



# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	I
Abkürzungsverzeichnis.....	III
Tabellenverzeichnis .....	IV
Abbildungsverzeichnis .....	V
1. Einleitung.....	6
1.1 Ziel der Arbeit .....	7
1.2 Aufbau der Arbeit .....	9
2 Psychotraumatologie .....	11
2.1 Begriffsdefinition.....	11
2.2 Geschichte des Traumas.....	12
2.3 Definitionsansätze von Trauma .....	13
2.4 Definitionsansätze und ihre Problematiken .....	14
2.5 Potenziell traumatische Ereignisse .....	15
3 Traumafolgestörungen bei Kindern .....	17
3.1 Epidemiologie von Traumafolgestörungen .....	17
3.2 Gewalt in der Kindheit .....	18
4 Symptomatik und Klassifikation von Traumafolgestörungen .....	20
4.1 Posttraumatische Belastungsstörung .....	21
4.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung .....	23
4.2.1 Probleme der Affektregulation .....	24
4.2.2 Negatives Selbstkonzept .....	25
4.2.3 Probleme in der Beziehungsgestaltung.....	26
4.3 Bindungs- und Beziehungsstörungen.....	27
4.4 Trennungstrauma.....	28
4.5 Dissoziation.....	29
5 Traumabiologie .....	32
5.1 Normale neuroendokrine Reaktion auf Stress .....	34
5.2 Neuroendokrine Reaktion auf Stress bei traumatisierten Kindern.....	35
5.3 Neuronale Veränderungen durch Trauma .....	36
6 Sozialpädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern .....	37
6.1 Eine nicht gelingende Traumapädagogik und ihre Folgen.....	38

---

6.2	Sozialpädagogische Konzepte für die Arbeit mit traumatisierten Kindern .....	41
6.2.1	Konzept des guten Grundes .....	41
6.2.2	Konzept des äußeren sicheren Ortes .....	42
6.2.3	Konzept der Pädagogik der Selbstbemächtigung (nach Wilma Weiß).....	43
6.2.3.1	Förderung des Selbst-Verstehens .....	44
6.2.3.2	Förderung des Selbst-Wahrnehmens.....	46
6.2.3.3	Förderung der Selbst-Regulierung – Der sichere innere Ort.....	47
6.3	Notwendige Fachkenntnisse im Bereich.....	49
6.3.1	Emotionsregulierung.....	50
6.3.2	Reflexion und Transparenz .....	51
6.3.3	Selbstwirksamkeit, Individualisierung und Partizipation .....	53
6.3.4	Resilienz- und Ressourcenförderung .....	53
6.3.5	Humor, Rituale, Sinnes- und Körperwahrnehmung.....	54
6.4	Traumapädagogische Hilfestellung bei dissoziativen Zuständen .....	56
7	Diskussion .....	58
8	Fazit .....	60
Anhang	.....	62
Anhang 1	Prävalenzraten nach verschiedener Formen von Traumafolgestörungen (Landolt 2021: 88) .....	62
Anhang 2	Diagnostische Kriterien nach DSM-5 für eine posttraumatische Belastungsstörung für Erwachsene, Jugendliche und Kinder > 6 Jahren (Falkai et al. 2018: 62–65).....	63
Literaturverzeichnis	.....	67
Eidesstattliche Erklärung	.....	73

## Abkürzungsverzeichnis

ABS	Akute Belastungsstörung
ACTH	Adrenocorticotrope-Hormon
CRH:	Corticotropin-Releasing-Hormon
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HHNA:	Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse
ICD	International Classification of Diseases
KPTBS:	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
PTBS:	Posttraumatische Belastungsstörung

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Traumafolgestörungen gemäß ICD-11 und DSM-5 (Landolt 2021: 39)	
.....	20

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Klassifikation potenziell traumatischer Ereignisse (Landolt 2021: 21; zit.n. Terr 1991) .....	16
Abbildung 2: Diagnosehäufigkeit bei Kindern, anhand der Missbrauchserfahrungen (Henry et al. 2007: 325) .....	32
Abbildung 3: Allgemeines Adaptationssyndrom nach Selye (Landolt 2021: 108) .....	33
Abbildung 4: Cortisol-Ausschüttung durch HHNA (eigene Darstellung, angelehnt an Landolt 2021: 110–111).....	34

# 1. Einleitung

Der Traumbegriff rückt zunehmend in den Alltag der Menschen. Würden heute Passanten auf der Straße gefragt werden, ob sie mit dem Begriff „Trauma“ vertraut sind, würden wahrscheinlich die meisten etwas dazu erzählen können. Oft benutzen Menschen den Begriff „Trauma“, um die Dramatik einer überfordernden Situation darstellen. Damit wollen sie meistens, die als individuell tragisch empfundenen Auswirkungen einer Stresssituation beschreiben.

Aber ist dies wirklich die Beschreibung von Trauma oder wird durch eine solche willkürliche Verwendung der Begriff entfremdet? Kann eine Stresssituation, wie eine, die man vor einer Klassenarbeit hat, mit einer traumatischen Situation verglichen werden, in der man enorme Angst um das Leben verspürt und Schwierigkeiten hat mit den Effekten dieser Situation umzugehen?

Erst über das Wissen des Inhalts von Traumatisierung, kann der Begriff des „Traumas“ richtig genutzt werden. Es hat eine enorme Wichtigkeit, dass sich ein korrektes Bewusstsein über Trauma etabliert. Gerade weil Traumatisierung durch Forschungen und Kenntnisse über die Auswirkungen von verschiedenen Traumafaktoren, wie Krieg oder häusliche Gewalt und dadurch entstehende Verhaltensauffälligkeiten näher in den Blick der Gesellschaft rücken, muss ein klares Verständnis darüber geschaffen werden.

Vor allem in der Sozialen Arbeit hat Trauma eine immense Präsenz. Genauso können die Auswirkungen von Trauma enorm einschneidend in der Lebensführung sein. Die Soziale Arbeit bindet dort an, wo die Traumaerfahrung nicht mehr integrierbar in der Lebensführung eines einer Person ist.

Trauma sind die Verletzungen der Seele, die nicht unbedingt auf den ersten Blick auffallen. Sie sind eingebettet in die Bemühung der Betroffenen, mit dem Leid umzugehen und ihn zu verarbeiten. Diese Bemühungen bringen Verhalten hervor, die häufig gesellschaftliche Normen, als auch individuelle Gefährdungen kreuzt und sich schließlich zu einer Problematik in der Lebensführung der Betroffenen entwickelt.

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Entstehung von seelischen Verletzungen von Kindern und der pädagogischen Arbeit mit diesen Kindern auseinander. Hierzu muss erstmal klar werden, wie sich ein Trauma in der Kindheit ausdrücken kann und wie und wo die Soziale Arbeit anzusetzen ist. Es muss für die Dringlichkeit der Sozialpädagogik in diesem Bereich ein tiefgreifendes Verständnis hergestellt werden, um sich einer traumagerechten Arbeitsweise anzunehmen.

## 1.1 Ziel der Arbeit

Ich habe mein Praktikum in einer Wohngruppe für traumatisierte Kinder und Jugendliche absolviert. Dort habe ich in erster Linie mit zwei Kindern enger gearbeitet. Das Praktikum war meine erste bewusste und intensive Arbeitserfahrung mit traumatisierten Menschen. Im Praktikum wurde mir bewusst, was für eine anspruchsvolle und wichtige Arbeit die Traumapädagogik, vor allem mit Kindern und Jugendlichen ist. Ich habe gelernt, dass eine frühe adäquate Hilfe, mit den richtigen Methoden und den richtigen Arbeitseinstellungen die Lebensführung und somit das gesamte Leben eines Individuums positiv verändern kann. Genauso kann eine unbewusste und nicht reflektierte Arbeitsweise in dem Bereich zu fatalen Folgen und Retraumatisierungen führen.

Menschen mit traumabedingten Auffälligkeiten, haben oft Schwierigkeiten den Alltag zu koordinieren. Ihre individuellen Bewältigungsmechanismen stehen ihnen über den Tag oft im Weg. Auch bei den beiden Kindern, die ich näher betreuen durfte, waren schwergradige traumatische Auffälligkeiten zu beobachten. Im Laufe der Arbeit, werden Fallbeispiele aus den Erfahrungen mit den beiden Brüdern hinzugezogen. Für die Verständlichkeit folgt zunächst eine kurze Anamnese der Fälle. Hierzu werden ausschließlich, die für die Klarheit notwendigen Aspekte vorgestellt. Die Darstellung der Fälle erfolgt auf pseudonymisierte Weise, sodass die Nachverfolgung der Personen nicht möglich ist.

### **Anamnese der Fälle**

Die, in der Arbeit aufgeführten Fälle beziehen sich auf zwei Kinder, Tim (8 Jahre alt) und Leo (6 Jahre alt). Diese beiden Kinder wurden im Praktikum näher betreut und intensiv mit ihnen auf traumapädagogischer Ebene gearbeitet.

Die Eltern und die Großmutter der beiden Jungen (Tim 3 Jahre alt; Mutter schwanger mit Leo) sind aus der Heimat, wo Krieg herrscht, geflohen. Dabei sei unbekannt, wie viel sie vom Krieg miterlebt haben. Die Familie sei 1 Jahr zusammen in einem Asylheim untergekommen. Der Aufenthalt in dem Asylheim wird sehr unklar beschrieben. In Beratungsgesprächen mit der Kindesmutter seien Fragen über mögliche Missbrauchsvorfälle gegenüber der Mutter sowie der Kinder nicht eindeutig beantwortet worden. Die Mutter habe bei ähnlichen Fragen geweint und einen Eindruck von Scham gezeigt, weshalb der Verdacht auf Missbrauch während des Aufenthalts verstärkt worden sei. Aus den Gesprächen ergab sich, dass der Kindesvater bei Abwesenheit der KM den Kindern gegenüber gewalttätig geworden sei. Nach dem Aufenthalt im Asylheim sei die Kindesmutter mit den Kindern ins Frauenhaus gegangen. Dort habe sie die Kinder enorm vernachlässigt, indem sie beispielsweise beide Kinder über mehrere Stunden



unbeaufsichtigt, hungrig und ungepflegt (volle Windel etc.) im Frauenhaus allein lies. Die Kinder haben sich durch Schreie und Wutausbrüche bei den Betreuerinnen auffällig gemacht.

In der Zwischenzeit haben beide Kinder die Kita besucht. Laut Tims Aussagen habe die Kindesmutter Tim für seinen jüngeren Bruder verantwortlich gemacht, beispielsweise sollte Tim darauf achten, ob Leo gegessen habe. Tim sei immer anstelle von Leo beschuldigt worden. Im weiteren Verlauf wurde Tim in die Vorschule eingeschult und besuchte regelmäßig die Schule. Durch auffälliges Verhalten seien beide Kinder in Obhut genommen worden und kamen in die gleiche Bereitschaftsfamilie. Anschließend wurden sie in die Wohngruppe aufgenommen. Sie hatten jeweils einmal die Woche Psychotherapie und im weiteren Verlauf bekam Tim zusätzlich Musikunterricht. Innerhalb von zwei Monaten änderte sich die Besetzung der Wohngruppe. Anstelle der zwei männlichen Betreuer und einer weiblichen Betreuerin kamen 4 weibliche Betreuerinnen, wobei zwei fest und zwei nur zeitweilig als Aushilfen tätig waren. Anders als bei der vorherigen traumapädagogisch ausgebildeten Besetzung, hatten die neuen Betreuerinnen keinerlei Erfahrungen in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Es kam häufiger zu dissoziativen Zuständen (siehe Kapitel 4.5) und Wutanfällen der beiden Kinder.

Weil die Verhaltensauffälligkeiten stärker wurden und überfordernd wirkten, wurde entschieden, dass beide Kinder das Neuroleptikum Pipamperon bekommen. Anfangs 5-10, später 15-20 Tropfen wurden den Kindern täglich verabreicht, mit dem Ziel die Anspanntheit zu reduzieren. Das Neuroleptikum wirkte eher unterdrückend und führte zu einer dauernden Trägheit und Müdigkeit der Kinder. Aufgrund der häufigen Streitigkeiten in der Kita, wurde Leo aus der Kita abgemeldet und blieb mit einer Tagesmutter in der Wohngruppe.

Tim wurde in einen Fußballverein eingeschrieben, den er sehr gerne besuchte, wurde aber aufgrund von Streitigkeiten mit anderen Kindern abgemeldet. Die älteren Kinder in der Wohngruppe sind nach und nach ausgezogen oder haben die Einrichtung gewechselt. Ein männlicher Betreuer wurde eingestellt, während eine der Betreuerinnen kündigte. Schließlich wurde das Kinderhaus durch Personalmangel und Überforderung geschlossen. Die beiden Brüder sollen getrennt und in unterschiedliche Einrichtungen untergebracht worden sein.

## 1.2 Aufbau der Arbeit

Aufbauend auf den Erkenntnissen und Eindrücken im praktischem Semester in der Wohngruppe, habe ich vieles über die Auswirkungen einer angepassten und bewussten traumapädagogischen Arbeit erfahren.

Vor diesem Hintergrund, ist die vorliegende Arbeit darauf ausgerichtet, die Arbeit als pädagogische Fachkraft im traumapädagogischen Kontext kritisch zu beleuchten. Es richtet sich speziell auf die Frage, inwieweit sozialpädagogische Fachkräfte ein traumasensibles Fachwissen in der Arbeit mit traumatisierten Kindern brauchen?

Um mit einem ersten Schritt den Umfang dieser Verletzungen zu begreifen, beschäftigt sich das zweite Kapitel mit der Definition der Psychotraumatologie. Hierbei wird im genaueren die Begrifflichkeit von Psychotraumatologie definiert. Um die Definition nachvollziehen zu können, wird auf die Geschichte von psychischer Traumatisierung eingegangen. Es folgt eine Überleitung zu verschiedenen Definitionsansätzen von Trauma um anschließend auf die Problematik dieser Definitionsansätze und weiterer Bezug zu nehmen.

Im nächsten Kapitel wird auf die Faktoren von Traumafolgestörungen eingegangen. Als erstes werden epidemiologische Befunde anhand von Studien vorgestellt, um eine Vorstellung der Ausprägung von Traumafolgestörungen zu schaffen. Im Kapitel 3.2 wird die Geschichte der Psychotraumatologie erläutert und ein Eindruck der Auslöser von Traumafolgen zu gewinnen.

Darauf aufbauend, werden einige der verschiedenen Traumafolgestörungen konkreter erläutert. Um sich mit den Krankheitsbildern vertraut zu machen, werden die jeweiligen Klassifikationen im ICD-11 und DSM-5 dargestellt und auf die Symptomatiken eingegangen. Dabei werden Fälle zu den jeweiligen Störungsbildern hinzugezogen, um eine Vorstellung der Erscheinungen zu verdeutlichen. Dementsprechend, wurden die Traumafolgestörungen einbezogen, welche im Praktikum erfahren wurden und mit Fallbeispielen bestärkt werden können.

Das fünfte Kapitel befasst sich mit den neurobiologischen Auswirkungen von Traumafolgestörungen und traumatischen Situationen auf Kinder. Im genaueren wird die normale Stressreaktion auf biologischer Ebene erklärt, damit die neuroendokrine Stressreaktion bei traumatisierten Kindern verdeutlicht werden kann. Zudem wird Bezug auf genauere neurobiologische Auswirkungen und damit zusammenhängende kognitive Auswirkungen von Traumafolgestörungen genommen.

Um die Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Traumapädagogik zu positionieren, werden im nächsten Kapitel die Folgen einer nicht-traumasensiblen Sozialen Arbeit mit traumatisierten Kindern geschildert. Es werden einige Konzepte vorgestellt, die für die Traumapädagogische Arbeit hoch relevant sind. Darauf aufbauend, wird auf die Wichtigkeit einer Traumasensibilität in der Sozialen Arbeit hervorgehoben, um letztendlich auf die genaue Hilfestellung von pädagogischen Fachkräften in dissoziativen Zuständen von traumatisierten Kindern einzugehen.

Abschließend wendet sich die Arbeit auf die Kernproblematik einer Traumasensibilität in der Sozialen Arbeit mit Bezug auf die erwähnten Faktoren die mit der Psychotraumatologie zusammenhängen.

Zum Schluss werden einige Aspekte der Art und Weise einer angepassten Traumaarbeit und die Fähigkeiten und Methoden, die eine sozialpädagogische Fachkraft benötigt werden ausgearbeitet und vorgestellt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit auf die Verwendung von genderneutraler Sprache verzichtet.

## 2 Psychotraumatologie

Die Traumatologie hat viele Definitionsversuche und -ansätze. Auf diese bezieht sich das folgende Kapitel genauer. Zugleich wird eine kritische Auswertung dieser erläutert, um aufzuzeigen, dass eine klare und festgeschriebene Definition unterschiedliche Folgen aufweisen kann und demnach mit einer bestimmten Herangehensweise zu behandeln ist.

### 2.1 Begriffsdefinition

Um ein tiefes Verständnis zu gewinnen, was Traumatologie eigentlich bedeutet, ist es zunächst wichtig, die Begrifflichkeit zu klären. Das Wort „Trauma“ ist vom griechischen abgeleitet, und bedeutet Verletzung, während „Logos“ die Lehre heißt. Der Begriff „Traumatologie“ bedeutet demnach übersetzt „die Lehre der Verletzungen“.

Ihren Ursprung hat es in der Chirurgie und definiert die Forschung der körperlichen Verletzung (vgl. Landolt 2021: 13). Im Lehrbuch „Traumatologie“ (1988) beschreiben Eugene Kunar und Volker Schlosser die Arbeit der chirurgischen Traumatologie wie folgt:

„Verletzungen des Menschen durch Unfälle als Folge menschlicher Auseinandersetzungen sind so alt wie die Menschheit selbst, und in der Notwendigkeit, dem verletzten Mitmenschen zu helfen, liegt die Wurzel jeder Traumatologie“.  
(Kunar/ Schlosser 1988: 1)

Den Begriff haben das erste Mal die Kinderpsychiater Donovan und McIntyre in ihrer Publikation „Healing the hurt child: a developmental contextual approach“ in einem psychologischen Kontext erwähnt. Ihre Arbeit war darauf hinausgerichtet, die Verletzungen eines Traumas bei Kindern und Jugendlichen zu „heilen“, und dafür erstmals diese zu benennen. (vgl. Donovan/McIntyre 1990)

Übertragbar auf die Definition und die Disziplin, die Gottfried Fischer und Peter Riedesser vorgestellt haben, nämlich „Psychotraumatologie“, geht es um die Lehre der psychischen oder auch seelischen Verletzungen (vgl. Fischer/Riedesser 2020: 17).

Anders als bei der „[...]somatischen Traumatologie[...]“ beschäftigt sie sich mit „[...] der Entstehung, der Erfassung, dem Verlauf und der Behandlung von seelischen Verletzungen“ (Landolt 2021: 13). Die Disziplin soll ein Augenmerk auf die menschliche „Erlebnissphäre“ richten und mit ihren „[...]psycho-somatischen und somato-psychischen

Wechselbeziehungen[...]“ betrachtet und bewertet werden (Fischer/Riedesser 2020: 20).

Insoweit bezieht sich der Traumbegriff in dieser Arbeit auf die seelische, oder auch psychologische Traumatologie.

## 2.2 Geschichte des Traumas

Dass traumatische und schwer zu integrierende Ereignisse gravierende Schäden in der psychischen Verfassung auslösen können, ist keine neue Erkenntnis. Schon zu früheren Zeiten, gab es in verschiedenen Kulturen und Religionen Informationen und Maßnahmen, um Folgen von traumatischen Erfahrungen zu verringern oder zu beheben (vgl. Fischer/Riedesser 2020: 33; ind.zit.n. Wilson 1989).

Im Altertum, sowie im Mittelalter ist der Weg zur Erkenntnis über Traumata und ihre Folgen deutlich zu erkennen \*Beispiele - Lehrbuch. Im 19. Jahrhundert haben viele traumatisierte Veteranen nach dem amerikanischen Bürgerkrieg psychovegetative Krankheitsbilder aufgezeigt. 1871 beschrieb Da Costa das erste Mal Symptome, wie „generelle Schwäche, linksseitige Brustschmerzen, Kurzatmigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Schlafstörungen und gastrointestinale Beschwerden“ bei einem Soldaten, der an der Front eingesetzt wurde. (vgl. Landolt 2021: 24; ind.zit.n. Da Costa 1871) Es etablierten sich in Lehrbüchern die Bezeichnungen „Irritable Heart“, „Soldiers´ Heart“, „Effort Syndrome“ und „Da-Costa-Syndrome“, um das Krankheitsbild zu beschreiben (vgl. Landolt 2021: 24).

Das Konzept der „traumatischen Neurose“ wurde dann, nach dem Ersten Weltkrieg, mit steigender Fallanzahl, ausgebaut und nach dem Zweiten Weltkrieg, durch Untersuchungen von Holocaust-Überlebenden wissenschaftlich erforscht (vgl. Landolt 2021: 28; ind.zit.n. Hocking 1970; Venzlaff 1966; Kollé 1958).

1952 wurde im „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) I die Bezeichnung „schwere Belastungsreaktion“ aufgenommen und in zivile und militärische Formen untergliedert. Sowohl im DSM-I als auch im „DSM-II wurde sie als nicht lange andauernd und situationsbedingte Stressreaktion beschrieben. (vgl. Landolt 2021: 30; ind.zit.n. American Psychiatric Association/Committee on Nomenclature and Statistics 1952)

Der Vietnamkrieg war ein weiterer Faktor für die Untersuchung von amerikanischen Kriegsveteranen, die im Zuge immer häufiger psychopathologische Auffälligkeiten

zeigten (vgl. Fischer/Riedesser 2020: 33). Mit der Betreuung durch Psychologen, Ärzten und Pädagogen in sogenannten „veteran centers“ wurden Zusammenhänge von Krieg und traumatischen Erlebnissen immer deutlicher. Damit eihergehend, hat sich die Bezeichnung „post-traumatic stress disorder“, übersetzt „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS), herauskristallisiert. (vgl. ebd. 2020: 33 f.). Schließlich wurde 1980 der Begriff der PTBS im DMS-III aufgenommen und wurde somit, zum interdisziplinären wissenschaftlichen Fachgebiet. (vgl. Landolt 2021: 31; ind.zit.n. Kendell 1980)

Die Traumaforschung ist über Jahrhunderte, wenn nicht über Jahrtausende hinweg zu seiner Definition gekommen, dennoch sind die Ausmaße eines Traumas nicht immer vollständig zu greifen. Es braucht Achtsamkeit und vor allem fundiertes Wissen, um ein Verständnis über die Wunden des Traumas zu erlangen. Dabei müssen die verschiedenen und relevanten Dimensionen berücksichtigt werden, um Traumafolgen besser zu verstehen.

### 2.3 Definitionsansätze von Trauma

Es gibt viele Definitionsansätze, die ein psychisches Trauma beschreiben. Zum einen sind sie in phänomenologische und klassifikationssystembasierte Definitionen zu untergliedern. Die phänomenologischen Ansätze basieren auf der Auffassung, dass Angelegenheiten als ganzheitlich und emotional betrachtet und bewertet werden. Bei den klassifikationssystembasierten Ansätzen werden, nach bestimmten Kriterien und Katalogen folgend, Diagnosen erarbeitet. (vgl. Landolt 2021: 19 f.)

Ein Beispiel für den phänomenologischen Ansatz ist die Definition von Tyson und Tyson (1990), die ein Trauma anhand von drei Merkmalen festhält:

- „1. Es handelt sich um eine existenziell bedrohliche, überwältigende Lebenssituation.
2. die Situation überfordert die Fähigkeit des Ich zur Organisation und Regulation.
3. Situation geht mit einem Zustand von Ohnmacht einher.“ (Landolt 2021: 19; vgl. Tyson/Tyson 1993)

Damit zusammenhängend, gibt es die Differenzierung nur das Erlebnis als Definition anzunehmen oder auch die Reaktion des Individuums auf das Erlebnis einzuschließen (vgl. Landolt 2021: 19).

Neben den phänomenologischen sind die Traumadefinitionen im „International Classification of Diseases“ (ICD-11) Manual und DSM-5 typische Beispiele für klassifikationssystembasierte Definitionen.

Die Traumafolgestörungen haben in den Klassifikationssystemen Gemeinsamkeiten, als auch Unterschiede. Trauma wird im ICD-11 als eine Folgestörung eines „extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignisses oder mehrerer Ereignisse“ definiert (World Health Organisation 2018).

Die Definition vom Trauma im ICD-11 ist weiter gefasst als im DSM-5. Laut dem DSM-5 kann ein Trauma durch die Gegenüberstellung mit „tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt“ entstehen (Falkai et al. 2018: 369).

Dabei kann eine Person, die ein oder mehrere traumatische Erlebnisse erfährt oder diese als Zeuge erlebt, eine Traumafolgestörung entwickeln. Zudem kann sich bei einer Person, die die Nachricht eines solchen Ereignisses einer nahestehenden Person erfährt oder die Person repetierend aversive Details über das Ereignis mitbekommt, eine Traumafolgestörung bilden. (vgl. Falkai et al. 2018: 369)

Zusammenfassend ist klar, dass die Definition von Trauma und Traumafolgestörungen nicht einseitig und einheitlich zu behandeln ist. Dies hat den Grund, dass Traumatisierungen komplexe biopsychosoziale Vorgänge sind und Begleiterscheinungen auslösen können. Dies wird im folgenden Kapitel hervorgehoben.

## 2.4 Definitionsansätze und ihre Problematiken

Studien der Psychotraumatologie beziehen sich überwiegend auf klassifikationssystembasierte Definitionen, besonders auf die im DSM-5 aufgeführten. Bezüglich der Studien in der Psychotraumatologie im Kindesalter, sind diese Definitionen jedoch sehr kritisch zu betrachten, da sie, dem Forschungsbereich noch relativ unangepasst sind und sich überwiegend an den Elementen der Traumaerfahrungen im Erwachsenenalter bedienen. (vgl. Landolt 2021: 16) Damit zusammenhängend, kann die Diagnose bei Kindern und Jugendlichen bezüglich traumatischer Erfahrungen manchmal unübersichtlich und unverlässlich sein. Gerade weil oftmals eine (unterschätzte) Komorbidität vorliegt und dies eine umfassende und genaue Diagnose, demnach eine aufwendigere, altersgerechte Analyse der Symptome bedingt (vgl. Cohen/Scheeringa 2009: 93).

„In contrast, concern about specificity has not been prominent in the child literature because historically the issue “in the trenches” clinically is that children have been under-recognized as having internalizing symptoms, rather than being overdiagnosed. In other words, the concern has been lack of sensitivity rather than lack of specificity.“ (Cohen/Scheeringa 2009: 93)

Die Kritik ist, dass nicht alle potenziell traumatischen Erlebnisse mit den klassifikations-systembasierten Definitionen erfasst und wichtige Krankheitsbilder somit unterbewertet werden oder sogar untergehen.

Insbesondere die chronischen interpersonellen Traumaerfahrungen im frühen Alter, wie „emotionale Vernachlässigung oder psychische Gewalt“, erfüllen oft nicht die Voraussetzungen im DSM-5, um eine Traumafolgestörung zu diagnostizieren (Landolt 2021: 20). Somit liegt ein Problem des engen Definitionsspektrums von Definitionen im DSM-5 vor, die eine konsequente Kriterienliste vorhält und nach dieser selektiert.

Jedoch gibt es auch ein Problem der weitläufigen Definitionsansätze von Trauma, die dazu verleiten, dass die Disziplin verallgemeinert wird und (alltägliche) Stresssituationen als traumatische Erlebnisse gefasst werden (vgl. Landolt 2021: 20). Im Hinblick darauf, baut sich die Gefahr einer Verallgemeinerung und Abflachung/ Bagatellisierung des Traumabegriffs und somit der eigentlichen Substanz des Traumas auf.

„Es ist in der klinischen Praxis und in der Forschung außerordentlich wichtig, den Begriff des Traumas auf jene Ereignisse und Erfahrungen zu beschränken, die außergewöhnlich belastend sind und das Individuum in seiner psychischen und/oder körperlichen Existenz und Integrität bedrohen und erschüttern.“ (vgl. Landolt 2021: 16)

Wird der Blick für die Symptomatik und die Definition für ein traumatisches Ereignis nicht konkretisiert, kann nicht von einer Disziplin gesprochen werden. Demnach ist an diesem Punkt von einer Spezifizierung der Definition nicht abzuwenden, um ein angemessenes Verständnis der Psychotraumatologie zu gewinnen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine klare Definition, gerade im diagnostischen Bereich, dringlich und sinnvoll ist. Wichtig bei der Diagnose ist, die Breite an möglichen Begleitsymptomen und Erkrankungen zu deuten und einzukalkulieren. Ebenso die subjektive Erlebnissphäre zu berücksichtigen und eine angemessene Analyse der Auswirkungen auf das einzelne Individuum durchzuführen.

## 2.5 Potenziell traumatische Ereignisse

Um sich der Frage zu nähern, wie eine angemessene Einschätzung von traumatischen Ereignissen erfolgen kann, ist wichtig zu wissen, dass es eine große Bandbreite an möglichen traumatischen Ereignissen gibt. Eine Unterscheidung in zwei Typen von Trauma erfolgte von der amerikanischen Kinderpsychotherapeutin Lenore C. Terr. Die Abbildung



2, fasst eine Übersicht der Klassifikation potenziell Traumatisierender Ereignisse nach Terr zusammen. (vgl. Landolt 2021: 21 f.; ind.zit.n. Terr 1991)

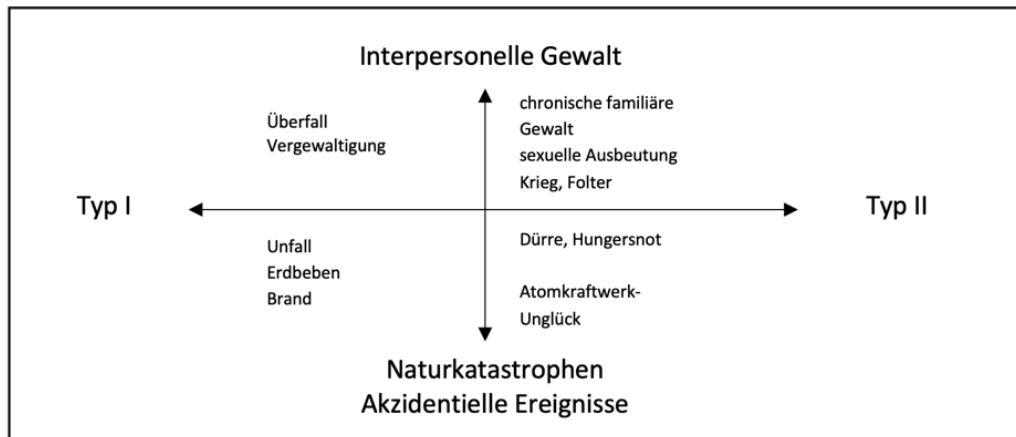


Abbildung 1: Klassifikation potenziell traumatischer Ereignisse (Landolt 2021: 21; zit.n. Terr 1991)

Sie differenzierte zwischen dem Typ-I Traumata, die akute, unvorhersehbare und einmalige Erlebnisse zusammenfasst und Typ-II Traumata, welche im Gegensatz wiederholt und als teilweise vorhersehbar definiert sind. Potenziell traumatisierende Erlebnisse können unterschiedlichen Ursprungs sein. Hierbei kann ein Trauma durch menschenverursachte Erlebnisse oder durch akzidentielle Ereignisse, sowie Naturkatastrophen entstehen.

Eine solche Kategorisierung nach den Ursachen eines Traumas kann im klinischen Kontext benutzt werden, um die Verflochtenheit einer Traumafolgestörung darzulegen. Dies gilt vor allem bei interpersonellen chronischen Traumatisierungen, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit mit komplexen Störungsbildern resultieren als einmalige akzidentielle Traumatisierungen. (vgl. Landolt 2021: 21)

## 3 Traumafolgestörungen bei Kindern

Bevor ein Einblick in einige traumabedingte Störungsbilder gewährleistet wird, ist es unabdingbar zu klären, warum Traumafolgestörungen auftreten können. Außerdem ist ein weiterer Aspekt, die Auslöser traumatischer Zustände zu ermitteln und eine Erweiterung der Sensibilität für dieses Anliegen zu gewinnen.

Ein Trauma erfolgt aufgrund des Erlebens von überwältigenden Situationen, die einem Individuum das Gefühl von Ohnmacht über die eigene (bio-psycho-soziale) Kontrolle geben (vgl. Fischer/Riedesser 2020: 19f.). Demnach ist bei Traumafolgestörungen festzuhalten, dass immer eine greifbare Ursache bzw. eine traumatische Erfahrung zugrunde liegt. Daraus ist zu schließen, dass traumatische Erfahrungen ätiologische Faktoren sind, von denen eine Störung überhaupt hervorgeht oder hervorgehen kann. (vgl. Landolt 2021: 39)

Dies belegen auch etliche Studien und sie geben gleichzeitig Informationen über das Ausmaß dieser Störungsbilder.

### 3.1 Epidemiologie von Traumafolgestörungen

Auf Grundlage von mehreren Studien, ist festzustellen, dass gerade in westlichen Ländern ungefähr die Hälfte der Bevölkerung mindestens ein potenziell traumatisches Erlebnis im Kindes- oder Jugendalter, erlebt hat (vgl. Landolt 2021: 70; ind.zit.n. Gunaratnam/Alisic 2017). Es wurde belegt, dass das Risiko einer PTBS-Erkrankung bei Jugendlichen, die mehr als eine traumatische Erfahrung gemacht haben, neunmal höher ist (vgl. Landolt et al. 2013: 215).

Was etliche Forschungsergebnisse immer wieder aufzeigen ist, dass bei zunehmender psychischer Belastung, die Möglichkeit eine psychische Störung zu entwickeln ansteigt. Es liegt ein sogenannter Dosiseffekt vor. Je häufiger ein Individuum traumatische Ereignisse erlebt, desto höher ist das Risiko Traumafolgestörungen zu entwickeln. (vgl. ebd.; vgl. Copeland et al. 2007: 582; vgl. Elklit 2002; vgl. Perkonig et al. 2000: 57 f.). Dies ist darauf zurückzuführen, dass bei zunehmender psychischer Belastung, die Integration der Erlebnisse häufig erschwert oder gar nicht gelingt. (vgl. Bausum 2013: 27)

Eine Traumafolgestörung drückt sich im Alter des Individuums unterschiedlich aus und kann demnach unterschiedliche Folgen aufzeigen. Es gibt keinen pauschalen Ablauf einer Traumafolgestörung und vor allem tritt nicht bei jedem Individuum, das ein traumatisches Erlebnis erfahren hat, eine Traumafolgestörung auf.

In einer Untersuchung von 43.093 Personen, die in ihrer Kindheit misshandelt wurden wurde festgestellt, dass die Wirkung von solchen psychischen Belastungen unspezifisch ist. Trotz dessen, steigt die Wahrscheinlichkeit an einer großen Breite von psychischen Erkrankungen zu leiden. (vgl. Sugaya et al. 2012: 388)

Was jedoch hervorzuheben ist, ist dass sich eine traumatische Lebenserfahrung im Kindesalter erheblicher auf die Lebensführung auswirken kann, wenn es nicht adäquat und frühzeitig behandelt wird (vgl. Fischer/Riedesser 2020: 219).

### 3.2 Gewalt in der Kindheit

Wie in der Tabelle (siehe Anhang 1) zu sehen ist, hat Gewalt im Durchschnitt sehr hohe Maximal-Prävalenzraten bezüglich der Entwicklung einer Traumafolgestörung.

Es wird grob zwischen vier Arten von Gewalt unterschieden:

- psychische Gewalt, darunter zählen z.B., Isolierung, Bedrohung, andauernde Abwertung, systematisches Schlechtmachen, Beschimpfung und Terrorisierung des Kindes,
- körperliche Gewalt, also alle Arten physischer Gewaltausübung gegenüber Kindern und Jugendlichen,
- Vernachlässigung, im Sinne von andauernder Unterlassung der körperlichen und psychischen Fürsorge. Beispielsweise keine emotionale Zuwendung (psychische Vernachlässigung, emotionale Deprivation), keine ausreichende Ernährung oder Kleidung,
- sexuelle Gewalt, die jede sexuelle Handlung gegenüber einem Kind, die gegen seinen Willen vorgenommen wird und/ oder dem sich das Kind aufgrund seiner geistigen, körperlichen oder emotionalen Entwicklung nicht hinreichend wahren kann, einschließt. (vgl. de Haan/Deegener/Landolt 2019: 114–115)

Kinder die körperliche und sexuelle Gewalt erlebt haben, entwickeln mit großer Wahrscheinlichkeit Traumafolgestörungen. So ist aus einer Übersichtsarbeit festzustellen, dass 50% der Kinder, die Gewalt erfahren haben, später eine PTBS entwickeln. Die Prävalenz steigt, wenn eine Kombination von körperlichem und sexuellem Missbrauch vorliegt, das Kind Schamgefühle hat und der Missbrauch lange andauert. (vgl. Kearney et al. 2010: 50).

Laut der Angaben der WHO erleben 13,4% der Mädchen und 5,7% der Jungen in Europa sexuelle Gewalt. Die Prävalenz der körperlichen Gewalt liegt bei 22,9%, während die der psychischen bei 29,1% die höchste ausmacht. Es ist schwer genaue Angaben über Vernachlässigung zu äußern, da diese Art der Gewalt häufig in Kombination mit anderen Gewaltformen auftritt und somit eine Analyse zu den alleinigen Auswirkungen von Vernachlässigung schwer zu ermitteln sind. Dies stellt in der Diagnose häufig ein Problem dar, da Vernachlässigung die Kriterien des DSM-5 und des ICD-11 nicht unbedingt deckt. (vgl. Landolt 2021: 74)

Jedoch schätzt die WHO, basierend auf internationalen Studien, die Prävalenz für körperliche Vernachlässigung bei Kindern auf 16,3 % und die psychische Vernachlässigung auf 18,4% (vgl. Stoltenborgh et al. 2013: 349).

In einer Untersuchung von 33 Vorschulkindern, die vernachlässigt wurden, wurde belegt, dass diese deutlich erhöhte Symptome von PTBS aufzeigten, als bei 72 Vorschulkindern, die keine Vernachlässigung erfahren haben. In der Studie wurden die Auswirkungen der affektiven Mutter-Kind-Kommunikation berücksichtigt und es wurde festgestellt, dass diese einen Einfluss auf die PTBS Symptomatik hat. (vgl. Milot et al. 2010)

In einer weiteren Studie wurde bei vernachlässigten Jugendlichen aus den USA eine PTBS-Rate von ca. 82% ermittelt (vgl. Wechsler-Zimring/Kearney 2011)

Trotz der Unbeständigkeit der Ergebnisse von epidemiologischen Studien ist allgemein festzuhalten, dass interpersonelle Gewalterfahrungen eine ätiologische Grundlage für komplexe Traumafolgestörungen bilden (vgl. Landolt 2021: 89; ind.zit.n. Alisic et al. 2014). Auch im DSM-5 wird ausdrücklich auf die Symptomvielfalt hingewiesen, die aus interpersonellen Gewalterfahrungen herausgehen. Vor allem Gewalterfahrungen in der (frühen) Kindheit können eine große Bandbreite an psychischen Störungen auslösen. (vgl. Falkai et al. 2018: 366 ff.)

## 4 Symptomatik und Klassifikation von Traumafolgestörungen

Folgend, werden die Symptome der verschiedenen Traumafolgestörungen erklärt. Diese Erklärungen richten sich in erster Linie auf die im DSM-5 und ICD-11 aufgeführten Kriterien und Beschreibungen der Traumafolgestörungen. Hierbei wird auf das Fallbeispiel bezogene Störungen eingegangen, um eine bessere Verständlichkeit zu gewährleisten. Die aufgeführten Fälle sollen ausschließlich zur Darstellung der Symptome dienen und sind nicht klinisch diagnostizierte Krankheitsbilder der Kinder.

Um die traumapädagogische Hilfe passend zu gestalten, muss zunächst die Klassifikation von Traumafolgestörungen deutlich gemacht und die damit zusammenhängenden Symptomatiken erläutert werden.

In Anbetracht dessen ist es wichtig zu wissen, dass sich die Klassifikationen unterscheiden. Demnach wird auf beide Klassifikationsmodelle eingegangen und sie werden beide berücksichtigt. Um den Ausdruck der Symptome in der Praxis zu veranschaulichen, werde ich Fälle, aus der bereits erwähnten Praxis hinzuziehen (siehe Kapitel 1.1).

Die Kategorisierung im ICD-11 ist umfangreicher als im DSM-5. Während im DSM-5 die akute Belastungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörungen, Anhaltende Trauerstörung und die Bindungs- und Beziehungsstörung aufgelistet sind, ist im ICD-11 zusätzlich die komplexe Posttraumatische Belastungsstörung aufgenommen worden (siehe Abbildung 2). Im DSM-5 hingegen, wurden die Symptome für PTBS erweitert.

Tabelle 1: Traumafolgestörungen gemäß ICD-11 und DSM-5 (Landolt 2021: 39)

ICD-11	DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttraumatische Belastungsstörung</li> <li>• Komplexe PTBS</li> <li>• Anpassungsstörung</li> <li>• Anhaltende Trauerstörung</li> <li>• Reaktive Bindungsstörung (Kinder)</li> <li>• Beziehungsstörung mit Enthemmung (Kinder)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akute Belastungsstörung</li> <li>• Posttraumatische Belastungsstörung (Subtypen: dissoziativ, &lt; 6 Jahre)</li> <li>• Anpassungsstörung</li> <li>• Reaktive Bindungsstörung</li> <li>• Beziehungsstörung mit Enthemmung</li> </ul>

## 4.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung kann sich laut dem ICD-11, durch das Erleben von einem „extrem bedrohlichen und schrecklichen Ereignisses oder eine Reihe von Ereignissen“ entwickeln (vgl. World Health Organisation 2018 - Übersetzung der Verfasserin, T.A.). Diese weitgefaste Definition der WHO hat den Grund, dass sich im klinischen Alltag die Einstufung von potenziell traumatischen Ereignissen als schwierig erwiesen hat (vgl. Sack et al. 2022: 128).

Um trotz dessen, die Diagnose zu spezifizieren und zu vereinfachen, wurden im ICD-11 die Symptome auf drei Symptomcluster eingeteilt. Diese untergliedern sich in 1. „Wiedererleben“, 2. „Vermeidung“ und 3. „anhaltende Gefühle einer Bedrohung“, wie z.B., bei einer Hypervigilanz (World Health Organisation 2018 - Übersetzung der Verfasserin, T.A.).

Das Wiedererleben äußert sich in Form von „[...]lebhaften aufdringlichen Erinnerungen oder Flashbacks [...] oder sich wiederholende Träume oder Alpträume, die mit überwältigenden Gefühlen, wie Angst oder Entsetzen und immensen körperlichen Eindrücken zusammenhängen.“(World Health Organisation 2018: 11 - Übersetzung der Verfasserin, T.A.)

Bei der Vermeidung handelt es sich darum, Gefühlen und Gedanken, die an das Trauma erinnern, zu entgehen. Zudem müssen die Symptome über mehrere Wochen anhalten und die Funktionsfähigkeit in mindestens einem Lebensbereich des Betroffenen muss erheblich eingeschränkt sein. (vgl. ebd.)

Das DSM-5 konzentriert sich auf die Breite möglicher Symptome, die in der Diagnose berücksichtigt werden sollten. Die Komplikation bei den Diagnosekriterien nach dem DSM-5 stellt sich durch die 636.120 Kombinationsmöglichkeiten von Symptomen dar, welche mit einer PTBS korrelieren können. (vgl. Landolt 2021: 43 f.)

Die Kriterien A bis H (siehe Abbildung 5) müssen alle zutreffen, damit eine PTBS-Diagnose nach DSM-5 vergeben werden kann.

Besonders bei Kindern ist das sogenannte traumatische Spiel als Reinszenierung der traumatischen Situation(en) zu beobachten. Wiederholend werden die traumatisierenden Szenen im Spiel dargestellt, ohne eine von der Belastung befreiende Wirkung zu haben.

### **Fallbeispiel – „Traumatisches Spiel“**

*Tim und ich spielten mit seinen Rennautos. Dabei ging es mehr darum, dass die Autos miteinander kämpften. Tim fuhr die Autos. Nach einer Weile stellte Tim die Szene einer Familie dar. Er stellte drei Autos nebeneinander. Tim nahm eines der Autos und sprach mit sanfter Stimme: „Kommt Kinder, jetzt ist Schlafenszeit. Wir müssen jetzt schlafen gehen“. Mit einer kindlich klingenden Stimme nahm Tim das andere Auto und antwortete: „Okay Mama, gute Nacht.“ Die Mutter und die Kinder schliefen im Haus. Dann kam ein „böses Auto“ und fuhr mit Wucht in das Haus. Dabei fuhr er die Familie mehrmals an und verletzte sie. Tim machte weinende Stimmen für die Kinder. Und das „böse Auto“ hatte eine tiefe Stimme. Diese Szene wiederholte sich und Tim steigerte sich mit den Geräuschen. Ohne zuvor seine Lebensgeschichte zu kennen, fragte ich Tim, wieso die Familie immer angegriffen werden muss und Unfälle mit den Autos passieren. Er ging nicht auf diese Frage ein.*

*Nach dieser Szene, stellte Tim eine weitere Szene dar. Nun hat Tim das „böse Auto“ als „Papa“ genutzt. Dieses Mal schliefen alle in der Familie Zuhause und der „Papa“ machte einen entspannten Eindruck. Das Kind kuschelte sogar mit ihm. Dann fuhren plötzlich fremde Autos in das Haus und verletzten die Familie.*

Im Spielverhalten von Tim ist deutlich zu erkennen, dass er Gewalt erfahren hat und dadurch stark traumatisiert wurde. Er hatte wechselnde Aufenthalte (Asylheim, Frauenhaus, Pflegefamilie) und die Erfahrungen in den unterschiedlichen Einrichtungen sind nicht ganz klar. Trotz dessen ist zu vermuten, dass er Gewalt, abgesehen vom Vater, erlebt oder mitbekommen hat (siehe *fremde Autos greifen die Familie an*).

Um an die Symptomatik im DSM-5 zurück zu koppeln, ist ein gestörtes und traumabedingtes Spiel zu beobachten, welches auf eine schwere Gewalt- (und/oder Missbrauchs-)erfahrung schließen lässt.

Ein weiterer Aspekt bei Kindern mit PTBS sind auftretende Alpträume. Dabei müssen sie nicht offensichtlich über Personen und Situationen träumen, die eins zu eins mit dem Trauma zu tun haben. Häufig sind es sogar beängstigende Gestalten der Fantasie, die dafür sorgen, dass das Kind schreiend in der Nacht aufwacht. Das traumatisierte Kind versucht auf diesem Wege dem schmerzvollen Wiedererleben des realen Traumas zu entfliehen. Es ist schwer genaue Vermeidungsstrategien für Kinder zu definieren, jedoch

ist allgemein gefasst zu sagen, dass im Grunde eine Ängstlichkeit und/ oder eine Trennungsangst vorliegt. (vgl. Landolt 2021: 47)

Im Kriterium D (siehe Anhang 2) sind keine Aspekte bezüglich Kinder spezifiziert. Im Kriterium E hingegen, werden Konzentrationsschwierigkeiten, Wutanfälle und selbstverletzendes Verhalten als Differenzierung zur Hyperarousal-Symptomatik bei Kindern aufgezählt.

Des Weiteren sind im DSM-5 drei Subtypen der PTBS aufgeführt: dissoziative PTBS, PTBS mit verzögertem Beginn und der Subtypus für Kinder unter 6 Jahren. Es ist nicht selten, dass PTBS in Kombination mit dissoziativen Zuständen auftritt. Wie diese sich äußern, wird im Kapitel 4.5 näher erläutert.

## 4.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Im ICD-11 wurde das Krankheitsbild „komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ (KPTBS) aufgenommen, um Störungsbilder, die mit den PTBS-Kriterien nicht angemessen und ausreichend erfasst werden können, eine Grundlage zu geben. Die KPTBS kann nach dem Erleben belastender chronischer (häusliche) Gewalt und Vernachlässigung im Kindesalter auftreten, denen die Betroffenen mit Ohnmacht ausgesetzt sind/ waren. Kriegs- und Foltererfahrungen sind ebenso potenzielle Auslöser. (vgl. Sack et al. 2022: 129).

Es muss das vollständige Krankheitsbild der PTBS mit drei weiteren Krankheitsbildern vorliegen, um von einer KPTBS zu sprechen und diese zu diagnostizieren.

Die drei Begleitstörungen sind:

„1) problems in affect regulation; 2) beliefs about oneself as diminished, defeated or worthless, accompanied by feelings of shame, guilt or failure related to the traumatic event; and 3) difficulties in sustaining relationships and in feeling close to others.“ (WHO ICD-11 2022)

Für ein besseres Verständnis des Krankheitsbildes, wird im Folgenden auf die Begleitsymptome näher eingegangen.



### 4.2.1 Probleme der Affektregulation

Probleme der Affektregulation können in zwei Weisen auftreten, die Hyporegulation und Hyperregulation. Personen im Zustand der Hyperregulation schaffen es nicht „[...]auf emotionale Reize mit einem entsprechenden Affekt zu reagieren.“ (vgl. Sack et al. 2022: 130)

Durch eine übermäßige Regulierung der Emotionen, sind Betroffene nicht im Zustand Gefühle angemessen und ausreichend wahrzunehmen und sind „emotional taub/abgestumpft“. (vgl. ebd.)

Ersteres äußert sich, indem unwohle Emotionen übermäßig aufkommen und den Betroffenen in eine Überforderung drängen. Die betroffenen Personen sind nicht in der Lage, die aufkommenden Emotionen selbständig und angemessen zu regulieren und sich „[...]von ihrem inneren Erleben zu distanzieren[...]“. (Sack et al. 2022: 130) Auslöser dieser Gefühle können einfache Situationen sein, die den Betroffenen in einen Zustand der Unruhe bringen. Schließlich treten Gefühlsaufwallungen, wie „aggressive Impulsdurchbrüche“ (ebd.) oder Selbstverletzungen auf, die als Regulationsmechanismen zu verstehen sind.

#### **Fallbeispiel – „Adler“**

*Vor dem Schlafen las ich normalerweise Leo eine Geschichte vor. An einem Abend wollte er keine Geschichte hören. Er hatte eine angespannte Stimmung und als ich mich verabschieden wollte, fragte er mich ob ich mit dem Bus nach Hause fahren würde. Ich bejahte die Frage. Leo sagte, dass er auch in der Nacht rausgehen würde, um mit dem Bus zu fahren. Ich erklärte ihm, dass dies nicht ginge, da er noch minderjährig ist und nicht alleine raus dürfte ohne Betreuer. Er ärgerte sich und wiederholte, dass er in der Nacht rausgehen würde und wurde lauter. Ich sagte ihm, dass es nicht ginge und wir für seine Sicherheit sorgen würden.*

*Er sprang vom Bett und fing an die Gegenstände auf den Boden zu werfen. Dabei schrie und weinte er. Er war nicht ansprechbar. Ich hielt ihn mit einem Sicherheitsgriff fest, und setzte mich mit ihm auf den Boden. Ich erklärte ihm wieso ich dies tat. Er schrie, weinte und warf sein Kopf nach hinten. Während er mit seinen Füßen auf den Boden trampelte, sagte ich ihm, dass es in Ordnung ist, dass er wütend ist sowie dass er schreit und weint.*

*Dann erklärte ich ihm, dass ihn die Busfahrer alleine gar nicht in den Bus reinlassen würden, weil er noch minderjährig ist und ohne Betreuer nicht raus darf. Die Busfahrer würden fragen wo sein Betreuer ist und wieso er alleine draußen ist. Nach dieser Aussage hörte Leo genau zu. Er fragte wieso das so sei. Ich erklärte ihm die Gründe und wir kamen dadurch in ein Gespräch. Er konzentrierte sich auf das Gespräch und dadurch „klang seine Wut ab“. Als ich während dem Gespräch merkte, dass er sich entspannte ließ ich ihn los und schlug vor, dass ich an einem Tag mit ihm Busfahren würde. Er freute sich sehr, sprang auf und drehte sich mit dem Gesicht zu mir. Anschließend machte er eine Atemübung („Adler“), bei der er seine Arme austreckte und beim Ausatmen seitlich fallen ließ. Ich ging auf seine indirekte Einladung ein und machte mit. Nach der Übung ging er leise in sein Bett und schlief.*

#### 4.2.2 Negatives Selbstkonzept

Ein negatives Selbstkonzept ist eine wohlbekanntes Symptomeigenschaft der KPTBS. Ein gemindertetes Selbstwertgefühl, häufig begleitet durch weitere Schamgefühle und Gefühle der Unfähigkeit, beschatten Betroffene in ihrem Alltag und sind in ihnen verwurzelt. Diese Empfindungen sind gewöhnlich mit den traumatischen Erfahrungen verflochten.

Betroffene können sich, z.B. als erfolglos ansehen, weil sie nicht in der Lage sind, aus eigener Kraft und früher aus der Missbrauchssituation herauszukommen. (vgl. Sack et al. 2022: 130) Darüber hinaus fällt es Betroffenen oft schwer, fürsorglich mit dem Selbst umzugehen. Das liegt zum Teil daran, dass sie Schwierigkeiten haben, ihre Bedürfnisse zu erkennen und mit den starken Schuld- und Schamgefühlen konfrontiert werden. (vgl.ebd.: 131)

#### **Fallbeispiel – „Ich will tot sein“**

*Tim und ich spielten mit der Murmelbahn. Wir hatten mittlerweile geregelte Spielzeiten. Mitten im Spiel, kam Leo in den Raum und wollte mitspielen. Ich sagte ihm, dass wir jetzt mit Tim unsere Spielzeit hätten und er erst später dran wäre. Leo schien nicht wahrzunehmen, was ich sagte, und nahm eine Murmel in seine Hand. Tim wurde leise und murmelte etwas vor sich hin. Als ich mich zu ihm drehte sagte er: „Ich will nicht mehr spielen, spiel mit Leo“. Ich sagte ihm, dass ich mit ihm spielen möchte und wir jetzt mit ihm zusammen die Spielzeit hätten. Leo wäre erst später an der Reihe. Tim stand auf und sagte, dass er nicht mehr spielen möchte und er beim Spiel immer zu laut wäre. Er sagte: „Ich kann nicht spielen, ich raste immer aus.“ Er stand auf und ging zum Betreuer. Anschließend sagte Tim zu ihm: Ich will tot sein. Ich mach´ mich tot. Ich bin doof. Wie*

*kann ich mich tot machen?“ Der Betreuer sagte mit einer entspannten Stimme: „Ich würde es sehr schade finden, wenn du tot wärst, aber das ist in Ordnung. Es ist in Ordnung, dass du diesen Wunsch hast, aber ich werde dir dabei nicht helfen.“ Tim wurde kurz still und wiederholte: „Ich mach mich tot.“ Er murmelte eher dabei. Der Betreuer sagte dann: „Möchtest du dir vielleicht vorher einen Kartoffelschäler nehmen und mit mir zusammen Kartoffel schälen?“ Tim guckte kurz verwundert auf, holte sich anschließend einen Kartoffelschäler und setzte sich neben den Betreuer. Der Betreuer sagte, dass er heute Kartoffelpüree machen möchte und fragte Tim was er davon hält und ob er ihm dabei helfen möchte. Tim nickte zufrieden.*

### 4.2.3 Probleme in der Beziehungsgestaltung

Aus den belastenden Beziehungen und mehreren Vertrauensbrüchen, die die Betroffenen erfahren mussten, ist zu schließen, dass sie in der Beziehungsgestaltung sehr voreingenommen und vorsichtig sind. Sie haben Schwierigkeiten mit anderen Menschen zu interagieren und sind in ihrer Konfliktfähigkeit eingeschränkt. Gegensätzlich kann es auch zu stärkeren Bindungsbeziehungen kommen, die aber nicht lange anhalten. Ein weiteres bekanntes Symptom ist die Reviktimisierung. Betroffene finden sich häufig in Situationslagen wieder, in denen sie missbraucht werden. Dies erschwert ihnen, ihre Grenzen zu erkennen und zu vermitteln. (vgl. Sack et al. 2022: 131)

Wichtig zu den Diagnosekriterien ist zu erwähnen, dass diese nicht altersspezifisch angepasst sind. Es wird im ICD-11 darauf hingewiesen, dass das Risiko eine KPTBS zu entwickeln bei Kindern und Jugendlichen höher ist als bei Erwachsenen, wenn sie schweren und anhaltende Traumatisierungen, wie beispielsweise chronische Gewalt ausgesetzt sind. Im Hinblick auf die Affektregulierungsproblematik, können dissoziative Zustände, Unterdrückung von Emotionen und Vermeidung von Situationen, die jegliche Emotionen hervorrufen könnten, auftreten. Zudem sind kognitive Schwierigkeiten, häufig in Form von Aufmerksamkeits- und Organisationsproblemen, aggressives Verhalten gegenüber sich oder andere und Problem in der Interaktion mit Gleichaltrigen Folgen der KPTBS bei Kindern. (vgl. World Health Organisation 2018)

Sind die Ausgangsaspekte der Traumata Bezugspersonen des Kindes, wie Eltern oder Betreuer, liegt häufig eine desorganisierte Bindung vor, bei der ein ständiger und unvorhersehbarer Wechsel von Gefühlszuständen zu Grunde liegt. Darüber hinaus, können bei Betroffenen depressive Störungen, Essstörungen, Schlaf-Wach-Störungen, oppositioneller Verhaltensstörung, sowie Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

(ADHS), Trennungsangststörung und dissoziale Persönlichkeitsstörung vorliegen. Wichtig ist zu beachten, dass nicht jedes traumatische Erlebnis in einer PTBS oder KPTBS mündet. Es können auch andere psychische Störungsbilder auftreten, zumal Begleitdiagnosen nur bei einer nicht ausreichend umfassenden Definition der Symptomatik vergeben werden sollen. (vgl. ebd.)

### 4.3 Bindungs- und Beziehungsstörungen

Sowohl im ICD-11, als auch im DSM-5 werden zwischen zwei Bindungs- und Beziehungsstörungen unterschieden, die reaktive Bindungsstörung und die Beziehungsstörung mit Enthemmung. Beide Verhaltensmuster setzen eine permanente unangemessene Fürsorge in der Kindheit voraus. Gerade die Abwesenheit und/oder der Wechsel von Bezugspersonen ist ein erheblicher Faktor für die Entwicklung dieser Beziehungsstörungen. Bei einer reaktiven Bindungsstörung sucht das Kind keinen Trost und keine Sicherheit bei Bezugspersonen, obwohl das Bedürfnis besteht.

Die Beziehungsstörung mit Enthemmung setzt voraus, dass das betroffene Kind kein Distanzbewusstsein gegenüber unbekanntem Personen hat. Dieses Verhalten zeigt eine, in der frühen Kindheit erlebte, schwere Vernachlässigung und Misshandlung. (vgl. Landolt 2021: 55–56)

Im DSM-5 wird darauf hingewiesen, dass mit dem auffälligen Bindungsverhalten (überwiegend kognitive und sprachliche) Verzögerungen in der Entwicklung typische Folgeerscheinungen sind. Diese sind aber oft von kürzerer Dauer als die Bindungsstörungsmerkmale. Außerdem wird erläutert, dass das Krankheitsbild bei einer Minderheit von den Kindern auftritt, die häufig schon in den ersten Lebensmonaten vernachlässigt und im Verlauf bei Pflegefamilien oder in stationären Einrichtungen untergebracht wurden. Vor allem in der Interaktion mit Erwachsenen ist eine auffallend physische und verbale Nähe, das Streben nach Aufmerksamkeit und ein „künstlicher“ emotionaler Ausdruck zu beobachten. (vgl. Falkai et al. 2018: 367)

#### **Fallbeispiel – „Nähe und Distanz“**

*Am ersten Tag meines Praktikums in der Wohngruppe, kam der sechs-jährige Leo gerade vom Kindergarten. Wir haben uns zuvor noch nicht gesehen und nicht kennengelernt. Er wusste auch nicht, in was für einem Kontext ich dort war. Ich spielte mit seinem*

*älteren Bruder. Er betrat den Raum und lief direkt auf mich zu. Er setzte sich auf meinen Schoß und fragte mich, was wir spielen. Er zeigte keinerlei körperliche Distanz und kuschelt sich an mich. Ohne zu fragen, wer ich bin und warum ich da bin, war er sofort bereit mitzuspielen. Erst als ich ihn zum zweiten Mal dazu aufforderte sich auf den Boden zu setzten, reagierte er darauf und setzte sich um.*

*Häufig war bei Leo zu beobachten, dass er in „ernsteren“ Gesprächen, beispielsweise über sein Verhalten oder in Situationen, in denen er offensichtlich nicht erfreut war, ein unechtes Grinsen aufsetzte.*

In der Beziehung der Brüder ist ein gestörtes Nähe- und Distanzverhalten zu erkennen. Dass die Kinder von dem Vater körperliche Gewalt erfahren haben ist bekannt. Betreuer haben berichtet, dass die beiden Kinder, vor allem in der Anfangsphase in der Wohngruppe, keine Grenzen bezüglich ihrer Intimbereiche aufzeigten und diese gegenseitig überschritten. Wenn sie alleine waren, haben sie häufig auffälliges und ein gestörtes körperliches Verhältnis aufgezeigt. Das gestörte und sexualisierte (Spiel)verhalten lässt somit auch eine sexuelle Misshandlung vermuten, entweder am eigenen Leib oder als Zeugen.

Es ist deutlich zu erkennen, dass die Kinder keine körperlichen oder psychischen Grenzen kennen, weder bei sich selbst noch nehmen sie die Grenzen anderer Personen wahr. Dieses fehlende Bewusstsein ist auf eine starke physische als auch psychische Vernachlässigung zurückzuführen.

#### 4.4 Trennungstrauma

Viele Kinder fühlen sich schuldig, wenn sie von Bezugspersonen getrennt werden. Sie empfinden die Trennung als Eigenschuld und denken sich oft, dass sie nicht tragbar sind und ihre Engsten sie deshalb weggegeben haben. (vgl. Weiß 2021: 49 f.)

Schon in einem therapeutischen Setting sollte darauf geachtet werden, dass sich bei minimalen Veränderungen keine Übertragungen seitens dem Patienten etablieren. Übertragbar auf die pädagogische Arbeit, sollte gerade bei mehrfacher Trennungserfahrung mit besonderer Sorgfalt auf eine feste und langfristige Beziehung aufgebaut werden. Bei unvermeidbaren Trennungen muss ausführlich über die Gründe gesprochen werden und klargemacht werden, dass nicht das Kind die Trennung verursacht.

### Fallbeispiel – „Trennungen“

Tim und Leo haben sehr viele Trennungen erfahren müssen. Beginnend mit der Trennung des Vaters und anschließend der Mutter mussten die Brüder erste trennungstraumatische Erfahrungen machen. Darauf folgte das Verlassen der Bereitschaftsfamilie weshalb er in die Wohngruppe kam. In der Wohngruppe hatte er zu den Betreuer\*innen eine stabile Beziehung aufbauen können und hatte erstmal ein gewohntes und vertrautes Umfeld. Nach einer Besatzungsänderung, in der die vertrauten Bindungspersonen gehen mussten, kam es zu einer erneuten Trennung und damit zur Stärkung des Trennungstraumas. Das Ausschreiben aus dem Fußballverein, die Schließung der Wohngruppe und damit verbunden die Trennung vom Bruder führten zur Reinszenierung der Trennung. Tims Empfinden vom wiederholten Verlassenwerden, Nicht- Ausgehaltenwerden und keinen Halt zu haben wurde durch den Trennungsverlauf manifestiert. Die Trennungserfahrungen lösten in Tim die Rolle als Schuldiger für alle Trennungen aus.

Durch wiederholte Trennungserfahrungen manifestiert sich dieses Trauma und sorgt für eine misstrauische Haltung gegenüber Beziehungen und vor allem Bindungspersonen.

„[...]Veränderungen des Rahmens[...]sollten auf ein Minimum begrenzt werden und in dem Zusammenhang auftretende negative Übertragungen sollten sofort angesprochen werden: Häufig erlebt die Patientin die Unterbrechungen als Bestrafung oder als Antwort darauf, sich nicht genug angestrengt zu haben. Auch können sie von der Patientin als beginnende Anzeichen dafür interpretiert werden, dass die Therapeutin die Beziehung beenden will etc.“ (Gast/Wabnitz 2017: 125 f.)

Besonders Kinder, die dieses Trauma erleben, nehmen eine Haltung ein, die sehr selbst- abwertend ist (siehe Kapitel 4.2.2). Das traumatisierte Kind bekommt den Eindruck, dass sein Selbst nicht auszuhalten ist.

## 4.5 Dissoziation

Der Begriff Dissoziation bedeutet Abspaltung oder Trennung und wird in Fachrichtungen, wie die Biologie, Physik und Psychologie verwendet. Es gibt keine klare und eindeutige Definition der Dissoziation im psychologischen Kontext, denn sie umfasst eine Reihe unterschiedlicher Symptome. (vgl. Weiß 2014: 15)

Im ICD-11 wird die Dissoziation wie folgt beschrieben:

„Dissociative disorders are characterised by involuntary disruption or discontinuity in the normal integration of one or more of the following: identity, sensations, perceptions, affects, thoughts, memories, control over bodily movements, or behaviour.“ (World Health Organisation 2018)

Dissoziation kann als ein Mechanismus verstanden werden, der es ermöglicht, unterschiedliche Inhalte und Vorgänge zu separieren (vgl. Fiedler 2013: 1). Betrachtet man das Ganze nicht aus einer „pathopsychologischen“ (ebd.) Perspektive, ist die Dissoziation eine persönliche Fähigkeit, mehrere Aufgaben gleichzeitig auszuführen. Dabei können Handlungsrouinen oder Gewohnheiten komplett oder zum Teil (dissoziiert) automatisiert und unbewusst erfolgen und gleichzeitig kann die Aufmerksamkeit auf signifikante Abläufe gerichtet werden. (vgl. ebd.)

Aus psychotraumatologischer Sicht, ist die Dissoziation eine „gesunde“ Reaktion auf überwältigende und lebensbedrohliche Verhältnisse. Demnach ist die Dissoziation eine essenzielle psychische Kompetenz und Möglichkeit für Kinder, vor allem traumatische Situationen in erster Linie zu „auszuhalten“ bzw. zu bewältigen. (vgl. Weiß 2014: 13)

Eine Dissoziation kann parallel zum Zeitpunkt der traumatischen Situation (peritraumatische Dissoziation) oder danach auftreten (posttraumatische Dissoziation) und Handlungsabläufe, sowie den Alltag von Betroffenen erheblich beeinträchtigen (vgl. Fiedler 2013: 1 ff.)

Es gibt verschiedene Arten der Dissoziation, demnach auch unterschiedliche Äußerungen. Putnam unterscheidet zwischen dissoziative Amnesie, passive Beeinflussung, Absorption/Imagination und die dissoziative Identitätsstörung. Letzteres schließt die Identitätsalteration, Depersonalisation, Derealisation und Identitätskonfusion ein. (Weiß 2014: 20; ind.zit.n. Putnam 1997)

Zwar sind die genannten Arten der Dissoziationszustände unterschiedlich, zeigen aber alle auf die Nicht-Assoziation. Demnach kann das, im arbeitspädagogischem Kontext beschriebene „Wegdriften“ unter unterschiedliche Bereiche, wie beispielsweise die dissoziative Trance, Absorption oder Identitätsalteration eingeteilt werden. Das folgende Fallbeispiel soll keine diagnostizierte Dissoziationsstörung darstellen, sondern eine Annäherung für eine mögliche Erscheinung aufzeigen.

### **Fallbeispiel – „Ich gehe weiter“**

*Leo und ich machten jeden Abend einen Spaziergang. An einem Abend wollte Leo wieder mit dem Fahrrad fahren und wir machten unsere gewohnte Runde. Als es anfing*

*dunkel zu werden sagte ich Leo, dass wir uns beeilen sollten, weil die anderen zum Essen auf uns warten würden. Auf der Brücke machte Leo, wie üblich ein „Rennen“. Dabei fuhr er immer wieder etwas zurück und fuhr ganz schnell an mir vorbei. Dies wiederholte er einige Male und ich sagte ihm erneut, dass wir uns beeilen müssten und er jetzt bitte durchfahren sollte. Leo gab keinerlei Reaktionen und wiederholte sein „Rennen“. Anschließend sagte ich ihm, dass ich jetzt weiter gehen würde und keine Lust hätte zu warten. Dann lief ich einige Schritte vor und drehte mich nicht um, mit der Absicht, dass er mit folgen würde.*

Leo schrie plötzlich auf, haute mit seiner Hand auf die Lenkung seines Fahrrads und tritt mit den Füßen auf den Boden. Dabei warf er sein Kopf nach vorne und zurück und weinte. Ich ging zu ihm hin und versuchte Augenkontakt herzustellen. Er war auf keiner Weise anzusprechen, hat kein Augenkontakt hergestellt und schrie. Ich hielt ihn an den Schultern fest und sagte ihm, dass ich ihn niemals allein zurücklassen würde und niemals ohne ihn Nachhause gehen würde. Dies wiederholte ich so oft, bis ich einen konsequenten Augenkontakt herstellen konnte und er sich letztendlich beruhigte und wahrnahm, was ich sagte. Ich umarmte ihn und wiederholte diese Sätze und erklärte ihm auch, warum ich gesagt habe, dass ich gehen würde. Er hatte es verstanden und wir fuhren zurück in die Unterkunft.

Leo und sein Bruder wurden stark vernachlässigt, missbraucht und hatten viele Beziehungsabbrüche (siehe Kapitel 4.4). Auf Nachfragen bezüglich der dissoziativen Situationen, konnten sie selten antworten, weil sie sich oftmals nicht daran erinnerten oder psychisch nicht präsent waren.

Nach Erfahrungen in der Praxis, ist eine mögliche pädagogische Maßnahme, den Ursprung der Dissoziation „herauszulesen“ und das eigentliche Bedürfnis vom „Ausgehaltenwerden“ zu befriedigen, um aus einer Dissoziation hinauszubegleiten. Nach einer angemessenen pädagogischen Arbeit in solchen dissoziativen Zuständen, wirkten die Kinder entspannter und ausgeglichener und hatten einen leichteren Zugang zur Situation.

Die aufgeführten Diagnosekriterien sind ausschlaggebend für eine repräsentative Diagnostik. Demnach müssen die Kriterien den entsprechenden Differenzen, wie dem Alter angemessen sein. Auch wenn sich die Manuale, nach denen sich die Diagnosen richten, aktualisieren und erweitern, sind sie im Bereich der Psychotraumatologie im Kindes- und Jugendalter nicht angepasst und reflektieren nicht mit ausreichender Sicherheit die tatsächliche Ausprägung traumatischer Ereignisse bei Kindern. In einer Studie wurde



ermittelt, dass 46% der untersuchten 117 Kinder, die ein Jahr oder länger missbraucht wurden, keines der diagnostischen Kriterien erfüllten (siehe Abbildung 2).

Diagnosis of Children Age 6 to 15 Years by the Number of Types of Maltreatment Events ( $N = 117$ )

	Number of types of maltreatment							
	One type		Two types		Three or more types		Total	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
<i>DSM-IV</i> diagnosis								
Children with no <i>DSM-IV</i> diagnosis	3	3%	20	17%	31	27%	54	46%
Children with one or more <i>DSM-IV</i> diagnosis	10	9%	20	17%	33	28%	63	54%
Children with ADHD diagnosis	8	7%	16	14%	24	21%	48	41%

Abbildung 2: Diagnosehäufigkeit bei Kindern, anhand der Missbrauchserfahrungen (Henry et al. 2007: 325)

Auch die Symptome die bei Kindern bei PTBS oder KPTBS auftreten können sind sehr breit gefasst, was die Krankheitsbilder unüberschaubar machen kann. Eventuell bedarf es einer genaueren Analyse der Symptome bei Kindern, gerade im Zusammenhang mit den traumatischen Auslösern dieser Symptome. Dies könnte im Weiteren für eine präventive traumapädagogische Arbeit beitragen und zur Milderung weiterer schwerer Traumaverläufe verhelfen.

## 5 Traumabiologie

Traumatische Erlebnisse und die daraus folgenden Traumafolgestörungen äußern sich nicht nur in rein psychischer Form. Sie sind Auslöser biopsychologischer Prozesse, vor allem im neuronalen Bereich (vgl. Landolt 2021: 110). Es können gravierende neuronale Schäden entstehen, die das Kind in vielerlei Bereichen beeinträchtigen und den Verlauf der Traumafolgen verstärken kann.

Das Nervensystem ist ein sehr wichtiges und zugleich sensibles Gefüge aus Nervenbündel, die im Regelfall, durch eine Reizweiterleitung eine Reaktion auslösen. Diese äußert der Mensch verbal oder physisch. Dazu gehören auch alltägliche Handlungen, wie die Hand auszustrecken, um das Wasserglas anzuheben und zu trinken. (vgl. Beck et al. 2018)

Schon in den 40er Jahren kam der Internist Selye mit der Theorie zum Allgemeinen Adaptationssyndrom zu gravierenden Schlüssen, die im Späteren wiederlegt wurden (Landolt 2021). Die Theorie besagt, dass eine Stresssituation eine Schockreaktion und somit das Allgemeine Adaptationssyndrom auslöst. Dieser durchläuft 3 Stadien. (vgl. Landolt 2021: 108; ind.zit.n. Selye 1946) In der Abbildung 3 ist zu sehen, dass durch Stressoren, psychischer und physischer Art, die erste Phase ausgelöst wird, nämlich die Alarmphase. Im Alarmstadium ist der Sympathikus aktiviert und der Körper reagiert mit der „Bereitstellungsreaktionen“, indem alle notwendigen Energieressourcen zur Verfügung gestellt werden. In der zweiten Phase, dem Widerstandsstadium, nutzt der Organismus diese Ressourcen, um die Belastung zu regulieren. Dafür werden auf biologischer Ebene Nebennierenhormone ausgeschüttet und der Blutzuckerstoffwechsel steigt an. Nach dem Widerstandsstadium geht der Prozess in das Erschöpfungsstadium über und die Systeme regulieren sich.

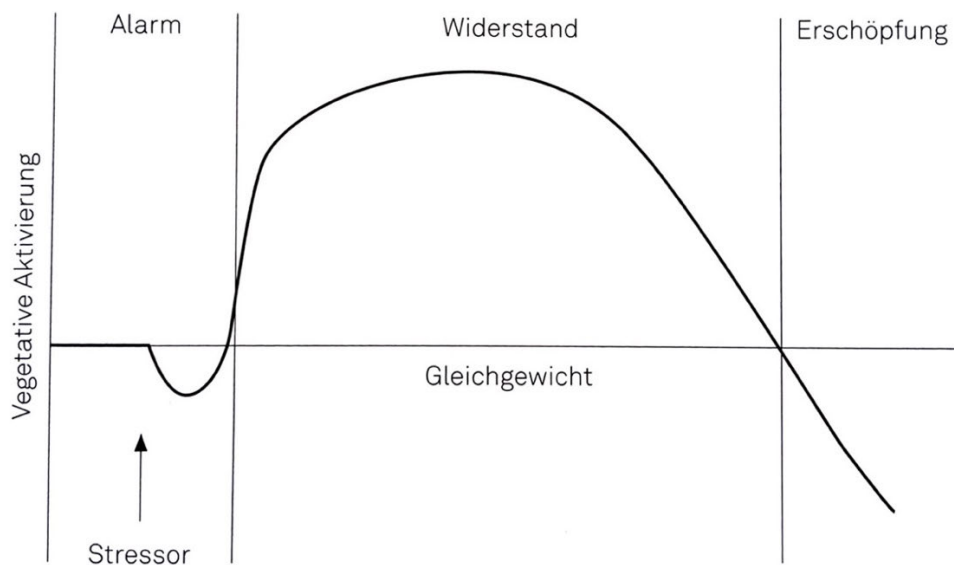


Abbildung 3: Allgemeines Adaptationssyndrom nach Selye (Landolt 2021: 108)

Je länger der Stressfaktor bestehen bleibt, desto größer sind die physischen Auswirkungen, die starke Schädigungen verursachen. So können bleibende Schäden der Kompensation von Reproduktionsfunktionen oder Sexualfunktionen auftreten und weitere Schäden in der Wachstumsfunktion und im Immunabwehrsystem aufkommen. (vgl. Fischer/Riedesser 2020: 44)

Um den multifaktoriellen Effekt eines Traumas zu beleuchten, werden die genauen neuroendokrinen Prozesse erläutert. Dabei ist wichtig zu beachten, dass dieser Forschungsbereich relativ unerforscht bezüglich der Einflüsse von traumatischen Ereignissen und Traumafolgestörungen ist (vgl. Landolt 2021: 112).

## 5.1 Normale neuroendokrine Reaktion auf Stress

In der Abbildung 4 ist der normale neuronale Ablauf bei einer Stresssituation aufgeführt. Kommt es zu einer akuten Stresssituation werden Adrenalin, Noradrenalin und das Neuropeptid Y über die Amygdala ausgeschüttet und dienen als Energiequellen für die Alarmreaktion. Adrenalin und Noradrenalin stimulieren die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. Im Hypothalamus wird das Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) produziert, das dafür sorgt, dass das Adrenocorticotrope-Hormon im Hypophysenvorderlappen (ACTH) ausgeschüttet wird. Das ACTH gelangt in die Nebennierenrinde und sorgt für einen Produktionsanstieg von Cortisol. Cortisol wird als Stresshormon bezeichnet und hat langfristige Einflüsse auf fast alle Organe. Es hat Auswirkungen auf einige Stoffwechselprozesse, auf das Gehirn und Immunsystem und beeinflusst zum Teil die Steuerung von Gedächtnisprozessen, wie die Aufmerksamkeit und Vigilanz. (vgl. Landolt 2021: 111)

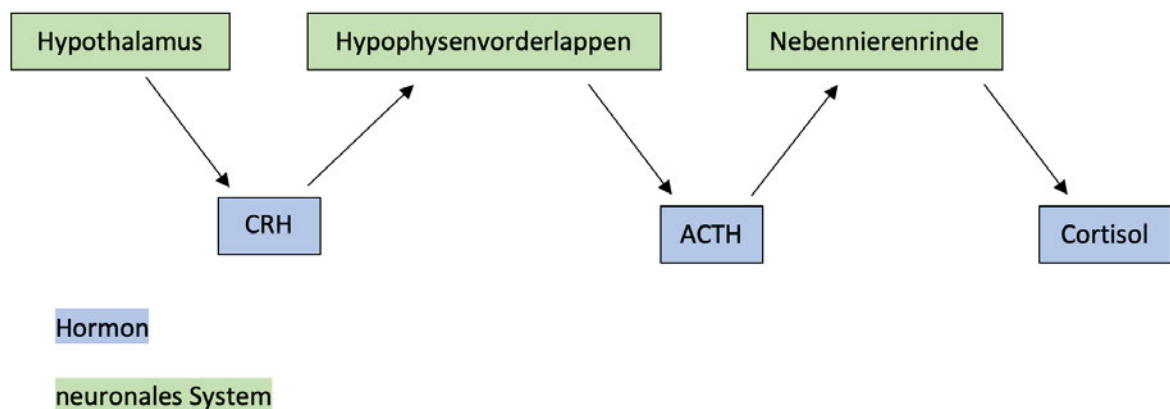


Abbildung 4: Cortisol-Ausschüttung durch HHNA (eigene Darstellung, angelehnt an Landolt 2021: 110–111)

Um den erhöhten Cortisolspiegel zu senken und eine Balance, die sog. Homöostase, herzustellen, setzt die HHNA ein Feedbacksystem ein und hemmt die Hormonausschüttung in der HHNA (vgl. ebd.: 112). Dies ist besonders wichtig, da Cortisol eine remanente Wirkung auf das Zentralnervensystem hat. Zum Beispiel können Neurone im Hippocampus dadurch destruiert werden. Daher ist es wichtig, dass die Produktion gehemmt wird. (vgl. Bering et al. 2002)

## 5.2 Neuroendokrine Reaktion auf Stress bei traumatisierten Kindern

Wie oben dargestellt, haben äußere Umweltreize gravierende Wirkungen auf das Individuum, sowohl psychische als auch erkennbare physische. Vor allem das Nervensystem ist von den aufkommenden unverhältnismäßig starken Emotionen und den biologischen Prozessen, diese zu regulieren, besonders betroffen. Das Erleben eines traumatischen Ereignisses kann als eine extreme Stresssituation angesehen werden, unter der die neuronalen Regulierungsmechanismen enorm beansprucht werden. (vgl. Landolt 2021: 113)

Mit Blick auf die Stressreaktion des Körpers, wurde bei erwachsenen Personen mit PTBS festgestellt, dass die CRH- Freisetzung erhöht, die ACTH-Werte gehemmt und der Cortisolspiegel reduziert ist (vgl. Ehlert et al. 2001: 145 f.). Jedoch ergaben sich auch bei anderen Studien, dass der Cortisolspiegel bei einigen Betroffenen erhöht war oder sich im Normalbereich befand (vgl. Yehuda 2006). Die Ergebnisse betreffend den Cortisol-Ausschuss und die dadurch entstehenden Folgen sind demnach unspezifisch. Allerdings ist generell festzuhalten, dass eine Dysregulation der HHNA und eine Störung des Feedbacksystems vorliegt. (vgl. Ehlert et al. 2001: 145 ff.; vgl. Landolt 2021: 112; ind.zit.n. Heim/Nemeroff 2009)

Auch bei den Befunden von Kindern mit PTBS wurden unterschiedliche Werte bezüglich des Cortisolspiegels festgestellt. Bei einigen Kindern wurden erhöhte Cortisolwerte erfasst (vgl. Goenjian et al. 1996: 931 ff., vgl. 2003: 321 ff.; vgl. King et al. 2001: 73), während bei anderen Befunden gehemmte Cortisolspiegel resultierten (vgl. Carrion et al. 2002: 578 ff.; vgl. Hart et al. 1996).

Grund hierfür kann zum einen sein, dass unterschiedliche traumatische Erlebnisse und unterschiedliche Traumatisierungen differente Auswirkungen auf das Stressregulierungssystem haben können. Beispielsweise kann ein akutes traumatisches Erlebnis zu einem erhöhten Cortisolspiegel beitragen, während eine chronische Traumatisierung niedrige Cortisolwerte aufzeigt aber damit einhergehend eine Dysregulation der HHNA vorliegt (vgl. Bremner 1999; vgl. Pervanidou 2008: 633).

Dennoch sind die Konsequenzen der funktionellen und strukturellen Beeinträchtigung nicht eindeutig und klar zu benennen (vgl. Landolt 2021: 115; ind.zit.n. De Bellis/Zisk 2014). Darüber hinaus ist nicht vollständig erwiesen, dass die Dysregulation aufgrund eines Traumas hervortritt oder ob es Faktoren sind, wie beispielweise genetische Faktoren, die eine Anfälligkeit für eine solche Dysregulation auslösen (vgl. Landolt 2021: 110; ind.zit.n. Nemeroff 2016).

Weitere Untersuchungen zeigen, dass es bereits im Uterus der traumatisierten Mutter, eine Weiterleitung der Stressauswirkungen auf das Kind geben kann und somit Einflüsse auf die Stressempfindlichkeit und neuronalen Expositionen hat (vgl. Van den Bergh et al. 2018: 748 ff.).

### 5.3 Neuronale Veränderungen durch Trauma

Studien über die physischen Einflüsse von traumatischen Erlebnissen und Traumafolgestörungen zeigen Deformationen im Gehirn. Betroffen sind vor allem der Hippocampus, die Amygdala und der Präfrontalcortex, da diese Bereiche, die Hauptakteure bei Angstzuständen und der Stressregulierung sind. Bei Kindern mit PTBS wurde festgestellt, dass eine Verringerung des Gehirnvolumens vorliegt. Entsprechende Gehirnatrophien konnte jedoch nicht bei Erwachsenen eindeutig nachgewiesen werden (vgl. Jackowski et al. 2009: 5). Dies deutet eventuell auf eine besondere Anfälligkeit des kindlichen Gehirns auf traumatischen Stress (vgl. Landolt 2021: 115). In einer anderen Studie wurde ebenfalls ein reduziertes Hirnvolumen bei Kindern, die Deprivation erfahren haben, festgestellt (vgl. Sheridan et al. 2012: 12928 ff).

Betroffene weisen Schädigungen im deklarativen Gedächtnis, im Hippocampus auf. Das deklarative Gedächtnis, ebenfalls genannt explizites Gedächtnis, speichert Ereignisse und Fakten und sorgt dafür, dass diese wiedergegeben werden können.

Affektives und handlungsbezogenes Wissen wird im implizitem Gedächtnis gesichert und betrifft die Amygdala. Dazu gehören ebenfalls das Aneignen von Lernkompetenzen und die Konditionierung. Diese Art von Informationen kommen in Form von gespeicherten Mustern auf und sind dementsprechend unbewusst und unkontrolliert. So können bei Personen mit PTBS durch das implizite Gedächtnis Erinnerungen an traumatische Situationen leichter aufkommen. (vgl. Elzinga 2002: 2).

De Bellis und Thomas, haben in ihrer Studie erwiesen, dass Kinder, die über einen längeren Zeitraum Missbrauchserfahrungen gemacht haben, ein verringertes Hirnvolumen besaßen. Dabei hatte das Ausmaß der Schädigung durch die Dauer des Missbrauchs einen expandierenden Charakter (De Bellis/Thomas 2003).

“This finding not only suggest disrupted brain development in patients with maltreatment-related PTBS, but also indicate that adverse effects may be grater with exposure to trauma in early childhood. The correlation of lower intracranial volume with longer duration of abuse suggests that recurrent and chronic abuse may have a collective, harmful effect on brain development.” (De Bellis/Thomas 2003: 112)

Es gibt neurobiologische Befunde die mittels einer Magnetresonanz-Volumetrie eine Verringerung des Hippocampusvolumen verbunden mit der PTBS festgestellt haben. So gibt es Befunde von betroffenen Frauen, die in ihrer Kindheit sexuellen Missbrauch erlebt und eine PTBS Diagnose vorliegen haben, deren Hippocampusvolumen um 19% geringer ist als bei Frauen, die keinen Missbrauch erlebt und keine PTBS vorliegen haben (vgl. Bremner et al. 2003: 926 ff.).

Sichere Bindung, angemessenes elterliches und soziales Feedback, elterliche Fürsorge und Empathie sind für die richtige Entwicklung der HNNA-Achse in den frühen Jahren unerlässlich (vgl. Kearney et al. 2010: 47; ind.zit.n Gunnar/Quevedo 2007; vgl. Tarullo/Gunnar 2006: 633).

Die aufgeführten Einflüsse auf neuronaler Ebene könnten somit auch einige kognitive Beeinträchtigungen erklären, die bei Kindern mit Traumafolgestörungen häufig vorliegen (vgl. Landolt 2021: 116; ind.zit.n. De Bellis et al. 2009). Hinsichtlich der Hirnfunktion, sind durch die chronischen Traumfolgen eine übermäßige und teilweise vage Reaktion auf Reize festzustellen, die sich dann in Flucht, Angst oder dissoziativen Zuständen äußert (vgl. Teicher/Samson 2016).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die physischen Folgen von Traumafolgestörungen und traumatischen Erlebnissen genauer betrachtet und erforscht werden sollten, um konkrete Schädigungen und Einflüsse zu verstehen. Zudem sollten diese Dispositionen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen berücksichtigt werden, damit vorhandene Schäden nicht stärker und verwurzelter werden und um von weiteren Beeinträchtigungen, sei es physisch oder psychisch, zu verhindern.

Indem Fachkräfte das Wissen zu diesen Aspekten gewinnen, können die Umstände mit ihren Gründen wahrgenommen und eine Hilfe angeboten werden, die traumatisierten Kindern vermittelt, sich zu regenerieren und im Hier „anzukommen“. Dieses Ziel ruht auf einem Umfeld, das dem Kind eine Stabilität in seinen Emotionen gibt. (vgl. Weiß 2021: 95; ind.zit.n. Van der Kolk 2015: 11)

## 6 Sozialpädagogische Arbeit mit traumatisierten Kindern

Traumatisierte Menschen haben unterschiedliche Bewältigungsmechanismen, um die belastenden Erfahrungen auszuhalten (siehe Kapitel 4). Dies hat zur Folge, dass die Kommunikation, sei es verbal oder nonverbal gestört ist und neue Strategien etabliert

werden müssen. Dazu müssen die sozialpädagogischen Fachkräfte ihre Kommunikation mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen anpassen.

Anpassen nicht im Sinne der Aneignung der Strategien der Klienten. Gemeint ist eine Anpassung in einer Form des Verständnis und Anerkennung für die Bewältigungsmechanismen (Konzept des guten Grundes – siehe Kapitel 6.1.1) anzueignen und ein geeignetes Angebot zu schaffen, um zusammen neue Mechanismen zu konstruieren.

Hierfür ist in erster Linie eine allgemeine Traumasensibilität in der Sozialen Arbeit gefragt. Das Wissen darüber, dass extrem belastende Erfahrungen biopsychosoziale Einflüsse auf den Menschen haben und davon, den Alltag erschwerende Störungsbilder und Bewältigungsmechanismen hervortreten können, in die pädagogische Arbeit zu integrieren ist der erste Schritt für eine erfolgreiche Zusammenarbeit mit dem traumatisierten Klienten. Vor allem das „Aushalten“ dieser individuellen Bewältigungsstrategien ist für eine vertrauensvolle Beziehung von großer Bedeutung. Denn gerade das Nicht-Aushalten und die Bewältigungsmechanismen als Probleme darzustellen können das Kind in seiner Person verletzen und zur Isolation führen.

## 6.1 Eine nicht gelingende Traumapädagogik und ihre Folgen

Was traumatische Erfahrungen und damit auslösende Traumafolgestörungen mit der psychologischen und physiologischen Welt der Individuen anstellt, wurde bereits in den vorherigen Kapiteln dargestellt. Gravierende Schäden entstehen nicht allein in der traumatischen Situation, in der das Kind leben musste. Einrichtungen und Fachkräfte, die keinerlei traumatische Expertise haben und sich keinen Konzepten zuwenden, können retraumatisierend auf die belasteten Personen wirken. Der eigentlich sichere Ort wird somit zu einem weiteren Trauma-indikator.

Es wurde belegt, dass die Hilfemaßnahmen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Heimen, öfter abgebrochen werden. Diese wiederholenden Beziehungsabbrüche lösen Reinszenierung und Verfestigung des negativen Selbstbildes aus. Zudem erreichen diese Kinder seltener ihre Wünsche und Ziele. (vgl. Schmid 2013: 64 f.)

In den Arbeiten vom Psychologen Marc Schmid und Kollegen wurden die Einflüsse solcher Abbrüche näher beleuchtet und festgestellt, dass die Art der Entkoppelung ein Indikator für weitere tiefgreifende Maßnahmen in der Jugendhilfe ist. Zudem sind es weitere Belastungen, welche die Kinder in ihren destruktiven Bewältigungsmechanismen, wie die Dissoziation festbinden. (vgl. Schmid/Lang 2012: 338)

Eine Problematik in der traumapädagogischen Arbeit stellt sich dar, wenn die Etablierung von neuen Strategien zur Bewältigung von herausfordernden Lebensführungen in das Fachgebiet der Therapie gedrängt wird. Dadurch wird die Pädagogik entmachtet und das Potenzial der traumapädagogischen Arbeit reduziert. Gerade Gewalterfahrungen von Kindern und dessen Gründe, werden als Elemente von therapeutischen Settings betrachtet und dadurch nicht angenommen. (vgl. Weiß 2021: 105)

Diese Art von Vermeidung seitens der pädagogischen Fachkraft führt dazu, dass ein Verständnis bezüglich des guten Grundes dem Kind nicht gewährleistet werden kann. Das Kind wird dadurch mit den schädigenden Mechanismen allein gelassen (vgl. ebd.) und es wird erneut vermittelt, dass es nicht tragbar ist.

### **Fallbeispiel – „Angst vor der Dissoziation“**

*In der Wohnunterkunft gab es geregelte Computer-Zeiten. Tim wollte länger als geplant am Computer sitzen und durch das ausdrückliche Verbot der Betreuerin war er sehr enttäuscht und wurde wütend. Ich habe die Situation mitbekommen, als ich ins Wohnzimmer ging und Tim in der Mitte stehend und deutlich in eine Dissoziation „gleitend“ sah. Er warf mit Sachen um sich. Dabei standen beide Betreuerinnen mit großem Abstand zu Tim, beobachteten ihn und versuchten ihn abzulenken, indem sie ihm andere Vorschläge machten, wie z.B. gemeinsam ein Buch zu lesen. Gleichzeitig wirkten die Betreuerinnen ängstlich gegenüber der Situation. Ich habe den Vorschlag gemacht, ihn aus dem Zimmer zu führen, weil die Wut sich steigerte und eine Dissoziation auslösen könnte. Daraufhin sagte eine Betreuerin zur anderen: „Gute Idee, machst du das?“*

*Nach einigen Sekunden habe ich Tim gepackt, ihm gesagt, dass ich nicht möchte, dass er weder sich, noch mich verletzt und dass ich ihn aus diesem Grund festhalte und aus dem Wohnzimmer führe. Dann ging er murmelnd in das Bad und fing an alles mögliche willkürlich durch die Gegend zu werfen.*

*Es gelang mir ihn zu irritieren, indem ich seine Zahnbürste vom Boden nahm und laut überlegte, wie denn die Zeichentrickfigur auf der Zahnbürste hieß. Ich sprach die Frage mehrmals laut aus, ohne Tim direkt zu fragen. Er schien etwas irritiert und beantwortete mir die Frage. Anschließend, fragte ich nach weiteren Zeichentrickfiguren. Er zählte mir weitere Figuren auf und wir unterhielten uns weiter über diese.*

Die Maßnahme war psychisch als auch physisch mühselig und hat Zeit gekostet, jedoch hat sie Tim geholfen aus der Impulsivität, die in eine Dissoziation münden könnte,



rauszutreten. Es ist notwendig, in die Situation „hineinzutreten“, das Kind mental „an die Hand zu nehmen“ und mit ihm gemeinsam einen Weg aus diesem Mechanismus zu finden.

Nach Angaben von Schmid und Schröder, sind 81% der Kinder und Jugendlichen, die in stationären Einrichtungen untergebracht sind, traumatisiert (vgl. Weiß 2021: 106; ind.zit.n. Schmid 2020). Häufig sind Pädagogen in solchen Einrichtungen überfordert mit den individuellen Überlebensmechanismen und können den Kindern auf pädagogischer Ebene nicht gerecht werden. Aus diesem Grund gibt es einen regen Wechsel dieser Kinder unter Wohnunterkünften. (vgl. Weiß 2021: 106 f.)

Pädagogische Interventionsmaßnahmen sollten darauf ausgerichtet sein, von einer „[...]Generalisierung und Chronifizierung der dissozialen Erlebnis- und Verhaltensstörungen[...]“ abzugehen (Weiß 2021: 107). Damit meint es aber nicht, eine *Konfrontation* mit Verhaltensstörungen als pädagogische Fachkraft zu umgehen, sondern die Auslöser zu definieren und diese möglichst gering zu halten und gleichzeitig zu bearbeiten (siehe Kapitel 6..). Zumal ist eine Vermeidung in stationären Einrichtungen nicht realisierbar, weil die Mechanismen nicht steuerbar sind und über den Tag plötzlich auftreten können und traumabelastete Beziehungserfahrungen automatisiert übertragen werden (vgl. Weiß 2021: 107).

Häufig erschweren zudem die Zielsetzungen der Betreuerinnen oder die der Einrichtung, die sie für die Kinder als „wichtig“ definieren, eine (für den Klienten) hilfreiche traumapädagogische Arbeit. Diese Ziele beinhalten meistens „Geborgenheit, sichere Perspektive und stabile Zukunftsplanung“ (Weiß 2021: 108; zit.n. Denner 2003: 242). Traumafolgestörungen können gerade kognitive Schwierigkeiten auslösen und Kinder in verschiedenen Bereichen, beispielsweise den Schulalltag, einschränken. Ziele für die Kinder zu definieren ohne Partizipation, Transparenz und Etablierung von neuen Bewältigungsmechanismen, mit dem Ziel der Belastungsreduzierung des Klienten zuliebe, führt zu einer nicht nachhaltigen pädagogischen Arbeit.

In diesem Sinne bietet auch ein erhöhtes behutsames Vorgehen keine Garantie für eine komplette Beseitigung der aufkommenden negativ belasteten Emotionen (vgl. Weiß 2021: 108).

Immer wieder werden Beziehungen abgebrochen und versucht neue zu errichten. Die ständigen Beziehungsabbrüche sorgen für die Manifestierung der inneren negativen Haltung der Kinder gegenüber Beziehungen und vor allem gegenüber sich selbst.

## 6.2 Sozialpädagogische Konzepte für die Arbeit mit traumatisierten Kindern

Um eine gelingende sozialpädagogische Arbeit bereitzustellen, die eine effektive und passende pädagogische Hilfe, aber vor allem eine heilende Zusammenarbeit mit der Klientel gewährleistet, sind Konzepte für die Handlungsräume unabdingbar. Aus diesem Grund werden im Verlauf, einige Konzepte für eine traumapädagogische Arbeit erläutert.

### 6.2.1 Konzept des guten Grundes

Das Konzept des guten Grundes ist in der Traumapädagogik eine sehr bekannte und anerkannte Haltung, welche „das Verhalten der Kinder und Jugendlichen als normale Reaktion auf eine extreme Stressbelastung betrachtet“ (zit. Weiß 2021: 120). Es soll eine Grundlage geschaffen werden, die Realitäten der Kinder mit ihrer Art der Interpretation und Empfindung zu respektieren. Damit kann eine Basis für eine anerkennende Haltung für die individuellen Bewältigungsstrategien und heilsamere Methoden der Betroffenen gewährleistet werden.

Der Fachverband Traumapädagogik definierte im Positionspapier die Idee des guten Grundes wie folgt:

„Die Würdigung und Wertschätzung dieser notwendig gewordenen Verhaltensweisen sind ein entscheidender Schritt, den Kinder und Jugendlichen zu ermöglichen, ihr belastendes Verhalten im Kontext seiner Notwendigkeit zu reflektieren und möglicherweise alternative Verhaltensweisen zu entwickeln.“ (Traumapädagogik 2011: 4)

Es handelt sich um eine Anerkennung dieser Strategien, die die Kinder für sich gefunden haben, um aus enorm belastenden Situationen, halbwegs *unversehrt* herauszukommen (vgl. Weiß 2021: 121). Hier versteht sich auch eine Anerkennung, auf die Strategien zu reagieren und sie nicht zu verharmlosen, damit der Tag subjektiv betrachtet entspannter verläuft.

Somit kann erst durch das Verständnis, dass sich jedes Verhalten aus einem bestimmten Grund herauskristallisiert, eine persönliche Distanz zum traumatischen Verhalten hergestellt werden. Dieses Denken erleichtert einer Fachkraft Hilfestellungen zu bieten, weil dadurch die traumatische Situation überhaupt als solche wahrgenommen werden kann.

#### **Fallbeispiel – „Ich mach' dich tot“**

*Wir fahren mit Tim und Leo zum Einkaufen. Ich saß zwischen den beiden Jungs auf dem Hintersitz. Wir spielten Musik ab mit einer Musikbox und hatten vorher Tim versprochen,*

*dass er die Musikbox halten darf. Dies ärgerte Leo sehr und er war sehr frustriert. Er sagte, dass er mich tot machen würde indem er mich überfährt. Ich erklärte ihm, dass dies nicht ginge, da er noch kein Führerschein hat. Er müsste zuerst, wenn er 18 Jahre alt ist, einen Führerschein absolvieren und dann müsste er sich ein Auto besorgen und mich finden.*

*Anschließend sagte er, dass er mit einer Pistole auf mein Bus schießen und mich „tot machen“ würde. Ich erklärte ihm erneut, dass dies nicht funktionieren würde, weil er noch minderjährig ist und erst ein Waffenschein machen müsste. Außerdem würde er hier in Deutschland nicht so leicht eine Pistole bekommen.*

*Er überlegte. Ich sagte: „Vielleicht ist es in Amerika leichter eine Pistole zu bekommen, aber dann musst du auch erstmal 18 Jahre alt werden, danach nach Amerika fliegen und der Flug dauert schon etwas länger.“ Leo hörte aufmerksam zu. Er fragte mich, wie lange es dauern würde, und dabei hörte und überlegte er sehr intensiv und „vergaß“ seine Wut. Ich sagte, dass der Flug 17 Stunden dauern kann, weil Amerika weit weg ist. Anschließend fragte er mich, ob ich schonmal dort war und schaute aus dem Fenster. Dann zeigte er mit dem Finger nach draußen und rief: „Guck mal Tuğçe, Pferde! Wollen wir 'Ich sehe was, was du nicht siehst' spielen“?.*

Die Art und Weise, wie Leo sich äußert, ist seine individuelle Strategie, um zu beschreiben, wie wütend und frustriert er ist. Der Betreuer gehört in diesem Fall nur zum Mechanismus, es geht nicht darum, dass das Kind Hass ihm gegenüber verspürt oder, dass er ihn „töten“ möchte. Werden diese und ähnliche Äußerungen und Handlungen als einen persönlichen Angriff aufgenommen, kann der Betreuer nicht mit dem Kind arbeiten und ihm aus der Emotionsüberwältigung heraushelfen.

### 6.2.2 Konzept des äußeren sicheren Ortes

Nach einem Trauma empfindet der Betroffene seine Umwelt als ein potenziell bedrohlichen Ort, weil das Vertrauen in die eigene Person und die Umwelt beschädigt wurde. Die stetige Annahme, dass Gefahren bevorstehen, versetzt das Individuum in einen dauerhaften Stresszustand (siehe Kapitel 5). Deshalb muss das traumatisierte Kind als erstes seine äußere Welt als sicher empfinden und auf dieser Sicherheit aufbauend, können im Folge Konstrukte für die innere Sicherheit errichtet werden. (vgl. Scherwath/Friedrich 2016: 74)

Der äußere sichere Ort definiert sich durch „[...]verlässliche, einschätzbare und zunehmend zu bewältigende Lebensraum- und Alltagsbedingungen.“ (Besser 2013: 33).

Werden die Gegebenheiten im Umfeld sicher und verlässlich entwickelt, kann das traumatisierte Kind wieder lernen, Vertrauen aufzubauen (vgl. ebd.). Auf diesem Vertrauen kann das Konzept der Pädagogik der Selbstbemächtigung (siehe Kapitel 6.1.3) fußen und kohärente und zuverlässige Auswirkungen erzielen.

„Wenn Erfahrungen und Nutzungsbedingungen Spuren in unseren Gehirnen hinterlassen und es sogar strukturell formen, so sind wir Pädagogen und Therapeuten dafür zuständig und verantwortlich, die Nutzungsbedingungen für Gehirne von Kindern, insbesondere traumatisierten Menschenkindern so zu gestalten, dass Heilung und positive Weiterentwicklung der Persönlichkeit möglich werden.“ (Besser 2013: 52)

Für die Stressreduzierung ist zunächst eine sichere Umgebung und ein transparenter Umgang mit den Kindern zu gewährleisten. Auch die Identifizierung von Triggern und Stimuli sind Bestandteil der Stressreduzierung. Ein enorm bedeutender Aspekt ist, die Beschämung sowie Selbstwertbedrohungen zu verringern, damit eine offene und vertrauensvolle Atmosphäre zwischen dem Kind und Pädagogen geschaffen werden kann. (vgl. Weiß 2014: 115)

Der äußere sichere Ort umfasst die Transparenz und die Teilhabe der Kinder. Es sorgt dafür, dass Schutz gewährleistet wird und zugleich stabile Strukturen vorhanden sind. (vgl. Weiß 2014: 116)

„Feste Rahmenbedingungen, die für den Jugendlichen Orientierung, Halt und einen Schutzraum gegenüber ihren eigenen destruktiven Tendenzen und der Außenwelt darstellen, können eine Alternative zu den bisherigen Erfahrungen bieten, in denen sie ohne diese Rahmenbedingungen gescheitert sind.“ (Gahleitner 2011: 61)

Klare Strukturen im Beziehungsgefüge, bieten dem Kind eine erste Grundlage für die Stressreduzierung (vgl. ebd.: 95), denn somit kann ein sicherer Ort erfolgen, auf das sich das Kind verlassen kann. Es kann sich entspannen, da es sich in einer Umgebung befindet, indem es sich vorbehaltlos als Kind empfinden und sich auf die Reaktionen der Betreuer verlassen kann. Gerade Kinder wie Tim, die mit Parentifizierung in ihrer Rolle als Kind entkräftet wurden, brauchen klare Rollen, auf die sie sich verlassen können.

### 6.2.3 Konzept der Pädagogik der Selbstbemächtigung (nach Wilma Weiß)

Das Konzept der Pädagogik der Selbstbemächtigung hat Wilma Weiß in den 70er Jahren eingeführt. Es basiert auf einer pädagogischen Grundhaltung, dass traumatisierte Kinder durch Selbstverständnis, Selbstwahrnehmung und Selbstregulation Methoden erlernen, um wieder zum „Selbst“ und zum „eigenen Unversehrten“ anzukoppeln (vgl. Weiß 2021: 138).

Weiß formuliert hierzu sechs Instanzen, die zur Selbstermächtigung führen sollen:

1. „Die Förderung des (kognitiven) Selbst-Verstehens
2. Die Unterstützung der Selbstakzeptanz
3. Die Förderung von Körperwahrnehmung
4. Die Entwicklung einer guten Geschlechtsrolle
5. Die Begleitung zu sozialen Teilhabemöglichkeiten“ (ebd. f.)

Im Folgenden wird auf drei der Punkte näher eingegangen, weil eine detaillierte Auseinandersetzung mit allen Faktoren den Umfang der Arbeit überschreiten würde.

„Wer ein chronisches Trauma erlitten hat, fühlt sich unwiderruflich anders oder verliert jegliches Gefühl für sich selbst“ (Herman 2018: 99).

Daher müssen die Betroffenen, für eine gelingende Lebensgestaltung zuerst ihr Selbst, mit dessen Verhaltensweisen, Emotionen und Einstellungen verstehen, um ein „kohärentes“ und „stabiles“ Selbstkonzept zu entwickeln. Hierzu muss erstmal ein Rahmen des Selbst-Verstehens geschaffen werden. Erst dann können sich die traumatisierten Kinder Selbst-Wahrnehmen. Durch die Selbstwahrnehmung kann eine Grundlage für eine gelingende Selbst-Regulation erfolgen. Wenn das traumatisierte Kind in der Lage ist, sein Verhalten zu verstehen und es angemessen zu regulieren, wird eine stabilisierende und nachhaltige soziale Teilhabe für ihn möglich sein. (vgl. Weiß 2021: 140)

Nachdem die Kinder in der Lage sind, ihr eigenes Verhalten als eine *Extremmaßnahme* zu verstehen, die einen guten Grund hat, können Pädagogen daran anknüpfend, alternative Mechanismen mit ihnen aufbauen.

#### 6.2.3.1 Förderung des Selbst-Verstehens

Weiß formuliert konkret die „Weil-Frage“ als Mittel für das Selbstverstehen. Nach einer traumatischen Handlung sollten Weil-Fragen verwendet werden, um das Kind auf den Beweggrund und somit wieder dem guten Grund für das Verhalten aufmerksam zu machen. Formulierungen, wie „Du tust das, weil?“ leiten zu einer Ebene, die auf Verständnis beruht als auf Verurteilung und Beschuldigung.

Verschiedene Formulierungsversuche oder das Reflektieren durch Spiegelung der Verhaltensweisen entlasten die Kinder, wenn sie dadurch einen Sinn hinter ihrem Handeln sehen können und nicht einfach pathologisiert werden. Sie erlangen ein klareren und sichereren Blick zum Selbst und werden von Scham- und Schuldgefühlen befreit. (vgl.

Weiß 2021: 142) Das Wissen was ein Trauma ist (Kapitel 2), über dessen psychischen (Kapitel 4) und physischen (Kapitel 5) Abläufe und dessen Auswirkungen im Körper, geben den Kindern die Möglichkeit sich zu verstehen und anschließend handlungsfähig zu werden (vgl. ebd. 146).

„In jeder Phase ihrer Akkommodation verdienen Opfer ein einfühlsames, professionelles Verständnis und die Versicherung, dass ihre Reaktionen begreiflich sind, psycho-physiologisch und reversibel, statt Indikatoren für eine unzureichende Wirklichkeitsprüfung und verbleibende Psychopathologie“ (Weiß 2021: 141; zit.n. Rennefeld 1989: 18)

Vor allem Kinder, wie Tim und Leo, die viele Trennungen erlebt haben, und von mehreren Institutionen, als nicht *aushaltbar* und *tragbar* gedeutet wurden, benötigen einen Bezug zu ihrem Handeln. Durch den wiederholten Wechsel und den vielen Beziehungs- und Bindungsabbrüchen fühlen sie sich schuldig (Kapitel 4.3) und empfinden sich als das Problem im ganzen Gefüge.

#### **Fallbeispiel – „Ich möchte schick aussehen“**

*Leo hatte häufig ein leicht obsessives Verhalten. Wenn er seine Handschuhe anzog, wollte er immer, dass alle Finger gleichzeitig und richtig in den Handschuh passten. Wenn das nicht passierte, war er oft sehr frustriert und die Stimmung ging schnell in eine Wut über. Als er seine Socken wieder mal nicht glatt und faltenlos wurden, wenn er vom Boden aufstand, wurde er erneut leicht frustriert und fing an zu murmeln. Ich fragte, warum es keine Falten in den Socken geben darf. Er sagte: „Sonst sieht das nicht schick aus. Ich möchte schick aussehen“. Ich sagte, dass ich den Wunsch verstehe und ihm gerne helfen würde. Ich half ihm hoch und versuchte seine Socken stramm zu ziehen, dabei sagte ich „du musst aber damit rechnen, dass die Socken nicht immer gerade bleiben, weil wenn man sich bewegt, kommen Falten in die Klamotten. Außerdem finde ich dich total schick, auch mit Falten in den Socken. Ich wünschte, ich hätte so tolle Socken.“ Dann fragte Leo: „Willst du auch solche Socken haben?“ Ich schaute ihn an und antwortete: „Ja! Ich finde, dass du immer so tolle Socken hast. Du siehst immer so schick aus mit deinen bunten Socken. Meine sind nur weiß oder schwarz, total langweilig.“ Leo schaute sich seine Socken erneut an und ging zufrieden aus dem Zimmer.*

Sein Bedürfnis hat Leo offen kommuniziert, „schick aussehen“. Anstelle sich auf die Art und Weise zu fokussieren, wie er dieses Bedürfnis befrieden möchte, ist es wichtig überhaupt auf das Bedürfnis einzugehen bzw. es anzusprechen.

### 6.2.3.2 Förderung des Selbst-Wahrnehmens

Traumatisierte Kinder haben schlechten Zugang zur Selbstwahrnehmung. Sie ist geprägt von „Verzerrungen“, abgespaltenen Gefühlen und „Schulduweisungen“. Sie mussten immer auf den Gemütszustand, der ihnen schädigenden Personen achten.

Für eine fördernde Selbstwahrnehmung, in der sich das Kind differenziert betrachten kann, ist eine stabile Hilfestellung notwendig. Erst so kann das Kind lernen sich selbst zu reflektieren, eigene Gefühle und Handlungen zu erkennen und zu deuten. Es ist wichtig, dass das Kind seine nicht integrierbaren Gefühle zeigen darf.

Mögliche Methoden können sein, den Körper in Bewegung zu bringen und als Ventil zu nutzen. Das kann in Form eines Boxsacks sein, in das sie hineinboxen, wenn sie bei sich selbst Wut verspüren, oder auch als Rollenspiel, indem sie ihre belastenden Gefühle rausbrüllen können. Dadurch lernen Kinder, dass sie ihre Gefühle nicht unterdrücken müssen. Sie können dem Gefühl Ausdruck bringen und es freilassen, anstatt es versuchen zu unterdrücken. Es hilft ihnen, sich mit ihren Gefühlen auseinanderzusetzen und sich mit ihnen zu konfrontieren. (vgl. Weiß 2021: 148)

*Gerade bei Wutsituationen möchten die Kinder alles was sich zu dem Zeitpunkt in der Umgebung befindet, umwerfen und kaputt machen. In einer solchen Situation von Tim, hat der Betreuer ihn erst gefragt ob er jetzt wütend wird. Darauf hat Tim mit „Ja“ geantwortet. Anschließend hat der Betreuer ihm angeboten, die leeren Kartons in der Ecke zu zertreten und anschließend in den Müll zu werfen. Tim zertrat die Kartons und zerriss sie anschließend. Am Ende war er sehr erschöpft und wirkte entspannter und fragte ob er sich jetzt Kakao machen dürfte. Anschließend sprachen der Betreuer und Tim über sein Empfinden in der Situation.*

In der Arbeit mit traumatisierten (Kindern) ist zu beachten, dass sie Gefühle anders oder gar nicht wahrnehmen können (vgl. Weiß 2021: 150). Gerade mit der Frage „Wie fühlst du dich?“ sind sie meistens überfordert und können darauf nicht antworten.

Empfindungen hingegen können sie besser wahrnehmen und erklären. Wie in Kapitel 5 beschrieben, haben z.B. Stresssituationen physische Auswirkungen. Der Körper teilt Emotionen auf physiologischer Ebene mit, nämlich durch Empfindungen. Werden diese Empfindungen wahrgenommen und angemessen „betreut“, kann wohlmöglich eine Regulierung dieser, und darauf folgend der Gefühle erfolgen. Bei der Vermittlung, was Gefühle und was Empfindungen überhaupt sind, sollte man beachten, dass die Kinder in ihrer Auffassung „nicht normal zu sein“ nicht bestärkt werden. Gleichzeitig sollte ihnen vermittelt werden, dass es verständlich ist, warum sie einige Gefühle nicht

nachvollziehen können und dass es auch andere Menschen und Kinder gibt, denen das ebenso schwer fällt (vgl. ebd.).

### **Fallbeispiel – „Warme Ohren“**

*Oft haben wir die Kinder in ihren Wutzuständen oder kurz vor einem Ausbruch gefragt was sie sehen, fühlen oder riechen. Häufig kamen Antworten, wie „Mein Rücken/ meine Füße/ meine Hände kribbeln“ oder „Meine Ohren sind ganz heiß. Was, wenn ich brenne?“. Ich erklärte Leo, dass die Ohren manchmal warm werden, wenn man wütend wird und dass mir das auch passiert, wenn ich wütend bin. „Manchmal, wenn man wütend wird, arbeitet der Körper mehr als sonst und dann wird einem warm.“ Das beruhigte Leo sehr und er nahm bei ähnlichen Situationen seine warmen Ohren öfter wahr.*

*Er mochte es nicht, wenn seine Ohren warm wurden, also kühlten wir sie. Im Winter nahmen wir Schnee in die Hand und ich fragte, wie sich der Schnee anfühlt, ob es heiß oder kalt ist. Dann legte er seine kalten Hände an seine warmen Ohren. Der Prozess des Wahrnehmens war deutlich zu beobachten. Sie konzentrierten sich auf ihre Sinne und konnten sich wieder wahrnehmen. Leo beobachtet sich und im Verlauf regulierte er sich.*

### **6.2.3.3 Förderung der Selbst-Regulierung – Der sichere innere Ort**

Um sich selbst regulieren zu können, brauchen traumatisierte Kinder einen „sicheren inneren Ort“. Wenn sie die Kontrolle verlieren, sollen sie auf diesen zurückgreifen können und Methoden anwenden, die sie wieder regulieren und zur Steuerung des Selbst bringen. Für eine effektive Regulierung müssen zunächst die Auslöser, oder auch Trigger, ausfindig gemacht werden. (vgl. ebd. 152)

Die Betreuer hatten hierzu einen Gefühlsthermometer gebastelt, auf dem Zahlen von eins bis zehn abgebildet waren. Immer wenn die Kinder kurz vor oder am Anfang einer Übererregung waren, sollten sie auf dem Thermometer das Niveau des Gefühls einstellen. Es sollte dafür sorgen, dass die Kinder ihrer Emotionen bewusst werden und diese einschätzen können.

Damit der sichere Ort und die Handhabung mit den Zuständen der Regungslosigkeit und der Übererregung für die Kinder greifbar wird, ist die körperliche Aktivierung eine effektive Methode. Durch diese und ähnlichen Methoden können Pädagogen den Kindern helfen, ihre eigenen Techniken zu erlernen sich zu regulieren, Nachdem sie sich wahrgenommen haben, können sie diese Techniken bewusst und effektiv anwenden.



Manchmal brauchen sie die Regulierung von außen. Hierbei können es Pädagogen sein, die dem Kind vor einem Trigger warnen, indem sie Techniken ansetzen, die sie mit den Kindern erarbeitet haben. (vgl. Weiß 2021: 154)

Da Spannung und Stress direkte körperliche Einflüsse haben, wie das zusammenziehen von Muskelpartien oder andere neurologische Auswirkungen (Kapitel 5), ist dementsprechend ebenfalls ein gesundheitlicher Aspekt im positivem Sinne durch die Regulierung und Entspannung betroffen (vgl. Weiß 2021: 155).

Kinder deren Autonomiegefühl intensiv verletzt wurde, haben ein besonderes Streben danach, selbstwirksam zu sein. Die Selbstwirksamkeit wird gefördert, wenn das Kind Entscheidungen für sich treffen kann und Einfluss auf seine Umwelt hat (vgl. Weiß 2021: 155).

### **Fallbeispiel – „Autonomie“**

*Aufgrund seiner Geschichte, hat Leo ein erhöhtes Autonomiestreben. Er hat oft Sachen entscheiden wollen und dirigiert. Vor allem wenn er eine etwas angespannte Stimmung hatte, gab er öfters Anweisungen. Wenn ich sagte: „Du putzt jetzt deine Zähne und ich warte solange vor der Tür auf dich“, drehte er das Ganze um und sagte „Ich putze meine Zähne und du wartest vor der Tür, mit dem Rücken zu mir“.*

*Um sein Autonomiestreben zu befriedigen, ohne die Rollen als Betreuer und „Zubetreuender“ zu tauschen, stellten wir Leo eine Auswahl zur Verfügung, für die er sich frei entscheiden konnte. „Möchtest du Nudeln mit Tomatensoße oder mit Käsesoße?“ oder „Möchtest du vor dem Spazieren deine Spielzeuge aufräume oder lieber nach dem Spazieren?“*

Es herrscht ein Spannungsfeld, zwischen der professionellen pädagogischen Beziehung und einer Beziehung mit den Betreuern auf einer *persönlicheren* Ebene. Bedeutend bei der Arbeit ist, dass Entscheidungen nachvollziehbar und zugänglich für die Kinder gestaltet werden. Erst dadurch können die Gefühle von Ohnmacht und Kontrolle ausgeglichen werden und das Kind kann sein selbstwirksames *Ich* entfalten. Umso wichtiger ist es die Kinder in ihren eigenen Hilfeplanungen einzuflechten und ihnen zu zeigen, dass sie Mitbestimmungsrecht und Gestaltungsmöglichkeit über ihren eigenen Alltag haben. (vgl. Weiß 2021: 157)

Sie lernen die Kontrolle und Verantwortung zu übernehmen. Zudem wird eine Vertrauensbeziehung aufgebaut, die die Kooperation der Kinder mit den Betreuern erleichtert und verfestigt. Partizipation bei traumatisierten Kindern als pädagogische Fachkraft zu fördern und zu stärken ist demnach essenziell für eine gelingende Zusammenarbeit.

Es wurde belegt, dass das Abbruchsrisiko höher ist, je mehr Fremdbestimmung in eine Beziehung mit dem Kind einfließt. Gegensätzlich, ist das Risiko für einen Abbruch geringer, je mehr Partizipation die Beziehungsebenen gestaltet. (vgl. Weiß 2021: 158; zit.n. Tornow 2014: 8)

Partizipation als Recht der Kinder ist definiert in der Kinderrechtskonvention, die 1992 von den Vereinten Nationen ratifiziert wurde. Artikel 12, Berücksichtigung des Kindeswillens, besagt, dass alle Vertragsstaaten dem Kind das Recht anzuerkennen haben, seine freie Meinung zu äußern und diese angemessen und gemäß seiner Reife zu berücksichtigen. Zudem sind die Kinder über sie betreffenden verwaltungsrechtlichen Angelegenheiten und ihren Rechten diesbezüglich angemessen zu informieren. (vgl. Deutsches Komitee für UNICEF e.V. 1992: 17)

Um die Konzepte passend für die Kinder zu gestalten, sind bestimmte Haltungen wichtig für die pädagogische Fachkraft. Erst wenn die Konzepte mit der richtigen Haltung des Pädagogen korrelieren, wird sich das Kind auf eine Veränderung einlassen können.

### 6.3 Notwendige Fachkenntnisse im Bereich

Verknüpfend mit den Konzepten, ist eine bestimmte Haltung der Fachkräfte erforderlich, die auf besonderem Wissen der Traumapädagogik fußt. Eine verlässliche Bezugsperson, die klare und angemessene Rollen vermittelt, gestaltet eine Arbeitsweise, die ein Hilfsangebot darbietet, anstelle eine „Rettung“ oder einen Aktionismus als Ziel vorzuhalten. In Anbetracht dessen, ist die, bereits im Konzept des guten Grundes erklärte, wertschätzende Haltung der Pädagogen gegenüber der traumabedingten Selbst- und Weltwahrnehmungen und der Bewältigungsmethoden der Klienten notwendig. (vgl. Gahleitner et al. 2017: 60)

Unerwartet können traumatisierte Kindern auf kleine Ereignisse mit extremer Übererregung und Aggression entgegnetreten. Sie haben oft Verhaltensweisen, die aus einer Gewohnheit heraus entstehen und an die sie sich häufig dissoziationsbedingt nicht mehr erinnern. Dies sind psychische Strukturen, auf die sie keinen direkten Einfluss nehmen können. Damit zusammenhängend, sind sie sehr selbstablehnend und verurteilen sich. Umso mehr ist es notwendig, dass die Pädagogen die psychischen Strukturen und Verhaltensweisen der Kinder registrieren. (vgl. ebd.)

Neben dem Verständnis, dass die Verhaltensweisen Abbilder aus vergangenen Beziehungserfahrungen sind, ist es für die professionelle Haltung hilfreich zu wissen, dass die traumatisierten Kinder unter einem „Kontrollverlust“ stehen (vgl. Hensel 2012). Sie

stammen nicht aus einer freien Entscheidung. Dieses Bewusstsein erleichtert es, Empathie als Pädagoge zu empfinden. Anzunehmen, dass die Kinder bestimmte Verhaltensweisen aufweisen mit der Absicht, die pädagogischen Betreuer kontrollieren oder herausfordern zu wollen, ist ungünstig für die Zusammenarbeit. (vgl. Gahleitner et al. 2017: 62)

### 6.3.1 Emotionsregulierung

Die Relevanz der Partizipation und die Übergabe der Verantwortung an die Kinder in geeignetem Umfang wurde bereits erwähnt (Kapitel 6.\*\*). Zudem kann die traumapädagogische Arbeit mit Kindern, als ein Zugang zu betrachtet werden, für das eigene Gefühlsaufkommen Verantwortung zu übernehmen. Die emotional intensive Arbeit sorgt bedingt zu starken Gefühlen auch bei den Betreuern. Gefühlslagen, wie „[...]Hilflosigkeit, Ohnmacht, Wut, ja Hass, Bedrohungs- und Einsamkeitsgefühl, Verwirrung, Wünsche nach Verschmelzung[...]“ (Gahleitner et al. 2017: 61) können bei Pädagogen in der traumapädagogischen Arbeit aufkommen. In diesem Punkt gilt es, die eigenen Reaktionsmechanismen zu bewerten. (vgl. ebd.: 61)

Um diesen elementaren Wissensbestand in den traumatischen Stresssituationen adäquat anwenden zu können, sind besondere Kompetenzen erforderlich. Zudem ist es von erheblicher Bedeutung um eine Reinszenierung der Traumata für alle Beteiligte zu verhindern (vgl. Gahleitner et al. 2017: 61).

Durch die traumatischen Bewältigungsmechanismen des Kindes, wird der Pädagoge immer wieder dazu „gedrängt“ sich mit starken negativen Gefühlen auseinanderzusetzen und dabei die eigene biografische Geschichte zu hinterfragen. Bestimmte Emotionen, verknüpft mit belastenden Inhalten der persönlichen Geschichte können negative Reaktionen auslösen, die in einem Umfeld mit traumatisierten Menschen ungünstig sind. (vgl. Bausum et al. 2013: 220)

„PädagogInnen, die traumatisierte Kinder und Jugendliche in Betreuungssettings begleiten, sind Übertragungen ausgesetzt, die in ihrer Qualität das sonst übliche Maß bei Weitem übersteigen. Die emotionale Atmosphäre wird von den Erfahrungen der Kinder und Jugendlichen geprägt, deren Alltag durch massive Angst, Scham, Schuld, Trauer, Wut und Ohnmacht gekennzeichnet war. Diese Gefühle haben sich tief in Psyche und Körper der Kinder festgesetzt und lenken ihr Verhalten und ihre emotionale Wirkung auf das Gegenüber.“ (Bausum et al. 2013: 220)

Um ein Gegenagieren, das dem Kind und Betreuer schaden kann, zu verhindern, muss die pädagogische Fachkraft die „[...]Notwendigkeit zur eigenen Veränderung akzeptieren[...].“ (Gahleitner et al. 2017: 63) Der Pädagoge muss damit seine eigenen Regulierungsmechanismen reflektieren und diese anpassen (vgl. ebd.). Damit die eigenen

Emotionen besser verstanden und eingeordnet werden können, ist es nützlich, zu hinterfragen, welche Emotion durch welches Verhalten des Kindes in einem ausgelöst wurde. (vgl. Bausum et al. 2013: 220).

### **Fallbeispiel – „Ich brauche den Adler“**

*Als ich Leo mit einem Sicherheitsgriff fixierte, damit er sich nicht verletzte, warf er sein Kopf nach hinten. Dabei kam er mit dem Hinterkopf gegen meine Unterlippe (, damit einhergehend, lernte ich meinen Kopf in solchen Situationen zurückzuziehen). Ich merkte, dass mit dem Aufprall, Adrenalin durch mein Körper schoss und ich mich zunehmend ärgerte. Ich versuchte durch die Atemübung, die wir immer mit Leo machten, mich zu beruhigen.*

*Leo nahm meinen Regulierungsversuch als ein Vorschlag wahr und sagte laut: „Nein! Ich mache nicht den Adler.“ Ich sagte ihm offen: „Ich mache die Übung für mich, weil ich sie brauche. Ich ärgere mich gerade etwas und möchte mich entspannen. Das ist für mich!“*

*Er wurde still und fragte nach, ob ich wütend bin. Ich sagte: „Ja, aber ich möchte nicht wütend sein. Ich möchte mich entspannen und dafür mache ich jetzt den Adler.“*

*Leo stand auf, stellte sich mit dem Gesicht vor mich, hob die Arme und machte mit mir gemeinsam die Atemübung.*

Durch ein positives Vorbild, mit Kontrollfähigkeit über die Emotionslage, kann somit das traumatisierte Kind die gestörte Emotionsregulierung ausbilden. Dadurch erlangen die Kinder wieder Kontrolle über ihren emotionalen Ausdruck (vgl. Gahleitner et al. 2017: 62) und werden in ihrer Selbstbemächtigung gefördert (Kapitel 6.2.3). Vor allem Kinder, in deren Entscheidungsfreiheit radikal eingegriffen wurde und die Unterdrückung erlebt haben, bekommen die Möglichkeit über ihren emotionalen Zustand Einfluss zu nehmen.

Ist die pädagogische Fachkraft nicht in der Lage in einer solchen Situation die eigene, eventuell impulsive Reaktion zu beherrschen, führt dies erneut zu einem belastenden und Trauma nährenden Boden, für beide Beteiligten.

### 6.3.2 Reflexion und Transparenz

Anknüpfend daran, ist es als pädagogische Fachkraft relevant, die eigene Belastungsfähigkeit und die Grenzen zu kennen. Sich den persönlichen Erfahrungen mit Beziehungen und Konflikten bewusst zu werden, hilft dem Prozess der Regulierung. (vgl. Gahleitner et al. 2017: 63)

Wenn die Fachkraft über die eigenen Schwächen und Stärken weiß (vgl. ebd.), kann sie präventiv handeln und vor einer absehbaren stressigen Situation vorab eine innere Haltung einnehmen, die ihr die Überwindung bzw. Handhabung erleichtert.

Die Emotionslage der Pädagogen beeinflusst auch die der Kinder sehr stark. Demnach ist die Reflexion über die eigene Emotionsregulierung und der wissentliche Umgang damit von erheblicher Bedeutung (vgl. Gahleitner et al. 2017: 63). Hierbei gilt, nicht allein die Trigger frühzeitig zu erkennen, die beim Kind einen traumatischen Zustand erzeugen können (siehe Kapitel 6.2.3.3), sondern auch die eigenen Trigger zu registrieren. Nicht selten können traumatische Inhalte vom Kind oder Klienten auf den Betreuer übertragen werden und belastende Zustände auslösen. (vgl. Bausum et al. 2013: 220 f.)

Es ist wichtig, dass sich alle Beteiligten wohlfühlen, einschließlich der pädagogischen Fachkräfte. Rahmenbedingungen und Bewegungsräume, sowie Ideen aber auch Vorgaben, die einschätzbar und verständlich sind, geben den Fachkräften eine deutliche Haltung und Sicherheit. Durch die Begründbarkeit dieser Vorgaben, hat der Pädagoge Festigkeit und kann die eigene Haltung und das Vorhaben zuerst verstehen und dann adäquat vertreten. Diese Verständlichkeit ist wiederum wichtig im direkten Kontakt mit den Kindern, denn sie brauchen nachvollziehbare Begründungen für Vorgaben und Pläne (vgl. Bausum et al. 2013: 222 f.).

Aufgrund der Erfahrungen von enormer Ohnmacht und Machteinflüssen, benötigen Kinder Erklärungen über Regeln und Abläufe. Weil sie mehrmals erlebt haben, dass in ihre Lebenswelt radikal eingeschnitten wurde, Handlungen über sie ohne jegliche Erklärungen und Mitbestimmungsrecht ergingen, brauchen sie aufklärende und transparente Betreuer.

In Anbetracht dessen, müssen die pädagogischen Fachkräfte reflexionsfähig sein, die individuellen Handlungsmuster infrage stellen und verstehen wieso, welche Maßnahme oder welches Vorgehen erfolgt. Erst durch ein klares Verständnis und Erklärungen über eigene Handlungsabläufe kann eine transparente Zusammenarbeit mit den Kindern erfolgen. (vgl. ebd. 221)

Die Normen und Werte der pädagogischen Fachkräfte können infrage gestellt werden (vgl. Bausum et al. 2013: 222), weil es sich schließlich um eine individuelle Reflexion und daraus resultierenden Schlüssen handelt. Demnach müssen Pädagogen in diesem Punkt mit traumainformierten Beratern unterstützt und gefördert werden (vgl. ebd.). Dadurch kann eine gestützte und nachhaltige Reflexion mit sichererem und fundiertem Vorhaben erfolgen.

### 6.3.3 Selbstwirksamkeit, Individualisierung und Partizipation

Selbstwirksamkeit ist eine Eigenschaft, mit der traumatisierte Kinder nicht vertraut sind. Diese Kinder brauchen Betreuer, die selbstwirksam sind. Der selbstwirksame Betreuer gibt in erster Linie sich selbst, anschließend dem Kind Sicherheit und Orientierung. Er hält die Situation und das Kind (aus). (vgl. Bausum et al. 2013: 226)

Hilfreich dafür sind Leitfäden und Notfallinterventionen. Sie bieten dem Pädagogen eine traumasensible Grundlage und eine Handlungsmöglichkeit in stressbeladenen Situationen.

Im Hinblick darauf, ist eine individuelle und partizipative Präsenz der pädagogischen Fachkräfte sehr dringlich. Durch das Einbringen der eigenen Position, Meinung und Ideen gestaltet der Pädagoge eine bewusste und reflektierende, aber auch kreative Arbeitswelt. Zudem haben die Kinder dadurch ein Vorbild für eine selbstwirksame und individuelle Persönlichkeit und einen Zugang sich selbst zu entfalten (vgl. 2013: 223) und traumabelastete negative Gewohnheiten umzubauen.

### 6.3.4 Resilienz- und Ressourcenförderung

Pädagogen sollten eine klare Definition der Ressourcen und Lösungen haben. Dafür zählt besonders, „Resilienzfaktoren“ zu berücksichtigen. Natürlich sollte der Pädagoge dem Leid des Kindes mit Anerkennung und Mitgefühl entgegenreten. Gleichzeitig ist es aber auch wichtig, dass er die Ressourcen und die „[...]unbeschädigte, spontan lebendige, wachstumsorientierte Anteile in jedem Kind[...]“ (Gahleitner et al. 2017: 60) erfasst und diese stärken hilft. (vgl. ebd.)

#### **Fallbeispiel:**

*Tim kann sehr gut regulierend auf seine Mitmenschen wirken, wenn er sich dies bewusst vornahm. Oft nahmen wir Situationen, die bei Tim einen Wutanfall auslösten und „spielten“ diese nach.*

*Tim und ich spielten mit der Eisenbahn. Wir fuhren mit unseren Eisenbahnen aneinander vorbei und als meine Eisenbahn aus der Schiene fuhr, zeigte ich meinen Frust, indem ich etwas lauter sagte: „Oh Mann! Du fährst immer so schnell und so toll. Ich kann das nicht! Meine Eisenbahn fährt immer aus der Schiene. Ich will nicht mehr spielen.“ Tim schaute mich an und sagte: „Aber das ist doch gar nicht schlimm, das passiert manchmal. Das passiert mir auch.“ Er nahm meine Eisenbahn und richtete sie wieder auf die Schiene. „Guck mal, du kannst jetzt weiter fahren. Das ist doch nicht schlimm. Du*

*brauchst dich nicht aufzuregen.“ Ich beruhigte mich und fragte: „Meinst du wirklich? Ich brauche mich also gar nicht aufzuregen?“ „Nein, wirklich nicht“, antwortete Tim. Ich bedankte mich bei ihm, dass er mir geholfen hat, mich zu beruhigen und sagte: „Du kannst das wirklich sehr gut!“*

*Nach solchen Situationen wirkt Tim immer sehr ausgeglichen und zufrieden. Er kann diese Regulierungseigenschaft sehr gut bei seinem jüngeren Bruder Leo anwenden und sofort, durch seine Ansprache, eine angespannte Haltung vermeiden. Dabei reagierte Leo viel schneller auf Tims Regulierungsversuche, als auf die der Betreuer. Anschließend sagten die Betreuer häufig: „Was für ein toller großer Bruder. Hätte ich doch auch so einen coolen Bruder wie Tim!“*

*Die Regulierung der Vertrauten, ist im Fall von Tim und Leo sehr gut und effektiv gelungen. Es kann daran liegen, dass die beiden dasselbe erlebt haben und dadurch quasi „Verbündete“ sind. Manchmal gab es Situationen, in denen sich die beiden gegenseitig in traumatische Zustände oder geladene Stimmung brachten. Jedoch scheint es, dass die Förderung der Regulierungsmechanismen dazu beigetragen hätte, dass sie sich gegenseitig eine große Stütze wären. Eine Trennung der Brüder sorgt lediglich für das Wiedererleben einer traumatischen Trennungen und für die Bestätigung, nicht aushaltbar zu sein. Zudem sind sie die einzigen Bezugspersonen voneinander von früherer Zeit und eine Trennung nimmt ihnen die Stabilität und das Vertraute.*

### 6.3.5 Humor, Rituale, Sinnes- und Körperwahrnehmung

Ein weiterer wesentlicher Aspekt, um für eine positive und entspannte Atmosphäre zu sorgen ist, Humor, Rituale und Sinnes- und Körperwahrnehmungen in den Alltag zu integrieren. Dies gelingt vor allem mit einer humorvollen Haltung der pädagogischen Fachkraft, die aber zugleich den Respekt und die Anerkennung gegenüber den traumatischen Erfahrungen des Kindes wahrt. (vgl. ebd.) Die Kinder werden durch die Haltung der Betreuer beeinflusst. Natürlich ist beim Umgang mit ihnen und den Inhalten, Vorsicht zu bewahren, aber nicht in einem Maße, in dem sich das Kind als sonderbar und beängstigend empfindet.

Ebenso trägt Fehlerfreundlichkeit zu einer gelassenen Umgebung und Stimmung bei. Dabei gilt nicht nur die Fehler seitens der Kinder zu erwarten. Gerade das Bewusstsein, dass pädagogische Fachkräfte auch Fehler in der Arbeit machen können und dürfen, ist eine für den Pädagogen erleichternde Haltung. (vgl. Gahleitner et al. 2017: 60)

Humor und Rituale können im Umgang mit Belastungen erleichternd wirken. Angemessene Ausgelassenheit und die humorvolle Beziehung zu Kindern, aber auch zu Situationen, die die pädagogische Fachkraft beschäftigt, sind sehr vorteilhaft in der traumapädagogischen Arbeit. Gestützt mit Ritualen, wie das Beenden des Tages mit positiven Ereignissen, ist eine Art, die Veränderungsmöglichkeit aufrecht zu halten und eine fördernde Atmosphäre zu schaffen. Es erleichtert dem Pädagogen den harten Umgang mit den erschütternden Situationen.

**Schlafrituale:**

*Nach dem Abendessen, begleitete immer jeweils eine Person die Kinder zum Bett. Vorher wurde immer der Ablauf mit den Kindern besprochen. Wir fragten beispielsweise: „Möchtest du zuerst Zähne putzen und dann dein Schlafanzug anziehen oder andersherum?“ – die Entscheidung, ob jetzt die Ruhephase eintritt, stand nicht zu Debatte. Trotz dessen wurde ihnen die Selbstwirksamkeit ermöglicht, in der Entscheidung, wie sie in diese Ruhephase eintreten möchten.*

*Die Schritte zur Ruhephase waren immer gleich, nur die Reihenfolge änderte sich. Dies bot eine Sicherheit in der Arbeit als Pädagoge, denn gerade der Übergang zur Ruhephase kann sehr autonomiestrebend seitens der Kinder gestaltet werden.*

*Nachdem vorgelesen wurde, tropften wir auf die Hände, manchmal auf die Nase Lavendelöl und ich fragte nach drei Momenten, die an dem Tag am schönsten waren. Ich beantwortete die Frage ebenso. Ziel war es mit einem positiverem Gefühl diese Frage abzuschließen. Auch wenn der Tag sehr belastend war, wurde darauf konzentriert, den Blick auf die „kleinen“ oder flüchtigen angenehmen Momente zu richten oder auf ein freudiges Vorhaben, was wiederum motivierend wirkte.*

In Stresssituationen konzentriert sich die Reaktion eines Menschen oft auf die Seh- und Hörsinne, obwohl genau in der traumapädagogischen Arbeit die Regulierung durch die Aktivierung weiterer Sinne erfolgt. Dies gilt nicht nur für Kinder in belastenden Situationen. Wie erwähnt, können Pädagogen durch die starken Einflüsse in Belastungssituationen geraten. Übungen, die weitere Sinne aktivieren und Hilfe leisten sich zu entspannen, sind auch für Pädagogen erforderlich und sinnvoll, um mit belastenden Situationen umgehen zu können und ein Ort zu schaffen, indem sich alle Beteiligten wohlfühlen.



## 6.4 Traumapädagogische Hilfestellung bei dissoziativen Zuständen

In der Arbeit der Traumapädagogik sind dissoziative Zustände fast immer präsent, weshalb die Auseinandersetzung mit Dissoziation unumgänglich ist. Gerade in Wohnunterkünften für traumatisierte Kinder und Jugendliche beeinflussen dissoziative Zustände den Alltag der gesamten Wohngruppe, einschließlich den der Betreuer. Auch wenn sie selbst nicht betroffen sind, können Kinder mit aggressivem Verhalten dissoziative Zustände bei anderen Kindern auslösen (vgl. Weiß 2014: 105).

„Dissoziationsneigung muss, im pädagogischen Bereich fast zwangsläufig zu großen Schwierigkeiten führen“ (Schmid 2008: 296). Aus diesem Grund ist es notwendig, dissoziative Zustände als Betreuer deuten zu lernen und sich eine angemessenen Umgangsweise anzueignen.

Damit Pädagogen sich in ihrer Rolle und ihren Handlungen nicht unfähig fühlen und die Situationen, soweit es geht, nüchtern betrachten können, definiert Schmid wichtige Auswirkungen von dissoziativen Zuständen bei Kindern.

In einer Dissoziation, können sich traumatisierte Kinder und Jugendliche nicht an vereinbarte Abmachungen und Grenzen erinnern. Regeln sind nicht mehr präsent für sie. Dies kann dazu führen, dass es zu Streitigkeiten zwischen den Kindern und den Betreuern kommt. Außerdem drängt die Dissoziation die betroffenen Kinder in eine Isolation. Sie ziehen sich zurück und sind schwer zu erreichen.

Darüber hinaus sorgen dissoziative Zustände bei Kindern, die in der Regel als weitestgehend „sozial kompetent“ einzuordnen sind, für Destabilisierung und sie können sich nicht entfalten. Ein weiterer einflussreicher Aspekt ist, dass traumatisierte Kinder wenige bis keine Sinneserfahrungen gemacht haben und ihre Selbstwahrnehmung dadurch eingeschränkt ist (siehe Kapitel 6.2.2). Zuletzt, kann eine Dissoziation dafür sorgen, dass die Betroffenen ein eingeschränktes Zeitgefühl ausbilden und zeitliche Konstellationen nicht nachvollziehen können. (vgl. Schmid 2008: 296)

Werden diese Aspekte in der traumapädagogischen Arbeit außenvorgelassen, kann sich ein gegenseitiges „Nicht-Verstehen“ kristallisieren, welches bei Pädagogen ein Gefühl der Unfähigkeit und bei Kindern einen Rückzug auslösen kann (vgl. Weiß 2014: 106).

Dies kann vor allem bei dissoziativen Zuständen dazu führen, dass sich die Symptomatik aus der Hilflosigkeit des Kindes verstärkt. Eine desorganisierte Bindung zwischen dem Pädagogen und dem Kind führt dazu, dass sich die dissoziativen Erscheinungen verstärken (vgl. Weiß 2014: 107; ind.zit.n. Resch et al. 1998: 80).

Daher ist eine sichere Beziehung, gerade in der Interaktion als Pädagogen mit den Kindern, von großer Wichtigkeit. Erst auf diesem Wege kann von einer heilenden Pädagogik gesprochen werden (vgl. Weiß 2014: 107). Traumasensibilität in diesem Kontext meint eine pädagogische Arbeit, die durch die Dissoziation, die wahren Bedürfnisse der Kinder erblickt und diese weitestgehend abdecken kann. (vgl. Lang/Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik 2013: 205)

Somit müssen Pädagogen, die mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen arbeiten, dissoziale Störungserscheinungen kennenlernen. Sie müssen sie deuten, die eigentlichen Bedürfnisse darunter lesen und mit einer sicheren Bindungsbeziehung zum Kind, Methoden erarbeiten, um ihnen aus diesen Zuständen herauszuhelfen und Stabilität zu bieten. Um dieses große Feld zu tragen und auszuhalten, ist eine fachliche Reflexion unerlässlich (siehe Kapitel 6.3.2). In den dissoziativen Zuständen verlieren Kinder häufig den Kontakt mit dem Pädagogen (siehe Kapitel 4.5). Diese Reaktion geht aus der Dissoziation hervor und es ist wichtig, diese nicht als persönliche Angelegenheit oder gar als Angriff zu deuten.

Geht die pädagogische Fachkraft als Gegenreaktion ebenfalls aus dem Kontakt, wird sich das Kind als nicht ertragbar empfinden und die Dissoziation wird sich wahrscheinlich stärker äußern. Um dies zu verhindern, müssen die Pädagogen ihrer Wahrnehmung und Reaktion bewusst werden. Zudem müssen sie die Reaktion des Kindes adäquat reflektieren, denn oft nehmen die Kinder in einem dissoziativen Zustand das Gegenüber gar nicht wahr. (vgl. Weiß 2014: 111)

„Wenn die psychosozialen Fachkräfte ihre eigenen Gefühle und die Gefühle des Gegenübers nicht mehr wahrnehmen, kommt es zu einem dissoziierenden Gegenagieren. Es findet keine richtige Begegnung mehr statt.“ (ebd. 113)

**Fallbeispiel:**

*Leo hörte oft nicht, wenn ich Abläufe über den Tag erklärte. Gerade in Wutsituationen oder dissoziativen Zuständen hatte er oft einen leeren Blick oder überhaupt kein Blickkontakt geführt. Wenn ich ihn fragte, ob er verstanden hatte, was ich sagte oder ob er mich hörte, nickte er überwiegend oder stellte erst dann Blickkontakt auf. Fragte ich ihn, was ich gesagt habe, konnte er nicht antworten. Ich wiederholte mich erst, wenn ich die Gewissheit hatte, dass er mir zuhörte. Dafür sprach ich ihn immer wieder an oder versuchte einen konsequenten Blickkontakt aufzubauen.*

Blendet der Pädagoge ebenfalls die belastenden Momente des Kindes aus, gibt es keinen Zugang mehr, um die Problematik zu bearbeiten. Die pädagogische Fachkraft wird durch diese Eigenreaktion entmächtigt und geht in eine hilflose und handlungsunfähige

Position. Versichert sich die Fachkraft jedoch vorher, ob das Kind aufnahmefähig ist und das Gesagte auch angemessen wahrnimmt, kann ein Gegenagieren verhindert werden.

Die Dissoziation ist ein Mechanismus, der zur Zeit der Belastung eine angemessene Reaktion war, um diese auszuhalten. Jedoch stellt sie im Alltag ein Problem dar, gerade für die soziale Teilhabe. Ziel der Arbeit mit traumatisierten Kindern ist, in erster Linie, Faktoren, die Stress verursachen und Trigger auslösen, zu verringern. Somit kann eine Dissoziation erstmals verhindert werden (vgl. ebd.: 115)

Damit die Selbstwertbedrohungen und Demütigungen gemindert werden können, muss der Pädagoge sein Bewusstsein reflektieren. Wichtig ist, dass der Pädagoge lernt, dass das störende Verhalten des Kindes, eine Reaktion ist, die sich auf früher erlebten Stress anlehnt. Mit diesem Verständnis, kann verhindert werden, dass das Selbstwertgefühl des Kindes durch den Pädagogen gesenkt wird, weil eine Erklärung für dieses Verhalten zugrunde liegt. Das Verhindern von Demütigungen ist effektiver, statt nur Lob als Maßnahme auszusprechen. (vgl. Weiß 2014: 117 f.)

Ein belastetes Selbst ist anfälliger für Stress (vgl. Eckhardt-Henn/Hoffmann 2004: 81). Die enorme Stresseinwirkung hingegen führt zu weiteren Belastungen (siehe Kapitel 4 und Kapitel 5). Daher ist es wichtig, dass der Klient möglichst wenig Stress und negative Erlebnisse erfährt.

## 7 Diskussion

Trauma ist ein sehr komplexes und noch weitestgehend zu erforschendes Gebiet. Gerade an den verschiedenen Definitionsansätzen und Klassifikationen ist zu erkennen, dass noch viel Forschung in diesem Gebiet notwendig ist, um die Komplexität aufzugreifen.

Der Ursprung der Definition, die chirurgische Traumatologie, ist passend, um zu beschreiben, wie der Blick häufig auf Schäden erfolgt. Oft erkennen wir tiefgreifende Schäden erst, wenn sie sich physisch kenntlich machen. Psychische Folgen sind zum Teil „leichter“ überspielbar als physische. Demnach braucht es einen Perspektivwechsel, um diese Art von Schäden zu erkennen, weil sie eben oft nicht verbal kommuniziert werden (können).

Den nötigen Perspektivwechsel bietet die Psychotraumatologie. Genauer betrachtet geht es im ersten Schritt, um die Benennung der Verletzungen und die anschließende „Verarztung“. Sie betrachtet die Verletzungen der Seele mit all seinen relevanten

Faktoren. Schon die Geschichte von Psychotraumatologie ist geprägt durch Kriege, die zum größten Teil durch biologische Auffälligkeiten auf psycho-soziale Aspekte aufmerksam wurde.

Wird dies als Grundlage für den heutigen gesellschaftspolitischen Stand genommen, sind fatale Folgen, vor allem bei Kindern, die Kriegs- und Fluchterfahrungen gemacht haben, zu erwarten. Dementsprechend muss sich, vor allem die Soziale Arbeit, dringend mit traumarelevanten Aspekten in der pädagogischen Arbeit befassen, um das Heranwachsen einer traumatisierten Generation zu verhindern, oder mindestens zu reduzieren. Dabei sind Pädagogen nicht nur als ausführende Kraft von fertigen Konzepten und Vorgaben einzustufen. Sie sind Mitgestalter der traumapädagogischer Konzepte und sind eingebettet in das System (vgl. Bausum et al. 2013: 222).

Hierzu ist es unabdingbar, dass die Sozialpädagogen, neben der geschichtlichen und politischen Aspekte, Wissen über die unterschiedlichen Traumafolgestörungen und über die Anfälligkeit aneignen. Es ist wichtig, dass eine pädagogische Fachkraft informiert ist über die Symptomeigenschaft und dessen Ausgangspunkte, weil er mit diesen arbeiten wird.

Zudem müssen die neurobiologischen Vorgänge und Folgen bei einem Trauma und einer Traumafolgestörung in eine bewusste traumapädagogische Arbeit eingebettet sein. Nicht nur im kurzfristigen direkten Umgang mit den Klienten, sondern auch die langfristigen Auswirkungen auf die Physiologie einer (nicht-)gelingenden Traumapädagogik. Dieses Bewusstsein formt die Haltung gegenüber der Wichtigkeit und der Effekte einer adäquaten Traumapädagogik.

Traumafolgestörungen können zu psychische als auch physischen Deformationen führen, die negative Auswirkungen im Leben der Betroffenen hervorheben können. Demnach ist eine Traumafolgestörung nicht nur als eine „einfache“ psychische Belastung zu betrachten, vielmehr als ein Gefüge von biopsychosozialen Faktoren, die auf ein Individuum einwirken.

Gerade im Bereich der Forschung über die Wechselbeziehung der psycho-somatischen Elemente und Einflüsse auf diese, sind noch einige Fragen offen. Es ist noch immer nicht ganz klar, welche traumatischen Ereignisse, welche konkreten Störungen und Symptomatiken hervorrufen können, wie die körperlichen Ausmaße langfristig betrachtet beeinflusst werden und was genau Resilienzfaktoren ausmachen

Es ist dringlich, einen Wechsel im Standpunkt zu machen, versuchen zu verstehen und nach dem guten Grund zu forschen. Für das Selbst-verstehen, muss in erster Linie die pädagogische Fachkraft sich und seine Handlungen, Haltungen, Konzepte und sein

Vorgehen verstehen und begründen. Er muss seine Gefühle verstehen und Bezug zu ihnen haben. Erst dann kann er dem Kind die Unterstützung leisten, dasselbe zu tun, sich und die traumatischen Handlungen zu verstehen.

Dies kann auf alle weiteren Interventionsschritte übertragen werden. Wenn der Pädagoge nicht den Weg vorläuft, sich zu verstehen, wahrzunehmen und anschließend zu regulieren, kann er dies nicht vom belasteten Kind erwarten. Es ist das lebenslange Lernen, das den Pädagogen auf der Reise mit traumatisierten Kindern erwartet. Für diesen Weg muss die pädagogische Fachkraft ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit aufbringen. Ständig wird er mit sich, mit seiner Geschichte und seinen Emotionen konfrontiert. Dies kann sehr belastend werden. Es bildet neben der Arbeit mit den bedrückenden, aufreibenden und intensiven Geschichten der traumatisierten Kinder, einen weiteren Bereich, der individuell aufgearbeitet werden muss.

Erst durch die Erfahrungen und Anwendungen der Konzepte am eigenen Leib, kann die Umsetzung hilfreich, effektiv und sinnvoll erfolgen. Empathie und zugleich Sicherheit in dem pädagogischen Handeln kann besser hergestellt werden.

## 8 Fazit

Die Traumapädagogik ist ein anspruchsvoller und zugleich komplexer Bereich. Das Risiko zur Belastung als Sozialpädagoge durch die traumapädagogische Arbeit ist zwar hoch aber zugleich ein elementares Gebiet, das er behandelt. Sowohl für den „Heilungsprozess“ der einzelnen Klienten, als auch weitbetrachtet für eine gesunde Entwicklung der Gesellschaft, ist die Soziale Arbeit ein wesentliches Fundament. Daher werden sich die Sozialpädagogen an den Instrumenten der Psychotraumatologie und Traumapädagogik bedienen und weiter erforschen müssen.

Sich der Notwendigkeit des Wissens über Traumapädagogik bewusst zu werden, ist nicht nur ein Element für die Soziale Arbeit. Es ist eine gesellschaftliche Frage, mit der sich jeder beschäftigen sollte, gerade Institutionen, die mit der Sozialen Arbeit kooperieren. Wird der aktuelle Stand des menschlichen Leidens allein durch interpersonelle Gewalt- und Kriegserfahrungen betrachtet, ist und wird die Soziale Arbeit zukünftig noch viel mehr tragen müssen, als es jetzt schon der Fall ist. Um dieser Aufgabe nachkommen zu können, sind Unterstützung für die Strukturen nötig, damit sie beständig und stabil bleiben. Andererseits würden sich schwergradige Folgen in mehreren Institutionen und

Bereichen ergeben, sei es auf wirtschaftlicher, politischer, gesundheitlicher und gerade sozialer Ebene.

Daher ist es unabdingbar als Sozialpädagoge sich mit der Psychotraumatologie, besonders mit der im Kindes- und Jugendalter auseinanderzusetzen und eine Sensibilität dafür zu gewinnen. Seelische Wunden von gestern, heute und morgen, die nicht gerecht und nachhaltig versorgt werden, münden in tiefere Verletzungen für die ganze Gesellschaft. Dazu werden die Sozialpädagogen aufgefordert, sich dringend dieser Thematik anzunehmen und Grundsteine für die Behandlung aufgeführten traumapädagogisch relevanter Thematiken aufzubauen.

## Anhang

Anhang 1 Prävalenzraten nach verschiedener Formen von Traumafolgestörungen (Landolt 2021: 88)

Art der traumatischen Erfahrung	PTBS-Prävalenz
Vernachlässigung	20-82%
Gewalt: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geiselnahme, Schießerei, Überfall</li> <li>• Kindesmisshandlung (körperlich/sexuell)</li> <li>• Krieg und Flucht</li> <li>• Terrorismus</li> </ul>	27-100% 18-58% 19-74% 10-66%
Naturkatastrophen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wirbelstürme</li> <li>• Erdbeben</li> <li>• Flutkatastrophen, Tsunami</li> </ul>	5-63% 24-91% 1-90%
Technische Katastrophen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kernkraftunfall</li> <li>• Explosion einer Chemiefabrik</li> </ul>	Keine erhöhten Raten gefunden 29-45%
Unfälle: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verkehrsunfälle</li> <li>• Verbrennungsunfälle</li> <li>• Schiffsunglück</li> <li>• Sportunfälle</li> </ul>	ABS: 8-28% PTBS: 6-29% ABS: 12-30% PTBS: 13-19% 17-50% <5%
Lebensbedrohliche Krankheiten/invasive medizinische Behandlungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krebs</li> <li>• Organtransplantation</li> <li>• Meningokokkensepsis</li> <li>• schweres Asthma</li> <li>• herzchirurgische Eingriffe, schwere Herzkrankheiten</li> <li>• ernsthafte Krankheit mit Aufenthalt auf Intensivstation</li> </ul>	5-15% 16% 11-15% 20% 12-31% 10-28%

Anhang 2 Diagnostische Kriterien nach DSM-5 für eine posttraumatische Belastungsstörung für Erwachsene, Jugendliche und Kinder > 6 Jahren (Falkai et al. 2018: 62–65)

## Posttraumatische Belastungsstörung

Diagnostische Kriterien	F43.10
<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	
<p><b>Beachte:</b> Die folgenden Kriterien gelten für Erwachsene, Jugendliche und Kinder, die älter als 6 Jahre sind. Für 6-jährige oder jüngere Kinder gelten die entsprechenden weiter unten aufgeführten Kriterien.</p>	
<p>A. Konfrontation mit tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse.</li> <li>2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen.</li> <li>3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind. Im Falle von tatsächlichem oder drohendem Tod des Familienmitgliedes oder Freundes muss das Ereignis bzw. müssen die Ereignisse durch Gewalt oder einen Unfall bedingt sein.</li> <li>4. Die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z. B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln, oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden).</li> </ol> <p><b>Beachte:</b> Eine Konfrontation durch elektronische Medien, Fernsehen, Spielfilme oder Bilder erfüllt das Kriterium A4 nicht, es sei denn, diese Konfrontation ist berufsbedingt.</p>	
<p>B. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen aufgetreten sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse.           <p><b>Beachte:</b> Bei Kindern, die älter als 6 Jahre sind, können traumabezogene Themen oder Aspekte des oder der traumatischen Ereignisse wiederholt im Spielverhalten zum Ausdruck kommen.</p> </li> <li>2. Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen.           <p><b>Beachte:</b> Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.</p> </li> <li>3. Dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks), bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das oder die traumatischen Ereignisse wieder ereignen würden.</li> </ol>	



(Diese Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, bei dem der völlige Wahrnehmungsverlust der Umgebung die extremste Ausdrucksform darstellt.)

**Beachte:** Bei Kindern können Aspekte des Traumas im Spiel nachgestellt werden.

4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
  5. Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind, und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen begannen. Dies ist durch eines (oder beide) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Vermeidung oder Bemühungen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind.
  2. Vermeidung oder Bemühungen, Dinge in der Umwelt (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen) zu vermeiden, die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem bzw. diesen verbunden sind.
- D. Negative Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse zu erinnern (typischerweise durch Dissoziative Amnesie und nicht durch andere Faktoren wie Kopfverletzungen, Alkohol oder Drogen bedingt).
  2. Anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf die eigene Person, andere Personen oder die Welt beziehen (z. B. „Ich bin schlecht“, „Man kann niemandem trauen“, „Die ganze Welt ist gefährlich“, „Mein Nervensystem ist dauerhaft ruiniert“).
  3. Anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des oder der traumatischen Ereignisse, die dazu führen, dass die Person sich oder anderen die Schuld zuschreibt.
  4. Andauernder negativer emotionaler Zustand (z. B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham).
  5. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.
  6. Gefühle der Abgetrenntheit oder Entfremdung von anderen.
  7. Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (z. B. Glück, Zufriedenheit, Gefühle der Zuneigung).
- E. Deutliche Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden.
  2. Riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten.

3. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).
4. Übertriebene Schreckreaktionen.
5. Konzentrationsschwierigkeiten.
6. Schlafstörungen (z. B. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf).
- F. Das Störungsbild (Kriterien B, C, D und E) dauert länger als 1 Monat.
- G. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- H. Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Medikament, Alkohol) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

*Bestimme, ob:*

**Mit Dissoziativen Symptomen:** Die beim Betroffenen auftretenden Symptome erfüllen die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Zusätzlich erlebt der Betroffene als Reaktion auf das auslösende Ereignis dauerhaft oder wiederkehrend eines der beiden folgenden Symptome:

1. **Depersonalisation:** Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrung des Losgelöstseins und das Gefühl, die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von außen zu beobachten (z. B. Gefühl, als sei man in einem Traum; Gefühl der Unwirklichkeit des Selbst oder des Körpers oder alles wie in Zeitlupe zu erleben).
2. **Derealisation:** Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrungen der Unwirklichkeit der Umgebung (z. B. die Umgebung wird als unwirklich, wie im Traum, entfernt oder verzerrt wahrgenommen).

**Beachte:** Um diesen Subtyp zu vergeben, dürfen die dissoziativen Symptome nicht auf die physiologische Wirkung einer Substanz (z. B. Erinnerungsverlust, Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. komplex fokale Anfälle) zurückgehen.

*Bestimme, ob:*

**Mit Verzögertem Beginn:** Wenn das Auftreten und das Beschreiben einzelner Symptome zwar initial erfolgt, aber erst mindestens 6 Monate nach dem Ereignis alle diagnostischen Kriterien erfüllt sind.

### Posttraumatische Belastungsstörung bei Kindern bis zum Alter von 6 Jahren

- A. Das 6-jährige oder jüngere Kind war tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten ausgesetzt:
  1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse.
  2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen, insbesondere bei primären Bezugspersonen.

**Beachte:** Dieses Erleben bezieht sich nicht auf Ereignisse, die ausschließlich über elektronische Medien, Fernsehen, Filme oder Bilder verfolgt worden sind.

  3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind.
- B. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen aufgetreten sind:
  1. Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse.

**Beachte:** Spontane und intrusive Gedanken müssen nicht notwendigerweise belastend wirken, sondern können auch spielerisch reinszeniert werden.

2. Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen.

**Beachte:** Es kann möglicherweise nicht gesichert werden, dass der beängstigende Inhalt der Träume mit dem belastenden Ereignis zusammenhängt.

3. Dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks), bei denen das Kind fühlt oder handelt, als ob das oder die traumatischen Ereignisse sich wieder ereignen würden. (Diese Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, bei dem der völlige Wahrnehmungsverlust der Umgebung die extremste Ausdrucksform darstellt.) Aspekte des Traumas können im Spiel nachgestellt werden.
  4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
  5. Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.
- C. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome, welche entweder anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind, oder negative kognitive oder affektive Veränderungen im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen beinhalten. Diese Veränderungen traten erstmalig nach dem oder den Ereignissen auf oder haben sich danach verschlimmert:

#### **Anhaltende Vermeidung von Reizen**

1. Vermeidung oder Bemühungen, Aktivitäten, Orte oder Gegenstände zu vermeiden, die an das oder die traumatischen Ereignisse erinnern.
2. Vermeidung oder Bemühungen, Personen, Gespräche oder zwischenmenschliche Situationen zu vermeiden, die Erinnerungen an das oder die traumatischen Ereignisse hervorrufen.

#### **Negative kognitive Veränderungen**

3. Deutlich häufiger auftretende negative emotionale Zustände (z. B. Furcht, Schuld, Traurigkeit, Scham oder Verwirrung).
  4. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, darunter eingeschränktes Spielen.
  5. Soziales Rückzugsverhalten.
  6. Dauerhaft vermindertes Ausdrücken positiver Emotionen.
- D. Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden (einschließlich extremer Wutanfälle).
  2. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).
  3. Übertriebene Schreckreaktionen.
  4. Konzentrationsschwierigkeiten.
  5. Schlafstörungen (z. B. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf).

## Literaturverzeichnis

Alisic, E/Zalta, AK/van Wesel, F (2014): PTSD rates in trauma-exposed children and adolescents: A metaanalysis. In: *British Journal of Psychiatry*,.

American Psychiatric Association/Committee on Nomenclature and Statistics (1952): Diagnostic and statistical manual: mental disorders. American Psychiatric Association.

Bausum, Jacob (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchges. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Bausum, Jacob/Besser, Lutz Ulrich/Kühn, Martin/Weiß, Wilma (Hrsg.) (2013): Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3., durchgesehene Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa.

Beck, Henning/Anastasiadou, Sofia/Meyer zu Reckendorf, Christopher (2018): Das Nervensystem. In: *Faszinierendes Gehirn*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 0–31.

Bering, R./Fischer, G./Johansen, F.F. (2002): Neurovulnerabilität der Hippokampusformation bei der posttraumatischen Belastungsstörung. In: *Psychotraumatologie*, DOI: 10.1055/s-2002-30642. Text abrufbar unter: <https://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/10.1055/s-2002-30642>.

Bremner, J Douglas (1999): Alterations in brain structure and function associated with post-traumatic stress disorder. Präsentiert auf: *Seminars in clinical neuropsychiatry*, 1999, 249–255.

Bremner, J. Douglas/Vythilingam, Meena/Vermetten, Eric/Southwick, Steven M./McGlashan, Thomas/Nazeer, Ahsan/Khan, Sarfraz/Vaccarino, L. Viola/Soufer, Robert/Garg, Pradeep K./et al. (2003): MRI and PET Study of Deficits in Hippocampal Structure and Function in Women With Childhood Sexual Abuse and Posttraumatic Stress Disorder. In: *American Journal of Psychiatry*, 160 (5), 924–932.

Carrion, Victor G/Weems, Carl F/Ray, Rebecca D/Glaser, Bronwyn/Hessl, David/Reiss, Allan L (2002): Diurnal Salivary Cortisol in Pediatric Posttraumatic Stress Disorder. In: *Biological Psychiatry*, 51 (7), 575–582.

Cohen, Judith A./Scheeringa, Michael S. (2009): Post-Traumatic Stress Disorder Diagnosis in Children: Challenges and Promises. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11 (1), 91–99.

Copeland, William E/Keeler, Gordon/Angold, Adrian/Costello, E Jane (2007): Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. In: *Archives of general psychiatry*, American Medical Association, 64 (5), 577–584.

- Da Costa, Jacob Mendes (1871): On Irritable Heart: A Clinical Study of a Form of Functional Cardiac Disorder and Its Consequences. In: *American Journal of Medical Sciences*, 61 (121), 2–53.
- De Bellis, Michael D./Hooper, Stephen R./Spratt, Eve G./Woolley, Donald P. (2009): Neuropsychological Findings in Childhood Neglect and Their Relationships to Pediatric PTSD. In: *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15 (6), 868–878.
- De Bellis, Michael D./Thomas, Lisa A. (2003): Biologic Findings of Post-Traumatic Stress Disorder and Child Maltreatment. In: *Current Psychiatry Reports*, 5 (2), 108–117.
- De Bellis, Michael D./Zisk, Abigail (2014): The Biological Effects of Childhood Trauma. In: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23 (2), 185–222.
- Denner, Silvia (2003): Traumatisierungen in der Kindheit-Implicationen für sozialpädagogische Interventionen. In: Beltz.
- Deutsches Komitee für UNICEF e.V. (1992): Konvention über die Rechte des Kindes. Text abrufbar unter: <https://www.unicef.de/cae/resource/blob/194402/3828b8c72fa8129171290d21f3de9c37/d0006-kinderkonvention-neu-data.pdf>.
- Eckhardt-Henn, Annegret/Hoffmann, Sven Olaf (2004): Dissoziative Bewusstseinsstörungen: Theorie, Symptomatik, Therapie. Stuttgart: Schattauer.
- Ehlert, Ulrike/Gaab, Jens/Heinrichs, Markus (2001): Psychoneuroendocrinological Contributions to the Etiology of Depression, Posttraumatic Stress Disorder, and Stress-Related Bodily Disorders: The Role of the Hypothalamus–Pituitary–Adrenal Axis. In: *Biological Psychology*, 57 (1–3), 141–152.
- Elklit, Ask (2002): Victimization and PTSD in a Danish National Youth Probability Sample. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41 (2), 174–181.
- Elzinga, B (2002): Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? In: *Journal of Affective Disorders*, 70 (1), 1–17.
- Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich/Döpfner, Manfred/Gaebel, Wolfgang/Maier, Wolfgang/Rief, Winfried/Saß, Henning/Zaudig, Michael/American Psychiatric Association (Hrsg.) (2018): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. 2. korrigierte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Fiedler, Peter (2013): Dissoziative Störungen. 2., überarb. Aufl. Göttingen Bern Wien: Hogrefe.
- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (2020): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 5., aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Gahleitner, Silke Birgitta (2011): Das therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Psychiatrie-Verlag.

Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baierl, Martin/Kühn, Martin/Schmid, Marc (2017): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. Text abrufbar unter: <https://doi.org/10.13109/9783666402401> (Zugriff am 18.6.2022).

Gast, Ursula/Wabnitz, Pascal (2017): Dissoziative Störungen erkennen und behandeln. 2., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Goenjian, Armen K./Pynoos, Robert S./Steinberg, Alan M./Endres, David/Abraham, Khachik/Geffner, Mitchell E./Fairbanks, Lynn A. (2003): Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Activity among Armenian Adolescents with PTSD Symptoms. In: *Journal of Traumatic Stress*, 16 (4), 319–323.

Goenjian, Armen K./Yehuda, R./Pynoos, Robert S./Steinberg, Alan M./Tashjian, Madeline/Kwei Yang, Ren/Najarian, Louis M./Fairbanks, Lynn A. (1996): Basal cortisol, dexamethasone suppression of cortisol, and MHPG in adolescents after the 1988 earthquake in Armenia. In: *Am. J. Psychiatry*, 153.

Gunaratnam, Shaminka/Alisic, Eva (2017): Epidemiology of Trauma and Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents. In: Landolt, Markus A./Cloitre, Marylène/Schnyder, Ulrich (Hrsg.), *Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents*. Cham: Springer International Publishing, 29–47.

Gunnar, Megan R./Quevedo, Karina M. (2007): Early Care Experiences and HPA Axis Regulation in Children: A Mechanism for Later Trauma Vulnerability. In: *Progress in Brain Research*, Bd. 167. Elsevier, 137–149.

Hart, Jordan/Gunnar, Megan/Cicchetti, Dante (1996): Altered Neuroendocrine Activity in Maltreated Children Related to Symptoms of Depression. In: *Development and Psychopathology*, 8 (1), 201–214.

Heim, Christine/Nemeroff, Charles B. (2009): Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder. In: *CNS spectrums*, 14 (1 Suppl 1), 13–24.

Henry, Jim/Sloane, Mark/Black-Pond, Connie (2007): Neurobiology and Neurodevelopmental Impact of Childhood Traumatic Stress and Prenatal Alcohol Exposure. In: *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 38 (2), 99–108.

Hensel, Thomas (2012): Liebe allein reicht nicht. In: *Trauma & Gewalt*, Klett-Cotta Verlag, 6 (3), 244–251.

Herman, Judith Lewis (2018): Die Narben der Gewalt: traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. 5., aktualisierte Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.

Hocking, Frederick (1970): Psychiatric aspects of extreme environmental stress. In: *Diseases of the Nervous System*, Physicians Postgraduate Press.

Jackowski, Andrea Parolin/de Araújo, Celia Maria/de Lacerda, Acioly Luiz Tavares/de Jesus Mari, Jair/Kaufman, Joan (2009): Neurostructural Imaging Findings in Children with Post-Traumatic Stress Disorder: Brief Review. In: *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63 (1), 1–8.

Kearney, Christopher A./Wechsler, Adrianna/Kaur, Harpreet/Lemos-Miller, Amie (2010): Posttraumatic Stress Disorder in Maltreated Youth: A Review of Contemporary Research and Thought. In: *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13 (1), 46–76.

Kendell, RE (1980): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. In: *American Journal of Psychiatry*, Am Psychiatric Assoc, 137 (12), 1630–1631.

King, Jean A./Mandansky, Deborah/King, Susie/Fletcher, Kenneth E./Brewer, Judith (2001): Early Sexual Abuse and Low Cortisol. In: *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 55 (1), 71–74.

Kolle, Kurt (1958): Die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in psychiatrischer Sicht. Verlag nicht ermittelbar.

Landolt, Markus 1962- (2021): Psychotraumatologie des Kindesalters Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. 3., überarbeitete Auflage. Hogrefe.

Landolt, Markus A./Schnyder, Ulrich/Maier, Thomas/Schoenbuecher, Verena/Mohler-Kuo, Meichun (2013): Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents: A National Survey in Switzerland: Trauma Exposure and PTSD in Swiss Adolescents. In: *Journal of Traumatic Stress*, 26 (2), 209–216.

Lang, Birgit/Bundesarbeitsgemeinschaft Traumapädagogik (Hrsg.) (2013): Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe: eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim Basel: Beltz-Juventa.

Maercker, Andreas/de Haan/Deegener, Günther/Landolt, Markus A. (Hrsg.) (2019): Traumafolgestörungen. 5. Auflage. Berlin [Heidelberg]: Springer.

Milot, Tristan/St-Laurent, Diane/Éthier, Louise S./Provost, Marc A. (2010): Trauma-Related Symptoms in Neglected Preschoolers and Affective Quality of Mother-Child Communication. In: *Child Maltreatment*, 15 (4), 293–304.

Nemeroff, Charles B. (2016): Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. In: *Neuron*, 89 (5), 892–909.

Perkonig, A./Kessler, R. C./Storz, S./Wittchen, H-U. (2000): Traumatic Events and Post-Traumatic Stress Disorder in the Community: Prevalence, Risk Factors and Comorbidity: Post-Traumatic Stress Disorder in the Community. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (1), 46–59.

Pervanidou, P. (2008): Biology of Post-Traumatic Stress Disorder in Childhood and Adolescence. In: *Journal of Neuroendocrinology*, 20 (5), 632–638.

Putnam, Frank W (1997): *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. Guilford press.

Rennefeld, Brigitta (1989): *Institutionelle Hilfen für Opfer von sexuellem Missbrauch. Ansätze und Arbeitsformen in den USA*. Bielefeld: Böllert, KT-Verlag.

Resch, F./Brunner, R. M./Parzer, R. (1998): Dissoziative Mechanismen und Persönlichkeitsentwicklung. In: Klosterkötter, J. (Hrsg.), *Frühdiagnostik und Frühbehandlung psychischer Störungen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 125–140.

Sack, Martin/Sachsse, Ulrich/Schellong, Julia (Hrsg.) (2022): *Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. 2., aktualisierte und ergänzte Neuauflage. Stuttgart: Schattauer.

Scherwath, Corinna/Friedrich, Sibylle (2016): *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. 3., aktualisierte Auflage. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Schmid, Marc (2008): Entwicklungspsychopathologische Grundlagen einer Traumapädagogik. In: *Trauma & Gewalt*, Klett-Cotta Verlag, 2 (4), 288–309.

Schmid, Marc (Hrsg.) (2012): *Handbuch psychiatriebezogene Sozialpädagogik: mit 15 Tabellen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Schmid, Marc (2020): Trauma - Was ist das? In: Schröder, Martin (Hrsg.), *Sozialmagazin*, 69469 Weinheim: Beltz Juventa, DOI: 10.3262/SM2002006.

Selye, Hans (1946): The General Adaptation Syndrome and the diseases of adaptation 1. In: *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 6 (2), 117–230.

Sheridan, Margaret A./Fox, Nathan A./Zeanah, Charles H./McLaughlin, Katie A./Nelson, Charles A. (2012): Variation in Neural Development as a Result of Exposure to Institutionalization Early in Childhood. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109 (32), 12927–12932.

Stoltenborgh, Marije/Bakermans-Kranenburg, Marian J./van IJzendoorn, Marinus H. (2013): The Neglect of Child Neglect: A Meta-Analytic Review of the Prevalence of Neglect. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (3), 345–355.

Sugaya, Luisa/Hasin, Deborah S./Olfson, Mark/Lin, Keng-Han/Grant, Bridget F./Blanco, Carlos (2012): Child Physical Abuse and Adult Mental Health: A National Study: Child Abuse and Adult Mental Health. In: *Journal of Traumatic Stress*, 25 (4), 384–392.



- Tarullo, Amanda R./Gunnar, Megan R. (2006): Child Maltreatment and the Developing HPA Axis. In: *Hormones and Behavior*, 50 (4), 632–639.
- Teicher, Martin H./Samson, Jacqueline A. (2016): Annual Research Review: Enduring Neurobiological Effects of Childhood Abuse and Neglect. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57 (3), 241–266.
- Terr, Lenore C (1991): Childhood traumas: on outline and overview. In: 148, 10–20.
- Traumapädagogik, BAG (2011): Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. In: *Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik. Gnarrenburg: BAG. (auch online unter [www. bagtraumapaedagogik. de/files/positionspapier\\_11-2011. pdf](http://www.bagtraumapaedagogik.de/files/positionspapier_11-2011.pdf),.*
- Tyson, Phyllis/Tyson, Robert L. (1993): Psychoanalytic Theories of Development: Integration. New ed. Yale University Press.
- Van den Bergh, Bea R. H./Dahnke, Robert/Mennes, Maarten (2018): Prenatal Stress and the Developing Brain: Risks for Neurodevelopmental Disorders. In: *Development and Psychopathology*, 30 (3), 743–762.
- Van der Kolk, Bessel (2015): Verkörperter Schrecken. In: *Traumaspuren in Gehirn, Geist und Körper und wie man sie heilen kann. GP Probst, Lichtenau/Westfalen,.*
- Venzlaff, Ulrich (1966): Das akute und das chronische Belastungssyndrom. In: *Medizinische Welt*, 17, 369–376.
- Wechsler-Zimring, Adrianna/Kearney, Christopher A. (2011): Posttraumatic Stress and Related Symptoms among Neglected and Physically and Sexually Maltreated Adolescents. In: *Journal of Traumatic Stress*, 24 (5), 601–604.
- Weiß, Wilma (Hrsg.) (2014): „Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut“: Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Weiß, Wilma (2021): Philipp sucht sein Ich: zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. 9., vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Wilson, John P. (1989): Trauma, transformation, and healing: an integrative approach to theory, research, and post-traumatic therapy. New York: Brunner/Mazel.
- World Health Organisation (2018): ICD-11. International Classification for Morbidity and Mortality Statistics. Geneva: WHO. Text abrufbar unter: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Diplomarbeit/Dissertation selbstständig ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe. Alle den benutzten Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen sind als solche einzeln kenntlich gemacht.

Hiermit versichere ich, dass ich die Arbeit eigenständig verfasst habe und nur die angegebenen Quellen und Hilfs





