder Vergewaltigungen induziert und interpersonelle Polytraumatisierungen unter anderem durch Misshandlungen, politische Verfolgung, Krieg oder Folter ausgelöst werden (vgl. ebd.).

Bei Polytraumatisierungen beeinflussen die traumatischen Ereignisse das Kind oder den Jugendlichen auf vielfältige Art und Weise, da die Geschehnisse zeitlich simultan oder zeitlich sukzessiv die Traumatisierung verstärken (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 151). Für sukzessive Polytraumatisierungen gibt es wiederum die zwei in der Literatur häufig verwendeten Formen der kumulativen und sequenziellen Traumatisierung (vgl. ebd.). Die Bezeichnung der kumulativen Traumata ist auf Masud Khan (1963; zit. n. Fischer/Riedesser 2009, 151) zurückzuführen. Sie zeichnet sich durch mehrere subtraumatische Erlebnisse aus, die zwar einzeln zu keiner

Traumatisierung führen würden, aber in ihrer Gesamtheit traumatisierend wirken (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 151). Sie können sich sogar als Auslöser schwerer kindlicher Traumatisierungen herausstellen (vgl. ebd.). Viele Bindungstraumata wie etwa chronische emotionale Vernachlässigung sind den kumulativen Traumata zuzuordnen (vgl. ebd.). Die Ereignisse wirken erst durch ihre Kumulation traumatisch (vgl. ebd.). Die sequenzielle Traumatisierung als Begriff konstituierte hingegen Hans Keilson (1979; zit. n. Fischer/Riedesser 2009, 151). Er steht für eine Abfolge mehrerer zeitlich versetzter, aber subjektiv kohärenter traumatisierender Sequenzen (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 151). Als Beispiel sind hier Flucht- oder Verfolgungssituationen anzuführen, in denen „jede neue Verfolgungswelle wieder die alten Wunden aufreißt“ (ebd.). Neben Krieg, Vertreibung und Flucht benennt Hüther (2012, 184) auch die politisch motivierte Folter, familiäre Gewalt und bedrohliche Erkrankungen als häufige Auslöser sequenzieller Traumatisierungen.

2.2 Die Physiologie und Neurobiologie eines Traumas

Für ein Verständnis der Symptomatik traumatisierter Kinder und Jugendlicher sowie der psychophysischen Auswirkungen einer Traumatisierung bedarf es des Wissens über die physiologischen und neurobiologischen Grundlagen ebenjener. Insbesondere van der Kolk (2019, 31 ff.) hat in seinem Werk deutlich gemacht, dass die Psyche bei einer Traumatisierung nicht bloß auf den Körper einwirkt und so körperliche Reaktionen bewirkt, sondern dass eine Traumatisierung sich gleichermaßen sowohl in der Psyche als auch im Körper entwickelt.

2.2.1 Notfallreaktion

Einer Bedrohung begegnet der Körper mit einer angeborenen Notfall- und Stressreaktion (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 22 f.). Die Amygdala als ein Teil des Gehirns warnt vor der Gefahr, sodass sich der Körper durch den Sympathikus in Alarmbereitschaft und auf eine Kampf- oder Fluchtreaktion als übliche Überlebensstrategie einstellt, die die Herz- und Atemfrequenz steigern und die Muskeln anspannen lässt (vgl. ebd.). Da in einer traumatischen Situation die bedrohliche Situation aber die Bewältigungsmöglichkeit übersteigt, empfindet die betroffene Person eine intensive Hilflosigkeit, Ohnmacht, Entsetzen und massive Angst (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze 2012, 6). Der Körper reagiert mit einer kompensatorischen Immobilisierung und erschlafft oder erstarrt (vgl. Landolt 2021, 109). Der Stoffwechsel, die Verdauung und die Herz- und Atemfrequenz sind in dieser Phase stark reduziert (vgl. van der Kolk 2019, 100).

Darüber hinaus kann die betroffene Person dissoziieren, um ihre Wahrnehmung zu verändern und nicht von den Gedanken oder Gefühlen überwältigt zu werden (vgl. Dabbert 2017, 141). Siegel (1999; zit. n. Beckrath-Wilking et al. 2013, 69 f.) unterteilt diese Erstarrungsreaktion in zwei verschiedene Typen. Beim ersten Typus kommt es zum einen zu einer Übererregung mit „Reglosigkeit, Angst, Herzrasen“ (Beckrath-Wilking et al. 2013, 69) durch den Sympathikus und zudem aber zu einer Wachsamkeit, handlungsbereit angespannten Muskeln und einem klaren Denkvermögen, was in eine Erstarrung mündet (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 69). Der andere Typus geht mit einer Parasympathikus-gesteuerten „Erschlaffung, Unterwerfung, [einem] Totstellreflex, Erstarrungs- und Schockzustand, [...] [einer] [B]ewegungsunfähig[keit] [...] [und einem] Absinken des Bewusstseinsniveaus“ (ebd., 70) einher.

Durch Traumatisierungen entwickeln sich Gehirnveränderungen primär im limbischen System, von dem der Hippocampus und die Amygdala Bestandteile sind (vgl. Besser 2013, 46; vgl. van der Kolk 2019, 74 ff.; vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 66). Die Verarbeitung von Reizen im Hippocampus, welcher das explizite Gedächtnis darstellt und die Kontextualisierungsaspekte wie die Raum- und Zeitkomponenten eines Erlebnisses abspeichert, geschieht bei einer traumatischen Situation zu langsam (vgl. ebd.). Hingegen werden die Bewertungen des Ereignisses in der Frontalhirnfunktion und der Amygdala, dem impliziten Gedächtnis, in dem ordnende und affektive Informationen aus einem sensorischen Input gesichert werden, undifferenziert und fragmentarisch abgespeichert (vgl. ebd.). Dadurch ist die Erinnerung an ein zusammenhängendes Erlebnis und die Einordnung mit allen wesentlichen Informationen verhindert (vgl. ebd.). Gleichzeitig werden in der Notfallreaktion aber alle neuronalen Verschaltungen auf jeder Ebene zur selben Zeit angeregt und damit eng miteinander verbunden (vgl. ebd.). Dies ist aufgrund der Neuroplastizität der Fall (vgl. van der Kolk 2019, 71). Neuronen, die gemeinsam angeregt werden, werden miteinander vernetzt (vgl. ebd.).

2.2.2 Traumatische Erinnerung

Diese Notfallreaktionen beruhen physiologisch und neurobiologisch zunächst nur darauf, sich an eine traumatische Situation anzupassen (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 70). Jedoch können sie, solange es zu keiner Traumaverarbeitung kommt, immer wieder ohne eine bewusste Kontrolle aktiviert werden (vgl. ebd.). Grund dafür ist, dass Traumatisierungen nicht zuletzt neurobiologisch gravierende Folgen haben, die sich in traumabedingt veränderten Gehirn-

strukturen und damit auch -funktionen bemerkbar machen (vgl. Hüther 2012, 185 f.). Aufgrund der noch nicht ausgereiften Vernetzung des Gehirns von Kindern entwickeln sich die Traumatisierungen und damit verbundenen Copingstrategien als Fundament jeglicher weiterer synaptischer Netzwerke (vgl. ebd.).

Begegnen dem traumatisierten Kind oder Jugendlichen nun sensorische, an das Trauma erinnernde Fragmente wie Empfindungen, Gerüche oder Geräusche, sogenannte Trigger, werden die Informationen des impliziten Gedächtnisses aktiviert, da die Amygdala als Informantin über Gefahren durch die Traumatisierung latent auf Dauerbereitschaft eingestellt ist (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 66; van der Kolk 2019, 82 ff.). Durch solch einen Reiz wird die traumatische Erinnerung erneut angeregt, da alle Informationen des impliziten Gedächtnisses durch die enge Verknüpfung gleichzeitig angeregt werden und diese Erinnerungen aber nicht mit wesentlichen einordnenden Informationen aus dem Hippocampus über den Ort oder die Zeit in Verbindung gebracht werden können (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 66). So kann eine gewöhnliche nicht von einer bedrohlichen Situation unterschieden werden (vgl. van der Kolk 2019, 77) und die Notfallreaktion wird erneut aktiviert (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 66). Dadurch können sich, solange das Trauma unverarbeitet bleibt, immer wieder unwillkürlich sogenannte „Flashbacks“ (van der Kolk 2019, 83) ereignen, durch die die Person das Erlebnis wiedererlebt und die Empfindungen und Körperreaktionen die Wahrnehmung verursachen, dass sich die traumatische Situation tatsächlich erneut im Hier und Jetzt abspielt (vgl. Besser 2013, 47). Über diese Intrusionen haben die Betroffenen keine bewusste, kognitive Kontrolle, da in diesem Zustand überwiegend die rechte Hemisphäre des Gehirns aktiviert ist. Die linke Hemisphäre wäre für eine kognitive Einordnung zuständig (vgl. van der Kolk 2019, 59 f.). Darüber hinaus können die Empfindungen durch die einseitige Aktivierung nur schlecht verbalisiert werden (vgl. ebd.). Intrusionen können von „Panikzuständen, Schwitzen, [einem] erhöhte[n] Herzschlag, Zittern, Schwindel, Übelkeit oder plötzlicher Taubheit“ in ausgeprägter Form begleitet werden (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 29).

2.2.3 Hyper- und Hypoarousal

Weitere Folgen eines Traumas können die physiologische Über- und Untererregung des autonomen Nervensystems sein, der viele Betroffenen traumabedingter Störungen ausgesetzt sind und zwischen denen sie oft schwanken (vgl. Post et al. 1997; zit. n. Ogden et al. 2010, 66). Hyperarousal meint eine zu starke Erregung des Systems (vgl. Ogden et al. 2010, 66). Dabei

werden Informationen schlecht verarbeitet, sodass es zu intrusiven Bildern und entsprechenden Körperempfindungen kommt (vgl. Ogden et al. 2010, 66). Die Hypoarousal hingegen stellt eine Untererregung, folglich eine zu geringe Aktivierung des autonomen Nervensystems, dar, die physische Erscheinungen wie Passivität bis Lähmung oder Taubheit zur Folge haben kann (vgl. Bremner/Brett 1997; zit. n. Ogden et al. 2010, 66). Die beiden Arousalzustände ähneln dabei den unterschiedlichen Zuständen der Notfallreaktionen (vgl. Ogden et al. 2010, 72). Die Übererregung entspricht der Mobilisierungsreaktion durch den Sympathikus und die Hypoarousal der Immobilisierungsreaktion (vgl. ebd.). Für eine Traumaverarbeitung ist es notwendig, dass sich der Erregungszustand des*der Traumatisierten zwischen diesen beiden Verfassungen in einem Toleranzfenster bewegt, sodass Informationen sowohl kognitiv als auch emotional effektiv integriert und verarbeitet werden können (vgl. Williamson/Anzalone 2001; zit. n. Ogden et al. 2010, 67). Bei Traumatisierten ist dieser ideale Erregungszustand, unter ihnen selbstverständlich auch individuell groß, aber in der Regel kleiner (vgl. Taylor et al. 1992, 253 ff.). Aus diesem Grund kann sich ihr Erregungszustand bei veränderten Umständen wieder leichter aus dem Toleranzfenster bewegen (vgl. ebd.).

Traumatisierte Menschen befinden sich oft im Zustand der Übererregung, da eine physiologisch veränderte Reizverarbeitung die Wachsamkeit vor Gefahren und damit ebenso die Energiebereitstellung für Flucht- oder Kampfreaktionen sowie die dafür erforderlichen Stresshormone erhöht (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 25 ff.). Diese beständig hohe Wachsamkeit wird als Hypervigilanz bezeichnet (vgl. ebd., 27). Die Übererregung kann dazu führen, dass der*die Betroffene überängstlich oder besonders störanfällig auf Stress reagiert (vgl. ebd.). So deuten „allgemeine Unruhe Konzentrations- und Leistungsschwächen, plötzliche aggressive Impulsdurchbrüche, Überschusshandlungen oder Orientierungslosigkeit“ (ebd.) auf das Symptom Hyperarousal hin. Ogden et al. (2010, 89 ff.) weisen darauf hin, dass sich durch unterschiedliche Bindungstraumatisierungen unterschiedliche Bindungstypen und -muster und damit einhergehend auch unterschiedliche Symptome hinsichtlich des Arousal entwickeln. Lanius et al. (2002; zit. n. Ogden et al. 2010, 75) zeigen in einer Studie auf, dass nicht wenige ihrer Proband*innen bei einer traumatischen Reaktivierung Hypoarousal und eine Verhaltensstarre anstelle von Hyperarousal erlebten. Nach Gaensbaur/Hiatt (1984; zit. n. Ogden et al. 2010, 103) resultiert aus körperlicher oder emotionaler Misshandlung oder sexuellem Missbrauch meist chronische Übererregung oder ein Alternieren zwischen beiden Zuständen. Vernachlässigung

hingegen führt in der Regel zu einem chronischen Hypoarousal (vgl. Gaensbauer/Hiatt 1984; zit. n. Ogden et al. 2010, 103).

2.3 Klassifikation von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter

Nicht alle Menschen entwickeln nach einem traumatischen Erlebnis Folgestörungen und damit dysfunktionale Bewältigungsstrategien (vgl. Landolt 2009, 615). Das Risiko, eine Traumafolgestörung zu entwickeln, kann von verschiedensten biopsychosozialen Faktoren wie dem Maß an Unterstützung des sozialen Umfelds oder subjektiv kognitiven Bewertungsprozessen abhängen (vgl. Landolt 2009, 615). Beispielsweise hat sich gezeigt, dass Gefühle wie Todesangst oder ein Kontrollverlust während des Erlebnisses besonders zum Risiko, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu erkranken, beitragen (vgl. ebd., 616).

Erreicht eine Traumatisierung einen pathologischen Zustand, können auf der Grundlage der Kriterien der 10. Version des internationalen Klassifikationssystems „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) oder der 5. Version des amerikanischen Klassifikationssystems „Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder“ (DSM-V) Traumafolgestörungen als eigenständige Störungen diagnostiziert werden (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 25; vgl. Fegert et al. 2020, 317 f.). Neben der akuten Belastungsstörung und der PTBS können auch Anpassungsstörungen wie Störungen des Sozialverhaltens oder Depressionen diagnostiziert werden. Die Anpassungsstörungen nehmen mehr das subjektive Leiden in den Blick und können unabhängig vom Schweregrad des äußeren Stressors gestellt werden (vgl. Döpfner et al. 2018, 389).

2.3.1 Akute Belastungsreaktion und Posttraumatische Belastungsstörung

Es wird zwischen den Traumafolgestörungen der akuten Belastungsreaktion und der klassischen PTBS unterschieden. Gemäß ICD-10 wird von einer akuten Belastungsstörung ausgegangen, wenn „Symptome einer generalisierten Angststörung sowie sozialer Rückzug, Einengung der Aufmerksamkeit, Desorientierung, Ärger, sinnlose Überaktivität, außergewöhnliche Trauer“ (Hensel 2013, 30) nach einem traumatischen Ereignis auftreten und sich frühestens nach acht Stunden und spätestens nach vier Wochen nach dem Ende des Erlebnisses reduzieren (vgl. ebd.). Die klassische PTBS hingegen wird bei einer verpassten Integration des belastenden Erlebnisses und damit einer Chronifizierung der Symptomatik diagnostiziert (vgl. ebd.). Sie muss nach dem DSM-V länger als einen Monat anhalten (vgl. Döpfner et al. 2018, 373). Die

klassische PTBS als Störungsbild Im ICD-10 setzt sich aus den Symptomkomplexen Wiedererleben in Form von Albträumen oder Intrusionen, Vermeidung von beispielsweise Situationen oder Gedanken, die an das Erlebnis erinnern, und Übererregung in Form von übermäßiger Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit zusammen (vgl. Fegert et al. 2020, 319). Im DSM-V tauchen hingegen die vier Symptomcluster Wiedererleben, darunter unter anderem Albträume, Flashbacks und Dissoziationen, das Cluster negative Veränderungen von Kognitionen und Stimmung wie ein andauernder negativer emotionaler Zustand, Entfremdung oder dissoziative Amnesie und die Kategorien Vermeidung sowie Übererregung auf (vgl. ebd.). Diesen Kategorien sind im Gesamten 20 Symptome untergeordnet, die in unterschiedlicher Mindestanzahl in der jeweiligen Kategorie auftreten müssen, um die Diagnose zu erfüllen (vgl. ebd.). Für Kinder unter 6 Jahren gibt es im DSM-V altersorientierte Diagnosekriterien. Zum Beispiel liegt ein Unterschied zu den Kriterien für Personen über 6 Jahren darin, dass sich eine Interessensminderung im Sinne negativer kognitiver Veränderungen in einem eingeschränkten Spielverhalten zeigen kann (vgl. Döpfner et al. 2018, 372).

Hensel (2013, 31 f.) verdeutlicht, dass die bekannteste und für Traumafolgephänomene am häufigsten vergebene Diagnose der PTBS (vgl. Landolt 2009, 611) nicht die gesamte Komplexität der Folgen traumatischer Erlebnisse implizieren könne. Zudem gibt es für das Diagnosestellen der klassischen PTBS nach dem DSM-IV das A1-Kriterium, dass der*die Betroffene etwas erlebt hat, das auch objektiv eine ernsthafte Gefahr für die psychische oder physische Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen darstellt (vgl. Landolt 2009, 611; vgl. Hensel 2013, 30). Dieses Kriterium trifft aber oft nicht bei Kindern und Jugendlichen, die von chronischer interpersoneller Gewalt oder Vernachlässigung betroffen sind, zu (vgl. Hensel 2013, 31). Hensel (2013) bezieht sich bei dieser Kritik zwar noch auf den DSM-IV, doch gibt es auch im DSM-V keinen Unterschied hinsichtlich dieses Kriteriums (vgl. Döpfner et al. 2018, 371).

2.3.2 Komplexe Traumafolgestörungen

Komplexe Traumafolgestörungen umfassen mehrere Störungsbilder (vgl. Landolt 2012, 37). Dazu zählen unter anderem dissoziative Störungen, somatoforme Störungen und die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (vgl. ebd.). Sie können sich unter langfristigen, interpersonellen Umständen wie Misshandlungen, sexueller Gewalt oder Vernachlässigungen (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 32) und demnach auch kumulativ aufgrund von

mehreren subtraumatischen Erlebnissen entwickeln. Oft trifft das A1-Kriterium der PTBS nicht zu, weshalb Beziehungstraumatisierte in der Vergangenheit vielfach keine Diagnose erhielten (vgl. Hensel 2013, 31). Häufig wurden sie aber auch unzutreffend diagnostiziert, da die Symptomatik der chronisch Beziehungstraumatisierten auch die Kriterien anderer „psychischer Störungen von Ängsten über Essstörungen, Störungen des Sozialverhaltens (mit und ohne ADHS), Substanzabhängigkeit, Somatisierungsstörungen bis zu Zwängen“ (Hensel 2013, 32) erfüllten. Mit diesen für Komplextraumatisierte unvollkommenen Diagnosen gingen demgemäß auch weniger effektive Behandlungsansätze einher (vgl. ebd.).

In Deutschland wurden deshalb für komplextraumatisierte Kinder und Jugendliche Diagnosekriterien für eine „Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung“ aufgezeigt (vgl. Rosner/Steil 2012, 48 ff.). Den Kriterien der entwicklungsbezogenen Traumafolgestörung gelingt es hingegen zutreffender, sowohl die Komplexität traumabedingter Erscheinungen als auch die dahinterliegende Dynamik zu erfassen (vgl. Hensel 2013, 31 f.). Bei jenen Heranwachsenden treten neben den Symptomen der klassischen PTBS insbesondere Störungen der Emotions- und Selbstregulation auf (vgl. Rosner/Steil 2012, 48 ff.). Rosner/Steil (2012, 54) merken aber auch kritisch an, dass bei solch einer umfassenden Diagnose häufig Komorbiditäten wie eine Borderline-Persönlichkeitsstörung übergangen werden könnten. Dabei gibt es für ebendiese Störung erfolgreiche Behandlungsverfahren (vgl. ebd.).

2.4 Mögliche Symptomatik und Auswirkungen einer Traumatisierung

Aus Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter können je nach Art der Traumatisierung verschiedene Symptome resultieren. Die klassischen Symptome einer PTBS sind „Übererregung (Hyperarousel [sic]), Wiedererleben (Intrusion) und Vermeidung (Konstriktion)“ (Scherwath/Friedrich 2016, 27). Das Symptom des Vermeidens kann als Versuch gedeutet werden, den Intrusionen und der Übererregung entgegenzuwirken und für Erholung zu sorgen (vgl. ebd., 31). Dazu zählen sowohl das Meiden beispielsweise von Orten, Personen oder Situationen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen könnten, als auch Drogenkonsum oder Suchtverhalten im Sinne eines „Vernebeln[s]“ (ebd.). Auch Dissoziationen als unbewusste, vom Körper herbeigeführte Vermeidungsreaktionen, wie sie auch als Reaktion während einer Traumatisierung vorzufinden sind, können dieser Symptomkategorie zugeordnet werden (vgl. ebd.). Dissoziiert das Kind oder der Jugendliche, verändert sich zur Vorbeugung der Überlastung durch die hohe Erregung das Bewusstsein (vgl. ebd.). Dabei spaltet sich der*die Betroffene in

seinem*ihrem Bewusstsein von sich, seinen Empfindungen und der aktuellen Situation ab oder hat erhebliche Amnesien diesbezüglich (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 31). Unkontrollierbare Intrusionen und anschließende Verleugnung und Vermeidung wechseln sich ab, solange keine Verarbeitung im Sinne einer Integration in die eigene Lebensgeschichte stattfindet (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 98). Wird das Geschehene nicht eingeordnet noch verarbeitet, bleiben die Notfallreaktionen als Reaktionen auch auf objektiv ungefährliche Situationen bestehen und stehen damit einer funktionalen Entwicklung und Besserung im Weg (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 67).

Typ-I- und Typ-II-Traumata können sich ganz unterschiedlich auswirken. Besonders bei sequenzieller Traumatisierung und frühkindlicher Vernachlässigung entsprechend einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung können sich im Kindes- und Jugendalter Störungen in verschiedensten Bereichen entwickeln (vgl. Schmid 2008, 291). Schmid (2008, 292, ff.) berichtet von einem gestörten Bindungsverhalten. Durch zwischenmenschliche Grenzverletzungen bewegen sich traumatisierte Kinder und Jugendliche oftmals in der Ambivalenz, sich ein Bindungsverhältnis zu wünschen, gleichzeitig aber sehr vorsichtig und misstrauisch gegenüber ihren Mitmenschen zu sein, um nicht erneut verletzt zu werden (vgl. ebd., 292). Das kann sich zum Beispiel in Beziehungsmustern mit Mischungen aus Annäherung und Vermeidung und Widerstand äußern (vgl. ebd.). Für Kinder entsteht durch die Bindung zu einer Bezugsperson ein Gefühl von Sicherheit, das für die Bewältigung von anderen Entwicklungsaufgaben von großer Bedeutung ist (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 39 ff.). Steht in bedrohlichen oder unsicheren Situationen kein ausreichendes Bindungsangebot zur Verfügung, geraten besonders Kleinstkinder schnell in das Gefühl des Ausgeliefertseins und einer massiven Hilflosigkeit, da der durch die Bedrohung oder Unsicherheit entstandene Stress bei Kleinkindern nur durch eine Befriedigung der Bindungsbedürfnisse reguliert werden kann (vgl. ebd.). Kann ein traumatisches Erleben durch die Bezugsperson oder -personen nicht abgedämpft werden oder ist die Bezugsperson sogar selbst der*die Verursacher*in, können sich diese Beziehungstraumata in Verhaltensstörungen in Beziehungskontexten zeigen (vgl. ebd.). Dieses gestörte Bindungsverhalten kann sich bei Kindern und Jugendlichen zum Beispiel sowohl durch übermäßiges Klammern als Meiden von Bindungen, durch Anspruchslosigkeit an Bezugspersonen oder durch Provokation sowie Aggressionen gegenüber anderen Menschen offenbaren (vgl. ebd.).

„Vertrauensverlust, Sprachlosigkeit, Schuld- und Schamgefühle, Ohnmacht, Angst und Zweifel an der eigenen Wahrnehmung“ sind nach Enders (2011, 129) weitere typische Merkmale komplextraumatisierter Menschen. Besonders Kinder erklären sich im Nachhinein häufig durch Schuldzuweisungen an sich selbst das Geschehene und stellen Hypothesen auf, wie es durch das eigene Verhalten in Zukunft verhindert werden könnte. Beispielsweise kann ein vernachlässigtes oder misshandeltes Kind das sogenannte traumakompensatorische Schema entwickeln, wäre es gehorsamer oder liebenswerter gewesen, wäre es von den Eltern umsorgt oder nicht geschlagen worden (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 105). Damit könnten die dadurch hervorgerufenen Schuld- und Schamgefühle auch als Bewältigungsstrategien, die mit dem Trauma erfahrene Ohnmacht zu relativieren, dienen. Denn mit dem Schema geht einher, ein eigenes anderes Handeln hätte das Erlebte unterbinden können (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 43). Durch die eigenen Schuldzuweisungen besteht außerdem weiterhin die Möglichkeit, sich den*die Traumaverursacher*in als „schützende Bindungsperson“ (Fischer/Riedesser 2009, 167) zu bewahren. Diese Logik kann auch eines der Motive für täterloyale Verhaltensweisen erklären (vgl. ebd., 43). Die Schuld- und Schamgefühle tragen zu einer Entwicklung eines negativen Selbstbildes bei (vgl. ebd., 42). Nach Opitz-Gerz (2008, 284 f.) haben traumatisierte Heranwachsende besonders Schwierigkeiten darin, ein positives Selbst- oder Körperbild zu entwickeln.

Komplextraumatisierte zeigen zudem Störungen in der Emotions- und Selbstregulation (Schmid 2008, 291 f.). Sie reagieren leichter und intensiver auf emotionale Reize und beruhigen sich nach emotionalen Reaktionen wie Wutausbrüchen langsamer (vgl. ebd.). Autoaggressive Verhaltensweisen, zum Beispiel Selbstverletzungen wie Ritzen oder Brennen, Hochrisiko- oder Suchtverhalten oder Essstörungen können zu den Symptomen von Traumafolgestörungen gehören. Diese dysfunktionalen Verhaltensweisen dienen dazu, Emotionen regulieren zu können (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 102) und überwältigenden Affekten und körperlich diffusen Spannungszuständen sowie dem Gefühl der Ohnmacht mit eigens kontrollierbaren Verhaltensweisen entgegenzuwirken. Diese Verhaltensweisen können aber auch auf der Beziehungsebene indirekt als Druckmittel oder Ruf nach Unterstützung zum Einsatz kommen (vgl. ebd., 140 ff.) So kann zum Beispiel manipulatives, als Druckmittel dienendes Handeln wie Selbstverletzung überlebensnotwendig gewesen sein, damit die Bezugsperson oder -personen die kindlichen Bedürfnisse wie das Bedürfnis nach Bindung befriedigt (vgl. Beckrath-Wilking et

al. 140 ff.). Dieses Verständnis für dysfunktionale Verhaltensweisen lässt neben einer „aktive[n] Begrenzung manipulativen Verhaltens“ (ebd., 142) die sensible Haltung zu, dass die nun maladaptiven Verhaltensweisen dem reinen Überleben dienen (vgl. ebd., 142). Auch im Kindes- und Jugendalter können sich Symptome abhängig vom Alter entwickeln. Bei Jugendlichen treten zum Beispiel häufiger Vermeidungsverhalten und Betäubungsversuche wie Drogenkonsum auf (vgl. Levine/Kline 2008, 84 ff.).

Kinder und Jugendliche mit einem unverarbeiteten Trauma können darüber hinaus „in unterschiedlichem Ausmaß an [...] Panikanfällen, [...] vielerlei somatischen Beschwerden“ (Besser 2013, 47), Depressionen (vgl. Scherwath 2016, 45) und Symptomen wie Einnässen (vgl. Opitz-Gez 2008, 282 f.) leiden. Zudem ist es typisch, dass traumatisierte Kinder ihren Schlaf oder ihre Ernährung nur noch schlecht regulieren können (vgl. van der Kolk 2009, 580). Kinder, die physische Grenzverletzungen erlebt haben, nehmen ihren Körper oft nur noch als Ausgangspunkt von Leid wahr (vgl. Baierl 2014, 86), weshalb sie ihn häufig ablehnen oder hassen (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 179). Des Weiteren können sie in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit, insbesondere in den exekutiven Funktionen wie der Aufmerksamkeit und dem Kurzzeitgedächtnis, eingeschränkt sein (Schmid 2008, 300).

Bei Kindern kann es zum posttraumatischen Spielen kommen, in dem sie repetitiv die Themen des Traumas zum Ausdruck bringen (vgl. Schüürmann 2013, 65). Reine Reinszenierungen ohne eine inhaltliche Weiterentwicklung und mit Zunahme von Verzweiflung oder Angst (Weinberg/Hensel 2012, 152) können die traumatische Situation wiederherstellen und sogar retraumatisieren (vgl. Volmer 2013, 55). Um die Reinszenierungen und repetitive Verhaltensweisen verstehen zu können, bedarf es einer Erläuterung der Theorie der Vollendungstendenz. Nach Fischer/Riedesser (2009, 98) haben alle Menschen die „Tendenz zur Erledigung unvollendeter Handlungen“ (ebd.). In der traumatischen Situation war der*die Betroffene nun aber ohnmächtig, wodurch die Handlung als unterbrochen und damit unbewältigt abgespeichert wird (vgl. ebd.). So kommt es nicht nur zu sich immer wieder aufdrängenden Intrusionen beispielsweise in Alpträumen, sondern ebenso zu repetitiven Verhaltensweisen. Sie sind als „Versuch [...], unbewältigte lebensgeschichtliche Erfahrungen zu einem Abschluss [...] zu bringen“ (ebd.), zu verstehen.

Auf Grund der im Körper gespeicherten Erlebnisse können sich mit der Zeit körperliche Repräsentanzen entwickeln (vgl. Volmer 2013, 32). Auf Grundlage von klinischen Beobachtungen

charakterisiert Volmer (2013, 33) zwei verschiedene Bewegungsverhaltensweisen, die in Abhängigkeit von den aktuellen Arousal-Phasen variieren können. Der eine Typus zeigt ein risikobereites, ungehemmtes und angetriebenes Bewegungsverhalten, während der andere Typus sich zurückhaltend, geschäftig und adynamisch bewegt. Der erste Bewegungstypus entspricht damit dem Bewegungsäquivalent zum Hyperarousal und der zweite dem des Hypoarousal.

3 Traumapädagogik

3.1 Die Perspektive der Traumapädagogik

Die Traumatherapie ist für die Stabilisierung und Ressourcenerschließung, die Auseinandersetzung mit dem Trauma durch Exposition und Aufarbeitung und eine Reintegration durch eine „[k]ognitive und emotionale Neudeutung der traumatischen Erlebnisse“ (Gahleitner/Rothdeutsch-Granzer 2016, 145) verantwortlich (vgl. ebd.). Die Phasen folgen dabei nicht strikt getrennt aufeinander, sondern gehen ineinander über (vgl. Beckrath-Wilking 2013, 168). So können in Therapiesitzungen immer wieder stabilisierende Methoden vonnöten sein (vgl. ebd.). Aufgrund häufiger Überforderungen und Grenzüberschreitungen im pädagogischen Alltag mit hochbelasteten Kindern und Jugendlichen in der Jugend- und Behindertenhilfe (vgl. Kühn 2013, 27 f.) und mithilfe der Erkenntnisse aus den Feldern der Psychotraumatologie und Neurophysiologie formte und etablierte sich auch ein pädagogischer Zugang zur Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen (vgl. Kühn 2013, 25). Neben der traumatherapeutischen Arbeit besitzt auch die Pädagogik „einen nicht zu unterschätzenden Wirkungsraum zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen“ (ebd., 27). Die Prinzipien traumapädagogischer Konzepte legen den Fokus nicht nur auf den Umgang zwischen sozialpädagogischer Fachkraft und Kind, sondern ermöglichen ebenso einen ganzheitlicheren Blick auf die Umgebung, das Umfeld, die Strukturen der Einrichtung und das traumasensible Handeln der Pädagog*innen, und mit welchen Kompetenzen dies gelingen kann (vgl. ebd., 32). Übergeordnetes Ziel der Traumapädagogik stellt dar, einen stabilisierenden, sicheren, stärkenden Ort im Alltag der Kinder und Jugendlichen zu schaffen, der mit weiteren interdisziplinären Unterstützungsmöglichkeiten zusammenwirkt (vgl. Weiß et al. 2013, 8).

Besonders anhand des Ansatzes der sequenziellen Traumatisierung lässt sich die Relevanz der Traumapädagogik verdeutlichen. Während eines sequenziell traumatischen Prozesses ist es

von Bedeutung, die Betroffenen mithilfe verschiedener stabilisierend wirkender Prinzipien fortlaufend aufzufangen und dabei nicht das Umfeld und die Umgebung aus dem Blick zu verlieren (vgl. Müller 2020, 218). Auch in der traumapädagogischen Arbeit kommt es zu einer Auseinandersetzung mit dem Trauma (vgl. Gahleitner/Rothdeutsch-Granzer 2016, 145). Dabei hat sie aber einen „unterstützende[n]“ (ebd.) und „traumareflektierende[n]“ (ebd.) anstelle eines „aufdeckenden“ (ebd.) Charakters (vgl. Weiß 2021, 109 f.). Ihre Aufgabe ist es, „behutsam und zugleich strukturierend selbstexplorative Prozesse zu ermöglichen“ (Gahleitner/Rothdeutsch-Granzer 2016, 145). Die Traumapädagogik kann ermöglichen, dass die Betroffenen alternative Selbstwahrnehmungskonzepte und dadurch konkrete Selbstfürsorge- und Selbstheilungsmöglichkeiten entwickeln (vgl. Gahleitner/Rothdeutsch-Granzer 2016, 145).

3.2 Traumapädagogische Prinzipien und Ressourcen

Was genauer Traumapädagogik umfasst, kann anhand von Prinzipien erläutert werden, an denen sich pädagogische Fachkräfte orientieren und damit mehr Handlungssicherheit erleben können. Im Literaturdiskurs über die Traumapädagogik tauchen unterschiedliche Rahmungen für eine gelingende Traumapädagogik bei den Autor*innen auf. Dennoch können, auch wenn sie in den Schriften eine unterschiedliche Gewichtung finden, vier Grundressourcen für eine wirkungsvolle Traumapädagogik ermittelt werden, auf die sich alle Autor*innen zu einigen scheinen, die Konzepte prägen und zu denen andere Aspekte zugeordnet werden können. Die Kernprinzipien überschneiden sich wiederkehrend, sind eng miteinander verbunden und teilweise aufeinander angewiesen, um angewandt werden zu können. Ein weiterer Aspekt, der neben den Grundprinzipien in den Ausführungen der verschiedenen Autor*innen auftaucht und von der Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (Lang et al. 2011) aufgeführt ist, ist exemplarisch die Partizipation. Die Ressource der körperlichen Stabilisierung kann dem Prinzip der Selbstermächtigung untergeordnet werden. Sie soll in dieser Ausarbeitung neben den Grundprinzipien ausgeführt werden, da sie vor dem Hintergrund der Beantwortung der Forschungsfrage besonders relevant erscheint.

3.2.1 Wertschätzende Haltung

Dieses Prinzip zielt auf die Haltung der Fachkräfte, die mit den belasteten Kindern und Jugendlichen zusammenarbeiten, ab. Sie stellt eine verstehende und wertschätzende Haltung dar,

die mit dem „Konzept des guten Grundes“ (Schwerwath/Friedrich 2016, 67) verdeutlicht werden kann (vgl. ebd., 67 f. – wie auch im Folgenden). Dieses Konzept basiert auf der Annahme, dass Menschen ihren Bedürfnissen nach und immer mit guter Absicht handeln. Auch wenn die Absicht des Handelns von außen als bössartig oder destruktiv erscheint, ergibt das Verhalten mit Blick auf die inneren Bedürfnisse und Anliegen einen Sinn. Die Auffälligkeiten und Symptomaten von traumatisierten Kindern und Jugendlichen werden aus der Perspektive dieses Prinzips als Ausdruck von aktuell oder in der Vergangenheit unzureichend befriedigten oder beschädigten Bedürfnisse verstanden. Daraus resultiert die Anforderung an einen Perspektivwechsel, der den Blickwinkel mehr auf die dahinterliegende Intention als auf das möglicherweise destruktive Verhalten und dessen Folgen richtet.

In der Folge besagt dieses Prinzip für das Handeln der pädagogischen Fachkräfte, sich auf die „Bearbeitung und (soweit möglich) Beseitigung des Mangelerslebens“ (Schwerwath/Friedrich 2016, 67) zu fokussieren. Dafür unerlässlich ist die wertschätzende und ressourcenorientierte Haltung, das bisherige Verhalten der Traumatisierten als Leistung und Bewältigungsversuche, seine Bedürfnisse trotz der Belastungen in der Vergangenheit oder Gegenwart zu befriedigen, zu beachten, zu verstehen, zu respektieren und auch zu würdigen (Lang et al. 2011, 4 f.). Alle Beteiligten sollten verstehen, dass die Handlungsabsichten, die Befriedigung von Grundbedürfnissen, positiv sind, es aber kontraproduktive und weniger destruktive Verhaltensweisen gibt, die auf diese Absicht zielen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2016, 66 f.). Nur mit diesem Verständnis und der vorher stattfindenden Einordnung der dahinterliegenden positiven Absicht können Fachkräfte die Kinder und Jugendlichen dabei unterstützen, „ihr belastendes Verhalten im Kontext seiner Notwendigkeit zu reflektieren“ (Lang et al. 2011, 5) und darauf aufbauend Ressourcen zu aktivieren, die gleichen Absichten, aber mit alternativen Mitteln, zu verwirklichen (vgl. Schwerwath/Friedrich 2016, 68). Diese wertschätzende Haltung stellt eine fundamentale Grundhaltung dar, die bei der Traumaaarbeit und neben jeglichen „erforderlichen Korrektur[en] nicht funktionaler Einstellungen und Überzeugungen“ (Lang et al. 2011, 5) stets beachtet werden muss. Alternative Mittel zur Bedürfnisbefriedigung müssen gefunden werden, um letztlich mittels derer an einer ressourcenaktivierenden Verhaltensänderung zu arbeiten (vgl. (Schwerwath/Friedrich 2016, 67 f.). Aus dieser professionellen Haltung entsteht eine praktische Herausforderung (Reichinger 2019, 22). Sie besteht darin, sich in einer respek-

tierenden, verständnisvollen und auch authentischen und vertrauensvollen Beziehung zu bewegen und gleichzeitig eine traumasensibel reflektierte Haltung einzunehmen, die auch manchmal erfordern kann, sich beispielsweise bei konfliktreichen Reinszenierungsdynamiken innerlich distanzieren zu müssen (vgl. ebd.). Diese Grundeinstellung der traumapädagogisch arbeitenden Fachkräfte kann mit folgender Phrase abschließend veranschaulicht werden: „Wir akzeptieren Dich, Deinen guten Grund und zeigen Dir auch, wenn wir nicht einverstanden sind, [sic] mit dem [sic] was Du tust.“ (Lang et al. 2011, 5)

3.2.2 Pädagogik des sicheren Ortes

Die Grundlage der Pädagogik des sicheren Ortes liegt darin, dass sich ohne einen äußerlich sicheren Ort auch kein inneres Sicherheitsgefühl entwickeln kann (vgl. Kühn 2013, 33 – wie auch im Folgenden). Traumatische Erlebnisse mit allen ihren von Unsicherheit und Unzuverlässigkeit geprägten Elementen können das Äußere, die Umgebung, als einen sehr unsicheren Ort erscheinen lassen. Das wiederum kann das innere Selbst erheblich prägen und unter anderem eine niedrige Stresstoleranz und tiefgreifende misstrauende Empfindungen mit sich bringen. Werden, wie bereits erläutert, die Symptome und Verhaltensweisen der traumatisierten Kinder und Jugendlichen als Bewältigungsversuche verstanden, erscheint es folgerichtig, dass sie erst abgelegt werden können, wenn sich ein Gefühl einstellt, dass sich das Trauma oder die Traumata nicht wiederholen können. Nun kann es in der Macht der Traumapädagogik liegen, das Äußere so zu gestalten, dass es positive Auswirkungen auf das innere Empfinden hat.

Kühn (2013) unterscheidet zwischen den drei Ebenen des „sicheren Ortes“, des „emotionalen Dialogs“ und des „geschützten Handlungsraumes“, die bei der Pädagogik des sicheren Ortes beachtet werden müssen. Einen äußeren sicheren Ort zu gestalten, bedeutet „verlässliche, einschätzbare und zunehmend zu bewältigende Lebensraum- und Alltagsbedingungen“ (ebd., 33) zu schaffen. Die Ebene des sicheren Ortes bezieht sich demnach auf das Verhältnis zwischen dem betreuten Kind oder Jugendlichen und den institutionellen Begebenheiten und fragt danach, wie geschützt und sicher vor weiteren Belastungen die Angebote und Bedingungen in der Einrichtung sind (vgl. ebd.). Ein Aspekt, der zum Sicherheitsgefühl beitragen kann, sind verlässliche Strukturen wie transparente, strukturierte und verbindliche Abläufe und Regeln (vgl. ebd.). Zudem gilt es, die Betreuten in den alltäglichen Anforderungen nicht zu über-

fordern und Stress unbedingt zu vermeiden, da „Frustrationserleben und Überforderung häufig ausschließlich als Trigger in altes Ohnmachtserleben [fungieren]“ (Scherwath/Friedrich 2016, 77). Darauf aufbauend sind individualisierte anstelle von generalisierten Regeln von Bedeutung, um Überforderung jedes Kindes oder jedes Jugendlichen vorzubeugen. Außerdem ist eine unbedingte Gewaltfreiheit eine Komponente eines sicheren Ortes (vgl. ebd. 74 ff.).

Mit Fokus auf die Schaffung eines sicheren Ortes ist auch die Vorbeugung möglicher erneuter belastender Erlebnisse in den Gruppenkonstellationen relevant. Zwischen den betreuten Kindern und Jugendlichen kann es zu Aggressivität, Angriffen oder anderen verletzenden Verhaltensweisen kommen. Besonders in Gruppen, denen traumatisierte Menschen angehören, kann es zu Dynamiken kommen, die psychotraumatologisch erklärbar sind und von „traumatischer Übertragung und Gegenreaktion, Trigger, Rückblenden und Manipulation“ (Bausum 2013, 191) geprägt sind (vgl. Reichinger 2019, 11). Deshalb müssen im Hinblick auf die Schaffung eines sicheren Ortes auch immer gruppenpädagogische Interventionen, die die Gruppendynamik als förderlich entwickeln lassen können, mitgedacht werden (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 83).

Ein weiterer Aspekt, der zu einem sicheren Ort für die Kinder und Jugendlichen beitragen kann, stellt die Raumgestaltung dar. Unordentliche Räume oder beschädigte Möbel können zu einem unsicheren, unheilsamen Ort beitragen (Scherwath/Friedrich 2016, 79 f.). Zudem liegt die Wahrscheinlichkeit für ein aggressives oder regelbrechendes Handeln höher, wenn eine Räumlichkeit unordentlich und womöglich auch noch mit beschädigten Gegenständen oder Möbeln ausgestattet ist (vgl. Keizer et al. 2008, 1 ff.). Ordentliche, reizarme sowie helle Räume hingegen beruhigen und können zum Sicherheitsgefühl beitragen (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 79 f.).

Zwischen dem Kind oder Jugendlichen und der pädagogischen Fachkraft sollte ein emotional-orientierter Dialog im Vordergrund stehen. Das bedeutet nach Kühn (2013, 33), dass Aufforderungen zur Verhaltensänderung das betreute Kind erst erreichen können, wenn sie „behutsam[...], geduldig[...]“ (ebd.) unterstützt werden, um Vertrauen aufbauen und seine eigenen Emotionen verstehen und regulieren zu können. Ansonsten seien diese „kognitive[n] Appelle an das kindliche Gewissen, unangepasstes Verhalten aufzugeben, nutzlos“ (ebd.). Diese Dimension der Pädagogik des sicheren Ortes ist damit eng mit wertschätzender Haltung ver-

knüpft. Die dritte Ebene spricht den Handlungsraum der Fachkräfte an, der durch die institutionellen Umstände bedingt wird. Kühn (2013, 34) vertritt die Ansicht, dass nicht nur die Betreuten von der Einrichtung und den Pädagog*innen geschützt werden müssen, sondern auch eben diese pädagogischen Fachkräfte von der Institution. Die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist nicht selten von Konflikten und auch für die Fachkräfte belastenden Situationen geprägt (vgl. ebd.). Die Begleitung der Betreuten, die es bei vielen Entwicklungsaufgaben zu unterstützen gilt, kann eine sehr anspruchsvolle sein (vgl. Kühn 2013, 34). Dabei ist es von enormer Bedeutung, die Bedingungen für die traumapädagogische Arbeit so zu schaffen, dass die Fachkräfte möglichst sicher handeln können und einer „Überlastung, Überforderung, [einem] Burn-out oder einer Sekundären Traumatisierung“ (ebd.) vorgebeugt wird. Und das nicht zuletzt, weil die Belastungserfahrungen und -folgen der pädagogischen Fachkräfte auch Auswirkungen wie unbewusstes „[Ü]berfordern oder gar verbal[es], emotional[es] oder körperlich[es] [...] [V]erletzen“ (ebd.) auf die Betreuten haben und so zu einem unsicheren Ort beitragen könnten. Damit einher geht eine besondere Verantwortung der Einrichtungsleitung, die kompensatorische Bedingungen und Maßnahmen wie Supervisionsangebote zur Verfügung stellen sollte (vgl. Kühn 2013, 34).

3.2.3 Erfahrung positiver und verlässlicher Beziehungen

Die Erfahrung positiver und verlässlicher Beziehungen stellt eine bedeutsame Ressource in der traumapädagogischen Arbeit dar. Nach Weiß (2013, 16) „sind [positive Beziehungserfahrungen] vielleicht der wichtigste Beitrag für eine gelingende Traumabearbeitung“. Nach traumatischen Erlebnissen wird besonders emotionale Unterstützung benötigt (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze 2012, 151). Außerdem ist eine sichere Bindung „einer der bekanntesten Schutzfaktoren psychischer Widerstandsfähigkeit und Stärke“ (Scherwath/Friedrich 2016, 88). Ein Großteil der traumatisierten Kinder und Jugendlichen haben aber Beziehungs- und Bindungstraumata erlitten, wodurch eben genau diese zur Unterstützung gebrauchten Mitmenschen, oft sogar die engsten Bezugspersonen, zu den Verursacher*innen dieses Leids und Schmerzes wurden (vgl. ebd., 87 f.).

Die Stärkung der Bindungssicherheit sollte eine wesentliche Rolle in der pädagogischen Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen spielen, denn sie ist die „Basis für stabile Entwicklungsprozesse“ (ebd., 88). Neue Beziehungserlebnisse können den traumatischen Erfahrungen korrigierend entgegenwirken, indem sie positiv, verlässlich, stabil und beständig sind

(vgl. Müller 2020, 224). Neben verlässlichen Bezugspersonen sind dafür beständige Einzelkontakte mit den pädagogischen Fachkräften, transparente und ausgehandelte Regeln und ein transparentes Handeln seitens der Pädagog*innen von Bedeutung (vgl. Lang et al. 2011, 13). Weiter sind die Reflektion und der Einbezug der individuellen Bindungsbedürfnisse der einzelnen Kinder und Jugendlichen in die Arbeit wesentlich (vgl. ebd.). Zudem sollten die Fachkräfte den Betreuten im Handeln sowie in der Kommunikation Botschaften vermitteln, die Wohlwollen bekennen und das Sicherheitsgefühl aufbauen (vgl. ebd.). Neben der „reflexiv-empathische[n] Gestaltung von professionellen Beziehungen“ (Gahleitner/Loch/Schulze 2012, 152) können auch sowohl die Verbindungen zu den anderen Kindern und Jugendlichen in der Einrichtung als auch Beziehungen zu Menschen außerhalb der Institution heilsam oder eben der Stabilisierung hinderlich sein (vgl. Hantke/Görges 2012, 134 ff.). Aus diesem Grund sollten alle Bindungserfahrungen auch aus dem sozialen Umfeld erfasst werden, um sie einordnen zu können (vgl. Lang 2011, 12 f.). Für die positive Einflussnahme auf die Beziehungen der Kinder und Jugendlichen untereinander ist es notwendig, sich über die Gruppendynamiken und die damit einhergehenden destruktiven oder heilsamen Wirkungen bewusst zu sein (vgl. Bausum 2013, 189 ff.). Eine positive Wirkung der Gruppenbeziehungen könnte ein sichereres Handeln aus der Peergroup heraus sein (vgl. ebd.). Zumal kann eine Gruppe aus Peers, in der alle erschütternde Erfahrungen gemacht haben, das Gefühl mindern, allein mit diesen Erlebnissen zu sein (vgl. ebd.). Auch haltgebende Strukturen im Gruppenalltag wie ein geregelter Tagesablauf oder gemeinsam beschlossene Regeln sind relevant, ebenso wie Gruppendynamiken reflektierende, regelmäßige Gesprächsrunden eine methodische Option sind (vgl. Bausum 2013, 195 ff.).

3.2.4 Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeitserleben

Selbstbemächtigung meint im Endeffekt, Subjekt seines eigenen Lebens zu werden, sich seines eigenen Lebens zu bemächtigen und Kontrolle über sich selbst und sein Leben zu erlangen (vgl. Weiß 2013a, 180). Dieser handlungsleitende Auftrag ist besonders für die traumapädagogische Arbeit bedeutend, da ein traumatisches Ereignis und dessen Reaktionen geprägt sind von Ohnmacht und Kontrollverlust (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze 2012, 6). Infolgedessen gehört zum Prinzip der Selbstermächtigung eine Ressourcenorientierung, die es sich zur Aufgabe macht, Ressourcen der Heranwachsenden zu entdecken und zu fördern (vgl. Scherwath/Friedrich 2012, 69). Dazu gehört unter anderem die Förderung des Selbstverstehens sowie der

Selbstakzeptanz (vgl. Lang et al. 2011, 7 f.; vgl. Weiß 2013a, 16). Um traumatisierte Kinder und Jugendliche bestärken zu können, sind psychoedukative Angebote von Bedeutung, in denen sie ihre psychischen und physischen Verfassungen und Verhaltensweisen als natürliche Reaktionen auf überwältigende Ursachen und Stress verstehen (vgl. Lang et al. 2011, 7 f.) und damit sich selbst akzeptieren lernen können (vgl. Weiß 2013a, 172 f.). Neben dem Selbstverstehen und -akzeptieren spricht sich Weiß (2013a, 169) in ihrem Konzept zur Selbstbemächtigung für die Sensibilisierung von Körperempfindungen und Gefühlen, die Selbstregulation sowie Körperwahrnehmung aus. Für die Selbstregulationsfähigkeit ist es zunächst wichtig, die auftretenden Empfindungen wie zum Beispiel schwitzige Hände in Stresssituationen oder eine Schwere im Körper, Emotionen wie Angst oder Wut und darauffolgende Handlungsimpulse wahrnehmen, identifizieren und benennen sowie die Funktionen von Dissoziationen und Flashbacks verstehen zu können (vgl. Lang et al. 2011, 9 f.; vgl. Weiß 2013a, 174 f.). Betroffene können so Stress verstärkende Trigger sowie die körperlichen Empfindungen solcher Stressreaktionen identifizieren (vgl. Lang et al. 9 f.). Diese achtsame Sensibilisierung ebnet den Weg für das Erarbeiten und Erlernen von Angeboten zur Entspannung und Selbstregulation (vgl. Lang et al. 2011, 10; vgl. Weiß 2013a, 175 f.). Beispielsweise können Traumatisierte nach der Wahrnehmung von Hyperarousal in Form von einer erhöhten Herzfrequenz oder Kurzatmigkeit körperliche, entgegengewirkende Übungen wie ein tiefes, gleichmäßiges Atmen anzuwenden lernen (Ogden et al. 2010, 69). Zu den Selbstregulationsmöglichkeiten zählen auch Reorientierungstechniken für dissoziative Zustände und Flashbacks (vgl. Lang et al. 2011, 10). Alternative Verhaltensweisen zur Selbstberuhigung ermöglichen es, ungefährliche Situationen auch tatsächlich als sichere, harmlose oder sogar heilsame oder entspannende Erfahrungen zu erleben (vgl. Weiß 2013a, 175 ff.). Volmer (2013, 110) beschreibt, dass die Förderung der Selbstregulation beziehungsorientiert geschehen sollte. Neben der Vermittlung von Strategien zur Selbstberuhigung ist die pädagogische Fachkraft auch für den äußeren sicheren Rahmen zuständig (vgl. ebd.). Dazu gehört auch das Unterbrechen destruktiver Muster und die Reorientierung in das Hier und Jetzt (vgl. ebd., 108). Die Beruhigung und die zugewandte Haltung der Fachkraft in Stresssituationen ist wesentlich, um überhaupt „Verstehens-, Einsichts- und Lernprozesse“ (ebd. 96) anstoßen zu können. Zudem sollten die Emotionen des Kindes oder Jugendlichen so oft wie möglich validiert werden, indem sie benannt werden, um die Ängste vor Gefühlen und damit des Umgangs mit ihnen zu reduzieren (vgl. Schmid 2008, 292).

Neben dem Verständnis und der Akzeptanz gegenüber der eigenen Person kann eine achtsame Selbstzuwendung und -fürsorge für eine selbstermächtigende Entwicklung von großer Bedeutung sein (vgl. Weiß 2013a, 174). So können beispielsweise ressourcenorientierte Nachfragen der Fachkraft darüber, welche Aktivitäten das Wohlergehen fördern, die eigene achtsame Wahrnehmung der eigenen Befindlichkeiten und Bedürfnisse anregen (vgl. Weiß 2013a, 174).

Einen weiteren wichtigen Teil für die Selbstbemächtigung und das Selbstwirksamkeitserleben der Klient*innen stellt die Partizipation und Selbstbestimmung dar. Dadurch dass ihr Lebens- und Alltagsraum mitgestaltet oder Regeln auch ausgehandelt werden können, wird die eigene Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen erlebbar gemacht (vgl. Lang et al. 2011, 10), was positiv zu ihrer Selbstwertwahrnehmung beitragen kann (vgl. Weiß 2013a, 173 f.). Zum Thema Selbstbestimmung gehören auch „Möglichkeiten des Rückzugs und der Abgrenzung“ (Lang et al. 2011, 10).

3.2.5 Körperliche Stabilisierung

Einen fundamentalen Aspekt der Selbstbemächtigung stellt die körperliche Stabilisierung dar. Im Allgemeinen ist es bei der Auseinandersetzung mit dem Thema Trauma und Körper von Bedeutung, sich darüber bewusst zu werden, dass es unterschiedliche physiologische Schutzreaktionen bei unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen geben kann (vgl. Baierl 2014, 86). Besonders bei Kindern und Jugendlichen, die traumatische physische Grenzverletzungen erfahren haben, sollten die Themen Körperlichkeit und Berührungen besonders berücksichtigt werden (vgl. Baierl 2014, 86). „Viele erleben ihren Körper mittlerweile hauptsächlich als Quelle von Leid, andere fürchten jede Form körperlicher Nähe oder kennen kaum mehr diesbezügliche Grenzen.“ (ebd.) Aus diesem Grund werden oft aus Angst, die Kinder und Jugendlichen zu retraumatisieren, oder aus Angst, als pädagogische Fachkraft selbst eines Übergriffs verdächtigt zu werden, körperliche Berührungen fast vollständig umgangen (vgl. ebd.). Bei einer Traumatisierung erfährt der*die Betroffene ein tiefes Gefühl von Ohnmacht über den eigenen Körper (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 112). Zudem mussten Körperempfindungen abgespalten werden, was oft eine ungesunde Wahrnehmung des eigenen Körpers zur Folge hat (vgl. ebd.). Diese Wahrnehmung in Kombination mit den physiologischen Schutzreaktionen, das Überleben dauerhaft sichern zu müssen, führt oft zu dem Versuch, die Quelle des Leids zu verdrängen (vgl. ebd.). Traumatisierte übergehen deshalb häufig ihre körperlichen Bedürfnisse (vgl.

ebd.). Hinsichtlich dessen ist die Unterstützung für die Wahrnehmung beispielsweise von Erschöpfungssignalen wichtig (vgl. Weiß 2013a, 178 f.). Traumapädagogische Stabilisierungsarbeit für eine verbesserte Körper- und Sinneswahrnehmung sollte auch Unterstützungsmöglichkeiten für Themen wie Schlaf und Ernährung implizieren (vgl. Scherwath/Friedrich 2016 113 f.). Dies sollte aber immer mit dem Ziel der Selbstermächtigung der Betroffenen geschehen, weshalb sich die Pädagog*innen über bevormundende Mechanismen bewusst sein sollten (vgl. ebd.).

Zudem scheint es neben den korrigierenden Erfahrungen positiver Beziehungen wichtig zu sein, positive und gewollte Erfahrungen bezüglich Körperlichkeit und Berührungen zu sammeln, die korrigierend wirken und die Kinder und Jugendlichen gesunde Grenzen entwickeln lassen können (vgl. Baierl 2014, 87). Es gibt beispielsweise Studien, die zeigen, dass behutsame Berührungen bedeutsam dazu beitragen können, kleine Kinder zu beruhigen (vgl. Streit et. al 2014, 390 ff.). Diese Erfahrungen hängen in der Traumaarbeit wiederum eng mit der Schaffung eines sicheren Ortes zusammen, an dem die Kinder und Jugendlichen einen mit sich selbst und anderen förderlichen Umgang mit Berührungen und Nähe erlernen können. Dazu kann auch die Vorbildfunktion der Fachkräfte dienen, die einen positiven Umgang mit Körperlichkeit mit anderen aus dem Kollegium oder anderen Betreuten vorleben (vgl. Baierl 2014, 87).

Um diesen sicheren Ort und ein sicheres, nicht übergriffiges und professionell begründetes Auftreten der pädagogischen Fachkräfte zu ermöglichen, ist es wesentlich, dass sie für das Thema Körperlichkeit sensibilisiert sind, juristische und ethische Kenntnisse darüber haben und auch die Chancen der professionell begründeten körperlichen Nähe kennen (vgl. Baierl 2014, 87 f. – wie auch im Folgenden). Darüber hinaus ist es sowohl für das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen als auch für die Handlungssicherheit der Pädagog*innen von Bedeutung, die Thematik im Team und mit den Betreuten transparent besprechen und reflektieren zu können. Durch Unsicherheit kann leicht eine seltsame Atmosphäre entstehen, aufgrund derer die zu betreuenden Kinder und Jugendlichen Handlungen als unangenehm empfinden könnten, auch wenn sie nicht übergriffig waren. Zudem dient die ständige Rücksprache mit dem Team dazu, sich selbst stets zu hinterfragen und sich auch unabsichtliches übergriffiges Handeln bewusst zu machen und nachfolgend zu vermeiden. Das ständige Reflektieren ist deshalb wichtig, da jeder Einzelfall und jede Situation anders sind – besonders im Hinblick darauf, dass für traumatisierte Kinder und Jugendliche die Grenzen zu unangenehmer Nähe oft früher,

aber auch unterschiedlich früh erreicht sind. Ein Leitgedanke dabei ist, „Nähe und Berührungen anzubieten, ohne sie einzufordern [...] [, um] freudvolle Körpererfahrungen zu ermöglichen.“ (Baierl 2014, 88)

4 Bewegungsorientierte Traumapädagogik

Heilsame Berührungen und Nähe als korrigierende Körpererfahrungen sind in der Theorie bereits ein wichtiger Bestandteil der traumapädagogischen Stabilisierungsarbeit. Weiß (2013a, 179) erklärt darüber hinaus, dass auch positive Körpererfahrungen in Form von erlebnispädagogischen Bewegungserfahrungen oder Entspannungsübungen bewirken können, dass die Betroffenen die Kontrolle über ihren Körper wieder zurückerlangen können. Darüber hinaus bezeichnet van der Kolk (2019) die Polyvagal-Theorie nach Porges (2010; zit. n. van der Kolk 2019, 103 ff.) und die sogenannten top down- und bottom up-Ansätze nach van der Kolk (2019, 79) als Erklärungen dafür, dass Methoden wie Summen, Singen, Tanz, Yoga oder „Angebote zur Verbesserung der Körperwahrnehmung (Progressive Muskelentspannung, Pilates, Qi-Gong, aber auch ein warmes Bad oder eine Massage)“ (Scherwath/Friedrich 2016, 113) unkonventionell ein Sicherheitsgefühl bewirken können (vgl. van der Kolk 2019, 105 f.). Bei diesen Techniken wirken unter anderem interpersonale Rhythmen in Gesang oder auch solche in Bewegungen, das Bewusstmachen über den eigenen Körper sowie die Kommunikation mittels Stimme und Mimik (vgl. van der Kolk 2019, 106). Die Polyvagal-Theorie verdeutlicht, dass der physiologische Zustand, der in einer sicheren Umgebung vorhanden ist, in Verbindung mit einer besseren sozialen Interaktionsfähigkeit steht (vgl. Porges 2010; zit. n. van der Kolk 2019, 103 ff.). Besteht das Gefühl von Sicherheit, kann ein Mensch sich entspannen oder in sozialen Beziehungen öffnen (vgl. ebd.; zit. n. ebd.). Die körperbezogene top down-Regulation bei beispielsweise Yoga oder einer Achtsamkeitsmeditation stärkt die Körperwahrnehmung (vgl. van der Kolk 2019, 79 – wie auch im Folgenden). Der bottom up-Ansatz besagt, dass der Körper nicht nur im Sinne des top down-Ansatzes durch die Psyche, sondern ebenso die Psyche durch den Körper angesprochen werden kann und über ihn veränderbar ist. Auf das autonome Nervensystem kann durch die Atmung, Bewegungen und auch Berührungen eingewirkt werden. Dementsprechend kann mithilfe von physischen Erfahrungen, die soziale Interaktionen und eine sicherheitsstiftende Atmosphäre in den Blick nehmen, die Möglichkeit entstehen, die physiologische Über- und Untererregung des traumatischen Stresses zu beruhigen und die

Wahrnehmung von Gefahren zu erneuern. Eine explizite Arbeit mit dem Körper in der Traumapädagogik könnte daher einen weiteren konzeptionellen Zugang zur Arbeit mit der Psyche bedeuten.

4.1 Theoretische Grundlage: Psychomotorik

Die Psychomotorik versteht sich als ein „Konzept der Persönlichkeits- und Entwicklungsförderung“ (Krus 2015, 38) mithilfe des Mediums Bewegung. Es basiert auf der ganzheitlichen Grundannahme über dem menschlichen Sein als einem untrennbarem Zusammenspiel von kognitiven, emotional-affektiven und körperlich-motorischen Komponenten, von Wahrnehmen, Erleben, Bewegen (vgl. ebd. 2015, 39 f.). Bewegung mit unterschiedlichen Intentionen und der Körper als Ausgangspunkt werden als Möglichkeit betrachtet, sich seine materielle sowie soziale Umgebung zu erschließen, mit ihr zu interagieren und auf sie Einfluss zu nehmen (vgl. ebd.). Erfahrungen durch und über den Körper stellen in der Psychomotorik unter anderem eine Basis von Lernprozessen sowie einer Beziehungsgestaltung dar (vgl. Kuhlenkamp 2017, 24). Nach Hammer (2015) kann die Psychomotorik mit ihren Bewegungs- und Spielinhalten Kindern und Jugendlichen in einem pädagogischen Rahmen ermöglichen, „innerpsychisches Erleben darzustellen und somit bestehende Ängste, Wünsche, Befürchtungen aus Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Verarbeitung zugänglich zu machen“ (Hammer 2015, 135). Für die spielerische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ist auch die „psychomotorische Entwicklungsförderung als bewegungsorientierte und körperbezogene Spieltherapie“ (Hammer 2015, 136) relevant. Dem kindlichen Spiel wird im Allgemeinen für Kinder und besonders für traumatisierte Kinder eine heilsame Wirkung zugesprochen (Krüger 2015, 173). Die psychomotorische Entwicklungsförderung beruht nach Hammer (2015, 136) auf der Theorie über das Spiel als „intermediären Bereich“ (ebd.) von Winnicott als auch auf der Entwicklungstheorie von Erikson. Der intermediäre Bereich meint einen „Zwischenbereich des Erlebens, zu dem sowohl die die innere Realität als auch das äußere Leben beitragen“ (Winnicott 2008, 295). Im Spiel können sich die Ideen und die Innenwelt entfalten (vgl. Hammer 2015, 136 f.). Genauso wird die Außenwelt als Etwas Eigenständiges wahrgenommen, das auf das Spiel einwirkt und auf das eingewirkt werden kann (vgl. ebd.). Zudem sind Bewegungsangebote nach der psychomotorischen Entwicklungsförderung entwicklungsorientiert (vgl. Hammer 2015, 138), sodass im Spiel immer wieder ungelöste Entwicklungsaufgaben wie das

Entwickeln von Autonomie aus der Vergangenheit bewältigt werden sollten (vgl. Hammer 2015, 138 f.).

4.2 Psychomotorik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe

Für die psychomotorischen Angebote, die als zeitlich und räumlich klar abzugrenzende, nicht in den Alltag integrierte Interventionen zu verstehen sind, ist eine psychomotorische Fachqualifikation (vgl. Hold 2021, 147) in Form eines Studiums oder einer Weiter- oder Ausbildung nötig (Krus 2015c, 243 ff.). Die psychomotorischen Förderstunden können zwischen einer pädagogischen und therapeutischen Wirkungsweise eingeordnet werden (vgl. Melchert 2011, 12). In sozialpädagogischen Einrichtungen wie in der stationären Kinder- und Jugendhilfe sollten sie angemessen in den Alltag implementiert werden, um mit einer traumapädagogischen Arbeitsweise im Einklang zu stehen.

4.2.1 Ziele

In der Psychomotorik gibt es verschiedene Ansätze, die für die Arbeitsweise mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen von Bedeutung sein können (vgl. Kuhlenkamp 2017, 24 ff.). Schüürmann (2013, 66 f.) konstatiert, dass in der psychomotorischen Traumaarbeit alle Ansätze in den Blick genommen und aus ihnen Elemente kombiniert werden sollten, um der komplexen Symptomatik sowie dem fundamental zerrütteten Selbst- und Weltverständnis traumatisierter Kinder und Jugendlicher so gut wie möglich Beachtung schenken zu können. Ziel des kompetenztheoretischen Ansatzes ist das Wiederherstellen und Fördern der traumabedingt geschwächten Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit und das Stärken des Selbstwerts durch Kompetenzerweiterung auf verschiedenen Ebenen (vgl. Schüürmann 2013, 67). Während der neuropsychologische Ansatz vor allem die Integration von traumabedingten Sineindrücken durch eine Förderung von Wahrnehmungs- und Bewegungsprozessen bezweckt, sollte im Sinne des systemischen Ansatzes das soziale Umfeld zur psychomotorischen Traumaarbeit miteinbezogen werden (vgl. ebd.). In einem stationären Kontext sollte das durch ein interdisziplinäres Team abgesichert werden (vgl. Hold 2021, 147). Im verstehenden Ansatz werden die Bedeutungsdimensionen, die in den Bewegungen liegen, betrachtet und zu verstehen versucht. In Bewegung, Leiblichkeit und Spiel erhält die psychomotorisch anleitende Person über den symbolischen Ausdruck des Kindes oder Jugendlichen einen Einblick in dessen Lebensthemen (vgl. Schüürmann 2013, 67; vgl. Völker et al. 2016, 15).

Positive, freudige Körpererfahrungen im Sinne einer Selbstbemächtigung dienen der körperlichen Stabilisierung (vgl. Hegerath 2019, 152; vgl. Weiß 2013a, 179). Zimmer (2015, 13) betont „Bewegungserfahrungen als Basis für die Entwicklung des Selbstbewusstseins“. Im Bewegen kann die eigene Selbstwirksamkeit erfahren werden, was zu einem positiveren Selbstkonzept beitragen kann (vgl. ebd.). Ein selbstständiges, zielgerichtetes Handeln kann das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten stärken (vgl. ebd.). Dieses Potenzial ist besonders für die traumapädagogische Arbeit bedeutend, da ein traumatisches Ereignis und dessen Reaktionen für Betroffene geprägt sind von Ohnmacht und Kontrollverlust (vgl. Gahleitner/Loch/Schulze 2012, 6). Im bewegten Handeln, besonders in Gruppen und im Umgang mit Objekten wie Bällen oder einer Wippe, können sie die Erfahrung machen, dass sie der Ausgangspunkt bestimmter Effekte sind (vgl. Zimmer 2015, 14). In diesem Vorgang kommt ihre Selbstwirksamkeit spürbar zum Ausdruck (vgl. ebd.). Auch das Bewältigen von spannungsreichen Bewegungsaufgaben wie dem Überwinden von Hindernissen, dem Stehen auf Stelzen oder dem Springen aus Höhen kann das Vertrauen in das eigene Selbst stärken (vgl. Volmer 2013, 104). Des Weiteren sollten die Kinder und Jugendlichen in der psychomotorischen Arbeit üblicherweise Bewegungsangebote statt -aufträge erhalten (vgl. Melchert 2011, 5). Inhalte und Verlauf der Einheiten können durchaus vorbereitet werden, „dennoch ist der tatsächliche Verlauf der Stunde nicht festgelegt, da er sich im Dialog mit den Kindern prozessorientiert entwickelt.“ (vgl. Martzy/Keßel 2019, 2) Dies kann bezwecken, die Klient*innen zu einem selbstständigen Handeln und Entscheiden anzuregen, wann und auf welche Weise sie sich bewegen, mit anderen Gleichaltrigen interagieren oder sich Gegenständen nähern (vgl. ebd.). Die Partizipation lässt Selbstwirksamkeitserfahrungen zu und kann eine Handlungs- und Kommunikationskompetenz stärken (vgl. ebd.). Kommuniziert werden kann auch über die Bewegungen und ohne Verbalsprache (vgl. Martzy/Keßel 2019, 2). Die Bewegungsangebote beugen zudem Misserfolgen sowie einem Leistungsvergleich mit anderen vor (vgl. Melchert 2011, 5). Das ist besonders im Hinblick auf traumatisierte Kinder und Jugendliche relevant, da es für einen sicheren Ort wichtig ist, Trigger von Ohnmacht wie Stress, Frustrationserleben sowie Überforderung möglichst zu vermeiden (vgl. Scherwath/Friedrich 2016, 77). In der Gesamtheit bietet der erlebnisorientierte Ansatz der Psychomotorik Körper- und Selbsterfahrungen, aber ebenso Sozialerfahrungen in der Gruppe.

Traumatisierte Kinder und Jugendliche, wie in Kapitel 3.2.5 dargestellt, übergehen oft ihre körperlichen Bedürfnisse und Erschöpfungssignale. Durch Bewegungserfahrungen können sie lernen, mit ihrem Körper umzugehen, auf ihn zu achten und ihn und seine Grenzen und Signale zu spüren und infolgedessen auch einzuschätzen (vgl. Zimmer 2015, 13 f.). Ein sicherer Bewegungsraum kann es ermöglichen, beispielsweise Empfindungen wie Ängste bezüglich einer Bewegungsaufgabe zu äußern. Auch wenn ein Gefühl wie Angst noch nicht benannt werden kann, können die Klient*innen beschreiben, wie sich ihr Körper in diesen Situationen anfühlt. Diese Wahrnehmungserfahrungen und das Versprachlichen eben jener dienen vor allem der körperlichen und psychischen Stabilisierung (Hegerath 2019, 152 f.). Die verbesserte Fähigkeit, seinen Körper wahrzunehmen, kann durch Bewegungssituationen und anschließende Wahrnehmungsreflexion gefördert werden. Dazu ist es essenziell, im Toleranzbereich zwischen zu starker Unter- oder Übererregung zu arbeiten. Mit festen Ritualen und klar definierten Regeln können die psychomotorischen Förderstunden einen sicheren Ort schaffen (vgl. Hegerath 2019, 153).

Der Körper stellt zudem eine Ressource dar, über den nonverbal kommuniziert werden kann (vgl. Schürmann 2013, 66). Beispielsweise sind die konkreten Empfindungen nach einem Flashback schlecht verbalisierbar, obwohl sie im Körper des*der Betroffenen intensiv erlebt werden (vgl. van der Kolk 2019, 60). „[J]e weniger sie die Sprache als Ausdrucksmittel zur Verfügung haben, desto beredter sind ihr Leib, ihre Körpersprache und ihre ganzkörperlichen Inszenierungen.“ (Aichinger 2008, 65) Auf diese Ausdrucksdimension einzugehen und mit ihr zu arbeiten kann ein großes Potenzial bieten, Gefühle reguliert zu externalisieren und sie als nicht eingeschlossen im eigenen Körper zu erleben (vgl. Zimmer 2014, 21). Angebote, die Spielen und Bewegung beinhalten, ermöglichen es auf vielfältige Art und Weise, auch ohne Worte in Kontakt mit anderen zu treten. Empfindungen körperlich auszuleben, stellt nach Zimmer (ebd.) die expressive Funktion von Bewegungen dar. Das Ausleben von Gefühlen über Gestalten, Kreieren oder Rollen- und Symbolspiele kann psychisch stabilisieren und zum Wiederherstellen einer inneren Sicherheit beitragen (vgl. Hegerath 2019, 153).

Die körperliche Ausdrucksweise kann zum Beispiel im kindlichen Spiel stattfinden. Traumatisierte Kinder, die selten Zuwendung und Anregung erlebt haben, haben häufig eine begrenzte Fähigkeit, symbolisch zu spielen (vgl. Volmer 2013, 99; vgl. Schürmann 2013, 65). Symbolisches Spielen setzt eine Symbolisierungsfähigkeit voraus, durch die das Gemeinte in Spielen

auf der „Als-ob-Ebene“ inszeniert werden kann (vgl. Volmer 2013, 99; vgl. Weinberg/Hensel 2012, 152). Ziel psychomotorischer Entwicklungsförderung ist es, Möglichkeiten des symbolischen Spielens zu schaffen, um emotionale Schwierigkeiten darstellen und damit einen Selbstheilungs- und Entwicklungsprozess in Gang setzen zu können (vgl. Hammer 2015, 136 f.). In einem geschützten Rahmen kann im Spiel eine alternative Wirklichkeit in einem „intermediäre[n] Bereich“ (ebd., 137) geschaffen werden, in der „die biografisch erlebte Ohnmacht szenisch umgekehrt“ (Volmer 2013, 99) wird. In einem Monsterspiel kann sich zum Beispiel gegen einen mächtigen Erwachsenen, die anleitende Fachkraft, behauptet werden (vgl. ebd. 97). Die Einfluss- und Kontrollerfahrung kann ein Selbstwirksamkeitserlebnis bewirken (vgl. Volmer 2013, 97). Im freien Spiel versuchen beziehungs-traumatisierte Kinder immer wieder, ungelöste Entwicklungsaufgaben aus der Vergangenheit zu bewältigen (vgl. Hammer 2015, 138 f.). Das freie, symbolische Spiel als intermediärer Bereich bildet den Rahmen (vgl. ebd., 141) für das Ziel der Förderung, Bewegungsgelegenheiten zu bieten, die vor allem der ersten Entwicklungsstufe entsprechend vertrauensfördernd und der zweiten Entwicklungsstufe entsprechend autonomiefördernd sind (vgl. ebd., 139). Durch das Nachspielen, Umdeuten und Verarbeiten kann eine Ausdrucksmöglichkeit entstehen, die als entscheidender Heilungsfaktor gilt (vgl. Schüürmann 2013, 68). Die psychomotorisch anleitende Person folgt dabei den Impulsen des Kindes (vgl. Hammer 2015, 136). Sie sollte dabei mit einer behutsamen, zurückhaltenden, durch psychische und physische Präsenz einfühlend wachsame Vorgehensweise den Spielprozess fördern (vgl. Hammer 2015, 138). Der individuelle Entwicklungsstand kommt in der Gestaltung der kindlichen Spielideen zum Ausdruck, der auch in der Auswahl vorstrukturierter Bewegungsangebote beachtet werden sollte (vgl. ebd., 139).

Daneben können traumatisierte Kinder und Jugendliche mit dem Medium Bewegung positive, korrigierende Bindungserfahrungen sammeln. Hier können besonders die Ressourcen einer Gruppe genutzt werden (vgl. Bausum 2013, 194 f.). Sie lassen eine Kohäsion, ein Gefühl von Zusammengehörigkeit und das Gefühl, ein wichtiges Mitglied der Gruppe zu sein, entstehen (vgl. Volmer 2013, 50). Weiter gewinnen die Kinder und Jugendlichen bewegt „vielfältige Erfahrungen über das Verhalten und den Umgang mit anderen Menschen in diversen Situationen.“ (Jasmund 2015, 97) Exemplarisch können Bewegungsspiele in Gruppen im Vergleich zu einer nichtkörperfokussierten gruppenpädagogischen Arbeit den Spielenden über die kommunizierten Regeln nahebringen, dass es sinnvoller ist, Konflikte nicht durch körperliche

Grenzüberschreitungen, sondern mit Selbstbehauptung, aber ebenso Rücksichtnahme und Einfühlungsvermögen auszutragen (vgl. Zimmer 2015, 16). Das erscheint für traumatisierte Kinder und Jugendliche auch dahingehend relevant, dass positive Bindungserfahrungen nur ohne Rivalität und soziale Außenseiterrollen zustandekommen und Sicherheit schaffen können (vgl. ebd.). Die Bewegungsinhalte des psychomotorischen Ansatzes sollten dabei immer traumarelevante Aspekte einer Gruppendynamik wie Trigger und Übertragungsprozesse in den Blick nehmen. Darüber hinaus versteht Volmer (2013, 51) eine Gruppe als sozialen Mikrokosmos, dessen Mitglieder sich in der Gruppe ähnlich zur Alltagswelt außerhalb der Gruppe verhalten. Das ermöglicht, sich auf die aktuelle Situation und die aktuellen Themen in der Gruppe ohne direktes Eingehen auf die Vergangenheit fokussieren zu können (vgl. ebd.).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass psychomotorische Interventionen darauf ausgelegt sein sollten, Körper, Bewegung, Spiel und Beziehung als Elemente zu verbinden. Nach Völker et al. (2016, 16) kann psychomotorisches Arbeiten die Kernaspekte von Traumapädagogik sowie -therapie zusammenführen, die üblicherweise als getrennt voneinander berücksichtigt werden (vgl. ebd.). Als diese Komponenten werden sowohl die bewegungs- und körperorientierte Arbeit, federführend thematisiert durch den Traumaforscher van der Kolk (2007), sowie die Relevanz von Selbstbemächtigung durch Selbstwahrnehmung, -wirksamkeit sowie -regulation nach Weiß (2013) benannt (vgl. ebd.). Das kindliche Spiel als ein die Heilung fördernder Prozess, maßgeblich veranschaulicht durch Krüger (2015), als auch das Potenzial einer Gruppenarbeit, das wesentlich von Bausum (2013) dargestellt wurde, zählen ebenso zu den Aspekten, die die Psychomotorik in ihren Interventionen vereint (vgl. ebd.). Völker et. al (2016, 16) vermuten, dass besonders die Ressourcen in Kombination nachhaltig Heilungsprozesse fördern können.

4.2.2 Rahmen und Setting

Der Zweck der Traumapädagogik ist vorrangig die Stabilisierungsarbeit und die Auseinandersetzung mit der heutigen Handlungsfähigkeit (vgl. Weiß 2013a, 180). Im Sinne des verstehenden Ansatzes der Psychomotorik kann die psychomotorische Traumaarbeit über die traumapädagogische Arbeit hinaus, insbesondere im symbolischen Spiel, auch bearbeitende Elemente enthalten (vgl. Schüürmann 2013, 67) und orientiert sich dabei an dem Phasenmodell der Traumatherapie (vgl. Hegerath 2019, 153 f.; Volmer 2013, 42 f.). Ob psychomotorische Förderstunden diese Expositionsanteile beinhalten sollten, darauf gehen Volmer (2013) und

Eckert (2008) in ihren Ausarbeitungen zu psychomotorischen Therapiesitzungen ein. Während Volmer (2013, 42) seine Ausführungen zur psychomotorischen Vorgehensweise auf die Phasen der Stabilisierung und Ressourcenorganisation begrenzt, beschreibt Eckert (2008, 21 f.) die Aufteilung eines Projekts in eine stabilisierende Phase und daran anschließende Phase der Verarbeitung traumatischer Erlebnisse mithilfe des Symbol- und Rollenspiels. Ein verfrühtes oder unachtsames Vorgehen mit expositionellen Elementen kann zu einer Überflutung mit Erinnerungsfragmenten und schließlich Retraumatisierungen führen (vgl. Beckrath-Wilking 2013, 109). Eine konkrete Traumabearbeitung in der Traumarbeit sollte erst erfolgen, wenn das Kind oder der Jugendliche im Sinne einer Stabilisierung genügend äußere sowie innere Sicherheit und Kontrolle durch Selbstberuhigung und -regulation zurückerlangt hat (Hegerath 2019, 153). Demgemäß sind eine konkrete Diagnostik sowie interdisziplinäre Zusammenarbeit wesentlich. Pädagogische oder psychomotorische Fachkräfte dürfen und können keine medizinische Diagnose stellen, so ist in der stationären Kinder- und Jugendhilfe die Kommunikation mit Fachkräften anderer Disziplinen wie Psychotherapeut*innen wichtig (vgl. Gahleitner 2021, 83). Auch in der psychomotorischen Förderung gehört eine umfassende Diagnostik zum Standard. Volmer (2013, 64 ff.) schlägt für traumatisierte Heranwachsende bewegungs- und spiel-fokussierte Methoden vor. Die über das und mit dem Kind erhobenen Daten fließen dann bestmöglich in eine interdisziplinäre Auswertung und Interpretation (vgl. Krus 2015b, 125). Neben der Fachqualifikation für die psychomotorische Therapie sollte psychotraumatologisches Grundfachwissen, so wie es traumapädagogischen Fachkräften zur Verfügung steht, eine Voraussetzung für die psychomotorische Traumarbeit sein (vgl. Hold 2021, 147). Denkbar wäre auch, dass bereits eine traumapädagogische Fachkraft der Einrichtung über die psychomotorische Zusatzqualifikation verfügt.

Zur sicherheitsstiftenden Strukturgebung zählt deshalb auch der besondere Blick auf das freie Spiel der Kinder. Freie Spiele traumatisierter Heranwachsender sind häufig von sexueller oder gewalttätiger Brisanz geprägt (vgl. Volmer 2013, 55). Dem angemessen zu begegnen ist vielmehr in einer Einzeltherapie zu leisten, während das freie Spiel in einer Gruppe schwer traumatisierter Kinder grundsätzlich keine heilsame, vielleicht sogar destruktive methodische Vorgehensweise ist (vgl. ebd.). Volmer (ebd.) bemerkt aber auch, dass ein Eingreifen unter der Voraussetzung, dass sich Erregung und Ausdruck aller Kinder oder Jugendlichen im Toleranzbereich bewegen und keine Grenzsituation entsteht, nicht erforderlich ist. Damit das freie

Spiel ein heilsames sein kann, ist die psychomotorische Haltung relevant, auf die unter Kapitel 4.2.4 eingegangen wird.

Als ein Ziel psychomotorischer Förderung traumatisierter Kinder und Jugendlicher wurden die heilsamen Gruppen- und korrigierenden Bindungserfahrungen genannt. Um dieses Potenzial psychomotorischer Interventionen umzusetzen, braucht es bestimmte Strukturen. Volmer (2013, 51) rät für die bewegungsfokussierten Stunden zu einer Gruppengröße von vier bis sechs Heranwachsenden, um trotz der Gruppenkonstellation weiterhin auch auf jede*jeden Einzelne*n reagieren zu können. Diese Kleingruppe verknüpft dadurch die Möglichkeiten der Arbeit mit Einzelnen als auch mit der Gruppe (vgl. Volmer 2013, 51). Die Zusammensetzung der Gruppe sollte durch unterschiedliche Symptomatiken und ein Aufeinandertreffen von internalisierenden und externalisierenden Verhaltensweisen charakterisiert sein, weil sich Heranwachsende mit ähnlichen Symptomatiken gegenseitig aktivieren und intensivieren können (vgl. ebd.). In Bezug auf das Alter hingegen sollte die Gruppe möglichst aus Gleichaltrigen bestehen (vgl. ebd.). Hinsichtlich des Geschlechts der Gruppenteilnehmenden wäre eine geschlechtsaufteilende Konstellation aufgrund der geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Symptomatik und den Bewältigungsstrategien von traumatisierten Kindern und Jugendlichen sinnvoll (vgl. Volmer 2013, 45 f.). Bezogen auf das Geschlecht der psychomotorischen Fachkräfte bietet das Vorhandensein von beiden Geschlechtern die Möglichkeit, die oft vorhandene Lücke von Vorbildern des jeweiligen Geschlechts füllen zu können (vgl. ebd., 53).

Eine sicherheitsstiftende Struktur kann ebenfalls durch einen wiederkehrenden Aufbau der Psychomotorik-Stunden erreicht werden (vgl. Volmer 2013, 54). Zu Beginn kann in einer Runde über Befindlichkeiten oder vergangene Erlebnisse gesprochen werden (vgl. ebd.). Die Elemente des Hauptteils gestalten sich je nach der aktuell vorherrschenden Konstitution der Kinder oder Jugendlichen sowie der gegenwärtigen Gruppendynamik und eventueller aktueller Thematiken (vgl. ebd.). In einer abschließenden Gesprächsrunde sollte ein Raum für Überlegungen zu den aktuellen Erfahrungen der Stunde geschaffen werden (vgl. ebd.). Dabei sollte der Fokus auf den als gemeinsam in der Gruppe positiv erlebten Situationen liegen, um ein Gefühl von Zusammengehörigkeit zu stärken (vgl. ebd.). Eckert (2008, 21) beschreibt hinsichtlich eines psychomotorischen Projekts zur Gewaltprävention im Kontext von Trauma ebenfalls einen Aufbau aus drei Phasen. Die erste Phase bestand aus Gruppenspielen zum Abbau von

aktuell bestehenden Aggressionen oder Spannungen (vgl. ebd.). Daraufhin folgten das Bewegen und Spielen in vorstrukturierten Räumen. Die Stunde endete mit einer gemeinsamen Aktivität (vgl. ebd.). Der konkrete Stundenaufbau scheint im Besonderen von der Zielgruppe und der aktuell vorherrschenden Gruppendynamik sowie Befindlichkeiten der Teilnehmenden abhängig zu sein. Eine verbindliche Einhaltung der Anfangszeit und des Endes der Stunde ist wichtig, um den Heranwachsenden Struktur und Sicherheit bieten und dadurch Vertrauen schaffen zu können. Hinsichtlich der Länge einer psychomotorischen Stunde sind 60 bis 90 Minuten empfehlenswert (vgl. Volmer 2013, 52).

Auch in der Raumgestaltung muss das Prinzip der Selbstermächtigung, im Sinne von Partizipation und Selbstbestimmung der Kinder und Jugendlichen, zum Tragen kommen. Dementsprechend sind Materialien und Gegenstände – zum Beispiel eine Hängematte, ein Kasten oder ein Schaumstoffwürfel (vgl. ebd.) –, die die Bewegungslust und Kreativität der Heranwachsenden steigern sowie verschiedene Bewegungs- und Sinneserfahrungen ermöglichen (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 176), aber ebenso Orte zum Zurückziehen von Bedeutung (vgl. Volmer 2013, 52). Wichtig ist dabei aber auch, „psychomotorisches Arbeiten [nicht] auf den Einsatz dieser Materialien zu reduzieren“ und nicht den „Beziehungsaufbau[...] [und die] kreativen Gestaltungsmomente des Individuums zu vernachlässigen.“ (Krus 2015a, 59)

Oberste Priorität für den Gestaltungsrahmen der psychomotorischen Stunden hat die Schaffung eines sicheren Ortes durch einen gewissen Strukturierungsgrad, da es traumatisierten Kindern oft an Struktur fehlt und eine gewisse Vorhersagbarkeit zu einem Sicherheitsgefühl beitragen kann (vgl. Volmer 2013, 54). Um einen sicheren Ort und ein Gefühl von Kontrolle als Gegensatz zum traumaspezifischen Kontrollverlust schaffen zu können, sind verständliche und transparente Regeln und Grenzen unabdingbar (Beckrath-Wilking et al. 2013, 172). Generell sind wenige, aber dafür eindeutige Regeln von Vorteil (vgl. Volmer 2013, 55). Werden diese Regeln und Grenzen nicht eingehalten, sollte die Dynamik von der*dem psychomotorischen Anleiter*in unterbrochen werden, um einen sicheren Rahmen aufrechterhalten zu können (vgl. ebd., 54). Eine konkrete bedeutsame Regel kann mit dem Satz „Keiner tut dem anderen weh“ (Esser 2009, 60) verdeutlicht werden. Damit ist gemeint, dass weder physisch noch psychisch verletzt werden darf. Zudem ist die Regel „Nichts wird absichtlich kaputt gemacht“ (ebd.) besonders in traumafokussierten Psychomotorikstunden von Bedeutung, in denen Sicherheit und Heilsamkeit durch eine Ordnung im Äußeren geschaffen werden sollte. Damit ist

selbstverständlicherweise kein Zerstören einer Mauer aus Bausteinen zum Zwecke einer heilsamen Spiel- oder Bewegungserfahrung gemeint (vgl. Esser 2009, 60). Die sicherheitsstiftenden Strukturen können dabei behilflich sein, sich möglichst vom Verfallen in dysfunktionale Beziehungsmuster und Reinszenierungen traumatischer Erfahrungen fernzuhalten (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 142 f.) und Retraumatisierungen zu vermeiden (vgl. Volmer 2013, 54). Denn nur positive Bindungserfahrungen können zu einem sicheren Ort beitragen.

4.2.3 Eine Auswahl konkreter Interventionen psychomotorischer Stabilisierungsarbeit

Im Folgenden werden Praxiselemente dargestellt, die sich primär für die körperliche, psychische und soziale Stabilisierungsarbeit eignen. Schlüsselemente der psychomotorischen Angebote sind Bewegung, Spiel und Beziehung (vgl. Schüürmann 2013, 66; vgl. Krus/Jasmund 2015, 118). Die Schwerpunkte der Elemente können je nach individueller Bedarfslage „im spielerischen, entspannenden/imaginativen, sportlich-bewegungsorientierten, sensorischen oder kreativen Bereich gesetzt werden“ (ebd. 2013, 67). Für Schüürmann (2013, 67) zählen zu den Praxisbausteinen in der psychomotorischen Arbeit mit Kindern mit Traumafolgestörungen unter anderem Sinneserfahrungen, Imaginations- und Achtsamkeitsübungen, Entspannungsspiele oder -übungen, Bewegungslandschaften sowie Sportspiele.

Exemplarisch für ein vorstrukturiertes Element, das in den psychomotorischen Förderstunden genutzt werden kann, ist ein themenzentriertes Bewegungsspiel (vgl. Müller 2004, 481 ff.). Schüürmann (2013, 68) betont beispielsweise die Relevanz des Aufgreifens von Themen wie „Vertrauen, Macht/Ohnmacht, Kooperation, Nähe/Distanz“ (ebd. 2013, 68) für das bewegungsorientierte Vorgehen. Auf diese Themen kann im Hinblick auf korrigierende Beziehungserfahrungen für eine soziale Stabilisierung (vgl. Hegerath 2019, 153) in geplanten Bewegungsangeboten eingegangen werden. Die Auswahl der Themen und damit Planung der Stunden ist vom entwicklungsorientierten Bedarf abhängig, den die Kinder im Spiel zeigen (vgl. Müller 2004, 484). Volmer (2013, 86) empfiehlt dabei, auf das Konzept der beziehungsorientierten Bewegungspädagogik von Sherbone (1998) zurückzugreifen, das Bewegungssituationen in Füreinander-, Gegeneinander- und Miteinander-Bewegungssituationen unterteilt. Füreinander-Situationen entsprechen der ersten Stufe der psychosozialen Entwicklung nach dem achtstufigen Modell der seelischen Entwicklung nach Erikson (1973), in der die Entwicklung besonders von Fürsorge abhängt (vgl. Volmer 2013, 87). Gegeneinander-Situationen in spielerisch umgesetzten körperlichen Auseinandersetzungen greifen die zweite Entwicklungsphase auf,

die die Entwicklung von Initiative und Autonomie zum Zweck hat (vgl. Volmer 2013, 87). Miteinander-Verhältnisse hingegen dienen der fünften Entwicklungsstufe, in der grundlegende soziale Kompetenzen entwickelt werden (vgl. ebd., 90).

Bindungstraumatisierte Kinder und Jugendliche können mit dem Material einer Hängematte positive Bindungserlebnisse in Bezug auf ihr Bedürfnis nach Füreinander-Situationen erfahren und abspeichern (vgl. Volmer 2013, 88). Besonders im Hinblick auf dieses Bedürfnis ist bei Bindungstraumatisierten ein Mangel erleben zu verzeichnen (vgl. ebd., 87 f.). Ein Geschwungen-Werden in einer Hängematte kann das Gefühl von Gehalten-Werden und Fürsorglichkeit vermitteln (vgl. ebd., 88). Stärkende Erfahrungen hinsichtlich der Miteinander-Bewegungssituationen, in denen die Themen Kooperation und Vertrauen aufgegriffen werden, können in dem Spiel „Rollbrett-Fangen“ (Schüürmann 2013, 68) gewonnen werden (vgl. ebd. 2013, 68). Die Kinder sitzen auf einem Rollbrett, während die anderen mit jeweils einem dieser Kinder durch eine Holzstange oder ein Seil verbunden sind (vgl. ebd.). Nur durch die Bewegungen der laufenden Kinder können die Rollbretter bewegt werden, während sie von einem fangenden Kind gejagt werden (vgl. Schüürmann 2013, 68).

Ein Bewegungsangebot, das kein spezifisches Thema aufgreifen muss, impliziert das Trampolin. Es kann aber ebenso mit Materialien oder Erlebnisgeschichten eingesetzt werden (vgl. Stäbler 1996, 5 ff.; zit. n. Schüürmann 2013, 70). Neben der Bewegungsschulung und dem Spaßaspekt schreibt Stäbler (1996, 18 ff.; zit. n. Schüürmann 2013, 69) dem Trampolin die Fähigkeit zu, mithilfe von ihm „psychische Aggressionstendenzen motorisch ab[...]reagieren, ziellose Antriebe und Impulse in die geordneten Bahnen einer Bewegungsgestaltung [...] überführen [zu können]“ (ebd.). Damit scheint es sowohl für Heranwachsende mit „mangelndem Selbstvertrauen und vermindertem Antrieb als auch für sehr aktive bis aggressive Kinder mit mangelnder Impuls- und Eigensteuerung aufgrund traumatischer Erlebnisse“ (Schüürmann 2013, 70) geeignet (vgl. Stäbler 1996, 5 ff.; zit. n. Schüürmann 2013, 70). Das Trampolinspringen kann daneben Erfahrungen von Kontrolle und Macht über sich und seinen Körper bewirken (Hammer 2001, 81) und so korrigierende, positive Körpererfahrungen ermöglichen (vgl. Hegerath 2019, 152).

Ein weiterer psychomotorisch anwendbarer Praxisbaustein für die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen stellt die Bewegungslandschaft bzw. -baustelle dar (vgl. Schüür-

mann 2013, 70). Sie ist vorrangig dem kompetenztheoretischen Ansatz der Psychomotorik zuzuordnen (vgl. ebd.), der die Stärkung des geschädigten Selbstwertes und die Förderung von Handlungs- und Kommunikationskompetenzen aufgreift (vgl. ebd., 67). In der Bewegungsbaustelle kommen viele verschiedene Materialien zum Tragen, die die Bewegungslust der Heranwachsenden wecken sollen (vgl. Schüürmann 2013, 67). Der Raum ist dabei so konzipiert, dass er eine Vielzahl an „zum Beispiel Balken, Bretter[n], Klötze[n], Kästen, Rohre[n], Reifen, Bälle[n], aber auch Geräte[n] aus dem Sporthallenfundus“ (Kuhlenkamp 2017, 206) oder Alltagsgegenständen als Bauelemente beinhaltet (vgl. ebd.). Jeder Gegenstand impliziert einen Anreiz, die Landschaft bewegt zu verändern oder zu erweitern (vgl. ebd.). Erfahrungen von Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit durch eigenes Handeln und Mut können durch die Bewegungsbaustelle gewonnen werden (vgl. ebd.). Darüber hinaus sind bei psychisch belasteten Heranwachsenden die Handlungsplanungs-, Organisations- sowie Kooperationskompetenzen begrenzt (vgl. Schüürmann 2013, 70). Durch das spielerische Mittel der Bewegungslandschaft können diese Fähigkeiten trainiert werden (vgl. ebd.). Soll zum Beispiel etwas erbaut werden, kann dies neben der eigenen Meinungsäußerung und Wahren der Autonomie auch soziale Interaktion und Kooperation erfordern, da das Konstruieren nur so umgesetzt werden kann (vgl. Kuhlenkamp 2017, 206). Den Heranwachsenden wird Zeit und Raum für eine eigene Exploration in der Bewegungslandschaft gegeben (vgl. ebd., 207), in der sie zum Beispiel selbstkonstruierte, als Symbole für eine Modifikation ihrer geschädigten Identität dienende „Häuser“ bauen (vgl. Eckert 2008, 22). Vorstellbar ist auch, dass die Bewegungsbaustelle bereits vorher strukturiert wird, sodass die Kinder oder Jugendlichen in einer Aufgabe gemeinsam etwas bauen sollen. Das Material- und Bewegungsangebot sollte dabei dem Alter entsprechen (vgl. Kuhlenkamp 2017, 206 f.).

Während die vorangegangenen Praxisbausteine sowohl für Kinder als auch Jugendliche als geeignet erscheinen, wird im Folgenden auf ein kindspezifisches Angebot eingegangen. Hegerath (2019, 156 – wie auch im Folgenden) beschreibt ein wahrnehmungs- und entspannungsförderndes Atemspiel mit leichten Federn als eine psychomotorische Intervention mit traumatisierten Kindern. Dabei gibt es verschiedene Möglichkeiten, mit den Federn zu arbeiten. Eine Möglichkeit besteht darin, dass jedes Kind eine Feder von seiner Hand in die Luft pustet und sie durch ein fortwährendes Pusten so lange wie möglich schweben lässt. Die nächste Herausforderung kann darin bestehen, dass die Kinder sich kreisförmig aufstellen, um eine

Feder im Kreis von Kind zu Kind weiterzupusten. Dieses Miteinander kann auch dadurch gefördert werden, dass zwei Kinder sich nah aneinanderstellen und versuchen, eine Handvoll Federn nach tiefem Einatmen so weit wie möglich wegzupusten. Eine weitere Übung ist das Imitieren der Bewegungen der schwebenden Federn, nachdem jedes Kind eine Feder in die Luft gepustet hat. Diese Atemspiele lassen sich hauptsächlich der körperlichen Stabilisierungsarbeit zuordnen (vgl. Hegerath 2019, 152 f.). Die Kinder können positive Erfahrungen hinsichtlich einer Gemeinschaftsarbeit machen und die Spiele fördern eine bewusste Körper- und Atemwahrnehmung. Diese Sensibilisierung können die Kinder „ins ‚Hier und Jetzt‘ holen“ (ebd., 156), die Aufmerksamkeit fördern und von traumarelevanten Triggern ablenken (vgl. ebd.). Das kann sowohl zu einer physiologischen als auch zu einer psychischen Entspannung beitragen (vgl. ebd.). Die Heranwachsenden erleben darüber hinaus, der Selbstwirksamkeit förderlich, dass sie der Impuls und Antrieb des Geschehens sind (vgl. ebd.).

Sport- und Wettkampfs Spiele als ergänzende Elemente zu den spielerisch-bewegungsbezogenen Interventionen können für die Traumapädagogik aufgrund von folgenden Funktionen von Bedeutung sein: Zum einen kann eine sportive Übung „den Zirkel von Grübeln, Wiedererleben der traumatischen Erfahrung oder Abstumpfung und Rückzug zumindest zeitweilig [...] unterbrechen“ (Fischer/Riedesser 2009, 223) oder auf ausschließlich körperlicher Ebene ein Auspowern bezwecken (vgl. Schüürmann 2013, 70). Nach Zimmer (2014, 22) repräsentiert diese Wirkung die impressive Funktion von Bewegungen. Durch sie können Gefühle reguliert und die physiologischen Stressreaktionen abgebaut werden (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 223). Ausführlicher wird auf Sportübungen nicht eingegangen, da sie nur als ein ergänzender Baustein der Psychomotorik anzusehen sind (vgl. Schüürmann 2013, 17), da sie die, wie im Folgenden deutlich wird, relevante Rolle der anleitenden Person mit verschiedenen psychomotorischen Wirkweisen wie das Containing nicht explizit berücksichtigen. Zum anderen könnte ein Sportspiel aber als gezielt eingesetzte Intervention positive psychosoziale Effekte durch korrigierende Beziehungserfahrungen für traumatisierte Kinder und Jugendliche schaffen und damit der sozialen Stabilisierung dienlich sein.

4.2.4 Die psychomotorische Haltung

Die begleitende psychomotorische Fachkraft sollte für ein reflektiertes Beziehungsangebot zur Verfügung stehen (vgl. Hammer 2015, 144) und im kindlichen Spiel als „aufnehmend (con-

taining) und spiegelnd“ (Eckert/Nickel 2015, 84) präsent sein. Das Containing ist ein psychoanalytisches Konzept. Containing geschieht dann, wenn das Kind seine Affekte wie Angst oder Ohnmacht auf die psychomotorische Fachkraft überträgt, die die Gefühle aushält und sie in ertragbarer Form zurücksendet (vgl. Dornes 2001, 76). Das spendet Beruhigung und ein Sicherheitsgefühl und kann zum Erlernen einer Affektregulation beitragen (vgl. ebd., 76 f.). Diese Übertragung muss von der Fachkraft auch deshalb stets wahrgenommen werden, um die Anspannungszustände des Kindes erfassen und bei Überflutung einschreiten zu können (vgl. Weinberg/Hensel 2012, 154). Laut Aucouturier (2006, 256; zit. n. Esser 2009, 60) verdeutlicht „die spiegelbildliche Reproduktion“ (ebd. 2006, 256) der körperlichen Ausdrucksweise des Kindes, dass ihm Beachtung geschenkt und es akzeptiert wird. Es fühlt sich in seinem Schmerz wahrgenommen. Spiegeln kann bedeuten, die gleiche Position oder Haltung einzunehmen oder sich auf die gleiche spielerische Geschichte einzulassen (vgl. Esser 2009, 90 – wie auch im Folgenden). Bei gleichzeitigem Einfühlen ist eine dezentrierte Haltung wesentlich, durch die der*die begleitende Psychomotoriker*in reagieren, Worte finden und durch eine kleine Änderung, wie beispielsweise im Ausgang einer Geschichte, eine Veränderung symbolisch vorschlagen und anstoßen kann. Emotionen zu spiegeln kann im Sinne einer psychischen Stabilisierung auch die Selbstwahrnehmung des gespiegelten Kindes oder Jugendlichen verbessern (vgl. Hegerath 2019, 153). Auch wichtig hierbei ist der tonische beziehungsweise zwischenleibliche Dialog, der oft unbewusst und ohne Sprache stattfindet (vgl. Jessel 2015, 118). Das Kommunizieren wie das Spiegeln kann unter anderem auch durch Blickkontakte, die Atmung, Spannungszustände im Körper oder Berührungen geschehen (vgl. ebd.). Daneben dienen das Wahrnehmen und anschließende Verbalisieren von Körperreaktionen oder Gefühlen der Kinder oder Jugendlichen der Entfaltung sicherer Bindungsrepräsentanzen (vgl. Streck-Fischer 2006, 209). Gemeinsame Reflexion gelungener Bewegungen und Handlungen können darüber hinaus ein positives Selbstkonzept fördern, da ein Bewusstmachen der eigenen Kompetenz einem negativen Selbstkonzept entgegenwirken kann (vgl. Melchert 2011, 11 f.).

Hegerath (2019, 154) fasst in ihrem Beitrag Prinzipien zusammen, die sich an Levine/Kline (2015, 168 ff.), Weinberg/Hensel (2012, 150 ff.) und Eckert (2016, 30 ff.) orientieren und Hilfestellungen für den professionellen Umgang mit heilendem oder destruktivem, freiem, posttraumatischem Spielen bieten. Dazu zählen unter anderem ein geduldiges Auftreten, da das

Kind die Geschwindigkeit bestimmt, sowie das Fragenstellen, weil das Kind der*die Spielleiter*in ist (vgl. Hegerath 2019, 154) und die Fachkraft für das Kind spielt (vgl. Eckert/Nickel 2015, 84). Auch das Aushalten, zu einer repräsentativen Person gemacht zu werden, und das Bewusstsein über die eigenen Grenzen sowie der Wille zum Verstehen sind Leitprinzipien für die Fachkraft im Spiel (vgl. Hegerath 2019, 154).

4.2.5 Grenzen, Herausforderungen und Bedingungen

Eine Gefahr für psychomotorische Interventionen entsteht in der Möglichkeit, dass die traumatisierten Kinder oder Jugendlichen während der Bewegungsangebote dissoziieren. Bestimmte Bewegungen, Muskelanspannungen oder Berührungen könnten zu traumatischen Wiedererinnerungen bis zur Dissoziation führen. Bei Dissoziationen empfehlen sich Methoden wie Dissoziationsstopps durch Wahrnehmungs- und Körperübungen oder äußere, nicht invasive Reize wie Gerüche oder Musik (vgl. Dabbert 2017, 152). Auch aus Überforderungen durch Bewegungsaufgaben kann triggernder Stress entstehen. Aus diesem Grund sind die Bewegungsangebote anstelle der -aufträge von Bedeutung, in denen die Heranwachsenden sich selbst fordern können, aber nicht überfordern müssen. Bei einer unabwendbaren Überforderung des Kindes durch die Gruppendynamik ist vorab eine Einzelintervention zu raten (vgl. Volmer 2013, 55), bis ein ausreichendes Sicherheitsgefühl hergestellt wurde und die Fähigkeit, Beziehungen im Gruppenkontext einzugehen, wiederhergestellt wurde.

Auch Entspannungstechniken, die zur Muskelentspannung beitragen sollen, könnten womöglich kontraproduktiv sein und von den Heranwachsenden nicht angenommen werden, da die Anspannung als Effekt der Hypervigilanz von ihnen als vorwiegend schützend registriert wird und dadurch nicht auf sie verzichtet werden kann (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 71). Darüber hinaus können die vegetativen Stressreaktionen wie eine erhöhte Atemfrequenz oder Herzklopfen unmittelbar psychische Symptome wie Dissoziationen einleiten (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 180). Dementsprechend ist es von enormer Bedeutung, vorab im Sinne des Prinzips des sicheren Ortes eine sichere Umgebung im Außen zu schaffen und damit im Inneren der Kinder und Jugendlichen das Sicherheitsgefühl zu steigern. Zudem sollte es ihnen immer möglich sein, an einer Übung oder einem Spiel nicht teilzunehmen sowie Fragen stellen zu können, indem von der Fachkraft eine Rückmeldung erbeten wird (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013, 148). So kann die Möglichkeit geschaffen werden, Erfahrungen von Hilflosigkeit zu

vermeiden und die positiven Erlebnisse über die Bewegungen und den Körper als sichere, kontrollierbare Erfahrung abzuspeichern. Im Allgemeinen ist der Verbleib im Toleranzfenster von enormer Bedeutung (vgl. Williamson/Anzalone 2001; zit. n. Ogden et al. 2010, 67).

Besonders wichtig zu betonen ist, dass die psychomotorische Traumaarbeit nicht als isolierte Herangehensweise an Traumafolgestörungen erfolgen kann (vgl. Hold 2021, 147). Es ist immer nur als ein begleitendes Instrument in der Unterstützung traumatisierter Kinder und Jugendlicher zu verstehen und stellt keinen Ersatz für eine Psychotherapie dar, in der Traumata über die Stabilisierung hinaus bearbeitet und integriert werden (vgl. Hold 2021, 147). Besonders wenn die psychomotorische Traumaarbeit in einer Gruppe stattfindet, scheint die Möglichkeit zur Traumabearbeitung gering (vgl. ebd.). Psychomotorische Interventionen stellen damit einen von mehreren Teilen eines interdisziplinären und multimodalen Konzeptes zur Behandlung dieser Kinder und Jugendlichen dar (vgl. ebd.). Sie stellen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe auch keinen Ersatz für die traumapädagogische Arbeit dar, die im gesamten Alltag der Heranwachsenden versucht, einen sicheren Ort zu schaffen. Ein reflektierter Umgang mit den Grenzen der eigenen Fachkompetenz und damit dem Handlungsbereich sollte daher zu den Bedingungen psychomotorischer Arbeit gehören (vgl. ebd.).

Darüber hinaus stellt das Implementieren von psychohygienischen Strategien eine Voraussetzung zur Prävention von Sekundär-Traumatisierung der Fachkräfte dar (vgl. ebd.). Damit ist nicht nur die Selbstfürsorge gemeint, sondern auch das Schaffen von förderlichen Arbeitsbedingungen sowie unterstützender Reflexionsräume für die Psychomotoriker*innen (vgl. ebd.). Das kann zum Beispiel das Angebot einer Supervision bedeuten, in der sie ihre Handlungsgrenzen genauso wie ihre Kompetenzen reflektieren können (vgl. ebd.). Diese Bedingung repräsentiert einen Beitrag zur Erfüllung eines sicheren Ortes im Sinne der traumapädagogischen Prinzipien.

5 Schlussbetrachtung

Das Erkenntnisinteresse dieser Bachelor-Thesis war darauf bedacht, auf der Grundlage psychotraumatologischen und traumapädagogischen Grundwissens herauszufinden, inwieweit, mit welchen Voraussetzungen und wie die Psychomotorik in der stationären Kinder- und Jugendhilfe, in der eine Vielzahl komplextraumatisierter Kinder und Jugendlicher leben, anwendbar sein kann. Im Rahmen dieser Arbeit galt es zu explorieren, wie die Psychomotorik traumatisierten Kindern und Jugendlichen in einem traumapädagogischen Kontext Rechnung tragen kann.¹ Dafür wurden im zweiten Kapitel Grundkenntnisse psychischer Traumatisierungen im Kindes- und Jugendalter aufbereitet. Es wurde deutlich, dass ein Trauma ein Ereignis ist, das die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten überschreitet. Auch Vernachlässigung oder anderweitiger emotionaler Missbrauch kann traumatisieren. Sowohl in der Erläuterung der physiologischen und neurobiologischen Konsequenzen eines Traumas als auch in den Merkmalen und Symptomen einer Traumatisierung zeigte sich, welche verheerenden Folgen von aggressivem bis zu selbstverletzendem Verhalten aus traumatischen Erfahrungen resultieren können und sowohl die Traumatisierten selbst als auch ihre Mitmenschen herausfordern können. So können sich Traumafolgestörungen wie die PTBS entwickeln. Herausgestellt hat sich zudem, dass die Diagnose PTBS nicht die gesamte Komplexität zahlreicher Typ-II-Traumata erfasst. Deshalb wurden für komplextraumatisierte Kinder und Jugendliche Diagnosekriterien für eine „Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung“ aufgezeigt. Komplextraumatisierte Kinder und Jugendliche können des Weiteren unter anderem eine gestörte Emotions- und Selbstregulation, ein gestörtes Bindungsverhalten, ein negatives Selbst- und Körperbild, posttraumatisches Spiel und aufgrund der physisch gespeicherten Erlebnisse körperliche Repräsentanzen zeigen.

Im pädagogischen Alltag stationärer Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen kommt es deshalb häufig zu Grenzüberschreitungen und Überforderung. Eine Teilantwort auf diesen Bedarf gibt die Traumapädagogik. Sichere, einschätzbare, stressvermeidende und gewaltfreie Alltagsbedingungen tragen zu einer gelingenden Traumapädagogik bei. Diese Bedingungen können durch verlässliche Beziehungen, psychoedukative Elemente, eine heilsame Raumgestaltung, den Einsatz von professionell begründeter körperlicher Nähe als korrigierende Erfahrungen

¹ Im Folgenden werden keine neuen Ergebnisse vorgestellt. Aufgrund dessen wird zur vereinfachten Lesbarkeit auf erneute Literaturbelege verzichtet.

und qualifizierte Fachkräfte mit einer wertschätzenden Haltung, die ausreichend Unterstützung von der Einrichtung erfahren, realisiert werden. Der traumapädagogischen Vorgehensweise, im besten Fall als ein Bestandteil eines interdisziplinären Vorgehens, kann es mithilfe ihrer Prinzipien und Ressourcen gelingen, die Heranwachsenden sozial, psychisch und körperlich zu stabilisieren.

Das vierte Kapitel schildert eingangs, warum der aktive Einbezug des Körpers in der Traumapädagogik neben der körperlichen Stabilisierungsarbeit von Bedeutung sein kann. Der bottom up-Ansatz nach van der Kolk (2019) veranschaulicht, dass interpersonale physische Erfahrungen im Zustand des traumatischen Stresses beruhigen können. In der Psychomotorik können Heranwachsende darüber hinaus ihr innerpsychisches Erleben bewegt darstellen. Die Psychomotorik mit ihren Bewegungs- und Spielinhalten als Grundlage von psychischen, physiologischen und beziehungsrelevanten Prozessen (vgl. Kühlenkamp 2017, 14) kann in zeitlich abzugrenzenden therapeutisch-pädagogischen Stunden Zugang zur Arbeit mit Körper und Psyche darstellen. Die Stunden können die Lebensumstände traumatisierter Kinder und Jugendlicher zwar nicht verändern, aber dennoch wie die Traumapädagogik dazu beitragen, dass sie sich durch partizipative Bewegungsarbeit als selbstwirksamer erleben, sich und ihren Körper anders wahrnehmen und positive Beziehungserfahrungen in einer Gruppe sammeln. In den Psychomotorik-Stunden werden diese Körper- und Selbsterfahrungen partizipativ und erlebnisorientiert gesammelt. Die psychomotorischen Übungen können sowohl der körperlichen als auch psychischen und sozialen Stabilisierung dienlich sein und im Einklang mit den traumapädagogischen Prinzipien stehen und so Synergieeffekte erzeugen. Darüber hinaus können die Spiel- und Bewegungsangebote auch potenziell therapeutische Elemente der Traumabearbeitung enthalten. Sie können einen Raum schaffen, in Bewegung und im Spiel Ausdrucksmöglichkeiten zu finden. Dabei nutzt die psychomotorische Entwicklungsförderung als bewegungsorientierte und entwicklungsbezogene Spieltherapie das symbolische Spiel im intermediären, geschützten Bereich als heilsamen Prozess. Traumatische Inhalte sowie Entwicklungs- und Beziehungsthemen können bearbeitet werden und eine biografisch erlebte Ohnmacht in eine Kontrollerfahrung umgekehrt werden. Dabei gilt es wie in einer Traumatherapie dringend zu beachten, Traumata zum Schutz vor Retraumatisierungen erst zu bearbeiten, wenn der Betroffene ausreichend stabilisiert ist, die Erregung sich im Toleranzbereich bewegt und keine destruktive Dynamik entsteht, so wie es beim freien Spiel schwer traumatisierter Kinder und

Jugendlicher in Gruppen in der Regel der Fall ist. In diesem Fall ist eine Einzeltherapie ratsam. Es wird deutlich, dass die Entscheidungen über die Interventionen abhängig von der Zielgruppe und der Gruppendynamik sind. Dazu ist eine umfassende psychomotorische Diagnostik mit interdisziplinärer Zusammenarbeit notwendig. Generell sind für die Förderstunden eine Fachqualifikation sowie hinsichtlich des Traumabezugs psychotraumatologisches Grundfachwissen notwendig.

Kleingruppen für heilsame Beziehungserfahrungen, eine Stundenlänge von 60 bis 90 Minuten, ein immer wiederkehrender und dadurch verlässlicher Stundenaufbau, wenige, aber eindeutige und transparente Regeln und Grenzen, Gewaltfreiheit und das Unterbrechen von Reinszenierungsdynamiken können sich dabei als geeignet erweisen. Das themenzentrierte Bewegungsspiel, die Bewegungslandschaft, das Trampolinspringen sowie ein kindspezifisches Atemspiel sind in einer psychomotorischen Stabilisierungsarbeit durchführbar. Daneben wird die wichtige Rolle der anleitenden Fachkraft erläutert, die mittels Containing, Spiegeln und einer geduldigen, aushaltenden, empathischen, gleichzeitig aber dezentrierten Haltung einer traumafokussierten Arbeit gerecht werden kann. Kapitel 4.2.4 hat gezeigt, dass psychomotorische Interventionen aber auch durch Überforderungen, bestimmte Bewegungen oder sogar Entspannungstechniken selbst auch traumatische Wiedererinnerungen und Dissoziationen fördern können. Hinsichtlich dessen ist es wesentlich, im Toleranzfenster zu arbeiten, auf die Freiwilligkeit der Angebote zu achten sowie möglicherweise Einzelinterventionen anzuwenden. Weiter beugen psychohygienische Strategien für die anleitenden Fachkräfte Sekundärtraumatisierungen vor. Dennoch können ernstzunehmende Bedenken bei einer körper- und bewegungsorientierten Arbeit Heranwachsenden, die besonders über ihren Körper schnell retraumatisiert werden können, nicht unterschlagen werden (vgl. Volmer 2013, 48).

Die Forschungsfrage, inwieweit die Psychomotorik in der traumapädagogischen Arbeit genutzt werden kann, zielt neben den Möglichkeiten auch darauf ab, inwieweit ihre traumarelevante Wirkungsmacht in der stationären Kinder- und Jugendhilfe als traumapädagogisches Setting begrenzt ist. In der gesamten Traumaaarbeit wirken die Psychomotorik-Interventionen lediglich begleitend und sind im besten Fall ein integrativer Teil eines interdisziplinären Vorgehens, indem sie in stationären Einrichtungen in einen stabilisierenden Alltag eingebettet sind und ergänzend zu einer Traumatherapie, dessen Anspruch eine Traumabewältigung ist, stattfinden. Auch Gahleitner (2021, 103) spricht sich in Bezug auf stationäre Einrichtungen für

ein pädagogisch-therapeutisches Milieu, bestehend aus einem pädagogischen Alltag, kreativ- oder bewegungstherapeutischen Angeboten sowie einer Psychotherapie in geschütztem Einzelsetting, aus. Die psychomotorischen Angebote könnten hier dem zweiten Fachbereich zugeordnet werden.

Die vorliegende Arbeit stellt eine reine Literaturarbeit dar. Sie kann nichts über die empirische Wirksamkeit psychomotorischer Traumaarbeit in der stationären Kinder- und Jugendhilfe aussagen. Eine Evaluation der Wirksamkeit könnte ein neues Forschungsthema darstellen. Überdies plädiert Hammer (2015, 143 f.; 2001, 71) dafür, dass die psychomotorischen Potenziale in den pädagogischen Alltag übertragen und integriert werden sollen und Psychomotorik nicht nur in den zeitlich abzugrenzenden Stunden stattfinden soll. Auch Melchert (2011, 6 ff.) erläutert die Bedeutung der Integration psychomotorischer Elemente in einen frühpädagogischen Alltag. Inwieweit die Anwendung der psychomotorischen Grundprinzipien in einem Einrichtungsalltag für eine soziale und körperliche Stabilisierungsarbeit über die traumapädagogischen Prinzipien hinausgehen oder ergänzend sein könnte, kann Grundlage eines neuen Forschungsdesiderates sein.

Literaturverzeichnis

Aichinger, A. (2008): Sie beißen und zerfetzen, sie wollen gefüttert und gestreichelt werden. Der Einsatz des Körpers im Psychodrama mit Kindern. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie, 2008, 7 (1), 63–79.

Baierl, M. (2014): Dir werde ich helfen: Konkrete Techniken und Methoden der Traumapädagogik. In: Baierl, M. / Frey, K. (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 80–107.

Bausum, J. (2013): Ressourcen der Gruppe zur Selbstbemächtigung: „Ich bin und ich brauche euch“. In: Weiß, W. / Kühn, M. / Bausum, J. / Besser, L. U. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 189–198.

Beckrath-Wilking, U. / Biberacher, M. / Dittmar, V. / Wolf-Schmid, R. (2013): Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann.

Besser, L. U. (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, W. / Kühn, M. / Bausum, J. / Besser, L. U. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 38–53.

Bremner J. D. / Brett E. (1997): Trauma-related dissociative states and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. In: Journal of Traumatic Stress, 1997, 10 (1), 37–49.

Dabbert, L. (2017): Methodenbereiche und Haltungen in traumapädagogischen Handlungsfeldern. In: Praxis Traumapädagogik. Perspektiven einer Fachdisziplin und ihrer Herausforderungen in verschiedenen Praxisfeldern. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 136–152.

Derecik, A. & Züchner, I. (2015): Kinder- und Jugendhilfe. In: Schmidt, W. / Neuber, N. / Rauschenbach, T. / Brandl-Bredenbeck, H.-P. / Süßenbach, J. / Breuer, C.

(Hrsg.): Dritter Deutscher Kinder- und Jugendsportbericht: Kinder- und Jugendsport im Umbruch. Schorndorf: Hofmann, 217–236.

Döpfner, M. et al. (2018): Trauma- und belastungsbezogene Störungen. In: Falkai, P. et al. (Hrsg.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2. korrigierte Aufl. Göttingen: Hogrefe, 361–396.

Eckert, A. (2008): Trauma – Gewalt – Autonomie. Psychomotorische Gewaltprävention als Hilfe zur Verarbeitung erlebter Traumatisierung. In: motorik, 2008, 31 (1), 18–24.

Eckert, A. / Nickel, F. U. (2015): Psychomotorik in der Sozialen Arbeit – Das Darmstädter Modell. In: Krus, A. / Jasmund, C. (Hrsg.): Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, 74–87.

Eckhardt, J. (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.

Erikson, E. (1973): Identität und Lebenszyklus. Berlin: Suhrkamp.

Esser, M. (2009): Beziehung wagen – Mit Körper und Bewegung (psycho-)therapeutisch arbeiten. Bonn: proiecta.

Fegert, J. M. / Brown, R. / Rassenhofer, M. / Sukale, T. (2020): Posttraumatische Belastungsstörung und Traumafolgestörungen. In: Remschmidt, H. / Becker, K. (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. 7. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Fischer, G. / Riedesser, P. (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. aktual. u. erw. Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt.

Gaensbaur, T. / Hiatt, S. (1984): Facial communications of emotions in early infancy. In: Fox, N. / Davidson, R. (Hrsg.): The psychobiology of affective development. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

Gahleitner, S. B. (2021): Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen. 3. aktual. Aufl. Köln: Psychiatrie.

Gahleitner, S. B. (2013): Traumapädagogische Konzepte in der Kinder- und Jugendhilfe: Weshalb? – Wie? – Wozu? In: Lang, B. / Schmid, M. / Weiß, W. / Schirmer, C. / Lang, T. / de Hair, I. A. / Wahle, T. / Bausum, J. (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim: Beltz, 45–55.

Gahleitner, S. B. / Loch, U. / Schulze, H. (Hrsg.) (2012): Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. Hohengehren: Schneider.

Gahleitner, S. B. / Rothdeutsch-Granzer (2016): Traumatherapie, Traumaberatung und Traumapädagogik. Ein Überblick über aktuelle Unterstützungsformen zur Bewältigung traumatischer Erfahrungen. Psychotherapie Forum, 2016, 21, 142–148. Online unter: <file:///C:/Users/Anwender/Downloads/s00729-016-0081-8.pdf> (Zugriff: 14.11.2022).

Hammer, R. (2001): Bewegung allein genügt nicht. Psychomotorik als grundlegendes Prinzip der Alltagsgestaltung. Dortmund: modernes lernen.

Hammer, R. (2015): Psychomotorik in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Krus, A. / Jasmund, C. (Hrsg.): Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, 133–145.

Hantke, L. / Görge, H.-J. (2012): Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann.

Hegerath, H. (2019): Traumatisierten Kindern in der psychomotorischen Praxis begegnet – Herausforderung, Chancen und Grenzen. In: Praxis der Psychomotorik, 2019, 44 (3), 151–159.

Hensel, T. (2017): Die Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters. In: Gahleitner, S. B. / Hensel, T. / Baierl, M. / Kühn, M. / Schmid, M. (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 3. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 27–37.

Hold, V. (2021): Qualifikationsarbeit. Psychomotorik als interventionsbegleitender Ansatz zur Bewältigung von Traumafolgestörungen im Kindesalter – Potenzial und Voraussetzungen. In: motorik, 2021 (3), 146–147. Online unter: file:///C:/Users/Anwender/Downloads/ERV_6220_0-2.pdf (Zugriff: 03.09.2022).

Hüther, G. (2012): Neurobiologische Erkenntnisse zur Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken und ihre Bedeutung für die Traumapädagogik. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder, 2012, 6 (3), 182–189.

Hüther, G. (2002): Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. In: FORUM Internetzeitschrift des Landesverbandes für Kinder in Adoptiv und Pflegefamilien S-H e.V. (KiAP) und der Arbeitsgemeinschaft für Sozialberatung und Psychotherapie (AGSP), 2002. Online unter: <http://www.agsp.de/html/a34.html> (Zugriff: 05.09.2022).

Jasmund, C. (2015): Psychomotorik in Tageseinrichtungen für Kinder (0–6). In: Krus, Astrid / Jasmund, Christina (Hrsg.): Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, 91–103.

Jessel, H. (2015). (Zwischen-)Leiblichkeit und Resonanz als Schlüssel gelingender Entwicklungsbedingungen. In: Hunger, I. / Zimmer, R. (Hrsg.): Bewegungschancen bilden. Schorndorf: Hofmann, 116–119.

Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke.

Keizer, K. / Lindenberg, S. / Steg, L. (2008): The spreading of disorder. In: Science, 2008, 322 (5908), 1681–1685.

Khan, M. (1963): The concept of cumulative trauma. In: The Psychoanalytic Study of the Child, 1963, 18 (1), 286–306.

Klossika, I. et al. (2006): Emotional modulation of pain: A clinical perspective. In: Pain, 2006, 124 (3), 264–268.

König, L. (2020): Trauma und Bindung in der Kindheit. Grundwissen für Fachkräfte der frühen Bildung. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Krüger, A. (2015): Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Ostfildern: Patmos.

Krus, A. (2015): Psychomotorik – Gegenstandsbestimmung. In: Krus, A. / Jasmund, C. (Hrsg.): Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, 36–56.

Krus, A. (2015a): Methodisch-didaktische Prinzipien professionellen psychomotorischen Handelns. In: Krus, A. / Jasmund, C. (Hrsg.): Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, 57–64.

Krus, A. (2015b): Psychomotorisches Arbeiten im Setting eines sozialpädiatrischen Zentrums. In: Krus, A. / Jasmund, C. (Hrsg.): Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, 120–132.

Krus, A. (2015c): Qualifizierungsmöglichkeiten. In: Krus, A. / Jasmund, C. (Hrsg.): Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer, 243–246.

Krus, A. / Jasmund, C. (Hrsg.) (2015): Psychomotorik in sozialpädagogischen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer.

Kühn, M. (2013): „Macht eure Welt endlich wieder mit zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Weiß, W. / Kühn, M. / Bausum, J. / Besser, L. U. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 24–37.

Kuhlenkamp, S. (2017): Lehrbuch Psychomotorik. München/Basel: Ernst Reinhardt.

Landolt, M. A. (2021): Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. 3. überarb. Aufl. Göttingen: hogrefe.

Landolt, M. A. (2012): Traumaspezifische Psychodiagnostik. In: Landolt, M.A. / Hensel, T. (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2. aktual. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe. 34–45.

Landolt, M. A. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Schneider, S. / Margraf, J. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter. Heidelberg: Springer Medizin, 609–628.

Landolt, M. A. / Hensel, T. (2012) (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2. aktual. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

Lang, B. / Schmid, M. / Weiß, W. / Schirmer, C. / Lang, T. / de Hair, I. A. / Wahle, T. / Bausum, J. (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. Online unter https://www.institut-trauma-paedagogik.de/files/positionspapier_11-2011.pdf (Zugriff: 06.09.2022).

Lanius, R. A. et al. (2002): Brain activation during script-driven imagery induced dissociative responses in PTSD: a functional magnetic resonance imaging investigation, 2002, 52 (4), 305–311.

Levine, P. A. / Kline, M. (2015): Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. München: Kösel.

Levine, P. A. / Kline, M. (2008): Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. 4. Aufl. München: Kösel.

Martzy, F. / Keßel, P. (2019): „Im Prinzip psychomotorisch“ – Wie können Spiel- und Bewegungsangebote mit Kindern beziehungs- und entwicklungsfördernd begleitet werden? In: nifbe-Themenheft, 2019 (23). Online unter: https://kita-einstieg.fruehe-chancen.de/fileadmin/PDF/Fruehe_Chancen/Kita-Einstieg/nifbe-Kita-Einstieg-Wissen-kompakt_Psychomotorik_Einfuehrung.pdf (Zugriff: 23.10.2022).

Maywald, L. (2009): Spielen: Grundform des Lebens. Das kindliche Spiel als Motor der Persönlichkeitsentwicklung. In: Frühe Kindheit, 2009 (3). Online unter: <https://liga-kind.de/fk-309-maywald/> (Zugriff: 19.09.2022).

Melchert, K. (2011): Grundlagen der Psychomotorik im Kontext der Arbeit mit Kindern in den ersten drei Lebensjahren. Online unter: https://www.kita-fachtexte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen//FT_melchert_2011.pdf (Zugriff am 06.09.2022).

Müller, C. (2020): Pädagogisch Arbeiten in traumatischen Prozessen. Geflüchtete Kinder und Jugendliche in der Schule. Wiesbaden: Springer VS.

Müller, W. (2004): „Ich will doch nur spielen!“ – Psychomotorische Entwicklungsbegleitung von Kindern im Heimbereich. In: Köckenberger, H. / Hammer, R. (Hrsg.): Psychomotorik. Ansätze und Arbeitsfelder. Ein Lehrbuch. Dortmund: Modernes Lernen, 475–494.

Ogden, P. / Minton, K. / Pain, C. (2010): Trauma und Körper. Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz. Paderborn: Junfermann.

Opitz-Gerz, A. (2008): Die Bedeutung der Körperdimension für die Traumaaarbeit. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder, 2008, 2 (4), 278–287.

Porges, S. W. (2010): Die Polyvagal-Theorie: Neurophysiologische Grundlagen der Therapie: Emotionen, Bindung, Kommunikation und ihre Entstehung. Paderborn: Junfermann.

Post R. M. / Weiss S. R. / Smith, M. / Li, H. / McCann, U. (1997): Kindling versus quenching. Implications for the evolution and treatment of posttraumatic stress disorder. In: Yehuda, R. / McFarlane, A. C. (Hrsg.): Psychobiology of posttraumatic stress disorder. New York: New York Academy of Sciences, 285–295.

Reichinger, C. (2019): Musik als nonverbale Traumapädagogik. Gemeinsames Trommeln in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Baden-Baden: Tectum.

Röhr-Sendlmeier, U. M. (2009): Entwicklungsförderung durch Bewegung: eine lebenslange Perspektive. In: motorik, 2009 (32), 43–58. Online unter: https://www.researchgate.net/profile/Una-Roehr-Sendlmeier/publication/236882218_Entwicklungsforderung_durch_Bewegung_eine_lebenslange_Perspektive/links/0deec51f234dd3fc28000000/Entwicklungsfoerderung-durch-Bewegung-eine-lebenslange-Perspektive.pdf (Zugriff: 07.09.2022).

Rosner, R. / Steil, R. (2012). Komplexe Traumafolgestörungen: Ist es sinnvoll, eine neue Diagnose „Entwicklungsbezogene Traumafolgestörung“ einzuführen? In: Landolt, M. A. / Hensel, T. (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. Göttingen: Hogrefe, 46–58.

Rosner, R. / Steil, R. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Döpfner, M. / Lehmkuhl, G. / Petermann, F. (Hrsg.): Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Band 12. Göttingen: Hogrefe.

Schäfer, C. (2016): Finanzierung von psychomotorischen Angeboten. In: motorik, 2016 (1), 37–39. Online unter: file:///C:/Users/Anwender/Downloads/ERV_3887_0.pdf (Zugriff: 13.09.2022).

Scherwath, C. / Friedrich, S. (2016): Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 3. aktual. Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt.

Schmid, M. (2013): Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In: Lang, B. / Schirmer, C. / Lang, T. / de Hair, I. A. / Wahle, T. / Bausum, J. / Weiß, W. / Schmid, M. (Hrsg.): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik, 56–82.

Schmid, M. (2008): Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. In: Trauma & Gewalt. Forschung und Praxisfelder, 2008, 2 (4), 288–305.

Schüürmann, L. (2013): Aus dem Trauma bewegen – Psychomotorische Interventionsmöglichkeiten in der Arbeit mit traumatisierten Kindern. In: Praxis der Psychomotorik, 2013, 38 (2), 64–71.

Sherborne, V. (1998): Beziehungsorientierte Bewegungspädagogik. München: Reinhardt.

Siegel, D. (1999): The developing mind. New York: Guilford Press.

Stäbler, M. (1996): Bewegung, Spaß und Spiel auf dem Trampolin. Schorndorf: Karl Hofmann.

Streeck-Fischer, A. (2006): Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierungen und ihre Folgen in der Adoleszenz. Stuttgart/New York: Schattauer.

Streit, U. / Nantke, S. / Jansen, F. (2014): Unterschiede in der Qualität des Körper- und Blickkontakts bei Säuglingen mit und ohne Regulationsstörung. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2014, 42 (6), 389–396.

Taylor, S. / Koch, K. / McNally, R. (1992): How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? In: Journal of Anxiety Disorders, 1992, 6 (3), 249–259.

Terr, L. C. (1995): Childhood traumas: An outline and an overview. In: Psychotraumatology. The Springer Series on Stress and Coping, 1995, 301–320.

Van der Kolk, B. A. (2007): The Developmental Impact of Childhood Trauma. In: Kirmayer, L. J. / Lemelson, R. / Barad, M. (Hrsg.): Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives, Cambridge: Cambridge University Press, 224–241.

Van der Kolk, B. A. (2009): Entwicklungstrauma-Störung: Auf dem Weg zu einer sinnvollen Diagnostik für chronisch traumatisierte Kinder. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2009, 58 (8), 572–586. Online unter: http://psydok.psycharchives.de/jspui/bitstream/20.500.11780/3160/1/58.20098_2_49207.pdf (Zugriff: 10.10.2022).

Van der Kolk, B. A. (2019): Verkörperter Schrecken. Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. 6. Aufl. Lichtenau/Westfalen: G. P. Probst.

Völker, S. / Sauerhering, M. / Martzy, F. / Kruse-Heine, M. / Dintsioudi, A. / Borg-Tiburcy, K. (2016): Wissen, Haltung & Handlungskompetenz für die Arbeit mit Kindern und Familien mit Fluchterfahrungen in der Kita. In: nifbe-Themenheft, 2016 (30).

Volmer, J. (2013): Bewegt ins Gleichgewicht. Misshandelte und missbrauchte Jungen in psychomotorischer Therapie. München: Ernst Reinhardt.

Weinberg, D. / Hensel, T. (2012): Traumabezogene Spieltherapie. In: Landolt, M. A. / Hensel, T. (Hrsg.): Traumatherapie bei Kindern und Jugendlichen. 2. aktual. u. erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 150–174.

Weiß, W. (2021): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 9. überarb. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Weiß, W. (2013): „Wer macht die Jana wieder ganz?“ Über Inhalte von Traumabearbeitung und Traumaarbeit. In: Weiß, W. / Kühn, M. / Bausum, J. / Besser, L. U. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 14–23.

Weiß, W. (2013a): Selbstbemächtigung – ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Weiß, W. / Kühn, M. / Bausum, J. / Besser, L. U. (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. 167–181.

Weiß, W. / Kühn, M. / Bausum, J. / Besser, L. U. (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Williamson, G. / Anzalone, M. (2001): Sensory integration and self-regulation in infants and toddlers: Helping young children to interact with their environments. Washington, DC: Zero to Three.

Winnicott, D. W. (2008): Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Gießen: Psychosozial.

Zimmer, R. (2014): Handbuch Bewegungserziehung. Grundlagen für Ausbildung und pädagogische Praxis. Freiburg: Herder.

Zimmer, R. (2015): Kreative Bewegungsspiele. Psychomotorik in der Kita. Freiburg: Herder.

Eidesstattliche Erklärung

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

Ort, Datum

Unterschrift