

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
Fakultät Wirtschaft und Soziales

Department Soziale Arbeit  
Bachelor Soziale Arbeit

# **„Und dann werde ich plötzlich wie Hulk und kann nichts dagegen tun...“**

Traumatasensibler Umgang mit Kindern im Kontext Schule

Bachelor-Thesis

Erstgutachterin: Prof. Dr. Jutta Hagen  
Zweitgutachterin: Anna Franze

**Vorgelegt von:**

Corinna Martin

[REDACTED]

[REDACTED]

Abgabedatum: 9. Oktober 2024

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Psychotraumatologie</b>	<b>4</b>
<b>2.1</b>	<b>Definition</b>	<b>4</b>
2.1.1	Traumatypen	6
2.1.2	Traumafolgen	7
<b>2.2</b>	<b>Traumabiologie</b>	<b>9</b>
2.2.1	Das dreigliedrige Gehirn	10
2.2.2	Stressreaktionen	11
2.2.3	Window of Tolerance	15
<b>2.3</b>	<b>Kinder und Trauma</b>	<b>17</b>
2.3.1	Auswirkungen und Symptome	17
2.3.2	Schutz- und Risikofaktoren	20
2.3.3	Bindungstrauma	21
<b>3</b>	<b>Traumasensibler Umgang in der Schule</b>	<b>25</b>
<b>3.1</b>	<b>Annahme des Guten Grundes</b>	<b>28</b>
<b>3.2</b>	<b>Schule als „sicherer Ort“</b>	<b>30</b>
3.2.1	Die pädagogische Beziehung	31
3.2.2	Zeit- und Raumstruktur	34
3.2.3	Innere Sicherheit	36
<b>3.3</b>	<b>Institutionelle Rahmenbedingungen und Mitarbeitendenfürsorge</b>	<b>42</b>
<b>4</b>	<b>Fazit und Ausblick</b>	<b>45</b>
	<b>Literatur</b>	<b>47</b>

# 1 Einleitung

In den letzten Jahren ist das Thema Psychotrauma vermehrt in den öffentlichen Blickpunkt gerückt und bildet die Grundlage vieler gesellschaftlicher Diskurse. Ebenso lässt sich seit einigen Jahren, insbesondere im Zuge der Corona Pandemie, ein Anstieg der psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen feststellen. Auch wenn derzeit keine aktuellen Zahlen zur Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland vorliegen, lassen sich doch einige Indikatoren finden, die auf einen hohen Anteil traumatisierter Kinder und Jugendlicher schließen lassen. So hat die Zahl der gemeldeten Kindeswohlgefährdungen 2023 mit 63.700 betroffenen Kindern und Jugendlichen einen neuen Höchststand erreicht (vgl. Statistisches Bundesamt 2024).<sup>1</sup> Im Jahr 2022 stieg die Zahl der Inobhutnahmen um 40 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (vgl. Statistisches Bundesamt 2023a). Weitere 68.900 Kinder und Jugendliche leben in Haushalten mit einem erhöhten erzieherischen Hilfebedarf (vgl. Statistisches Bundesamt 2023b). Die Dunkelziffer der Kinder und Jugendlichen, die von Misshandlungen, Missbrauch oder Vernachlässigung betroffen sind, dürfte darüber hinaus noch deutlich höher ausfallen. Zwar führt das Erleben von Gewalt oder traumatischen Situationen nicht zwangsläufig zu der Ausbildung einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder anderen Traumafolgestörungen, es erhöht die Wahrscheinlichkeit einer solchen Erkrankung jedoch signifikant (vgl. UKE 2017, 2f.). Im Bereich der stationären Kinder- und Jugendhilfe wurde zudem festgestellt, dass 81 Prozent der in Heimen oder Wohngruppen untergebrachten Kindern und Jugendlichen traumatisiert sind (vgl. Weiß 2021, 106) und auch eine Vielzahl von geflüchteten Kindern und Jugendlichen (zwischen 22 Prozent und 73 Prozent), die in Deutschland leben, weisen psychologische Belastungssymptome auf (vgl. UKE 2017, 3).

All diesen Kindern und Jugendlichen ist gemein, dass sie Schulen besuchen und diese aufgrund ihrer traumabedingten Symptome und Verhaltensweisen nicht selten besonders fordern: „Sie stellen Schulen und Lehrkräfte mit ihrem Verhalten vor hohe Herausforderungen, führen an Grenzen und lösen häufig Hilflosigkeit sowie in der Folge dessen auch Abwehr aus. Pathologisierung, Hilfeabbrüche und Ausschlüsse aus gesellschaftlichen Kontexten sind die Folge“ (Quack/Fremmer 2017, 655). Tatsächlich konnte festgestellt werden, dass Menschen, die frühkindliche Misshandlungserfahrungen gemacht haben, einer höheren Wahrscheinlichkeit ausgeliefert sind schlechtere Schulleistungen und niedrigere Bildungsabschlüsse zu erzielen als Kinder ohne solche Erfahrungen. Ebenso sind Menschen mit frühen Traumatisierungen im späteren

---

<sup>1</sup> Da nicht alle Jugendämter ihre Daten übermittelt haben, kann jedoch von einer noch höheren Anzahl von Fällen, denen eine Kindeswohlgefährdung zugrunde liegt, ausgegangen werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2024).

Leben häufiger von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen (vgl. Streeck-Fischer 2010, 99; Weiß/Kessler/Gahleitner 2016, 10).

Die Schule ist heutzutage ein zentraler Lebensort von Kindern und Jugendlichen und es stellt sich die Frage, wie dieser Ort so gestaltet werden kann, dass *allen* (mit oder ohne Traumafolgestörungen) Schüler:innen eine gleichberechtigte Teilhabe ermöglicht werden kann. Eltern und pädagogisches Personal in Schulen sind häufig überfordert mit den Verhaltensweisen von traumatisierten Kindern und auch die Kinder selbst leiden unter den traumabedingten Symptomen und sehen sich diesen oft hilflos ausgeliefert. So fasste ein Junge in einer niedersächsischen Grundschule, der infolge von häuslicher Gewalt traumabedingte Symptome entwickelt hat und im Schulalltag regelmäßig durch Regelverstöße und gewaltvolles Verhalten auffiel, sein impulsiv-aggressives Verhalten und seine damit verbundene Überforderung folgendermaßen zusammen: „Und dann werde ich plötzlich wie Hulk und kann nichts dagegen tun...“.

In der vorliegenden Bachelorarbeit wird untersucht, wie Schule gestaltet werden muss, damit die Bedarfe von allen in der Institution Schule anwesenden und tätigen Personen gedeckt werden können und ein geregelter Schulalltag für alle Betroffenen möglich ist und gleichzeitig auch die Bedürfnisse traumatisierter Kinder berücksichtigt werden können<sup>2</sup>. Die zentrale Fragestellung ist: *Wie können Schulen traumasensibel gestaltet werden?*

Um dieser Frage nachgehen zu können, beschäftigt sich das Kapitel 2 mit dem Forschungsfeld der Psychotraumatologie unter Rückgriff auf aktuelle Forschungsergebnisse. Um zu verstehen, welche gesonderten Bedarfe bei traumatisierten Kindern vorliegen und wie diese entstehen, ist grundlegendes Psychotraumatologiewissen notwendig. In Kapitel 2.1 erfolgt dafür zunächst eine Definition des Begriffs Psychotrauma, der durch die beiden Unterkapitel und der Darstellung von den unterschiedlichen Traumtypen (Kapitel 2.1.1) und den Traumafolgen (Kapitel 2.1.2) weiter ausgeführt wird.

Kapitel 2.2 widmet sich dann der Traumabiologie. Hier wird ausgeführt, welche Prozesse auf der körperlichen Ebene ablaufen, wenn ein Mensch traumatisiert wird und wie sich die Traumatisierung auf den Organismus auswirkt. Kapitel 2.2.1 beleuchtet dabei genauer, was bei einer Traumatisierung im Gehirn passiert. Kapitel 2.2.2 erläutert die Stressreaktionen, die auf körperlicher Ebene ablaufen und ihre Verbindung zu Traumatisierungen. In Kapitel 2.2.3 wird das Modell des *Window of Tolerance* erklärt, das anschaulich darstellt, welche Auswirkungen eine Traumatisierung auf das autonome Nervensystem und damit die Regulationsfähigkeit des Menschen hat.

---

<sup>2</sup> Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit wird im Folgenden nur auf den traumasensiblen Umgang mit Kindern in der Grundschule eingegangen und nicht auf Jugendliche. Auch wenn sich einige Methoden und Konzepte für alle Altersstufen eignen, gibt es doch entwicklungsbedingte Unterschiede.

Kapitel 2.3 widmet sich schließlich der Frage, inwiefern sich Traumatisierungen bei Kindern anders auswirken und zeigen als bei Erwachsenen. Auch wenn die grundlegenden biologischen Abläufe bei Kindern und Erwachsenen natürlich gleich sind, gibt es doch einige Merkmale, die nach einer Traumatisierung nur bei Kindern auftreten. Deshalb befasst sich Kapitel 2.3.1 mit den Auswirkungen und Symptomen eines Traumas bei Kindern. Kapitel 2.3.2 benennt Schutz- und Risikofaktoren, die die Ausbildung von Traumafolgestörungen begünstigen oder verhindern können. Kapitel 2.3.3 beleuchtet anschließend näher das Thema des Bindungstraumas, da dieses vor allem bei Kindern vermehrt auftritt.

Im Kapitel 3 wird sich dann der konkreten Frage gewidmet, wie ein traumasensibler Umgang mit Kindern in der Schule aussehen kann. Unter Rückgriff auf das vorangestellte Theoriekapitel und grundlegende traumapädagogische Konzepte und Methoden, die ursprünglich für die (teil-)stationäre Kinder- und Jugendhilfe entwickelt wurden, wird aufgezeigt, welche Komponenten bei der Gestaltung einer traumasensiblen Schulkultur eine Rolle spielen. Kapitel 3.1 erläutert das traumapädagogische Konzept des *Guten Grundes* und wie dieses für den Kontext Schule abgewandelt werden kann. Im Anschluss beleuchtet Kapitel 3.2 das Konzept des *Sicheren Ortes* nach Martin Kühn. Dabei werden insbesondere die Gestaltung der pädagogischen Beziehung (3.2.1), die Gestaltung der Zeit- und Raumstruktur (3.2.2) und die Ermöglichung der inneren Sicherheit bei Kindern (3.2.3) ausgeführt und für den schulischen Alltag angepasst. In Kapitel 3.3 wird dargestellt, welche institutionellen Rahmenbedingungen gegeben sein müssen, damit traumasensibles Arbeiten möglich werden kann und welche Aspekte es dabei zu beachten gilt, um auch für die Mitarbeitenden in der Schule eine sichere Arbeitsumgebung schaffen zu können.

Die Arbeit schließt mit dem Fazit und einen Ausblick in Kapitel 4. Hier werden die wichtigsten Ergebnisse noch einmal zusammengefasst und mögliche, zukünftige Handlungsschritte, die zu einer traumasensibleren Schulkultur beitragen können, erläutert.

## 2 Psychotraumatologie

Bevor sich der Frage zugewandt werden kann wie ein gelingender Umgang mit traumatisierten Schüler:innen im Kontext Schule aussehen kann bzw. welche Gestaltungsmöglichkeiten es gibt um Schulen zu einem traumasensiblen Ort zu machen, sollte in einem ersten Schritt eine Annäherung an den komplexen Begriff Psychotrauma erfolgen.

### 2.1 Definition

Das Wort „Trauma“ findet seinen Ursprung im Griechischen und bedeutet „Wunde“ oder „Verletzung“. Während sich der Begriff des Traumas in der Medizin, genauer der Chirurgie, schon lange etabliert hat und in diesem Feld körperliche Verletzungen umschreibt, handelt es sich bei der Psychotraumatologie, die die Grundlage der vorliegenden Arbeit darstellt, um ein noch recht junges Forschungsfeld (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 19). Die Psychotraumatologie bezieht sich auf psychische Traumata, also seelische Verletzungen, und beschäftigt sich mit deren Entstehung, Erscheinungsformen, Verlauf, ihren Folgen und möglichen Behandlungsformen (vgl. Landolt 2021, 17).

Obwohl traumatische Ereignisse seit jeher zum menschlichen Leben gehören (bspw. in Form von Naturkatastrophen, Unfällen oder Kriegen) und das Vorhandensein von Bewältigungsmechanismen nach traumatischen Ereignissen in Form von Ritualen oder Praktiken bereits im Altertum historisch belegt werden können, hat sich die Psychotraumatologie als eigenständige, interdisziplinäre und wissenschaftliche Disziplin erst in den 1980er Jahren wirklich etabliert (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 33). Ihre wissenschaftlich belegten Anfänge nahm sie vermehrt während und nach den beiden Weltkriegen. Hier stellten Ärzt:innen fest, dass eine Vielzahl der Soldaten trotz körperlicher Unversehrtheit Symptome wie Sprachstörungen, Bewegungsstörungen, erhöhte Schreckhaftigkeit, wiederkehrende Albträume oder Amnesien aufwiesen. Symptome, die in der heutigen Zeit vermutlich als Traumafolgestörung klassifiziert werden würden. Da diese Kategorisierung zu der damaligen Zeit jedoch noch nicht existierte, wurden die nicht organischen Kriegsfolgen als „Granatenschock“ oder „Kriegsneurose“ bzw. die betroffenen Soldaten als „Kriegszitterer“ bezeichnet. Ihre Probleme wurden in Zusammenhang mit den Kriegsgeschehnissen gesetzt, jedoch fehlte das Wissen darüber, woher genau die Symptome kamen und wie ihnen medizinisch zu begegnen war. Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs wurde zudem festgestellt, dass nicht nur Soldaten die Symptome des „Granatenschocks“

aufwiesen, sondern auch Menschen, die andere Formen der Gewalt erlebt haben (bspw. Betroffene sexueller Gewalt) (vgl. Maercker 2003, 4). Des Weiteren wurden nach dem Zweiten Weltkrieg auch erstmals ähnliche Symptome bei Kindern und Jugendlichen dokumentiert. So stellten Forscher in Finnland, Großbritannien und Frankreich fest, dass eine Vielzahl der Schulkinder auch noch einige Jahre nach Ende des Krieges kriegsbezogene psychische Symptome aufwiesen wie Ängste, Schulleistungsprobleme, Vermeidungsverhalten und Schlafstörungen (vgl. Landolt 2021, 28). Einen erneuten systematischen Aufschwung bekam die Forschung der Psychotraumatologie in den USA während des Vietnamkriegs (1955-1975). Viele der heimgekehrten Kriegsveteranen hatten Schwierigkeiten, sich wieder in den Alltag in den USA zu integrieren und litten unter psychotraumatischen Symptomen. In einer groß angelegten Studie wurde die Inzidenz körperlicher, sozialer und emotionaler Probleme bei Soldaten erfasst und die Ergebnisse der Studie führten 1980 schließlich zu der Aufnahme der *posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)* als eigenständiges Syndrom in eines der beiden gängigen Klassifikationssysteme für psychische Störungen, dem „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) (vgl. ebd., 31). Zwölf Jahre später wurde die PTBS schließlich auch in das ebenfalls gängige Klassifikationssystem, dem von der WHO herausgegebenen „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) aufgenommen (vgl. Maercker 2003, 4).

Die präzise Erfassung dessen, was ein psychisches Trauma ist, ist schwierig, da es sich um einen äußerst komplexen Begriff handelt, der sich im Laufe der Zeit immer wieder gewandelt hat. Tyson und Tyson (2001) bezeichnen Trauma als ein Ereignis, das vom Individuum als überwältigend erlebt wird, die individuellen Fähigkeiten der Selbstregulation übersteigt und zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht führt (vgl. ebd., 341). Ein Trauma entsteht also nicht allein durch ein Ereignis, sondern im Zusammenspiel zwischen Ereignis und individuellem Erleben. Ein und dieselbe Situation kann von zwei beteiligten Personen komplett unterschiedlich verarbeitet werden und bei dem einen traumatisierend wirken, während die andere Person unbeschadet aus der Situation geht. Nicht das Ereignis per se ist traumatisierend, sondern die Wechselwirkung zwischen Ereignis und Individuum. Natürlich gibt es Situationen, bei denen die Wahrscheinlichkeit einer Traumatisierung für Menschen generell erhöht ist (bspw. Kriegsgeschehnisse, Naturkatastrophen oder sexuelle Übergriffe), nichtsdestotrotz muss das subjektive Erleben der Situation immer mitgedacht werden. Trauma muss objektiv und subjektiv begriffen werden. Entscheidend darüber, ob eine Situation oder ein Erlebnis traumatisch ist, ist „die Relation von Ereignis und erlebendem Subjekt“ (Fischer/Riedesser 2009, 63). Fischer/Riedesser (2009) definieren Trauma daher als „vitales Diskrepanzerleben zwischen

bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer/Riedesser 2009, 84).

Im ICD-11 ist festgelegt, dass das auslösende Ereignis oder die auslösenden Ereignisse extrem bedrohlich oder schrecklich sein müssen, um als traumatische Situation anerkannt zu werden: Die Betroffenen sind einem belastenden Ereignis oder einer „Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde [ausgesetzt]“ (World Health Organization 2022). Im DSM-5 heißt es, dass der oder die Betroffene in der traumatisierenden Situation dem tatsächlichen oder drohenden Tod, einer schweren Verletzung oder sexuellen Gewalt ausgesetzt sein muss. Neben dem eigenen Erleben einer solchen Situation, kann auch die Zeugenschaft einer solchen Situation ein Trauma darstellen sowie das Wissen/Erfahren darüber, dass ein nahes Familienmitglied oder eine andere nahestehende Bezugsperson eine solche Situation erlebt hat. Des Weiteren wird beschrieben, dass auch die wiederholte oder detailreiche Konfrontation mit Traumainhalten (wie es bspw. Polizist:innen oder Therapeut:innen erleben) zu einer Traumatisierung (Sekundärtraumatisierung) führen können (vgl. Falkai/Wittchen 2018, 369).

### 2.1.1 Traumtypen

Im vorangegangenen Kapitel ist deutlich geworden, welche Bandbreite an potenziell traumatisierenden Situationen existieren. Für eine Klassifikationsmöglichkeit der verschiedenen Traumaarten führte die US-amerikanische Kinder- und Jugendpsychiaterin und Psychoanalytikerin Leonore C. Terr 1991 die Unterscheidung zwischen Typ-I und Typ-II-Traumata in die Psychotraumatologie ein. Diese Unterscheidung erlaubt es, Aussagen über die Art und den Schweregrad einer Traumatisierung zu machen (vgl. Landolt 2021, 21).

Laut dieser Einteilung handelt es sich bei Typ-I-Traumata, auch Schock- oder Monotraumata genannt, um einmalige traumatische Ereignisse. Diese treten i.d.R. plötzlich und unvorhersehbar ein und sind zumeist von kurzer Dauer. Beispiele für Typ-I-Traumata sind Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle, eine Geiselnahme oder eine Vergewaltigung. Die Betroffenen erleben zumeist, dass ihre vorher wahrgenommene Sicherheit in ihre Umwelt und das Vertrauen in die Welt an sich erschüttert werden. Das Ereignis kann i.d.R. gut und klar erinnert werden.

Typ-II-Traumata, oder auch komplexe oder chronisch-kumulative Traumata, hingegen treten wiederholt auf und werden dadurch mit der Zeit zumeist vorhersehbar. Es handelt sich um ein längeres, traumatisches Geschehen, das zu einer Art Dauerbelastung für die Betroffenen wird.

Komplexe Traumatisierungen treten beispielsweise in Form von wiederholten sexuellen Misshandlungen, häuslicher Gewalt oder Erlebnissen in Kriegsgebieten auf. Die Auswirkungen von Typ-II-Traumata sind oft gravierender und langanhaltender als bei Typ-I-Traumata und können eine tiefgehende Persönlichkeitsveränderung bei den Betroffenen bewirken. Typ-II-Traumata gehen oft einher mit Gefühlstauheit, Wut, emotionaler Abstumpfung, Depersonalisierung und Dissoziationstendenzen (vgl. Terr 1991, 14ff.; Fischer/Riedesser 2009, 288).

Neben der Einteilung in Typ-I und Typ-II-Traumata werden Traumata zudem hinsichtlich ihrer Ursache klassifiziert: so gibt es zum einen traumatische Ereignisse, die vom Menschen verursacht werden („man-made“) wie bspw. Gewalttaten oder Kriege. Zum anderen gibt es akzidentelle Ereignisse, also traumatisierende Situationen, die zufällig entstanden sind und nicht persönlicher oder vorsätzlicher Natur sind. Hierunter fallen u.a. Verkehrsunfälle oder Naturkatastrophen wie Erdbeben oder Flutwellen. Diese Unterscheidung ist vor allem im Hinblick auf die Folgen eines traumatischen Ereignisses von Interesse, da sich allgemein festhalten lässt, dass die Folgen von chronischen, interpersonellen Traumatisierungen im Durchschnitt komplexer und schwieriger zu bewältigen sind, als die Folgen nach einem akzidentellen Monotrauma (vgl. Eckhardt 2013, 11; Landolt 2021, 21).

### 2.1.2 Traumafolgen

Das Erleben einer traumatischen Situation geht einher mit Gefühlen von (Todes-)Angst und dem hilflosen Ausgeliefertsein einer Situation oder einer Person gegenüber. Auch wenn die traumatische Situation längst vergangen ist, können sich in Folge der Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis bei den Betroffenen psychische Symptome manifestieren, die gemeinhin als Belastungsreaktion auf das traumatische Ereignis bezeichnet werden. Diese Reaktionen können gleichermaßen nach Typ-I und Typ-II-Traumata auftreten.

Die wohl bekannteste Traumafolgestörung ist die PTBS. Gemäß ICD-11 treten bei der PTBS vor allem drei Hauptsymptome auf: (a) Intrusion (Wiedererleben), (b) Vermeidung und (c) Hyperarousal. Bei der (a) Intrusion drängen sich den Betroffenen immer wieder belastende Erinnerungen an das traumatische Erlebnis auf. Diese Flashbacks können in Form von Bildern, Geräuschen, Gerüchen und anderen Formen der lebhaften Erinnerung auftreten und sowohl im Wachzustand als auch im Schlaf auftauchen. Die wiedererlebten Erinnerungen gehen zumeist einher mit starken oder überflutenden Gefühlen der Angst und sind mit starken körperlichen Empfindungen verbunden.

Bei der (b) Vermeidung versuchen die Betroffenen, die Erinnerungen an das traumatische Ereignis zu vermeiden oder abzuwehren. Dabei werden bspw. Orte, Menschen oder Aktivitäten, die an das traumatische Erlebnis erinnern könnten, vermieden. Außerdem kann es auch zu Zuständen emotionaler Abgestumpftheit oder Taubheit, der Gleichgültigkeit gegenüber Mitmenschen und Teilnahmelosigkeit gegenüber der Umwelt kommen.

Das dritte Hauptsymptom, (c) Hyperarousal, ist die anhaltende Übererregtheit des Zentralen Nervensystems (ZNS), da sich ein Trauma auch auf körperlicher Ebene manifestiert.<sup>3</sup> Die Übererregung führt zu einem Zustand erhöhter Wachsamkeit (Hyperviliganz) und erhöhter Schreckhaftigkeit. Im Zuge dessen können auch vermehrt Schlafstörungen auftreten. Um eine PTBS diagnostizieren zu können, müssen die Symptome über mehrere Wochen anhalten und zu einer Beeinträchtigung im familiären, persönlichen, schulischen, beruflichen oder anderen relevanten Funktionsbereichen führen (vgl. World Health Organization 2022; Maercker 2003, 6ff.). Die PTBS kann in jedem Lebensalter auftreten und auch mit einer Verzögerung nach dem traumatischen Erlebnis einsetzen. Zumeist treten die ersten Symptome innerhalb der ersten Monate nach einem traumatischen Erlebnis ein (vgl. Maercker 2003, 17).

Das DSM-5 listet neben den Diagnosekriterien Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal noch weitere, detaillierte Symptome auf. So kann es nach einem traumatischen Ereignis zu einer negativen Veränderung der Kognitionen (Wahrnehmungs- und Denkprozesse) oder Stimmung der Betroffenen kommen, bspw. in Form von Amnesien (wichtige Aspekte des Traumas werden vergessen), anhaltenden negativen Emotionen, der Unfähigkeit positive Gefühle wahrzunehmen oder einem anhaltenden negativen Selbstbild. Die Symptome müssen dabei über einen Monat anhalten und dürfen nicht ursächlich auf den Gebrauch von Substanzen zurückzuführen sein (vgl. Falkai/Wittchen 2018, 369ff.).

Neben der klassischen PTBS zählt das ICD-11 auch die *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)* als mögliche Traumafolgestörung nach einer Traumatisierung auf. Die Diagnose KPTBS hat dieselben Kernsymptome wie die PTBS (Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal), aber beinhaltet darüber hinaus noch weitere Symptome: Erstens, eine anhaltende Affektregulationsstörung und Störung der Impulskontrolle (bspw. in Form von unkontrollierbaren Wutausbrüchen, erhöhter emotionaler Reaktivität oder Affektverflachungen). Zweitens, eine anhaltende negative Selbstwahrnehmung, die mit der Überzeugung einhergeht, wertlos zu sein sowie mit Scham- und Schuldgefühlen bezüglich der traumatischen Ereignisse. Auch eine anhaltende Hoffnungslosigkeit und tiefe Verzweiflung sind mögliche Erscheinungsformen. Drittens, das Auftreten von Beziehungsstörungen. Die Betroffenen sind nicht oder nur schwer

---

<sup>3</sup> Auf die körperlichen Auswirkungen von Traumata wird in Kapitel 2.2 näher eingegangen.

in der Lage, Beziehungen stabil aufrechtzuerhalten und Nähe zu anderen Menschen zuzulassen. Alle Symptome führen zu erheblichen Beeinträchtigungen in den persönlichen, sozialen, beruflichen, schulischen und familiären Funktionsbereichen der Betroffenen (vgl. World Health Organization 2022; Landolt 2021, 50f.). Die KPTBS bildet sich i.d.R. als Folge von Typ-II-Traumata aus, also nach langanhaltender und sich wiederholender traumatischer Ereignisse. So ist die KPTBS häufig als Folge von anhaltenden sexuellem und/oder physischem Missbrauch in der Kindheit verzeichnet worden. Neben den Symptomen, die im ICD-11 festgehalten sind, können die Betroffenen eine chronische oder latente Suizidalität aufweisen, teils (schweres) selbstverletzendes Verhalten zeigen und Gefühle von Selbsthass einhergehend mit mangelnder Selbstfürsorge, Ekel vor dem eigenen Körper und massiver Antriebsarmut erleben. Ebenfalls sind Störungen in der Wahrnehmung oder des Bewusstseins möglich, bspw. in Form von Dissoziationen oder Depersonalisationserfahrungen (vgl. Hecker/Maercker 2015, 10ff.). Die KPTBS wird zudem häufig als Störung der Persönlichkeitsentwicklung bezeichnet, da Kinder, die multiple traumatische Erfahrungen machen, diese oft während relevanter Phasen in ihrer Entwicklung erleben, bspw. in Entwicklungsphasen in denen Selbstregulation, Selbstwert oder Selbstwahrnehmung ausgebildet werden (vgl. ebd., 13f.).

Die Symptome nach einer Traumatisierung können in unterschiedlichen Konstellationen auftreten und nicht jede Traumatisierung führt auch zu einer Ausbildung einer Traumafolgestörung. Neben der PTBS und der KPTBS kann es bspw. auch zu einer *akuten Belastungsstörung* in Folge des traumatischen Ereignisses kommen. Die Symptome sind denen der PTBS ähnlich und z.T. deckungsgleich, halten aber nur maximal einen Monat an (vgl. Landolt 2021, 40).

## 2.2 Traumabiologie

Wie im vorangegangenen Kapitel bereits erwähnt, manifestiert sich ein Trauma nicht nur auf psychischer, sondern auch auf körperlicher Ebene. Levine/Kline (2004) konstatieren: „Die Grundlage eines Traumas ist physiologischer Natur“ (ebd., 13). Um nachvollziehen zu können, welche Prozesse auf körperlicher Ebene ablaufen, sind vor allem Erkenntnisse aus der Hirn- und Stressforschung heranzuziehen. Während der traumatischen Situation ist das betroffene Individuum starkem Stress ausgesetzt, was auf biologischer Ebene eine Reihe von automatisierten Stressreaktionen auslöst. Die Besonderheit bei traumatischen Ereignissen ist jedoch, dass die Reaktionen des Individuums das Ausmaß von gewöhnlichen Stressreaktionen aufgrund der besonderen Intensität der gegenwärtigen Stressoren überschreiten. Diese Reaktionen, sog. *peritraumatische Reaktionen* (=Erleben und Verhalten während der traumatischen Situation), treten

später als posttraumatische Symptome, wie bspw. bei der PTBS oder KPTBS, wieder in Erscheinung (vgl. Neuner/Catani/Schauer 2021, 6; Landolt 2021, 110).

### 2.2.1 Das dreigliedrige Gehirn

Das menschliche Gehirn ist darauf ausgerichtet, den Organismus vor möglichen Gefahren zu schützen und ist in der Lage, verschiedene Stressreaktionen zu aktivieren, die das Überleben sichern sollen. Dabei sind verschiedene Regionen des Gehirns an der Umsetzung der Stressreaktionen beteiligt.

Das menschliche Gehirn hat sich im Laufe der Evolution von innen nach außen und von unten nach oben entwickelt: die unterste und älteste Gehirnregion ist der Hirnstamm. Diese Gehirnregion ist ähnlich organisiert wie bei primitiven Lebewesen wie bspw. Eidechsen (daher wird dieser Teil des Gehirns umgangssprachlich auch „Reptiliengehirn“ genannt) und ist zuständig für die Regulierung von grundlegenden, lebenswichtigen Funktionen, darunter fallen u.a. die Steuerung des Blutdrucks, der Körpertemperatur, der Atmung und des Herzschlags. Der Hirnstamm wird bereits im Mutterleib ausgebildet und ist ab der Geburt bereits voll funktionsfähig (vgl. Perry/Szalavitz 2006, 36f. sowie 90).

Die mittleren Gehirnregionen, also das Zwischenhirn und das limbische System, entwickelten sich als nächstes und sind in ähnlicher Form bei Säugetieren (z.B. Hunden und Katzen) vorhanden. Das limbische System und das Zwischenhirn sind zu großen Teilen für die Bearbeitung von emotionalen Reaktionen zuständig und spielen auch bei der Verarbeitung von Gelerntem und Erinnerungen eine zentrale Rolle. Diese Gehirnregionen entwickeln sich innerhalb der ersten drei Lebensjahre.

Die jüngste und am weitesten ausgebildete Gehirnregion ist die Großhirnrinde (Kortex). Sie dient den am höchsten entwickelten und komplexesten Fähigkeiten des Menschen: u.a. abstraktes Denken, planvolles Vorgehen, Verständnis und Steuerung der Emotionen, Entscheidungsfindung, Problemlösen. Die Ausbildung der Frontallappen, die ein Teil der Großhirnrinde sind, ermöglicht dem Kleinkind ab dem zweiten Lebensjahr bspw. das Stillsitzen oder die Fähigkeit, sich sprachlich auszudrücken (vgl. Lang 2016b, 396). Der Neokortex stellt das oberste Steuerungszentrum des Gehirns dar und kann hemmend oder aktivierend auf die anderen Gehirnregionen wirken. Die vollständige Ausbildung dieser Gehirnregion erfolgt bis in die frühe Adoleszenz. Generell gilt aber, dass das Gehirn ein Leben lang in der Lage ist, neue neuronale Verbindungen auszubilden. Es bleibt somit ein Leben lang lernfähig und wandelbar.

Alle Gehirnregionen haben individuelle Aufgaben, arbeiten aber stets in einem System zusammen und bedingen einander. Empfindungen, Denken und Gefühle sind somit eng miteinander verknüpft (vgl. Perry/Szalavitz 2006, 36f.).

### 2.2.2 Stressreaktionen

Die Stressreaktionssysteme, die unter drohender Gefahr oder Stress aktiviert werden, wirken auf alle Gehirnregionen. Um eine drohende Gefahr möglichst frühzeitig erkennen zu können, scannt der menschliche Organismus seine Umgebung stets auf potenzielle Gefahrenquellen ab. Nimmt der Mensch einen potenziell gefährlichen Reiz wahr kommt es zu einer von mehreren möglichen Stressreaktionen, die modellhaft als *Verteidigungskaskade* bezeichnet werden (vgl. Neuner/Catani/Schauer 2021, 7). Welche Stressreaktion auftritt ist beeinflusst von der Intensität der Bedrohung, der Nähe des Stressors und der verbleibenden Reaktionszeit.

In einer ersten Phase kommt es zu einem kurzen Innehalten, der Orientierungsreaktion. Diese Reaktion dauert nur wenige Sekunden und ist ein kurzes Erstarren, das der Gefahreinschätzung dient (vgl. ebd.). Eine zentrale Rolle bei der Einschätzung der Gefahr spielt die Amygdala, die Teil des limbischen Systems ist und auch das „Angstzentrum“ des Gehirns genannt wird. Die Amygdala ist u.a. zuständig für die emotionale Bewertung und die Wiedererkennung von Situationen (vgl. Landolt 2021, 117).

Über den Thalamus, der ein Teil des Zwischenhirns ist und auch als „Tor zum Bewusstsein“ bezeichnet wird, werden sensorische Sinnesreize wahrgenommen und weitergeleitet. Dies geschieht auf zwei Wegen: Zum einen wird der Reiz an die Amygdala weitergesendet. Diese gleicht den Reiz mit bereits vorhandenen emotional konnotierten Erinnerungsschablonen ab. Hat eine Person bspw. schon einmal einen Angriff durch einen Hund erlebt, kann es passieren, dass das Hören eines nahen Bellens bereits als gefährlicher Reiz eingestuft und ein Angstgefühl ausgelöst wird. Zum anderen sendet der Thalamus die Informationen an die Großhirnrinde, also in die am höchsten entwickelten Bereiche des Gehirns. Wenn hier die Gefahr als gering eingeschätzt wird, bspw. weil der bellende Hund an einer Leine geführt wird und damit keine akute Bedrohung darstellt, sendet die Großhirnrinde Botenstoffe an die Amygdala und hemmt deren Aktivität. Infolgedessen gehen Angstgefühle zurück und alle eventuell bereits eingeleiteten Stressreaktionen des Organismus werden wieder zurückgefahren (vgl. Lang 2016b, 399f.).

Wenn die Amygdala den Reiz jedoch als gefährlich einstuft, sendet sie die Informationen weiter in den Hirnstamm (also in die älteren Hirnregionen) und aktiviert sekundär das vegetative Nervensystem. Das vegetative Nervensystem liegt außerhalb der willentlichen Beeinflussung des

Menschen, d.h. es läuft automatisiert. Es besteht aus den beiden großen Nervensträngen des Sympathikus und des Parasympathikus. Sympathikus und Parasympathikus besitzen eine antagonistische Wirkung. Der Sympathikus ist für die Mobilisierung von Energie zuständig und in der Lage, den Menschen in Handlungsbereitschaft zu versetzen. Er ist aktiv, wenn es darum geht den Körper zu aktivieren und reguliert die Organfunktionen in Stresssituationen. Der Parasympathikus hingegen ist aktiv in Phasen der Ruhe und Entspannung. Für einen gut funktionierenden Ablauf im Organismus wechseln sich Sympathikus und Parasympathikus ab und sind in einer Balance. Wenn der Sympathikus in einer Stresssituation aktiv ist, bringt der Parasympathikus den Körper wieder in einen ausgeglichenen Ruhezustand, sobald die Stresssituation abgeklungen ist.

Wenn nun der Reiz als gefährlich eingestuft wird, leitet der Körper die zweite Phase ein: *die Kampf-Flucht-Reaktion*. Die primäre Reaktion des Menschen ist die Flucht. Nimmt ein Mensch das Bellen eines Hundes wahr und sieht den Hund auf sich zu laufen, wird er zunächst versuchen zu fliehen. Der aktivierte Sympathikus mobilisiert Energie und es kommt zu einer Reihe von physiologischen Veränderungen. So nimmt bspw. die Herzfrequenz zu, die Atmung geht schneller, die Bronchien weiten sich und die Muskelgruppen, die bei Flucht oder Kampf benötigt werden, werden stärker durchblutet (vgl. Neuner/Catani/Schauer 2021, 7; Levine 2011, 71f.). Ist eine Flucht nicht möglich, bspw. weil der Hund zu schnell oder kein geeigneter Fluchtpunkt in der Nähe ist oder wird der Hund als bewältigbarer Gegner eingeschätzt, steht als alternative Reaktion der Kampf zur Verfügung für den auch sympathische Energie notwendig ist. Anders als bei der Fluchtreaktion wird hier nicht der Abstand, sondern die Nähe zur Gefahrenquelle gesucht und das zuvor vorherrschende Gefühl der Angst wird zumeist von Gefühlen der Wut abgelöst (vgl. Neuner/Catani/Schauer 2021, 7). Flucht und Kampf sind die beiden Standardreaktionen auf Stresssituationen und bilden die Grundlage für alltägliche Belastungsmomente.

Es kann aber passieren, dass der Mensch in eine Situation gerät, in der sowohl Flucht als auch Kampf nicht zu der gewünschten Auflösung der Bedrohungslage führen. In diesem Fall steht ihm noch eine weitere Reaktionsmöglichkeit zur Verfügung: die *Erstarrung (tonische Immobilität/angespannte Unbeweglichkeit)*. Dieser Notfallmechanismus wird - anders als Flucht und Kampf - vom Parasympathikus gesteuert. In einer Situation, in der Flucht und Kampf versagen, besteht nicht die Möglichkeit, die vom Sympathikus aktivierte, hohe Energie abzubauen oder weiter aufzubauen. Stattdessen mobilisiert der Parasympathikus weitere Energie, um die sympathische Energie „einzufrieren“ (vgl. Lang 2016b, 399f.): „Die tonische Immobilität ist gekennzeichnet durch die zeitgleiche Aktivierung von zwei eigentlich gegenläufigen biologischen

Reaktionsformen. So findet eine motorische Demobilisierung und Starrheit unter hoher physiologischer Erregung statt“ (Neuner/Catani/Schauer 2021, 8). Innerhalb von Sekunden erstarrt der Mensch bei gleichzeitiger extremer innerer Anspannung. In der letzten Phase kann es neben der Erstarrung auch zur *Erschlaffung* kommen. In diesem Fall sinken Muskeltonus und der Erregungszustand, was einhergeht mit einer emotionalen Betäubung. In diesem Stadium kommt es zu einer zunehmenden sensorischen Ablösung des Organismus, die Schmerzschwelle wird erhöht und es kommt zu zunehmenden Verlusten der Reaktionsmöglichkeiten, Depersonalisierung und Derealisation (vgl. ebd., 9). In einigen Diskursen wird dieser Zustand auch als Dissoziation bezeichnet, Neuner/Catani/Schauer weisen darauf hin, dass in allen Stadien der Stressreaktionen dissoziative Zustände auftreten können, da es zum Beispiel auch während der Kampfreaktion zu einer Spaltung des Bewusstseins kommen kann (vgl. ebd.). Eine Dissoziation im Kampf erlaubt Soldat:innen bspw. eine innere Distanz, die es ermöglicht, Kampfhandlungen in extremen Stresssituationen durchzuführen. Dissoziationen sind zudem ein Kontinuum - so können leichtere Formen der Dissoziationen bei jedem Menschen im Alltag vorkommen (z.B. als Tagträumerei oder während einer konzentrierten Arbeitsphase), während schwerere Formen in Extremen wie der vollständigen Abkopplung von der Realität ebenfalls möglich sind (vgl. Perry/Szalavitz 2006, 72).

Wie im oberen Abschnitt bereits erwähnt, sind die Angstreaktionen auf den Grad der Bedrohung abgestimmt und werden sowohl in den unteren als auch höheren Gehirnregionen bearbeitet. Eine Besonderheit dabei ist, dass die Zeit, in der die Informationen vom Thalamus über die Amygdala an das vegetative Nervensystem übermittelt werden, halb so lang ist, wie die Zeit der Informationsweitergabe von Thalamus an die Großhirnrinde. Das heißt, dass in einer akuten Bedrohungssituation die unteren und weniger entwickelten Gehirnregionen schneller aktiviert werden als der rationale Verstand (vgl. Drimalla 2018). Generell gilt zudem, dass die oberen Gehirnregionen am besten in einem relativen Ruhezustand des Organismus funktionieren. Bei Stress- und Bedrohungssituationen übernehmen dann zunehmend die weiter unten liegenden Regionen die Entscheidungen. Übersteigt das Anspannungslevel einen gewissen Grad, wird der präfrontale Kortex, also der Teil, der für rationale Entscheidungen zuständig ist, zunehmend abgeschaltet. Dies erlaubt eine schnellere Reaktion, bewirkt allerdings auch weniger durchdachte Verhaltensweisen (vgl. Perry/Szalavitz 2006, 70f.): Wenn das Gehirn verletzt oder gestresst ist, greift es auf „weniger differenzierte, evolutionär primitivere Funktionsebenen [...] [zurück]. Erholt es sich infolgedessen, hebt es die Regression wieder auf und aktiviert erneut die differenzierteren Funktionen“ (Levine 2011, 134f.).

Eine weitere Eigenschaft des Gehirns wird zudem unter dem Satz „neurons that fire together, wire together“ (Perry/Ablon 2019, 22) zusammengefasst. Das Gehirn lernt ein Leben lang und benötigt, um effektiv lernen zu können, moderaten Stress. Wenn das Gehirn neue Informationen aufnimmt oder eine neue Erfahrung macht, entstehen neuronale Verbindungen. Je häufiger eine Person eine Erfahrung macht und eine bestehende neuronale Verbindung nutzt, desto fester etabliert sie sich (vgl. Perry/Szalavitz 2006, 60). Das Gehirn lernt, internale und externale Erfahrungen miteinander zu verknüpfen und ihnen einen Sinn zuzuschreiben. So kann es passieren, dass ein Mensch ein bestimmtes Geräusch mit einem bestimmten Gefühl assoziiert. Je öfter der Mensch diese Erfahrung macht, desto enger wird die Verknüpfung zwischen Geräusch und Gefühl (vgl. Perry/Ablon 2019, 20). Wenn ein Mensch in seinem Leben immer wieder chronischem Stress ausgesetzt ist oder wiederholt traumatische Erlebnisse macht, wie bspw. bei häuslicher Gewalt, lernt das Gehirn, bestimmte Stimuli miteinander zu verknüpfen und daraufhin Verhaltensweisen oder Gewohnheiten auszulösen. So kann ein bestimmter Geruch, den ein Kind mit Gewalterfahrungen verknüpft, bereits eine Verhaltensweise auslösen, auch wenn sich das Kind gerade nicht in einer Gewaltsituation befindet. In Studien wurde festgestellt, dass bei traumatisierten Erwachsenen die Amygdalaresponsivität gegenüber emotionalen Reizen deutlich erhöht ist, also die Amygdala schneller Alarm schlägt, auch wenn die auslösenden Reize relativ gering sind. Traumatisierte Menschen bzw. traumatisierte Gehirne sind also deutlich anfälliger für Angst- und Furchtreaktionen als nicht-traumatisierte Gehirne (vgl. Landolt 2021, 117f.). Während Dissoziations- oder Übererregungsreaktionen in einer Gefahrensituation dem Überleben dienen, kann es passieren, dass genau diese Verhaltensweisen später zu Problemen im Alltag führen (Perry/Szalavitz 2006, 73).

Die Fähigkeit, neue neuronale Verbindungen aufzubauen, bleibt dem Gehirn aber ein Leben lang erhalten. Zwar ist es nicht möglich, bereits etablierte neuronale Verknüpfungen (wie bspw. bei Triggern) aufzulösen, neue Verknüpfungen können aber durchaus gebildet und durch wiederholtes Nutzen so gestärkt werden, dass sie alte Verbindungen als primäre Verbindungen ablösen und so auf der Verhaltensebene neue Reaktionsformen ermöglichen (vgl. Perry/Ablon 2019, 20).

In der Notfallreaktion werden die Geschehnisse nicht zeitlich und räumlich eingeordnet. Da die oberen Gehirnregionen in traumatischen Situationen weitestgehend abgeschaltet werden, findet die räumliche und zeitliche Einordnung, die normalerweise abläuft und Erlebnisse zueinander in Zusammenhang stellt, nicht statt.

Neben der Amygdala wird auch der Hippocampus, der ein Teil des limbischen Systems ist, während der Notfallreaktionen beeinträchtigt. Normalerweise ist der Hippocampus u.a. dafür

zuständig, Informationen aus dem Kurz- ins Langzeitgedächtnis zu übertragen und Informationen aus der Umwelt und dem Körperinneren zu ordnen. Hier werden Ereignisse räumlich (wo ist etwas passiert?) und zeitlich (wann ist etwas passiert?) als Erinnerungen abgespeichert. Der Hippocampus arbeitet eng mit der Amygdala zusammen. So können Emotionen, die in einer Situation empfunden wurden, mit den dazugehörigen Erlebnissen als Erinnerung abgespeichert werden. Während der Notfallreaktion wird jedoch die Zusammenarbeit zwischen Amygdala und Hippocampus gestört und es findet keine räumliche und zeitliche Einordnung statt. Die Emotionen werden infolgedessen nicht mit dem traumatischen Ereignis als zusammenhängende Erinnerung, die der Vergangenheit angehört, abgespeichert. Sobald ein Trigger an das traumatische Erlebnis erinnert, wird dieses Erleben nicht der Vergangenheit zugeordnet, sondern löst bei dem traumatisierten Menschen das Gefühl aus, sich im Hier und Jetzt wieder in der traumatischen Situation zu befinden (vgl. Hantke/Görges 2012, 66f.).

### 2.2.3 Window of Tolerance

Traumatisierte Menschen haben, wie im oberen Kapitel deutlich geworden ist, ein Nervensystem, das stressanfälliger ist und sensibler auf Reize reagiert als eines von nicht-traumatisierten Menschen. Ein Modell, das diese Tatsache anschaulich darstellt, ist das *Window of Tolerance* nach Daniel Siegel.

In diesem Modell verfügen alle Menschen über ein Toleranzfenster innerhalb dessen der Mensch am besten „funktioniert“: Befindet sich der Mensch innerhalb seines Toleranzfensters (Komfortzone), ist er in der Lage, seine Emotionen zu regulieren, Erlebnisse zu integrieren, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten und Neues zu erlernen. Hier kann auf alle Gehirnregionen zugegriffen werden und planvolles, zielgerichtetes Handeln ist möglich (vgl. Siegel 2012, 281; Corrigan/Fisher/Nutt 2011). Innerhalb des Toleranzfensters kommt es zu einer ausbalancierten An- und Entspannung durch die abwechselnde Tätigkeit des Sympathikus und Parasympathikus. Die Größe des Toleranzfensters ist bei jedem Menschen unterschiedlich groß und wird von der genetischen Veranlagung und den Vorerfahrungen des jeweiligen Menschen bestimmt. Auch tagesaktuelle Dispositionen haben einen Einfluss auf die Größe des Toleranzfensters: Befindet sich ein Mensch in einer generell stressigeren Lebensphase, ist sein Toleranzfenster höchstwahrscheinlich kleiner als in entspannteren, ruhigeren Lebensphasen.

Säuglinge sind zur Selbstregulation generell auf ihre Bezugspersonen angewiesen. Ihr Toleranzfenster ist nach der Geburt noch wenig ausgebildet und sie sind daher auf sensible Bezugspersonen angewiesen, die ihre Bedürfnisse erkennen und angemessen befriedigen. Durch die

zuverlässige und angemessene Bedürfnisbefriedigung durch die Bezugsperson lernt das Kind allmählich, sich selbst zu regulieren. Infolgedessen wird auch das individuelle Toleranzfenster größer. Kinder, die keine Bezugspersonen haben, die adäquat auf ihre Bedürfnisse eingehen können, erlernen Selbstregulation nicht oder nur eingeschränkt. Ihr Toleranzfenster bleibt in der Konsequenz kleiner und ist damit stressanfälliger als das von Kindern, die mit fürsorglichen Bezugspersonen aufwachsen<sup>4</sup> (vgl. Hantke/Görges 2012, 42f.; Siegel 2012, 17ff.). Auch die regelmäßige Erfahrung von extremem Stress oder Angst in der Kindheit kann zu einer generellen Dysregulation führen, wenn das Kind dabei nicht regulierend von einer Bezugsperson begleitet wird. Die Fähigkeit, die eigenen Emotionen zu regulieren (sowohl positiv konnotierte Gefühle wie Freude oder Aufregung als auch negativ konnotierte Gefühle wie Wut oder Angst) und zu halten, bleibt dann auch im Erwachsenenleben eingeschränkt (vgl. Siegel 2012, 284). Wenn ein Mensch einem Stresspegel ausgesetzt ist, der die individuelle Fähigkeit zur Selbstregulation überschreitet, befindet sich der Mensch nicht mehr innerhalb seines Toleranzfensters. Es kommt dann zur Über- oder Untererregung (*hyperarousal/hypoarousal*).

Eine Übererregung geht einher mit einer starken Sympathikusaktivierung und Gefühlen wie Wut, Panik oder innerem Druck. Steigt die Anspannung weiter, schaltet der Körper in die Untererregung ab. Dies geschieht durch die gleichzeitige Aktivierung des Parasympathikus und geht einher mit dem Gefühl „neben sich zu stehen“, „sich nicht selbst zu spüren“, Erschöpfung, Resignation und Immobilität (vgl. ebd., 282f.).

Beide Zustände bewirken eine emotionale Dysregulation, in der das Individuum nicht mehr in der Lage ist, sich flexibel auf seine innere und äußere Umwelt einzustellen. In diesem Zustand ist das Individuum nicht mehr handlungsbereit. Da der Zugriff auf höhere Gehirnfunktionen in beiden Zuständen temporär unterbrochen ist, ist das Individuum vorübergehend nicht mehr in der Lage, an die Umwelt adäquat angepasste Verhaltensweisen zu zeigen, sondern greift zurück auf alte (maladaptive) Reaktionsformen:

„We can propose that under such conditions, the dynamical system appears to shift away from movement toward maximizing complexity by entering into states characterized by either excessive rigidity or randomness. These states are inflexible and chaotic, and as such are not adaptive to the internal or external environment [...]. This is now a state of emotional dysregulation” (ebd., 283).

Bei traumatisierten Menschen werden Zustände der Über- oder Untererregung nicht nur in tatsächlich bedrohlichen Situationen ausgelöst, sondern auch, wenn eine Bedrohung lediglich

---

<sup>4</sup> Fürsorglich in diesem Kontext sagt nichts über die Intentionen der Bezugspersonen aus, sondern meint lediglich, dass die Bezugsperson in der Lage ist, die Bedürfnisse des Kindes richtig zu erkennen und dann angemessen zu befriedigen. Diese Fähigkeit kann, trotz bester Intentionen, bspw. durch eigene Traumatisierungen, Krankheiten oder andere persönliche Probleme beeinträchtigt sein.

antizipiert wird. Generell haben sie mehr Schwierigkeiten innerhalb ihres, oftmals kleineren Toleranzfensters, zu bleiben als nicht-traumatisierte Menschen (vgl. Corrigan/Fisher/Nutt 2011).

## **2.3 Kinder und Trauma**

Die vorangestellten Kapitel haben allgemein beleuchtet, welche Auswirkungen traumatische Erlebnisse auf den menschlichen Organismus haben können. Obwohl diese Prozesse, vor allem auf körperlicher Ebene stattfinden und Folgen nach einer Traumatisierung so oder in ähnlicher Form nicht nur bei erwachsenen Menschen, sondern auch bei Kindern auftreten können, gibt es doch einige Symptome und Auswirkungen, die spezifisch bei Kindern auftreten. Landolt (2021) nennt diese Unterschiede in der Symptomatik als eine mögliche Ursache, weshalb Traumafolgen und Traumaverarbeitung in der Arbeit mit Kindern lange Zeit nur wenig Beachtung gefunden haben. Bis in die 80er Jahre hinein ging man in der Gesellschaft und der Wissenschaft davon aus, dass Kinder traumatische Erlebnisse aufgrund ihres jungen Alters noch „leichter wegstecken“ und sie keine besondere Unterstützung nach traumatischen Situationen benötigen (vgl. ebd., 17f.; Perry/Szalavitz 2006, 11). Zum jetzigen Forschungsstand geht man jedoch davon aus, dass Kinder aufgrund ihres jungen Alters und damit einhergehend einer noch nicht abgeschlossenen körperlichen und kognitiven Entwicklung und begrenzten Lebenserfahrung eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber traumatischen Situationen in sich tragen (vgl. Eckhardt 2013, 19). Tatsächlich stellt die PTBS bei Kindern und Jugendlichen die am häufigsten vorkommende psychische Erkrankung dar (vgl. Landolt 2021, 19). Kapitel 2.3.1 wendet sich daher zunächst der Frage zu, welche Symptome bei Kindern nach Traumatisierungen auftreten und welche Risiko- und Schutzfaktoren das Auftreten einer Traumafolgestörung begünstigen bzw. diesem entgegenwirken können. Kapitel 2.3.2 beleuchtet anschließend Bindungstraumata, da diese primär im Kindesalter entstehen und einen entscheidenden Einfluss auf die weitere Entwicklung des Kindes haben.

### **2.3.1 Auswirkungen und Symptome**

Prinzipiell kann festgehalten werden, dass ebenso wie bei Erwachsenen auch bei Kindern das Zusammenspiel von einer potenziell traumatisierenden Situation und dem subjektiven Erleben von Ohnmachts-, Bedrohungs- und Hilflosigkeitsgefühlen zu einer Traumatisierung wie in Kapitel 2.1 dargestellt führen kann. Anders als ein Erwachsener, befindet sich das Kind jedoch in der Entwicklung und ist aufgrund seiner altersspezifischen Disposition anfälliger für die

Ausbildung posttraumatischer Symptome. Zudem wirken sich (aus erwachsener Perspektive) deutlich „geringere“ Auslöser bereits traumatisierend auf Kinder aus (vgl. Eckhardt 2013, 19). Dies liegt zum einen darin begründet, dass die kognitiven Fähigkeiten des Kindes noch nicht vollständig ausgebildet sind. Kinder sind, je nach Alters- und Entwicklungsstand, nur bedingt in der Lage, die Sachverhalte und logischen Zusammenhänge einer traumatischen Situation zu begreifen. Vor allem im Grundschulalter tendieren Kinder häufig dazu, sich selbst als ursächlich für Katastrophen zu sehen. Gedanken wie „Hätte ich mein Essen aufgegessen, wäre der Unfall nie passiert“ oder „Wenn ich immer brav bin, wird mein Opa wieder leben“ können als traumakompensatorische Maßnahmen des Kindes verstanden werden, mit dem es versucht, das Nichtbegreifliche begreiflich zu machen und Kontrolle zu gewinnen. Gleichzeitig sind diese Gedanken Ausdruck von Schuldgefühlen, die das Kind nach dem Erleben einer traumatischen Situation in sich trägt, da ihm oftmals aufgrund seiner noch egozentrischen Sicht auf die Welt nichts anderes übrig bleibt, als die Verantwortung und Ursache der Situation bei sich selbst zu suchen (vgl. Fischer/Riedesser 2009, 292).

Kinder zeigen nach einer Traumatisierung viele Symptome, die denen von traumatisierten Erwachsenen ähneln oder gleichen: so können vermehrt Schlafstörungen, erhöhte Wachsamkeit, Schreckhaftigkeit usw. auftreten (vgl. Kapitel 2.1.2). Neben diesen typischen Symptomen beobachtete Terr (1991) jedoch vier weitere Merkmale, die sie als relevant erachtet und spezifisch für traumatisierte Kinder und Jugendliche bezeichnet.

Erstens kommt es zu wiederkehrenden und sich aufdrängenden Erinnerungen. Je nach Entwicklungsstand des Kindes können diese visueller, akustischer, taktiler oder auch olfaktorischer Natur sein. Diese Erinnerungen treten dabei vermehrt während entspannteren, ruhigeren Phasen auf bspw. während der Stillarbeitszeit in der Schule, abends vor dem Einschlafen oder während des Fernsehens (vgl. ebd., 12).

Zweitens zeigen traumatisierte Kinder repetitive Verhaltensweisen und Reinszenierungen auf. Oft wiederholen Kinder die traumatische Erfahrung im sog. *traumatischen Spiel*. Dabei wird das Erlebte immer wieder in gleicher oder abgewandelter Form im Spielen des Kindes wiederholt (vgl. ebd., 12f.).

Drittens treten beim Kind traumaspezifische Ängste auf. Diese sind abzugrenzen von Ängsten, die entwicklungsbedingt bei Kindern immer mal wieder auftreten (wie bspw. die Angst vorm Dunkeln). Im Gegensatz zu diesen „diffusen“ Ängsten, stehen die Ängste, die sich nach einem traumatischen Erlebnis einstellen, in einem direkten Zusammenhang mit dem Geschehenen und tauchen immer wieder auf, wenn etwas an das Trauma erinnert (vgl. ebd., 13).

Viertens verändert sich infolge des Traumas die Einstellung des Kindes gegenüber Menschen, dem Leben und der Zukunft. Durch das Trauma wurde das Urvertrauen des Kindes in das Leben und die es umgebende Sicherheit erschüttert (oder konnte, wenn es sich um ein sehr frühes Trauma handelt, gar nicht erst aufgebaut werden), was auf sozialer Ebene bspw. zu einem sozialen Rückzug und generellen Misstrauen gegenüber Menschen führen kann. Ebenso kann es aber auch in die andere Richtung ausschlagen und zu einem übermäßigen Anklammern an Bezugspersonen führen. Auch die Einstellung zum Leben und der Zukunft kann durch ein Trauma verändert werden, so wird die Zukunft möglicherweise als gefährlich wahrgenommen und eine generell pessimistischere Einstellung zum Leben eingenommen (vgl. Terr 1991, 13).

Mit Blick auf Kinder im Grundschulalter kann festgehalten werden, dass sich Traumafolgestörungen ebenfalls in Form von Konzentrationsstörungen, Schulleistungsstörungen, Zwangssymptomen und/oder Somatisierungen (bspw. unspezifische Kopf- und Bauchschmerzen) zeigen können. Auch eine entwicklungsbezogene Regression kann als Symptom auftreten. So kann es passieren, dass Kinder auf eine eigentlich überwundene Entwicklungsstufe zurückfallen und wieder alte Verhaltensweisen aufweisen (z.B. Einnässen/Einkoten, das Nutzen von Babysprache). In extremen Situationen können Traumatisierungen auch eine Entwicklungsretardierung mit sich ziehen (vgl. Krüger 2008, 50f.).

Es wird deutlich, dass die Symptome bei traumatisierten Kindern deutlich variieren können. Sie sind daher isoliert kein stichfester „Beweis“ für das Vorliegen eines Traumas, sondern können lediglich als Anhaltspunkte verstanden werden. Erst in Kombination mit dem Wissen um lebensgeschichtliche Ereignisse des Kindes können sie als Indikatoren eines Traumas in Betracht gezogen werden (vgl. ebd.).

Neben den noch nicht vollständig ausgebildeten kognitiven Fähigkeiten, spielt auch das im Kindesalter noch nicht vollständig ausgebildete Gehirn und Nervensystem eine Rolle bei der erhöhten Vulnerabilität von Kindern gegenüber Traumatisierungen. Perry/Szalavitz (2006) stellten fest, dass traumatische Erlebnisse in der Kindheit die Gehirnentwicklung beeinflussen.<sup>5</sup> Das Gehirn entwickelt sich vor allem in den ersten Lebensjahren rasant. Durch neue Lernerfahrungen wird das junge Gehirn immer wieder in kurze Stressmomente versetzt. Lernt das Kleinkind bspw. ein neues Wort, wird das Gehirn gestresst. Dieser Stress überschreitet aber in der Regel nicht das Stresstoleranzfenster des Kindes, es kann ein Ausgleich zwischen An- und Entspannung geschaffen werden und eine Wissenserweiterung stattfinden:

---

<sup>5</sup> So konnte bspw. festgestellt werden, dass der präfrontale Kortex bei Menschen, die in der Kindheit traumatisiert wurden, ein kleineres Gesamtvolumen aufweist als bei der nicht-traumatisierten Kontrollgruppe. Da der Kortex für Dinge wie Handlungsplanung, Aufmerksamkeit oder Arbeitsgedächtnis zuständig ist, könnten aufgrund dieser Erkenntnisse kognitive Probleme bei traumatisierten Kindern erklärbar werden (vgl. Landolt 2021, 118).

„Mäßiger, vorhersehbarer, musterartiger Stress macht ein System tatsächlich stärker und seiner Funktion gemäß leistungsfähiger. [...] Dasselbe gilt für die Stress-Reaktionssysteme des Gehirns. Durch moderate, voraussagbare Herausforderungen werden unsere Stress-Reaktionssysteme mäßig aktiviert. Das bringt eine widerstandsfähige, flexible Stress-Reaktionskapazität mit sich“ (Perry/Szalavitz 2006, 61f.).

Traumatische Situationen zeichnen sich jedoch, im Gegensatz zu den oben beschriebenen Stressmomenten, dadurch aus, dass sie ein extremes Stresslevel erzeugen und häufig nicht vorhersehbar und einem bestimmten, vertrauten Muster folgend auftreten. Sie bringen also keinen „positiven“ Stress mit sich, der das System stärkt, sondern führen zu einer Überforderung des Systems, was eine destabilisierende Wirkung hat. Dies ist vor allem für Kinder gravierend, da sie aufgrund ihres jungen Alters eine noch nicht so stabil ausgebildete und große Stress-Reaktionskapazität aufweisen wie Erwachsene: „Das gegenwärtige stärkere Stress-Reaktionssystem ist dasjenige, das in der Vergangenheit mäßigen, musterartig ablaufenden Stress erlebt hat“ (ebd., 62). Kinder, die seit ihrer Geburt immer wieder traumatischen Situationen ausgesetzt sind, sind also gar nicht in der Lage eine resistente, stabile Stress-Reaktionskapazität auszubilden. Ihr Stress-Reaktionssystem wird wiederholt aktiviert und überfordert. Infolgedessen wird es sensibilisiert und das Gehirn insgesamt stressanfälliger. Dadurch reagieren frühtraumatisierte Kinder schneller auf äußere Reize, auch dann, wenn diese keine Bedrohung darstellen (vgl. ebd., 62f.). Im Alltag führt dies oft dazu, dass sich Kinder in Situationen bspw. deutlich aggressiver verhalten als der Situation angemessen erscheint. So kann in der Schule bereits ein „falscher“ Blick eines anderen Kindes ausreichen, um die Stress-Reaktionssysteme des traumatisierten Kindes zu aktivieren (vgl. ebd., 41).

### 2.3.2 Schutz- und Risikofaktoren

Nicht jedes Kind, das eine traumatische Situation erlebt, entwickelt in der Folge Traumafolge- und Entwicklungsstörungen. Das traumatische Ereignis steht immer in Wechselwirkung mit der persönlichen Vulnerabilität und den individuellen *Schutz-* und *Risikofaktoren* des Kindes. Schutzfaktoren sind all solche Faktoren, die eine mildernde, korrektive Wirkung auf ein belastendes Erlebnis haben. Dies sind zum einen die Umweltfaktoren, die das Kind umgeben. Zu nennen sind hier z.B. eine sichere Bindung zu einer oder mehrerer Bezugspersonen, ein enges soziales Netzwerk in dem sich das Kind aufgehoben und zugehörig fühlt, positive Rollenmodelle (also Menschen, von denen es gelernt hat, wie man mit belastenden Ereignissen im Leben umgehen kann) und Menschen, die aktiv bei der Bewältigung des Erlebten unterstützen: „Je mehr gesunde Beziehungen ein Kind hat, desto wahrscheinlicher wird es sich von einem

Trauma erholen und aufblühen“ (Perry/Szalavitz 2006, 289). Auch ein sozio-ökonomisch höherer Status kann zu einer besseren Bewältigung beitragen, da einhergehend mit größeren finanziellen Ressourcen mehr Möglichkeiten der Inanspruchnahme professioneller Unterstützung zur Verfügung stehen. Neben diesen äußeren Umständen ist auch die individuelle Disposition des Kindes bei der Bewältigung belastender Lebenserfahrungen relevant. Eine entscheidende Rolle spielt dabei das Alter des Kindes (Ist es in der Lage Sinnzusammenhänge zu erkennen? Kann es Geschehen verbalisieren und damit für sich und andere begreifbarer machen?), aber auch Resilienzfaktoren wie ein positives Selbstbild, Selbstwirksamkeitsüberzeugung, Intelligenz und eine optimistische Grundhaltung im Leben. Je mehr Schutzfaktoren das betroffene Kind aufweisen kann desto wahrscheinlicher ist es, dass auch erschütternde Erlebnisse in den Lebenslauf integriert und verarbeitet werden können (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 62f.).

Im Gegensatz dazu beschreiben Risikofaktoren all diejenigen Umstände im Leben eines Kindes, die eine destabilisierende Wirkung haben und damit häufig einen negativen Verlauf nach einer belastenden Erfahrung begünstigen. Risikofaktoren führen nicht per se zu einer Ausbildung von Traumafolgestörungen wie der PTBS, sondern erhöhen die Wahrscheinlichkeit, an einer solchen nach dem Erleben einer traumatischen Situation zu erkranken. Zu den Risikofaktoren gehören eine geringe soziale Einbindung, unsichere Bindungen zu den Bezugspersonen, dysfunktionale Familienstrukturen, Trennungs- oder Verlusterlebnisse in der Vorgeschichte oder psychische Erkrankungen oder Suchterkrankungen in der Familie. Ebenso können Armut oder ein niedriger sozio-ökonomischer Status zu den Risikofaktoren gezählt werden. Auf einer persönlicheren Ebene erhöhen sich die Risiken, je jünger das Kind ist, da es dem Erlebten entwicklungsbedingt weniger entgegensetzen kann als ein erwachsener Mensch, der über ganz andere Lebenserfahrungen und kognitiven und emotionalen Fähigkeiten verfügt (vgl. ebd., 54; Riedesser/Fischer 2009, 289).

### 2.3.3 Bindungstrauma

Der Wunsch nach Bindung und Nähe ist ein fundamentales Grundbedürfnis des Menschen und stellt vor allem in den ersten Lebensjahren eine zentrale Entwicklungsaufgabe des noch jungen Kindes dar. Während in den ersten Lebensjahren die Grundlagen für Bindung geschaffen werden, entwickelt und vertieft sich diese im Laufe der Kindheit und Jugend. Je jünger das Kind ist, desto existentieller ist es auf die Fürsorge durch wohlwollende Bezugspersonen angewiesen. Für das Neugeborene hat die Bindung zu den primären Bezugspersonen eine

Überlebenssicherende Funktion: Es ist darauf angewiesen, dass es jemanden gibt, der seine Bedürfnisse wahrnimmt, richtig interpretiert und anschließend adäquat befriedigt. Das kleine Kind ist noch nicht in der Lage, sich selbst zu regulieren. Wenn es sich in einer Stresssituation befindet, bspw. weil es Angst empfindet, springt das Bindungssystem des Kindes an und es wird die Bezugsperson auf sich aufmerksam machen. Erst wenn sich die Bindungsperson dem Kind zuwendet und sein Bedürfnis nach Nähe und Sicherheit gestillt wird, kann sich das Bindungssystem und der ausgelöste Stress wieder beruhigen und das Kind durch die Co-Regulation der Bindungsperson wieder in einen regulierten Zustand zurückfinden. Die Fähigkeit, sich selbst zu regulieren, abzuwarten und auszuhalten, dass Bedürfnisse nicht sofort gestillt werden, wird erst im Laufe der Kindheit ausgebildet. Kleine Kinder geraten daher schneller als ältere Kinder in einen Zustand der Übererregung und der Stressüberflutung, weshalb eine schnelle Reaktion der Bezugsperson notwendig ist. Hier lernt das Kind, dass Beziehungen sicher sind, was wiederum eine beruhigende Wirkung auf das Stress-Reaktionssystem des Kindes hat. Es bildet sich dann ein Stress-Reaktionssystem heraus, das positiv auf menschliche Interaktionen reagiert. Zudem erwirbt das Kind durch die Regulation durch eine Bezugsperson nach und nach die Fähigkeit, sich selbst zu regulieren (vgl. Perry/Szalavitz 2006, 119f.). Wenn sich die Bezugsperson feinfühlig um das Kind kümmert, die Bedürfnisse zuverlässig und regelmäßig gestillt werden, baut sich zwischen Kind und Bezugsperson eine emotional-sichere Bindung aus. Die Bezugsperson wird dann zum sicheren Hafen, an den das Kind immer wieder zurückkehren kann, wenn es Hilfe bedarf oder sich bedroht fühlt und Schutz und Geborgenheit benötigt (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 39f.; Brisch 2015, 36ff.).

Das Bindungssystem des Menschen ist darüber hinaus eng mit dem Explorationssystem verknüpft. Obwohl beiden Systemen eine antagonistische Motivation zugrunde liegt - dem Bindungssystem die Suche nach Bindung und Nähe und dem Explorationssystem die Suche nach Neuem und dem Entdecken der Welt - sind sie beide wechselseitig voneinander abhängig. Erst wenn das Kind sich sicher gebunden fühlt und weiß und erlebt, dass es eine Bezugsperson gibt, zu der es immer zuverlässig zurückkehren kann, wenn es sich überfordert oder in Not befindet, kann es sich vollständig auf die Exploration seiner Umwelt einlassen (vgl. Brisch 2015, 38). Ebenfalls gilt, dass der Mensch nur in der Lage ist, sich seinen Entwicklungsaufgaben vollständig zuzuwenden, wenn seine Grundbedürfnisse gestillt sind. Ein Kind, dessen Bedürfnis nach Bindung und Nähe nicht oder nur unzureichend erfüllt ist, fühlt sich existentiell bedroht und wird nur bedingt in der Lage sein, andere Entwicklungsaufgaben zu absolvieren (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 39).

Wenn das junge Kind nicht über Bezugspersonen verfügt, die sich zuverlässig adäquat um seine Bedürfnisbefriedigung kümmern und es infolgedessen nicht die regulierende Erfahrung durch eine andere Person macht, ist das Kind nicht in der Lage, eine emotional-sichere Bindung zu seinen Bezugspersonen aufzubauen.<sup>6</sup> Ein Säugling, der regelmäßig lange schreien gelassen wird, bevor jemand sich ihm zuwendet, verharrt in einem Zustand der Hilflosigkeit und Ohnmacht, aus dem er sich selbst nicht befreien kann. Dies führt zunächst zu einer erhöhten Stresssensibilität des Säuglings. Erlebt der Säugling diese Hilflosigkeit regelmäßig und wird ihm eine anschließende Stressregulation versagt, können diese Situationen bereits zu der Ausbildung eines Bindungstraumas führen (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 40).

Bindungstraumata können unterschiedliche Auslöser haben. Neben der oben beschriebenen körperlichen und/oder emotionalen Vernachlässigung (andauerndes oder wiederholtes Unterlassen der Fürsorge durch Eltern oder andere Bezugspersonen), können dies auch körperliche Misshandlungen (alle Formen des körperlichen Zwangs/Gewalt durch Bezugsperson), emotionale Misshandlungen (Verhalten der Bezugsperson, die dem Kind suggeriert wertlos, ungeliebt, ungewollt oder voller Fehler zu sein) oder sexueller Missbrauch durch eine Bezugsperson sein. Auch die Zeugenschaft von häuslicher Gewalt, bspw. zwischen den Eltern, kann bei einem Kind dieselben (traumatischen) Auswirkungen haben, wie wenn es selbst direkt von der Gewalt betroffen ist (vgl. Streeck-Fischer 2010, 98; Gilbert/Spatz Widom/Browne/Fergusson/Webb/Janson 2008, 69). Alle diese innerfamiliären Formen der Gewalt durch Bezugspersonen haben einen entscheidenden Einfluss auf die weitere Entwicklung des Kindes. Dies liegt zum einen darin begründet, dass die meisten Kinder und Jugendlichen, die Gewalt in der Familie erfahren, dieser wiederholt oder regelmäßig ausgesetzt sind (vgl. Streeck-Fischer 2010, 99). Es handelt sich also zumeist um Typ-II-Traumata, die, wie in Kapitel 2.1.1 dargestellt, i.d.R. weitreichende Konsequenzen mit sich ziehen. Neben den offensichtlichen Schäden, die das Erfahren von (körperlicher und seelischer) Gewalt mit sich bringt, ist ein entscheidender Faktor bei innerfamiliärer Gewalt die Tatsache, dass die Kinder hier Gewalt *durch* ihre Bezugspersonen erleben. Damit gerät das Kind in ein Dilemma: die Person, die eigentlich für den Schutz und die Fürsorge des Kindes zuständig ist und der Ort von Sicherheit und Geborgenheit sein sollte (oder mitunter auch phasenweise ist), ist gleichzeitig der Ort der Bedrohung: „Kommt es zu einer Traumatisierung innerhalb der Bindungsbeziehung wird einerseits die Bindung gesucht, andererseits jedoch die Fähigkeit, sich vor der Traumatisierung zu schützen, verstellt. Das als Sicherheit gesuchte Bindungsobjekt ist das traumatisierende Objekt“ (ebd., 101). Das Kind ist „gefangen“

---

<sup>6</sup> Aufgrund des begrenzten Umfangs dieser Arbeit wird nicht näher auf die verschiedenen Bindungstypen nach Bowlby, Robertson und Ainsworth eingegangen. Eine unzureichende Versorgung des Kleinkindes wird aber mit erhöhter Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung einer unsicheren Bindung bis hin zu einer Bindungsstörung führen.

in einem Bindungssystem, das das Bindungstrauma immer wieder aktiviert. Es befindet sich damit stetig in einem Zustand der Erregung gepaart mit Gefühlen der Angst, Panik, Ohnmacht und Bedrohung (vgl. Streeck-Fischer 2010, 101). Diese Angst kann aufgrund der Abhängigkeit zu den Bezugspersonen nicht gelöst werden: Kampf und Flucht als Notfallreaktionen fallen weg oder können nur sporadisch eingesetzt werden, ohne die Möglichkeit, sich gänzlich aus der bedrohlichen Lage zu befreien. Infolgedessen verharrt das Kind in einer ständigen extremen Stresssituation: „Ein Kind, das wegen familiärer Gewalt traumatisiert wird, erlebt massiven Dauerstress, der neurobiologische Schädigungen zur Folge hat. Frühe Vernachlässigung hat sicherlich die schwerwiegendsten Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung und Gehirnreifung [...]“ (Brisch 2007). Dieser Dauerstressor führt dazu, dass das Kind auch auf der Verhaltens-ebene Symptome entwickelt. Brisch (2007) schreibt, dass dies beispielsweise in Form einer „organisierten Verhaltensstörung in bindungsrelevanten Situationen beobachtet und als Bindungsstörungen diagnostiziert werden [kann]“ (ebd.). Diese Kinder weisen kein sicheres Bindungsverhalten auf, was in verschiedenen Formen sichtbar werden kann: im übermäßigen Anklammern an die Bezugsperson, im Vermeiden jeglicher Bindung (die Nähe der Bezugsperson wird in Situationen der Angst nicht aufgesucht), im aggressiven Auftreten als Form der Kontaktaufnahme (Kind hat einen Bindungswunsch, der verdeckt wird durch Aggressivität), in einer starken Hemmung wenn sich die Bezugsperson in der Nähe befindet (das Kind wird aktiv sobald sich diese entfernt), im undifferenzierten Bindungsverhalten (es gibt keine bevorzugte Bindungsperson vielmehr kann jede in der Nähe befindliche Person als Ort des Trostes aufgesucht werden), in einem stark erhöhten (häufig unbewussten) Unfallverhalten (Fürsorge durch das Umfeld wird durch diese Unfälle aktiviert) oder einer Rollenumkehr in der Bezugspersonen-Kind-Beziehung (Bezugsperson ist in dieser Bindung hilfebedürftig und sucht Sicherheit und Schutz beim Kind). Ebenfalls möglich sind verschiedene Formen von psychosomatischen Symptomen (vgl. ebd.).

Das Verhalten, das ein Kind in der ersten Beziehung zu seinen primären Bezugspersonen erlernt, überträgt es im Laufe seines Lebens auf andere Beziehungen, bspw. in der Kita zu den Erzieher:innen oder in der Schule zu den Lehrer:innen. Sie reinszenieren ihre frühen Bindungserfahrungen und befinden sich oftmals auf einem emotionalen Entwicklungsstand, der nicht ihrem biologischen Altern entsprechend ausgebildet ist (vgl. ebd.). Ebenso kann i.d.R. auch davon ausgegangen werden, dass andere Entwicklungsaufgaben nicht altersentsprechend absolviert wurden und dass sich ein Bindungstrauma auf die gesamte Persönlichkeit des Kindes auswirkt:

„Ein Trauma wirkt wie eine Erosion im Lebensverlauf. Liegt sein Epizentrum in früher Kindheit, werden die Zerstörungen insbesondere die Entwicklungsbereiche treffen, die sich

zu diesem Zeitpunkt im Aufbau befinden und somit kaum Stabilität erworben haben. Erleben und Bewältigen des Ausmaßes der traumatischen Verstörung binden diejenigen Kräfte des Individuums, die normalerweise für den Ausbau seiner Persönlichkeitsentwicklung genutzt werden (Scherwath/Friedrich 2020, 36).

Ein Kind, das als Säugling oder Kleinkind nie die Co-Regulation der Bezugspersonen erfahren und damit gelernt hat, innere Erregungszustände, Affekte und Impulse zu regulieren, wird auch in der späteren Entwicklung nicht in der Lage sein, dies zu tun, sofern es nicht eine heilende Neuerfahrung in einer anderen Beziehung zu neuen Bezugspersonen (bspw. den Erzieher:innen oder Lehrer:innen) machen und neue Kompetenzen im Bereich der Beziehungsgestaltung und Affekt- und Impulsregulation erleben durfte (vgl. ebd., 104).

### **3 Traumasensibler Umgang in der Schule**

Das vorangegangene Kapitel hat verdeutlicht, welche Auswirkungen unverarbeitete Traumatisierungen auf das Erleben, Denken, Fühlen und Handeln von Kindern haben können. Was passiert nun, wenn diese Kinder in die Institution Schule eintreten? Der Lern- und Lebensort Schule zeichnet sich durch klare Strukturen und festen Rahmenbedingungen aus. Mit Eintritt in die Schule müssen Kinder zahlreiche neue Entwicklungsaufgaben bewältigen:

„Die Schule stellt neue Entwicklungsaufgaben, deren Basis die Schulfähigkeit ist, zu deren Bestandteilen nicht nur die kognitiven Leistungen und motivationalen Kompetenzen des Kindes gehören, sondern auch ganz bestimmte soziale Fähigkeiten der Anpassung an die institutionelle Umwelt“ (Hurrelmann/Bründel 2003, 76).

Neben dem angemessenen Umgang mit Gleichaltrigen gehören dazu auch der Umgang mit Autoritätsfiguren in Form von Lehrkräften und Erzieher:innen und die Anpassung an diverse (Umgangs-)Regeln (wie bspw. feste Unterrichtszeiten, Melderegeln, Ruhe während der Arbeitsphasen, Stillsitzen auf dem eigenen Platz, etc.). Levine/Kline (2004) postulieren, dass diese neuen Anforderungen einen zusätzlichen Stressor für Kinder, insbesondere traumatisierte Kinder, darstellt: „Bei vielen Kindern, die ein Trauma erfahren haben, tauchen deshalb Anzeichen und Symptome im Rahmen der Schule auf (oder sind dort ausgeprägter), weil sie durch den Leistungs- und Sozialisationsdruck zusätzlichen Stressfaktoren ausgesetzt sind“ (ebd., 78f.). Diese Anzeichen und Symptome zeigen sich in Schule bspw. in Form von störendem Verhalten im Unterricht, einer mangelnden Affekt- und Impulskontrolle, mangelnder Konzentrationsfähigkeit, Dissoziationen, dem Unvermögen angefangene Aufgaben zu Ende zu bringen, u.a. Zudem sind traumatisierte Kinder in ihrer sozial-emotionalen Entwicklung häufig nicht altersentsprechend entwickelt und haben aufgrund der traumatischen Erlebnisse affektive und kognitive Störungen ausgebildet, die sich negativ auf ihre Lern- und Leistungsfähigkeit auswirken (vgl. Ding

2023, 56f.; Kapitel 2.3). Carl Hemsoth (2021) stellt fest, dass derzeit davon ausgegangen werden kann, dass in Deutschland durchschnittlich 2-3 Kinder pro Klasse traumatisiert sind, was Schulen und Pädagog:innen vor vielfältige Herausforderungen stellt (vgl. ebd. 2021, 12). Oftmals kommt es zu einer Überforderung auf Seiten der pädagogischen Fachkräfte und Schüler:innen werden als nicht tragbar für das Schulsystem erklärt (vgl. Kühn 2014, 21). Auch für die traumabetroffenen Schüler:innen selbst stellt Schule häufig eine schwer zu meisternde Aufgabe dar und sie sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, in Bildungseinrichtungen zu scheitern (vgl. Kühn 2014, 21; Ding 2017, 676).

Auf der anderen Seite birgt die Schule als ein zentraler Lebensort von Kindern - insbesondere seit der flächendeckenden Einführung von Ganztagschulen in Deutschland - auch das Potenzial zum Schutzraum zu werden und ein Ort an dem neue (heilsame) Beziehungserfahrungen gesammelt werden können. Fühlt sich ein Kind in der Klassengemeinschaft angenommen, können neue Gefühle der Zugehörigkeit zur Gruppe entstehen. Im Kontakt und der Beziehung mit anderen Kindern und Erwachsenen Bezugspersonen (neben Lehrkräften und Erzieher:innen können dies im Kontext Schule bspw. auch Hausmeister:innen, Reinigungskräfte oder andere im Ort Schule tätige Personen sein) können neue Umgangsformen gelernt und korrigierende Beziehungserfahrungen gemacht werden. Zudem bietet das Hinarbeiten auf einen Schulabschluss eine konkrete Zukunftsperspektive und eröffnet damit den Blick, dass das Leben trotz allem Erlebten weitergeht (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 100).

Eine pädagogische Disziplin, die sich auf den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen spezialisiert hat, ist die Traumapädagogik. Sie ist in den 1990er Jahren entstanden und hat sich aus der Praxis der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe heraus entwickelt. Damals stellten Pädagog:innen fest, dass Kinder und Jugendliche mit traumatischen Lebensbiografien bestimmte (Über-)Lebensstrategien entwickelt haben, die im Hinblick auf das traumatische Erlebnis zwar als sinnvoll und zielführend anerkannt werden können, sich aber als hinderlich im Alltagsleben und der sozialen Interaktion mit anderen Menschen herausstellten. Sie fußt auf der Erkenntnis, dass traumabedingte Dynamiken zwischen Betroffenen und pädagogischem Personal schnell zu einer Überforderung auf Seiten der Fachkräfte führen. Um den Herausforderungen des Alltags mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen begegnen zu können, wurden daraufhin unter Berücksichtigung psychotraumatologischen Wissens traumapädagogische Methoden und Konzepte entwickelt (vgl. Kühn 2014, 19; Weiß 2016, 20). Die Traumapädagogik grenzt sich von der Traumatherapie insofern ab, dass sie primär zum Ziel hat betroffene Kinder und Jugendliche so in ihrem Alltag und in ihrer Entwicklung zu unterstützen und zu fördern, dass sie befähigt werden in Zukunft ihr Leben selbstmächtig zu gestalten. Sie kann

ergänzend zur Traumatherapie wirken, aber anders als in dieser geht es nicht um die gezielte Konfrontation und Integration von traumatischen Erlebnissen, sondern um die Begleitung der Kinder und Jugendlichen im Alltag. Dabei werden Strategien entwickelt, die der Stressregulation dienen, Ressourcen entdeckt und gefördert, soziale Fähigkeiten erarbeitet, korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglicht und die Kinder und Jugendlichen so in ihrem Alltag stabilisiert. Auch die Psychoedukation, also die Aufklärung der Betroffenen und ihrer Angehörigen über die Auswirkungen eines Traumas auf den Menschen, nimmt einen zentralen Stellenwert in der Traumapädagogik ein. Sie begleitet Kinder und Jugendliche im Prozess der Traumabearbeitung im Alltagsgeschehen und auch das Umfeld der Kinder und Jugendlichen wird - sofern möglich - in diesen Prozess einbezogen und unterstützt (bspw. in Form von Vernetzung mit Behörden, Beratungsstellen und anderen Hilfsangeboten für die Erziehungsberechtigten) (vgl. Weiß 2016, 20f.).

Darüber hinaus richtet die Traumapädagogik ihren Blick nicht nur auf die Adressat:innen und die Beziehungsgestaltung zwischen Adressat:innen und Professionellen allein, sondern zielt zudem auch darauf ab Fachkräften Handlungssicherheit zu vermitteln und zu erarbeiten welche institutionellen Rahmenbedingungen und Strukturen gegeben sein müssen, damit sowohl Adressat:innen als auch Fachkräfte gut und sicher interagieren können. Es geht also um einen ganzheitlichen Blick auf *alle* beteiligten Akteur:innen (vgl. Kühn 2014, 24).

Wenngleich die Traumapädagogik ursprünglich für das Arbeitsfeld der (teil-)stationären Kinder- und Jugendhilfe entwickelt wurde und sich sicherlich nicht alle Konzepte und Methoden 1:1 auf die Institution Schule übertragen lassen, lohnt es sich dennoch zu untersuchen, welche Aspekte der Traumapädagogik für den Schulalltag nutzbar gemacht werden können. In den folgenden Kapiteln werden daher einige ausgewählte Bausteine der Traumapädagogik näher beleuchtet und dargestellt, wie sich diese, mit Rückgriff auf das Theoriewissen über Psychotraumatologie aus Kapitel 2, in der Schule und im Unterricht integrieren lassen. Kapitel 3.1 fokussiert sich dabei auf das Konzept des „Guten Grundes“, der vor allem eine bestimmte Haltung hinsichtlich traumatisierter Kinder und Jugendlicher von Seiten der Professionellen fordert. Kapitel 3.2 greift die Konzepte des „Sicheren Ortes“ und „Bindungsorientierten Pädagogik“ auf. Dabei liegt der Fokus primär auf den Adressat:innen, also den traumatisierten Schüler:innen, und wie sie in dem Prozess der Traumabearbeitung aktiv unterstützt werden können. Kapitel 3.3 fokussiert sich dann vornehmlich auf die involvierten Fachkräfte. Dabei geht es zum einen um Fragen der Mitarbeitendenfürsorge und zum anderen um die institutionellen Rahmenbedingungen und kooperativen Netzwerke, die etabliert werden müssen, um eine traumasensible Umgebung gestalten zu können.

### 3.1 Annahme des Guten Grundes

Die Annahme des Guten Grundes bezieht sich zunächst auf die grundsätzliche Haltung, die eine Fachkraft einem traumatisierten Kind entgegenbringt. Die Grundannahme besteht dabei darin, dass hinter dem von dem Kind gezeigten Verhalten (und sei es noch so destruktiv oder aus der Außenperspektive zunächst unverständlich) immer eine Motivation oder ein Grund steht, der für das jeweilige Kind mit Blick auf seine Lebensgeschichte und bisherigen Lebenserfahrungen Sinn ergibt: „Auffälliges Verhalten ist eine normale Reaktion auf ein unnormales Ereignis“ (Hemsoth 2021, 212). Die vom Kind gezeigten Verhaltensweisen sind dann (Über-)Lebensstrategien, die es im Laufe seines Lebens und als Antwort auf die es umgebende Umwelt und Erfahrungen entwickelt hat. Hinter jedem Verhalten steckt eine - für das Subjekt - positive Absicht, die es zu „enträtseln“ gilt. Diese positive Absicht ist zumeist der (misslungene) Versuch des Subjekts eigene, bisher unerfüllte Bedürfnisse zu erfüllen:

„Wir neigen dazu, Kinder, die weinerlich, fordernd oder aggressiv sind, als „verwöhnt“ und „verzogen“ anzusehen. Dabei entstehen diese Eigenschaften üblicherweise aufgrund unerfüllter Bedürfnisse und ungenutzter Fähigkeiten, nicht deshalb, weil die Kinder zu viel besitzen, oder weil es ihnen gut geht. Damit ein Kind freundlich, großzügig und einfühlsam wird, muss es auch so behandelt werden“ (Perry/Szalavitz 2006, 305).

Gelingt es der Fachkraft, diesen Perspektivwechsel zu vollziehen und die hinter dem Verhalten liegenden unerfüllten Bedürfnisse erkennen, kann sie dem Kind gegenüber oftmals eine wohlwollendere und mitfühlendere Haltung gegenüber einnehmen. Der Fokus verschiebt sich dann weg von den negativen Folgen, die das Verhalten des Kindes nach sich zieht, hin zu den inneren Zielen des Kindes (vgl. Scherwath/Friedrich 2021, 68). Auch im Kontext Schule kann sich diese Haltung zunutze gemacht werden. Zwar ist die Anerkennung, dass das Verhalten des Kindes eine logische Folge seiner bisherigen Erfahrungen ist, noch keine Lösung für das problematische Verhalten des Kindes und ist auch keine konkrete Intervention, die bspw. im Falle eines aggressiven Ausbruchs im Unterricht den Wutanfall schnell auflöst. Aber sie kann entscheidend zur Entlastung der pädagogischen Fachkraft beitragen. Wenn das gezeigte Verhalten des Gegenübers nicht mehr „sinnlos“ erscheint, sondern logisch erklärbar wird und der Ursprung des Verhaltens erkannt wird, kann wieder Handlungsfähigkeit entstehen. Sobald ein Verhalten erklärbar wird, wird es konkret und es können daraufhin entsprechende Lösungsansätze entwickelt werden. Ein wichtiger Aspekt, den es hier jedoch ebenfalls festzuhalten gilt, ist, dass die Anerkennung des kindlichen Verhaltens als Bewältigungsstrategie nicht einhergeht mit einem Freifahrtschein für das betroffene Kind sich über alle geltenden Regeln des sozialen Miteinanders hinwegsetzen zu dürfen. Weder im ursprünglichen Konzept innerhalb der Jugendhilfe noch im Kontext Schule können andauernde Grenzüberschreitungen - vor allem, wenn sich deren

Auswirkungen auf Dritte ausweiten - folgenlos toleriert werden. Gerade in der Schule kann der Unterricht nur funktionieren, wenn sich im Großen und Ganzen alle an den vereinbarten Verhaltenskodex halten. Auch die individuelle Befriedigung aller Bedürfnisse von mehr als zwanzig anwesenden Schüler:innen gleichzeitig ist weder umsetzbar noch erstrebenswert. Hemsoth (2021) plädiert in diesem Fall für eine Haltung, die zwar Grenzen aufzeigt und Konsequenzen nach sich zieht, aber dennoch auf der Beziehungsebene offenbleibt. D.h. dass die Fachkraft dennoch empfänglich bleibt für die Bedürfnisse des Kindes und ihm spiegelt, dass es seine Belastungen er- und anerkennt und bereit ist, mit ihm zusammen an diesen Themen zu arbeiten (vgl. ebd., 257). Weiß (2021) formuliert diese Zielsetzung als „Verstehen ohne Einverstanden zu sein“ (ebd., 119). Solange sich das Kind in seinem Verhalten nicht gesehen und verstanden fühlt, geht es in den Widerstand. Wird es allerdings in seinen Bedürfnissen erkannt, kann sich das Stresserleben des Kindes verringern und eine gemeinsame Suche nach neuen Bewältigungsmechanismen erfolgen (vgl. ebd., 121).

Ein weiterer Aspekt, der durch die Anerkennung des Ursprungs von störenden Verhaltensweisen zum Tragen kommt, ist zudem, dass für die Fachkraft erkennbar wird, dass das gezeigte Verhalten i.d.R. nicht persönlich gegen die eigene Person gerichtet ist, sondern primär die subjektiv logische Bewältigungsstrategie des Kindes widerspiegelt (vgl. Ding 2023, 62). Dies ermöglicht innerlich eine professionelle Distanz, die notwendig ist in der Arbeit mit herausfordernden Verhaltensweisen und verhindert, dass die Fachkraft selbst emotional zu sehr verwickelt wird.

Eine Voraussetzung dafür, dass das Verhalten eines Kindes vor dem Hintergrund seiner Biografie und seiner Erfahrungen verstanden und interpretiert werden kann, ist, dass die Fachkraft die biografischen Hintergrunddaten des Kindes kennt. Gerade im Kontext Schule kann dies oftmals eine Schwierigkeit darstellen. Pädagog:innen in der Schule sind nicht immer vertraut mit der Lebensgeschichte ihrer Schüler:innen und die Bereitschaft von Seiten der Personensorgeberechtigten offen über ihre privaten Probleme in der Schule zu sprechen, ist nicht selten eingeschränkt. Hier wäre - unter Voraussetzung einer Schweigepflichtentbindungserklärung der Personensorgeberechtigten - eine enge Kooperation mit anderen professionell Tätigen vonnöten, also zwischen Lehrpersonal und Schulsozialarbeiter:innen ebenso wie zu außerschulischen Einrichtungen wie Jugendämtern, Beratungsstellen, Tagesgruppen, etc. (auf diesen Aspekt wird in Kapitel 3.3 noch weiter eingegangen). Auch für die Zusammenarbeit mit den Personensorgeberechtigten und sonstigen relevanten Bezugspersonen der betroffenen Kinder kann die Einnahme einer dem „Guten Grund“ entsprechenden Haltung wichtig sein. Baiertl (2015a) betont, dass

eine wertschätzende Haltung nicht nur dem Kind, sondern auch seinen Bezugspersonen entgegengebracht werden muss, damit eine gelingende Zusammenarbeit erfolgen kann:

„Dabei hilft die Annahme, dass jeder Mensch zu jedem Zeitpunkt das für ihn zu diesem Zeitpunkt bestmögliche Verhalten zeigt. Werden Verhaltensänderungen gewünscht, geht es dann darum, innere wie äußere Gegebenheiten so zu verändern, dass zukünftig sowohl mehr Wahlmöglichkeiten zur Verfügung stehen als auch hilfreichere Entscheidungskriterien“ (Baierl 2015a, 47).

Erst wenn es gelingt diese Haltung nicht nur dem Kind, sondern auch den Bezugspersonen gegenüber einzunehmen, könne eine fruchtbare Arbeitsbeziehung entstehen innerhalb derer Anstöße zu Veränderungsprozessen angeregt werden könnten (vgl. ebd., 48).

Als Ergänzung zur grundsätzlich wertschätzenden Haltung gegenüber dem Individuum sollte im Kontext Schule zudem auch die wertschätzende Haltung gegenüber den vom Kind gezeigten Leistungen nicht vernachlässigt werden. Wie in Kapitel 2.2 deutlich geworden ist, binden traumatische Erlebnisse Energien, die an anderen Stellen im Leben eines traumatisierten Menschen fehlen. Die Verhaltensnormen, die Schule im Unterricht einfordert, können dann mitunter allein als Stressor ausreichen, die das ohnehin schon chronisch überforderte Nervensystem des Traumatisierten weiter reizen und eine automatisierte Stressreaktion hervorrufen. Je nachdem welche Voraussetzungen ein Kind mitbringt, kann dann schon eine zunächst recht gering wirkende Leistung wie das Stillarbeiten für fünf Minuten für das Individuum eine beachtliche Leistung bedeuten. Auch die Erinnerung daran, dass traumatische Erlebnisse in der frühkindlichen Entwicklung dazu führen können, dass bestimmte altersentsprechende Entwicklungsstufen (noch) nicht erreicht werden konnten (vgl. Kapitel 2.3.1), ermöglicht es die vom Kind gezeigten Leistungen im Rahmen seiner Entwicklung zu verstehen und wertzuschätzen.

### **3.2 Schule als „sicherer Ort“**

Wie im ersten Teil dieser Arbeit deutlich geworden, gehen traumatische Erfahrungen einher mit einem (subjektiven) Gefühl der Ohnmacht und des Kontrollverlusts. Mitunter wird die Welt als bedrohlich und unberechenbar erlebt. Eine grundlegende traumapädagogische Maßnahme und Grundvoraussetzung für jede Traumaarbeit ist es daher, dem Betroffenen ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln. Ein Konzept, das das Thema Sicherheit und Verlässlichkeit in den Mittelpunkt gestellt hat, ist die „Pädagogik des Sicheren Ortes“, das ursprünglich auf Martin Kühn zurückgeht, aber im Laufe der letzten Jahre immer wieder durch andere Autor:innen ergänzt wurde.

Der in diesem Verständnis definierte sichere Ort setzt sich zusammen aus der Triade von Adressat:in, Pädagog:in und der pädagogischen Einrichtung, in der sich die beteiligten

Akteur:innen bewegen. Um eine traumasensible Umgebung gestalten zu können, müssen alle drei Komponenten betrachtet und miteinander in Beziehung gesetzt werden. D.h. sowohl die Beziehung zwischen Adressat:in und Pädagog:in, das Verhältnis zwischen Adressat:in und der Einrichtung und das Verhältnis zwischen der Pädagog:in und der Einrichtung sind relevant, wenn ein für alle Beteiligten traumasensibler, sicherer Ort entstehen soll (vgl. Kühn 2014, 23).

### 3.2.1 Die pädagogische Beziehung

Einer der zentralen Wirkfaktoren in jedem psychosozialen Arbeitsfeld ist eine gelingende Beziehung zwischen Adressat:in und Fachkraft. Auch in der professionellen Arbeit mit traumatisierten Menschen spielt die Beziehungsgestaltung eine zentrale Rolle und verlässliche, stabile Beziehungsnetzwerke können einen erheblichen Einfluss auf einen positiven Traumabearbeitungsprozess haben (vgl. Gahleitner/Kamptner/Ziegenhain 2016, 115). Gleichzeitig stellt die Beziehungsgestaltung gerade mit komplex und/oder bindungstraumatisierten Kindern eine gesonderte Herausforderung dar. Da sie Gewalt zumeist in ihren engen Beziehungen erlebt haben oder immer noch erleben, bergen Beziehungen für sie immer auch ein Risiko (vgl. ebd., 116). Nichtsdestotrotz betont Baierl (2015b), dass gerade (bindungs-)traumatisierte Kinder essenziell auf ein Gegenüber angewiesen sind, das ihnen eine sichere und stabile Beziehung anbietet und so neue Beziehungserfahrungen ermöglicht: „Durch das beständige Erleben sicherer, beständiger, verlässlicher und liebevoller Beziehungen kann Zugehörigkeit entwickelt und positiv erlebt werden sowie alte Beziehungserfahrungen überschrieben und durch neue ersetzt werden“ (ebd., 61). Um Kindern eine sichere Beziehung und neue positive Bindungserfahrungen ermöglichen zu können, müssen Fachkräfte diese Beziehung immer wieder anbieten. Wichtig dabei sei vor allem den Kindern das Gefühl zu vermitteln, sich so weit in die Beziehung einzulassen, wie sie in ihrem derzeitigen Entwicklungsstand dazu imstande oder bereit sind. Die Fachkraft muss dem Kind Nähe anbieten, ohne diese einzufordern, die Grenzen des Kindes erkennen und wahren und dennoch immer wieder aktiv eine Beziehung anbieten. Gerade wenn das Kind Beziehungen als zwiespältig - einerseits als Ort der Bindung und Sicherheit und andererseits als Ort der Gefahr und Unsicherheit - kennengelernt hat, kann die Beziehungsanbahnung viel Zeit in Anspruch nehmen und immer wieder durch Brüche und Konflikte charakterisiert sein (vgl. ebd., 61f.).

Auch und gerade in der Schule ist die Beziehungsgestaltung zwischen pädagogischer Fachkraft und dem Kind von zentraler Bedeutung. Zum einen ist das Bindungsverhalten, wie in Kapitel 2.3.3 dargestellt, eng mit dem Explorationsverhalten verbunden. Diese Dynamik spielt auch im

schulischen Kontext noch immer eine Rolle. Das Lernen in einer Atmosphäre der Angst oder Unsicherheit ist nicht oder nur eingeschränkt möglich. Brisch (2023) betont, dass kognitives Lernen nur dann erfolgreich stattfinden kann, wenn sich das Kind in der Institution und in der Beziehung mit den anwesenden Pädagog:innen und in der Klassengemeinschaft sicher fühlt (vgl. ebd., 132). Auch wenn in der Schule die Vermittlung von kognitiven Lerninhalten steht, sollte die Beziehungsgestaltung zu den Schüler:innen nicht nur nebenher laufen, sondern ein Kernpunkt der pädagogischen Arbeit sein, da Bindung die Basis für alle Lernprozesse sei (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 89). Scherwath/Friedrich (2020) betonen, dass pädagogische Arbeit immer auch Beziehungs- und Bindungsarbeit sei und es Feinfühligkeit von Seiten der Pädagog:innen bedarf, die individuellen Bedürfnisse des Kindes zu erkennen. Sie führen des Weiteren aus, dass ein pädagogischer Reflex auf anhaltend störendes oder als manipulativ/feindseliges interpretiertes Verhalten von Seiten des Kindes oftmals mit noch rigideren Verhalten von Seiten der Pädagog:in beantwortet werde, in solchen Situationen jedoch stattdessen eine erhöhte Feinfühligkeit notwendig sei: erst im Kontakt mit dem Kind können Bedürfnisse und Absichten des Kindes verständlich werden und anschließend bearbeitet werden (vgl. ebd., 90ff.). Die Beziehungsgestaltung mit (bindungs-)traumatisierten Kindern nimmt viel Zeit in Anspruch, was gerade in der engen Taktung der Schule zu erheblichen Problemen führen kann. Eine Möglichkeit diesem Bedarf jedoch gerecht werden zu können, wäre eine enge Verzahnung zwischen der Arbeit von Lehrkräften und Schulsozialarbeiter:innen. Da Sozialarbeiter:innen aufgrund ihres Tätigkeitsprofils i.d.R. zeitlich flexibler sind, könnte eine Anbindung der traumatisierten Kinder an die Schulsozialarbeit erfolgversprechend sein. Je nach Struktur und Rahmenbedingungen kann die/der Schulsozialarbeiter:in ebenfalls zu einer wichtigen Bezugsperson der Schüler:innen werden und einen geschützten Raum bieten in dem Konflikte in Ruhe besprochen und gelöst werden können und in dem „Beziehung geübt werden kann“. In der exklusiven Beziehung zu Lehrkräften und Schulsozialarbeiter:innen kann das Kind erfahren, dass es nicht allein ist und in der Lage ist in Beziehung zu treten. Lang (2016a) betont, dass eine Bindungstraumatisierung vor allem ein Zustand der Einsamkeit sei (vgl. ebd., 273). Diesem Zustand kann durch eine verlässliche, professionelle Beziehungsgestaltung in der Schule entgegengewirkt werden.

Eine Besonderheit, die bei der professionellen Beziehungsgestaltung mit bindungstraumatisierten Kindern stets beachtet werden muss, ist das Phänomen der Übertragung und Gegenübertragung. Das Kind wird (unbewusst) seine bisherigen Beziehungserfahrungen auf die Beziehung mit der Fachkraft übertragen, ebenso wie die damit zusammenhängenden Affekte, Wünsche und Erwartungen. Das Kind überträgt also die ihm bekannte vergangene, traumatische

Beziehungserfahrung auf die Beziehung in der Gegenwart. Die Fachkraft wiederum reagiert auf diese Übertragung (unbewusst) mit der Gegenübertragung. Also mit bestimmten Emotionen, Wünschen, Erwartungen oder Handlungsimpulsen, die im Kontakt mit dem Kind in der Fachkraft entstehen. Gleichzeitig wirken ebenfalls die eigenen, vergangenen Beziehungserfahrungen und Bindungsmuster der Fachkraft in die Dynamik mit dem Kind hinein. Während Übertragungen und Gegenübertragungen in menschlichen Interaktionen stets stattfinden, zeichnen sich traumatische Übertragungen durch eine besondere Intensität und Destruktivität aus. Die überwältigenden Gefühle, die in der ursprünglich traumatischen Situation empfunden wurden (Wut, Trauer, Ohnmacht, etc.) treten in diesen Beziehungssituationen wieder auf und können (sofern sie von der Fachkraft unreflektiert bleiben) zu Verunsicherung, Verwirrung oder Abwehrreaktionen auf Seiten der Fachkraft führen (vgl. Gebrande 2021, 106-111). Gebrande (2021) betont, dass diese Übertragungen und Reinszenierungen vor allem mit steigendem Vertrauen des Kindes in die Fachkraft und die Beziehung auftreten werden. Sie können daher zunächst als Ergebnis einer gelungenen Beziehungsanbahnung verstanden werden und bieten die Chance neue Beziehungserfahrungen für das Kind zu ermöglichen. Dafür müssen sie jedoch von der Fachkraft als Übertragungsprozesse erkannt und verstanden werden und ein konstruktiver Umgang (der sich von den Erfahrungen, die das Kind in der ursprünglichen Situation gemacht hat, unterscheiden) mit ihnen gefunden werden. (vgl. ebd., 108f.). Baierl (2015b) führt aus, dass sich die Fachkraft immer wieder reflektieren muss, um zu erkennen welche Gefühle, Impulse, körperlichen Reaktionen in ihr selbst ausgelöst werden und zu erkennen, dass es sich um eine Beziehungsdynamik handelt, die weniger mit der Fachkraft persönlich und vielmehr mit ihrer Rolle in der Beziehung zu tun hat: „Das Bewusstsein, dass die Beziehungsgestaltung Traumafolge ist, aus der Rollenverteilung zwischen mir und dem Kind geschieht und nicht mich persönlich meint, hilft, weniger betroffen zu sein bzw. trotz aller Betroffenheit professionell zu bleiben“ (ebd., 64). Ebenso muss sie sich insoweit selbst stabilisieren, dass sie ihre Gegenübertragung nicht unreflektiert in der Situation mit dem Kind ausagiert, sondern sobald sie merkt, dass sie sich in einer Übertragungsdynamik befindet, aus dieser aussteigt.

Übertragung und Gegenübertragung fordern die Fachkraft immer wieder heraus, ihr eigenes Verhalten, Denken und Fühlen zu reflektieren und zu analysieren. Weiß (2011) stellt fest, dass es dafür Rahmenbedingungen in der Institution geben müsse, die der Fachkraft zum einen den Raum geben, die eigenen Übertragungsgefühle und -reaktionen mit Kolleg:innen reflektieren und analysieren zu können. Und zum anderen auch die Möglichkeit bieten, sich aus akuten Situationen der Übertragung herausnehmen zu können (vgl. ebd., 207f.). Diese Forderungen stellen im Kontext Schule eine gesonderte Herausforderung dar: der meiste

zwischenmenschliche Kontakt zwischen Lehrkraft und Kind findet während oder kurz vor oder nach dem Unterricht statt - also zu Zeiten, in denen statt Beziehungsarbeit eigentlich der Unterricht im Vordergrund steht. Um gewährleisten zu können, dass hier auftretende Übertragungsdynamiken sinnvoll aufgefangen oder deeskaliert werden können, bedarf es einer so guten personellen Aufstellung, dass neben dem zu gewährleistenden Unterricht auch Raum für diese Beziehungsarbeit ist. In welcher Form dies möglich ist, bspw. durch generelle Doppelsteckung im Unterricht, einem ausgearbeiteten Notfallsystem, in dem sich Kolleg:innen quasi auf Abruf befinden und im Akutfall einspringen könnten oder ähnliches, müsste individuell in der jeweiligen Einrichtung entschieden werden. Beziehungsarbeit bedarf in jedem Fall Zeit und Raum, der ebenso wie der Unterricht als natürliche Aufgabe im schulischen Arbeitsfeld mitgedacht werden müsste. Zum anderen müsste es im Kollegium eine Form von Supervision geben, in der diese auftretenden Beziehungsdynamiken gemeinsam im Team analysiert und reflektiert werden können. Durch das gemeinsame Besprechen kommt es zur Entlastung auf Seiten der betroffenen Fachkraft und gemeinsam können neue Handlungsimpulse erarbeitet werden. Je stabiler und verlässlicher das Beziehungsangebot durch die pädagogische Fachkraft ist, desto wirkungsvoller können Veränderungen im Beziehungsverhalten der Kinder stattfinden: „Bei einer Kontinuität vieler sicherer, schützender und versorgender Erfahrungen können so unsichere oder desorganisierte Muster langfristig, wenn auch oft in einem mühsamen Prozess, zu einem neuen inneren Arbeitsmodell von Bindung führen“ (Gebrande 2021, 105).

### 3.2.2 Zeit- und Raumstruktur

Eine weitere Möglichkeit, um Kindern ein Sicherheit vermittelndes Umfeld zu bieten, ist die Einführung einer transparenten und verlässlichen Zeit- und Raumstruktur. In der Schule ist dies grundlegend institutionell vorgesehen: es gibt feste Unterrichtszeiten und Stundenpläne und auch Rituale gehören insbesondere in der Grundschule und den unteren Klassenstufen der Sek I in der Regel zum Schulalltag. Rituale wie der gemeinsame Morgenkreis, die Vorstellung des Tagesplans zu Beginn jeden Schultages oder die ritualisierten Übergänge zwischen verschiedenen Sozial- und Arbeitsformen während des Unterrichts haben insbesondere für traumatisierte Kinder eine beruhigende Wirkung, da sie den Tag vorhersehbar machen und einen verlässlichen Rahmen bieten innerhalb dessen sich die Kinder bewegen können. Jäckle (2016) betont, dass diese Rituale und festen Rahmenbedingungen für traumatisierte Kinder zu einer festen Bedingung werden, damit Lernen stattfinden kann (vgl. ebd., 161). Ritualisierte Abläufe vermitteln Sicherheit und bilden damit einen Gegenpol zu den Gefühlen von Kontrollverlust und

Unberechenbarkeit während des traumatischen Erlebens. Scherwath/Friedrich (2020) betonen, dass einmal etablierte Rituale verlässlich aufrechterhalten werden müssen, d.h. nicht willkürlich zu verändern sind. Sie sollten nicht als pädagogische Maßnahmen von Sanktion oder Belohnung verwendet werden (bspw. das Weglassen der Vorlesegeschichte während des Frühstücks, weil im Unterricht nicht ordentlich gearbeitet wurde), sondern einen verlässlichen Ankerpunkt im Alltag darstellen, an dem sich die Kinder orientieren können (vgl. ebd., 76). In der stationären Jugendhilfe hat sich ebenfalls etabliert für die Bewohner:innen deutlich sichtbare Dienstpläne zu installieren, damit die Bewohner:innen wissen, welche Fachkräfte an welchem Tag in der Woche anwesend sind (vgl. ebd., 76). Ein ähnliches Vorgehen ließe sich auch in der Schule umsetzen, um Krankheitsausfälle gleich zu Beginn des Tages oder der Woche transparent zu machen. Auch hier ist zu bedenken, dass eine generelle Doppelbesetzung im Unterricht oder die feste Zuweisung einer Klasse zu einer größeren Gruppe von pädagogischen Fachkräften dazu führen könnte, dass verlässlich immer eine Bezugsperson der Kinder anwesend ist und der Krankheitsausfall der Klassenlehrkraft nicht zu einem „Verlust“ der Hauptbezugsperson wird. Ding (2023) weist darauf hin, dass gerade neuere Unterrichtsmethoden wie bspw. Lernwerkstätten oder das Arbeiten nach individuellen Lernplänen, weniger Struktur und mehr Freiheit bieten und aufgrund dessen von traumatisierten Kindern als besonders herausfordernd empfunden werden können. Um eine Überforderung zu vermeiden, sei es in diesen Situationen ratsam, individuelle Absprachen mit dem betroffenen Kind zu treffen. Auch generell offenere Unterrichtsformen wie sie bspw. während des Kunst- oder Sportunterrichts häufig auftreten, bergen das Potenzial der Überforderung und der (vermeidbaren) Eskalation von Konflikten (vgl. ebd., 61). Eine Möglichkeit, mit diesen potenziellen Konfliktsituationen umgehen zu können, wäre dem Kind zu ermöglichen, sich aus der Situation zurückziehen zu dürfen, sollte es sich überfordert fühlen. Die Einrichtung von Schutz- oder Rückzugsräumen (bspw. in einem Ruhebereich im Klassenzimmer, in ausgewiesenen Ruhezeiten in den Pausenhallen oder aber im Raum der Schulsozialarbeiter:innen) gibt Kindern die Möglichkeit sich selbst zu regulieren und Ruhe zu finden, wenn sie diese benötigen. Dadurch können Situationen der Reinszenierung präventiv vermieden werden (vgl. ebd., 64). Eine ähnliche Gestaltung ist ebenfalls für Pausenzeiten zu bedenken. Die offene Struktur von Pausen kann oft überfordernd wirken und ist der Zeitpunkt, an dem Konflikte besonders häufig auftreten (vgl. ebd.). Auch hier sind individuelle Absprachen möglich, sodass Pausenzeiten bspw. drinnen verbracht werden können.

Neben der Etablierung von Ritualen und festen Zeitplänen geben auch transparent kommunizierte und klare Regeln, die das soziale Miteinander strukturieren, Sicherheit. Scherwath/Friedrich (2020) plädieren für einen Ort der absoluten Gewaltfreiheit, die eine konsequente

pädagogische Haltung erfordern. Gerade in Institutionen wie der Schule, an der viele Menschen zusammenkommen, kann die Etablierung eines respektvollen und friedvollen Miteinanders zu einer Herausforderung werden: „Das Errichten von Friedensgebieten mit *Überlebenskämpfern* ist ein dauerhafter Prozess intensiver Auseinandersetzungen, bei denen es um konsequente pädagogische Haltungen in der Sache ebenso wie um feinfühligere Formen der Auseinandersetzung mit Beteiligten geht“ (Scherwath/Friedrich 2020., 83). Um den Kindern ein Vorbild für gewaltfreie Kommunikation und konstruktive Konfliktlösestrategien bieten zu können, müsste diese Thematik ebenfalls fester Bestandteil des schulischen Alltags werden. Methoden wie der Klassenrat schulen die Konfliktfähigkeit der Kinder und ein Angebot der Schulsozialarbeit in Konfliktsituationen zu den Sozialarbeitert:innen kommen zu können und unter Mediation Konflikte zu besprechen und zu lösen, können zu einer gewaltfreieren Schulkultur beitragen.

Eine weitere Komponente der äußeren Sicherheit bildet die Gestaltung der Räumlichkeiten: „Ob ein Raum Sicherheit bietet, hängt auch von den Räumlichkeiten und deren Ausstattung ab“ (Baierl 2015b, 57). Unbeschädigte und gepflegte Gebäude, Räume, die hell und mit intaktem Mobiliar und Materialien ausgestattet sind, vermitteln ein grundsätzlich anderes Gefühl als marode Räumlichkeiten mit zerstörten Einrichtungsgegenständen. Da die räumliche Atmosphäre einen direkten Einfluss auf das Innenleben eines Menschen hat, kann mit einer ordentlichen und gepflegten Einrichtung eine ausgleichende Wirkung erzielt werden (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 79f.). Gerade in diesem Bereich kann in Schulen in der Regel noch viel Verbesserungsarbeit geleistet werden. Das Deutsche Institut für Urbanistik stellte fest, dass sich der Investitionsrückstand im Bereich Schule auf ca. 42,8 Mrd. Euro im Jahr 2019 belief (vgl. Deutsches Institut für Urbanistik 2019). Zwar beziehen sich die Kosten nicht alleine auf die Instandhaltung der Schulgebäude, sondern umschließen auch andere Themenfelder wie Digitalisierung an Schulen oder fehlendes Personal, nichtsdestotrotz zeigen sie einen Mangel in der Infrastruktur von Schulen in Deutschland auf, den es (auch um eine traumsensible Schulumgebung gestalten zu können) zu beheben gilt.

### 3.2.3 Innere Sicherheit

Neben den äußeren Rahmenbedingungen wie sie in den letzten Kapiteln beschrieben wurden, spielt bei der Etablierung von sicheren Orten auch das innere Sicherheitserleben der traumatisierten Menschen eine zentrale Rolle. Traumatische Erlebnisse gehen häufig nicht nur einher mit einem Vertrauensverlust in die äußere Welt, sondern auch mit dem Gefühl sich in sich selbst nicht mehr sicher zu fühlen. Traumatisierte Kinder müssen daher (wieder) die Erfahrung

machen, dass sie Selbstwirksamkeit besitzen und in der Lage sind selbstmächtig zu handeln (sowohl im Außen als auch im Innen) (vgl. Baierl 2015b, 68). Kühn (2023) betont, dass vor der inneren Arbeit jedoch die Sicherheit im Außen bereits gegeben sein müsse, da es eines äußeren sicheren Raumes bedürfe, um zu einem inneren sicheren Raum gelangen zu können. Sofern dieser gegeben sei, könne mit der inneren Arbeit begonnen werden (vgl. ebd., 35).

Ein erster wichtiger Schritt, um traumatisierten Kindern wieder zu mehr Selbstwirksamkeit und innere Sicherheit zu verhelfen, ist die Psychoedukation. Wenn das Kind sein eigenes Verhalten versteht und nachvollziehen kann, dass auch seine dysfunktionalen Verhaltensweisen eine nicht ungewöhnliche, sondern logische Konsequenz seiner bisherigen Erfahrungen sind, kann eine Verhaltensänderung leichter angestrebt werden. Gebrande (2021) betont, dass viele traumatisierte Kinder selbst unter ihrem, für sie nicht kontrollierbaren, Verhalten leiden und mitunter Scham- und Schuldgefühle darüber entwickeln, dass sie nicht in der Lage sind, sich selbst zu regulieren. Wenn das Kind versteht, dass sein Verhalten eigentlich eine sinnvolle Überlebensstrategie ist, kann es sich selbst gegenüber mitfühlender und wohlwollender entgegenzutreten. Zudem wird Verhalten, das für das Subjekt erklärbar wird, auch veränderbar. Erst wenn das Kind verstehen kann, welcher Sinn hinter seinem Verhalten steckt, kann eine Veränderung im Verhalten nachhaltig angestrebt werden (vgl. ebd., 139). Damit Kinder den Sinn hinter ihrem Verhalten verstehen können, müssen sie angeleitet werden, dieses zu reflektieren. Dazu gehört, dass sie verstehen, was Stressreaktionen sind, welche Mechanismen im Gehirn ablaufen, wenn sie einem Trigger ausgesetzt sind und welche persönlichen Trigger sie haben. Ebenso wichtig ist das Verständnis über Dissoziationen (vgl. Baierl 2015c, 83f.). Die Wissensvermittlung über diese Themen ist dabei immer kindgerecht aufzubereiten und dem Entwicklungsstand des betroffenen Kindes entsprechend anzupassen.<sup>7</sup> Da davon auszugehen ist, dass gerade auch in der Schule viele Situationen entstehen können, in denen sich ein Kind getriggert fühlt und automatisierte Stressreaktionen ablaufen, sollte Psychoedukation auch in diesem Setting stattfinden. Den pädagogischen Fachkräften kommt dabei die Aufgabe zu, gemeinsam mit dem Kind (und ggf. anderen dem Kind nahestehenden Bezugspersonen) die individuellen Trigger des Kindes herauszuarbeiten. Anschließend können gemeinsam Strategien entworfen werden, wie Trigger vermieden werden können oder welche Strategien das Kind anwenden kann, um sich selbst zu regulieren, wenn es merkt, dass seine innere Anspannung wächst. Auch wenn sich in der Schule mitunter schwer damit getan wird, „Sonderregeln“ für einzelne Kinder gegenüber der

---

<sup>7</sup> Ein für die Grundschule passendes, aufgearbeitetes Modell ist bspw. das Gehirnmodell nach Andreas Krüger. Dieser unterteilt das Gehirn in das Eidechsen-, Katzen- und Professorengehirn und veranschaulicht für Kinder daran wie Hirnstamm, limbisches System und Großhirnrinde die Notfallreaktionen auslösen (vgl. Krüger 2011). Auch Lydia Hantkes und Hans-Joachim Görge Modell „Denker und Hase“ bietet sich für eine kindgerechte Vermittlung von Traumawissen an (vgl. Hantke/Görge 2012).

Klassengemeinschaft durchzusetzen, sind im Falle von Traumata individuelle Lösungsstrategien unabdingbar:

„Sichere Orte sind also Orte, an denen sich die Anforderungen an den jeweiligen Ressourcen und Einschränkungen des Einzelnen orientieren. Um dieses sicherzustellen, braucht es neben den allgemeingültigen Regeln immer auch individuelle Lösungen und Absprachen. *Gleich ist nicht immer gleich gerecht* – weil Menschen unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen“ (Scherwath/Friedrich 2020, 76).

Eine Herausforderung bei der Etablierung von alternativen Handlungsoptionen in Situationen, in denen Menschen zu Notfallreaktionen „zurückgreifen“ besteht darin, dass sie in diesem Zustand nicht mehr in der Lage sind auf ihre höheren Gehirnbereiche zuzugreifen. Aus diesem Grund haben Ermahnungen oder Androhung von Sanktionen keine Wirkung, wenn sich das Kind bereits in den automatisierten Abläufen seiner Stressreaktion befindet. Kühn (2009) vergleicht die Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit dem Gehen auf einem Minenfeld: eine falsche Bewegung reiche aus, um eine Explosion auszulösen (vgl. ebd.) Scherwath/Friedrich (2020) weisen darauf hin, dass mit der Arbeit ebensolche Impuls- und Affektdurchbrüche stets eingeplant werden müssten, da sie *normale* Traumareaktionen sind und damit inhärent Teil traumapädagogischer Arbeit seien (vgl. ebd., 152). Mit dem Wissen darum, dass es zu Affekt- und Impulsdurchbrüchen kommen wird, kann jedoch für den Ernstfall geplant werden. Scherwath/Friedrich (2020) schlagen sowohl präventive als auch im Akutfall einsetzbare Maßnahmen vor, die sich auch im Kontext Schule umsetzen lassen.

Zu den präventiven Maßnahmen gehört zum einen, wie weiter oben bereits erwähnt, die Triggeranalyse, also das Herausarbeiten der Situationen oder Reize, die eine Notfallreaktion einleiten. Dies können neben bestimmten Situationen auch bestimmte Geräusche, Gerüche oder Worte sein, die bereits triggernd wirken (vgl. ebd., 153). Festzuhalten bleibt, dass den Kindern zumeist selbst nicht bewusst ist, welche Reize es sind, die eine Reaktion auslösen. Die Arbeit Trigger zu analysieren und herauszuarbeiten ist daher eine Prozessarbeit. Eine Möglichkeit, das Kind immer wieder zu einer Reflektion über seine Verhaltensweisen anzuregen, ist die „Weil-Frage“: wenn das Kind störende Verhaltensweisen zeigt, wird es mit der Frage „Du tust das, weil...“ auf sein Verhalten aufmerksam gemacht und dazu ermuntert, die hinter dem Verhalten liegenden Motivationen zu erforschen (vgl. Weiß 2021, 142).

Zum anderen, gehört auch die Förderung der Selbstregulationsfähigkeiten des Kindes zu den präventiven Maßnahmen. In einem ersten Schritt geht es darum, dass das Kind lernt zu erkennen, wann sein Stresserleben ansteigt. Es muss lernen eigene körperliche Reaktionen wahrzunehmen und richtig zu deuten. Gerade frühkindlich traumatisierten Kindern fehlt oft der Zugang zu den eigenen Gefühlen und Erregungszuständen. Die pädagogische Fachkraft hat die Aufgabe, so wie es Eltern eigentlich bei ihren Kleinkindern tun, das Verhalten und die dahinter

liegenden Gefühle zu spiegeln und zu deuten. Das Kind muss zunächst lernen eigene Gefühle wahrnehmen und benennen zu können (vgl. Gebrande 2021, 176; Scherwath/Friedrich 2020, 95). Durch die Spiegelung der Fachkraft, das Benennen der Gefühle, beruhigende Mimik und Körperhaltung kann die Fachkraft co-regulierend auf das Kind einwirken: „Bindungstraumatisierte Kinder und Jugendliche brauchen Bezugspersonen, die durch eine Co-Regulation neue Erfahrungen ermöglichen und eine Förderung und Entwicklung der Selbstregulation anregen“ (Lang 2016a, 278). Auch in der Schule ist eine Begleitung der Kinder, die noch nicht über Selbstregulationstechniken verfügen, unabdingbar. Eine Maßnahme, um störendem Verhalten im Klassenzimmer zu begegnen, ist oftmals das Kind vor die Tür zu schicken, um sich zu beruhigen. Ein Kind, das diese Kompetenz jedoch noch nicht erworben hat, wird dies nicht allein umsetzen können, sondern ist darauf angewiesen, dass es eine Bezugsperson gibt, die ihm hilft, das Stresserleben zu regulieren (vgl. Fath 2017, 429).

Diese sozial-emotionale Arbeit parallel zum Unterricht durchzuführen, ist für eine einzige Lehrperson natürlich nicht umsetzbar. Auch hier bedarf es mehr pädagogischen Personals in der Schule, die im Schulalltag diese Aufgabe übernehmen können. Denkbar wäre bspw. auch ein regelmäßiges Sozialtraining durch die Schulsozialarbeiter:innen, das fest in den Stundenplan am Vormittag eingeplant ist. Ding (2023) fordert, dass sozial-emotionales Lernen ebenso zum Lernen und zum Lehrplan gehören sollte wie kognitives Lernen und die Ausbildung der kognitiven Fähigkeiten (vgl. ebd., 60). Tatsächlich würde durch diese Veränderung des Lehrplans auch auf sich verändernde Gesellschaftsbedingungen reagiert werden: Kinder verbringen seit Einführung der Ganztagschulen mehr Zeit in der Schule als früher, wodurch sich natürlicherweise auch Entwicklungs- und Erziehungsaufgaben in den schulischen Bereich verschieben, die zu anderen Zeiten noch im Privaten stattgefunden haben. Auch hier wäre eine Aufstockung an sozialpädagogischen Personal wünschenswert: „Gerade eine in die Nachmittagsstunden erweiterte schulische Betreuung benötigt weitaus mehr sozialpädagogische Kompetenz als bisherige Schulformen. Ohne dies könnte die Schule ihrem erzieherischen Auftrag nicht mehr adäquat entsprechen“ (Kilb/Peter 2023, 31). Eine engere Verzahnung zwischen schulischen und sozialarbeiterischen Angeboten könnte helfen, um dem Erziehungsauftrag nachkommen zu können und würde auch mehr Möglichkeiten eröffnen Lernfelder, die in den sozial-emotionalen Bereich fallen, vermehrt ins Curriculum zu integrieren.

Ein weiterer präventiver Schritt, um Affekt- und Impulsdurchbrüche händelbarer zu machen, ist zusammen mit dem Kind Bewältigungsstrategien zu erarbeiten, damit auftretende Gefühle rechtzeitig reguliert werden können und eine angemessene Ausdrucksform für sie gefunden werden kann. Auch hier gilt es individuelle Absprachen mit dem Kind zu treffen, wie es mit

aufkommenden Gefühlen während des Schultages umgehen kann. Hilfreich hierfür wäre die Einrichtung eines Raumes in der Schule, der von den Kindern selbstständig aufgesucht werden kann und in dem sie die Möglichkeit haben sich je nach Gefühlslage zu regulieren (z.B. Ruhebereiche, in denen Kinder sich nach Bedarf zurückziehen können, ein Boxsack, um Wut rauszulassen, etc.). Dieser Raum müsste den Tag über mit einer pädagogischen Fachkraft besetzt sein, die je nach Bedarf des Kindes bei der Emotionsregulierung unterstützend tätig ist. Zudem kann durch eine Aufsichtsperson verhindert werden, dass der Raum aus anderen Gründen als der Selbstregulation aufgesucht wird (bspw. um unliebsame Unterrichtsfächer zu umgehen). Auch der Aufsichtspflicht wäre durch die pädagogische Fachkraft genüge getan. Dem Kind einen Raum zur Verfügung zu stellen, an dem es in Ruhe seine Gefühle regulieren und ihnen nachspüren kann, ist neben einer Stabilisierungsmaßnahme auch die Anerkennung des kindlichen Schmerzes. Die Anerkennung, dass das Kind mit seiner Last gesehen wird und ihm ein Raum zugestanden wird, in dem es diesem Leiden Ausdruck verleihen darf, wird sich entlastend auf das Kind auswirken (vgl. Weiß 2023, 18).

Quack/Fremmer (2017) weisen daraufhin, dass sich in akuten Krisenphasen, in denen die Beschulung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen fast unmöglich scheint, das Konzept *Intensive-time statt Time-Out bewährt* habe. Die betroffenen Kinder und Jugendlichen werden in dieser Zeit kürzer beschult (bspw. nur für zwei Stunden pro Tag), werden aber in dieser Zeit beziehungsintensiv begleitet. Durch diese Maßnahme kann der Schulalltag für alle Beteiligten entlastet werden und gleichzeitig bleibt das Beziehungsangebot an das Kind oder Jugendliche aufrechterhalten und die Sicherheit vermittelt, dass auch in Krisenzeit die Beziehung und die Zugehörigkeit zur Schulgemeinschaft und den beteiligten Fachkräften nicht infrage gestellt wird. Es handelt sich hier also explizit nicht um eine bloße Ordnungsmaßnahme des Unterrichtsauschlusses wie sie Schulleiter:innen zur Verfügung steht, sondern um eine gezielte traumapädagogische Intervention, die sowohl die Entlastung des schulischen Umfelds im Blick behält als auch die Beziehungsgestaltung zum traumatisierten Kind/Jugendlichen (vgl. ebd., 665). Auch für dieses Konzept bedarf es jedoch einer besseren personellen Aufstellung in der Schule, so dass Kinder und Jugendliche beziehungsintensiv durch Krisen begleitet werden können. Wer im konkreten Fall diese Aufgabe übernimmt, ist an Schulen individuell zu gestalten. Denkbar wäre eine Kooperation von Lehrkräften, Schulsozialarbeiter:innen und Erzieher:innen, die diese Aufgabe im Wechsel übernehmen.

Neben der Erarbeitung von Techniken der Selbstregulierung und dem Kennenlernen und Benennen von Gefühlszuständen, spielt auch die körperliche Stabilisierung eine Rolle im traumapädagogischen Alltag. Trauma manifestiert sich im Körper und nicht selten verlieren

traumatisierte Kinder einen guten Zugang zu ihren eigenen körperlichen Empfindungen (vgl. Baierl 2015c, 87). Alle Übungen und Aktivitäten, die den Körper und das körperliche Erleben mit einbeziehen, wie bspw. Fangen spielen, backen, im Matsch spielen, Yoga, Achtsamkeitsübungen, die den Körper fokussieren, etc., können hier unterstützend wirken und sollten auch im Kontext Schule regelmäßig ermöglicht werden (vgl. ebd., 88).

Da jedoch bei der Arbeit mit traumatisierten Kindern Impuls- und Affektdurchbrüche eingeplant werden müssen, sollten natürlich auch Maßnahmen vorbereitet werden, die greifen, wenn die betroffenen Kinder (und ihr Umfeld) einen Kontrollverlust erleben. Oberste Priorität hat dabei immer der Selbst- und Fremdschutz. Solange das Kind sich noch nicht in einem stark dissoziierten Zustand befindet, können dabei vor allem Übungen der Distanzierung und Selbstberuhigung genutzt werden, die mit dem Kind zusammen bereits in ruhigen Momenten geübt wurde. Dazu gehören Atemübungen, die ausgleichend wirken können und das Nervensystem beruhigen sowie Körperübungen, die dem Abbau von körperlicher Erregung dienen. Auch Ablenktechniken wie bspw. das Benennen von Gegenständen oder Zählen von Dingen, kann beruhigend wirken, da es das Kind in das Hier und Jetzt zurückholt (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 158). Befindet sich das Kind bereits mitten in einer starken Dissoziation, zeigt also starke körperliche Erregungen bspw. in Form von zittern, schwitzen, völliger Erstarrung, hysterischem Schreien oder wildes und unkontrolliertes um sich Schlagen, geht es ebenfalls darum das Kind zunächst in die Gegenwart, das Hier und Jetzt zurückzuholen. Die Erarbeitung von sogenannten Dissoziationsstops ist jedoch von Mensch zu Mensch verschieden und wird i.d.R. im psychotherapeutischen Setting erarbeitet. Pädagogisches Fachpersonal in der Schule sollte aber über die Skills, die sich Betroffene erarbeitet haben Bescheid wissen und im Notfall in der Lage sein diese anzuwenden (vgl. Gebrande 2021, 181f.). Generell ist hilfreich, was dem Kind hilft seine Aufmerksamkeit wieder ins Außen zu richten und eine Reorientierung ermöglicht. Dies kann über Ansprache erfolgen, die dem Kind zunächst eine Orientierung in Raum und Zeit vermittelt (bspw. den Namen des Kindes nennen, Datum, Uhrzeit und Ort, sagen wer man selber ist) und nach und nach mehr Aktivität des Kindes einfordert (bspw. das Bewegen von bestimmten Körperteilen, das Benennen von Gegenständen, das Nennen vom eigenen Namen, Alter, etc.). Anschließend erfolgen weitere Skills der Stressregulation und Stabilisierung (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 168). Auch Interventionen, die die anderen Sinne des Kindes ansprechen, können hilfreich sein, um eine Dissoziation zu stoppen. Das können akustische Signale ebenso wie Gerüche oder Berührungen sein. Da Gerüche, Berührungen oder auch Geräusche jedoch ebenfalls als triggernd empfunden werden können, ist eine individuelle Absprache mit dem Kind, seinen Bezugspersonen oder Therapeut:in vorzunehmen (vgl. Gebrande 2021, 182).

Neben Maßnahmen, die greifen, wenn es zu Affekt- oder Impulsdurchbrüchen kommt, gehört zur Herstellung der inneren Sicherheit von traumatisierten Kindern auch das (Wieder-)Entdecken der kindlichen Ressourcen. Dabei werden mit dem Kind gemeinsam sowohl die internalen (Fertigkeiten, Interessen, Kenntnisse, Erfahrungen) als auch sozialen Ressourcen (soziale Netzwerke, etc.) erarbeitet und bewusst gemacht (vgl. Scherwath/Friedrich 2020, 102). Auch hier bietet sich in der Schule ein gesonderter „Unterricht“ an, in denen die Kinder lernen sich selbst in ihren eigenen Stärken bewusst zu werden. Auch die Übertragung von kleinen Aufgaben im Schulalltag, bspw. die Verantwortungsübernahme für Pflanzen oder ähnlichem, kann die Selbstwirksamkeit eines Kindes weiter stärken. Wichtig ist dem Kind zu spiegeln und bewusst zu machen, dass es neben seinen Schwierigkeiten und Herausforderungen, auch Anteile in ihm gibt, die eine Stärke sind. Es geht darum anzuerkennen, dass das Kind einen Leidensweg hinter sich hat und trotz dieser Widerstände auch Ressourcen in sich trägt, die es ihm ermöglicht haben, dort zu sein, wo es heute steht (vgl. ebd., 104ff). Gebrande (2021) führt aus, dass ein integraler Bestandteil der Ressourcenarbeit auch ist, Momente der Freude und Leichtigkeit zu ermöglichen. Da ein traumatisiertes Kind zur Traumaheilung vor allem Kraft benötige, seien kraftgebende Momente, positive Erlebnisse und Gefühle ein ebenso wichtiges Mittel zur Stabilisierung wie Regulationstechniken und Bewältigungsstrategien (vgl. Gebrande 2021, 204).

### **3.3 Institutionelle Rahmenbedingungen und Mitarbeitendenfürsorge**

Weitere Komponenten, die bei der Gestaltung einer traumasensiblen Schulumgebung Beachtung finden müssen, sind die Mitarbeitendenfürsorge und die institutionellen Rahmenbedingungen. Die Arbeit mit traumatisierten Kindern stellt eine besondere Herausforderung für die pädagogischen Fachkräfte dar. Um sicherzustellen, dass Schule nicht nur ein sicherer Ort für die betroffenen Kinder ist, sondern auch für das dort tätige pädagogische Personal, bedarf es als Teil der Mitarbeitendenfürsorge zum einen die fundierte Vermittlung grundlegenden psychotraumatologischen Grundwissens. Lehrer:innen, Schulsozialarbeiter:innen und pädagogische Mitarbeiter:innen benötigen Wissen und Handwerkszeug über Notfallreaktionen, Dissoziation, Affekt- und Impulsdurchbrüche, traumatische Beziehungsdynamiken, Übertragung und Gegenübertragung, etc., um die betroffenen Kinder und ihre Verhaltensweisen verstehen zu können und sie im Schulalltag begleiten zu können (vgl. Baierl 2015a, 53; Jäckle 2016, 157f.). Hierzu sind regelmäßige Fortbildungen notwendig, die neueste Forschungsergebnisse ebenso berücksichtigen wie Raum bieten für individuelle Schwerpunktsetzungen. Neben dieser Psychoedukation sind ebenso regelmäßige kollegiale Beratungen und Supervision notwendig, damit

Erfahrungen und Erlebnisse aus dem Schulalltag gemeinsam analysiert und reflektiert werden können.

Pädagogisches Arbeiten berührt, trotz aller Professionalität, immer auch die Person der Pädagog:innen. Biografische Hintergründe und Erfahrungen, eigene Beziehungs- und Bindungsthematiken können durch die Arbeit mit den Kindern berührt werden und mitunter intensive Gefühle auf Seiten der Fachkräfte auslösen. Um eine persönliche Verstrickung, Überforderung oder Sekundärtraumatisierung zu verhindern, sind eine regelmäßige Selbstreflexion und der Austausch mit Kolleg:innen notwendig. Mitarbeiter:innen, die ihre eigenen Grenzen kennen, um ihre Stärken und Schwächen wissen, die eigenen Beziehungs- und Bindungsthematiken reflektiert haben und für sich selbst Strategien der Stressbewältigung erarbeitet haben, sind besser in der Lage mit den herausfordernden Arbeit umgehen zu können (vgl. Kühn 2023, 36; Baierl 2015e, 123).

Zum anderen trägt auch die Institution die Verantwortung dafür, dass das Personal gute Rahmenbedingungen vorfindet, damit eine gelingende traumapädagogische Begleitung im Schulalltag erfolgen kann. Neben der Bereitstellung von geeigneten Räumen (neben den Klassenzimmern sind dies in der Schule vor allem auch Rückzugsräume) und Materialien, ist dies vor allem auch die Einstellung von ausreichendem Fachpersonal. Ebenso müssen klare Regeln etabliert werden, wie mit traumabedingten Vorkommnissen umzugehen ist. Dies wird bspw. durch die Erstellung von Notfallplänen bei Kontrollverlusten, funktionierende Notfall- und Hilfesysteme in Krisensituationen und der Möglichkeit des temporären Rückzugs und Nachbesprechung für Mitarbeiter:innen, die gerade eine Krisensituation gemeistert haben, gewährleistet (vgl. Baierl 2015e, 122f.). Gebrande (2021) betont, dass gerade im psychosozialen Arbeitsfeld die Selbstfürsorge der Mitarbeiter:innen nicht nur etwas ist, das im privaten Umfeld stattfinden muss, sondern explizit auch durch die Institution selbst angestrebt werden muss und dass „[...] schützende und unterstützende Rahmenbedingungen [...] durch Arbeitgeber\*innen und Leitungskräfte zu schaffen [sind]“ (ebd., 21). Auch wenn Schule traditionell dem Bildungsbereich und weniger dem psychosozialen Arbeitsfeld zugeordnet wird, lässt sich doch feststellen, dass immer mehr Themen aus dem psychosozialen Bereich auch in den Schulablauf hineinwirken. Es ist daher unabdinglich, dass auch Strukturen wie eine gute Mitarbeitendenfürsorge nach einer Krisensituation und regelmäßige Supervisionen (nicht nur im Krisenfall, sondern als stetige den Arbeitsprozess begleitende Methode) installiert werden. Wie genau ein traumapädagogisches Konzept aussehen kann und welche Bedarfe es gibt, kann nur individuell in den einzelnen Schulen erarbeitet werden und ist ein institutioneller Prozess, der im Schulalltag stets mitläuft und situativ angepasst werden muss (vgl. ebd., 123f.).

Neben der Fürsorgeleistung durch die Institution ist ebenfalls die persönliche Selbstfürsorge der Mitarbeiter:innen essenziell. Die Arbeit mit traumatisierten Menschen kann sehr belastend sein und die Fachkraft an die eigenen Grenzen bringen. Umso wichtiger ist es daher auf die eigenen Grenzen zu achten und Sorge zu tragen, dass die persönlichen Bedürfnisse sowohl im professionellen als auch privaten Umfeld erfüllt werden und genügend Ressourcen und Kraftquellen zur Verfügung stehen, um ausgleichend auf die Belastungen des Arbeitsalltages zu wirken (vgl. Gebrande 2021, 18f.; Baierl 2015e, 126).

Ein weiterer Punkt, der bei der Gestaltung einer traumasensiblen Schule zu beachten ist, ist die Kooperation mit außerschulischen Einrichtungen und Personen. Baierl (2015d) betont, dass die Bedarfe, die traumatisierte Kinder an ihre Umwelt stellen kaum durch eine einzelne Institution vollständig gedeckt werden können. Vielmehr bedürfe es eines Netzwerkes an verschiedenen Einrichtungen und Menschen unterschiedlicher Professionen. Dies können bspw. die Schule, die Familie, Jugendhilfeeinrichtungen, das Jugendamt, Therapeut:innen oder andere im Umfeld des Kindes aktive Personengruppen sein. Wichtig sei, dass alle beteiligten Akteur:innen miteinander im Austausch stünden und unterschiedliche und teilweise sich vielleicht sogar widersprechende Interessen miteinander verhandelt würden, um bestmögliche Bedingungen für das Kind zu schaffen und eine gemeinsame Zielsetzung zu finden (vgl. ebd., 116f.). Für die Institution Schule bedeutet dies erneut, dass mehr Personal zur Verfügung stehen muss das die Mehrarbeit an Kooperationsaufgaben erledigen kann. Gleichzeitig kann die enge Kooperation mit den anderen beteiligten Akteur:innen aber auch zu einer Entlastung innerhalb des Schulalltags führen, da mehr Handlungswissen und Handlungsoptionen zur Verfügung gestellt werden können. Die ganzheitliche Betrachtung der kindlichen Lebenswelt erlaubt es allen Beteiligten eine passgenauere Hilfe anbieten zu können.

## 4 Fazit und Ausblick

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde untersucht wie ein traumasensibler(er) Umgang mit traumatisierten Kindern im Kontext Schule gestaltet werden kann.

Dabei ist zunächst deutlich geworden, dass das Erleben einer traumatischen Situation und die anschließende Ausbildung von Traumafolgestörungen nicht nur einen gravierenden Einschnitt im Leben des betroffenen Kindes darstellen, sondern darüber hinaus auch weit in sein persönliches Umfeld hineinwirken. Auch Schule - als einer der zentralen Lebensorte von Kindern in Deutschland - ist von diesen Einflüssen direkt betroffen.

Als erste Prämisse für eine traumasensible Schule kann die Psychoedukation angesehen werden. Wenn pädagogische Fachkräfte die Grundlagen der Psychotraumatologie kennen, wird das zunächst oft irrational anmutende Verhalten traumatisierter Kinder erklärbar und dadurch Handlungsfähigkeit gefördert. Fachkräfte, die hinter dem Verhalten traumabedingte Dynamiken und Symptome erkennen, können passgenauere Hilfen etablieren und leichter eine innere, professionelle Distanz zu den gezeigten Verhaltensweisen aufbauen. Mit dem Wissen um die auf der Körperebene ablaufenden Prozesse während und nach einer Traumatisierung können Fachkräfte zudem besser einschätzen, welche Interventionen in welchen Situationen angemessen sind, also bspw. erkennen, wann Interventionen auf kognitiver Ebene greifen und wann Maßnahmen sinnvoll sind, die sich eher auf die Regulierung des Nervensystems konzentrieren und Methoden auf der körperlichen Ebene erfordern. Das Wissen um traumabedingte Entwicklungsverzögerungen ermöglicht es zudem, dass Interventionen nicht altersentsprechend, sondern entwicklungsentsprechend gestaltet werden können und so Raum geben für die Bewältigung von zuvor nicht absolvierten Entwicklungsstufen. Aus dem Wissen um psychotraumatologische Grundlagen kann sich zudem eine Haltung im Sinne des „Guten Grundes“ etablieren, die von Wertschätzung und Wohlwollen gegenüber den traumatisierten Kindern gekennzeichnet ist.

Die zweite Prämisse für eine traumasensible Schulkultur ist die Gestaltung der Schule als „sicherer Ort“. Dies geschieht zum einen durch eine bindungsorientierte Pädagogik. Wenn Fachkräfte das herausfordernde Verhalten als Überlebensstrategie (an-)erkennen und durch eine persönliche Beziehungsarbeit den dahinterliegenden Sinn verstehen, können gemeinsam mit dem Kind neue, funktionale Bewältigungsstrategien erarbeitet werden. So können auf lange Sicht die alten, dysfunktionalen Strategien obsolet werden. Eine bindungsorientierte Arbeit ermöglicht dem Kind darüber hinaus die Chance auf korrigierende Beziehungserfahrungen, die einen entscheidenden Einfluss auf das zukünftige Bindungs- und Beziehungsverhalten des Kindes haben kann. Neben der Bindung spielt des Weiteren die bewusste Gestaltung von äußeren

Strukturen eine zentrale Rolle bei der Ausbildung eines sicheren Ortes. Transparente und verlässliche Regeln und klare Zeit- und Raumstrukturen geben Orientierung im Schulalltag und können sich stabilisierend auf die Kinder auswirken. Dies ermöglicht zudem den Ausbau der inneren Sicherheit beim Kind. Durch die verlässlichen äußeren Rahmenbedingungen wird Raum geschaffen für innere Prozesse und die bindungsorientierte Begleitung durch Fachkräfte kann zu einer verbesserten Selbstregulation des Kindes führen.

Als dritte Prämisse konnte der Ausbau von multiprofessionellen Teams und einer bewusst gestalteten Mitarbeitendenfürsorge herausgearbeitet werden. Die Bedarfe von traumatisierten Kindern sind so komplex, dass sie nicht allein durch eine Institution gedeckt werden können. Durch die Öffnung der Schule und der Kooperation mit anderen Einrichtungen und verschiedenen Professionen können wertvolle Ressourcen gebündelt werden, um eine passgenauere Unterstützung für die Kinder und ihr Umfeld gewährleisten zu können. Da die Arbeit mit traumatisierten Kindern zudem oft herausfordernd sein kann, muss Schule dafür Sorge tragen, dass Fachkräfte institutionelle Rahmenbedingungen vorfinden, die unterstützend und entlastend im Arbeitsalltag wirken. Das sind neben der Einstellung von ausreichendem Personal und der Bereitstellung von angemessenen Räumlichkeiten und Materialien, auch die Implementierung von regelmäßigen Supervisionen und die Ausarbeitung von Notfall- und Krisenplänen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Schulen in Deutschland traumasensibler gestaltet werden sollten, um den individuellen Bedarfen traumatisierter Kinder besser gerecht werden zu können. Die Grundlagen der Psychotraumatologie sollten dafür zu einem festen Bestandteil in allen Ausbildungen von in Schule tätigen Berufsgruppen werden - also sowohl im Lehramtsstudium als auch im Soziale Arbeit Studium und der Erzieher:innenausbildung integriert werden. Zudem könnte innerhalb der Schule der Schulsozialarbeit eine zentrale Rolle bei der Umsetzung traumapädagogischer Konzepte zugesprochen werden. Übungen zur Selbstregulation, dem Erkennen von Emotionen und Körperempfindungen sowie die Psychoedukation der betroffenen Kinder selbst, können am besten in einem Setting wie der Einzelfallhilfe umgesetzt werden. Die flexiblere Tagesgestaltung von Schulsozialarbeiter:innen (im Gegensatz zu den an Schulstunden gebundenen Lehrkräften) erlaubt es darüber hinaus, spontan und individuell auf die Bedarfe der betroffenen Kinder eingehen zu können. Zudem kann die Schulsozialarbeit die Aufgabe der Netzwerkarbeit übernehmen und so eine Kooperation zwischen den verschiedenen beteiligten Akteur:innen ermöglichen und dadurch das wichtigste Element in der Traumapädagogik etablieren: eine Gemeinschaft, die das traumatisierte Kind hält.

## Literatur

- Baierl, Martin (2015a):** Liebe allein genügt nicht, doch ohne Liebe genügt nichts: Werte und Haltung in der Traumapädagogik. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 47-55.
- Baierl, Martin (2015b):** Mit Sicherheit ein gutes Leben: Die fünf sicheren Orte. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 56-71.
- Baierl, Martin (2015c):** Dir werde ich helfen: Konkrete Techniken und Methoden der Traumapädagogik. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 80-107.
- Baierl, Martin (2015d):** Gemeinsam können wir dich halten: Vernetzung. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 116-120.
- Baierl, Martin (2015e):** Ist der Mitarbeiter gesund, freut sich das Kind: Mitarbeiterfürsorge und Selbstsorge für Mitarbeiter. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hrsg.): Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 121-127.
- Brisch, Karl Heinz (2007):** Bindungsstörungen – Grundlagen, Diagnostik und Konsequenzen für sozialpädagogisches Handeln. Online unter: <http://www.agsp.de/html/a79.html> (Zugriff: 30.08.2024).
- Brisch, Karl Heinz (2015):** Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, Karl Heinz (2023):** „Schütze mich, damit ich mich finde.“ Bindungspädagogik und Neuerfahrung nach Traumata. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 132-147.
- Corrigan, FM/Fisher, JJ/Nutt, DJ (2011):** Autonomic dysregulation and the Window of Tolerance model of the effects of complex emotional trauma. Online unter: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/0269881109354930> (Zugriff: 04.06.2024).
- Deutsches Institut für Urbanistik (2019):** Investitionsrückstand in deutschen Schulen bleibt auf hohem Niveau. Online unter: <https://difu.de/presse/pressemitteilungen/2019-09-11/investitionsrueckstand-in-schulen-bleibt-auf-hohem-niveau> (Zugriff: 17.08.2024).
- Ding, Ulrike (2017):** Was lässt Jonas wieder lernen? Umgang mit störungswertiger Dissoziationsneigung. In: Jäckle, Monika/Wuttig, Bettina/Fuchs, Christian (Hrsg.): Handbuch Trauma Pädagogik Schule. 1. Aufl. Bielefeld: transcript Verlag, 675-692.

- Ding, Ulrike (2023):** Trauma und Schule. Was lässt Peter wieder lernen? Über unsichere Bedingungen und sichere Orte in der Schule. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 56-67.
- Drimalla, Hanna (2018):** Der Schaltkreis der Angst. Online unter: <https://www.dasgehirn.info/denken/emotion/der-schaltkreis-der-angst> (Zugriff: 30.05.2024).
- Eckhardt, Jo (2013):** Kinder und Trauma. Was Kinder brauchen, die einen Unfall, einen Todesfall, eine Katastrophe, Trennung, Missbrauch oder Mobbing erlebt haben. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.
- Falkai, Peter/Wittchen, Hans-Ulrich (Hrsg.) (2018):** Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Fath, Maria Johanna (2017):** Vom Überleben zur Lebensgestaltung. Sicher sein und wachsen. In: Jäckle, Monika/Wuttig, Bettina/Fuchs, Christian (Hrsg.): Handbuch Trauma Pädagogik Schule. 1. Aufl. transcript Verlag: Bielefeld, 421-435.
- Fischer, Gottfried/Riedesser, Peter (2009):** Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gahleitner, Silke Birgitta/Kamptner, Carina/Ziegenhain, Ute (2016):** Bindungstheorie in ihrer Bedeutung für die Traumapädagogik. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. 1. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, 115-122.
- Gebrande, Julia (2021):** Soziale Arbeit nach traumatischen Erfahrungen. Grundkenntnisse für den Umgang mit traumatisierten Menschen. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos.
- Gilbert, Ruth/Spatz Widom, Cathy/Browne, Kevin/Fergusson, David/Webb, Elspeth/Janson, Staffan (2008):** Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. In: Lancet 2009 (373), 68 – 81.
- Hantke, Lydia/Görges, Hans-Joachim (2012):** Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. 1. Aufl. Paderborn: Junfermann.
- Hecker, Tobias/Maercker, Andreas (2015):** Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11.  
Online unter: [https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/115691/6/Hecker\\_KPTBS\\_inpress.pdf](https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/115691/6/Hecker_KPTBS_inpress.pdf) (Zugriff: 21.07.2024).
- Hehmsoth, Carl (2021):** Traumatisierte Kinder in Schule und Unterricht. Wenn Kinder nicht *wollen* können. 1. Aufl. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.
- Hurrelmann, Klaus/Bründel, Heidrun (2003):** Einführung in die Kindheitsforschung. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.
- Jäckle, Monika (2016):** Schulische BildungsPraxis für vulnerable Kinder und Jugendliche. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. 1. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, 154-164.

- Kilb, Rainer/Peter, Jochen (2023):** Methoden der Sozialen Arbeit für die Schule? In: Kilb, Rainer/Baldus, Marion (Hrsg.): Soziale Arbeit in Schulen. Grundlagen, Konzepte und Methoden. 3. Aufl. München: Reinhardt Verlag,
- Krüger, Andreas (2008):** Akute psychische Traumatisierung bei Kindern und Jugendlichen. 1. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krüger, Andreas (2011):** Powerbook. Erste Hilfe für die Seele. Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen. 1. Aufl. Hamburg: Elbe&Krüger Verlag.
- Kühn, Martin (2009):** Minesweeper – Einige Randbemerkungen zum pädagogischen Alltag mit traumatisierten Kindern. Online unter: [http://www.traumapaedagogik.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57](http://www.traumapaedagogik.de/index.php?option=com_content&view=article&id=57) (Zugriff: 03.07.2024).
- Kühn, Martin (2014):** Traumapädagogik – von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin. In: Gahleitner, Silke Birgitta/Hensel, Thomas/Baiertl, Martin/Kühn, Martin/Schmidt, Marc (Hrsg.): Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik. 1. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht, 19-26.
- Kühn, Martin (2023):** „Macht eure Welt endlich wieder zu meiner!“ Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa, 26-38.
- Landolt, Markus A. (2021):** Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Lang, Thomas (2016a):** Bindung und Trauma. Co-Regulation und Selbstregulation – die äußere und die innere Welt korrigierender Beziehungserfahrungen. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. 1. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, 272-281.
- Lang, Thomas (2016b):** Trauma und Körper. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke B. (Hrsg.): Handbuch Traumapädagogik. 1. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, 394-405.
- Levine, Peter A./Kline, Maggie (2004):** Verwundete Kinderseelen heilen. Wie Kinder und Jugendliche traumatische Erlebnisse überwinden können. 10. Aufl. München: Kösel Verlag.
- Levine, Peter A. (2011):** Sprache ohne Worte. Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt. 2. Aufl. München: Kösel.
- Maercker, Andreas (Hrsg.) (2003):** Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. 2. Aufl. Berlin: Springer Verlag.
- Neuner, Frank/Catani, Claudia/Schauer, Maggie (2021):** Narrative Expositionstherapie (NET). 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe.

- Perry, Bruce D./Szalavitz, Maia (2006):** Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. Was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können. 9. Aufl. München: Kösel.
- Perry, Bruce D./Ablon, J. Stuart (2019):** CPS as a Neurodevelopmentally Sensitive and Trauma-Informed Approach. Online unter: [https://septemberkonferansen.no/wp-content/uploads/2019/09/Perry-Ablon-2019\\_-CPS-as-a-neurodevelopmentally-sensitive-and-trauma-informed-approach.pdf](https://septemberkonferansen.no/wp-content/uploads/2019/09/Perry-Ablon-2019_-CPS-as-a-neurodevelopmentally-sensitive-and-trauma-informed-approach.pdf) (Zugriff: 3.07.2024).
- Quack, Elena/Fremmer, Marita (2017):** Schule als Lern- und Lebensraum für Jugendliche mit biographischen Verletzungen. Über die Aufgaben und Herausforderungen von Lehrkräften. In: Jäckle, Monika/Wuttig, Bettina/Fuchs, Christian (Hrsg.): Handbuch Trauma Pädagogik Schule. 1. Aufl. Bielfeld: transcript Verlag, 655-674.
- Scherwath, Corinna/Friedrich, Sybille (2020):** Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 4. Aufl. München: Reinhardt Verlag.
- Siegel, Daniel J. (2012):** The Developing Mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are. 2. Aufl. New York: The Guilford Press.
- Statistisches Bundesamt (2023a):** Inobhutnahmen im Jahr 2022 wieder stark gestiegen: 40% mehr Fälle als im Vorjahr. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/06/PD23\\_246\\_225.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/06/PD23_246_225.html) (Zugriff: 17.09.2024).
- Statistisches Bundesamt (2023b):** Kindeswohlgefährdungen 2022: Neuer Höchststand mit 4% mehr Fällen als 2021. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/08/PD23\\_304\\_225.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/08/PD23_304_225.html) (Zugriff: 17.09.2024).
- Statistisches Bundesamt (2024):** Zahl der Kindeswohlgefährdungen im Jahr 2023 auf neuem Höchststand. Online unter: [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24\\_338\\_225.html](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/09/PD24_338_225.html) (Zugriff: 17.09.2024).
- Streck-Fischer, Annette (2010):** Angriffe auf Körper und Seele. Gewalt in der kindlichen Entwicklung. In: Psychotherapeut 2010 (2), 98-105.
- Terr, Leonore C. (1991):** Childhood Traumas: An Outline and Overview. In: American Journal of Psychiatry 1991 (1), 10-20.
- Tyson, Phyllis/Tyson Robert L. (2001):** Lehrbuch der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- UKE (2017):** Endbericht Wissenschaftliches Gutachten. „Therapieangebote für psychische traumatisierte, von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche in Deutschland. Online unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\\_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht\\_Therapieangebote\\_fuer\\_traumatisierte\\_Kinder.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/Abschlussbericht_Therapieangebote_fuer_traumatisierte_Kinder.pdf) (Zugriff: 17.09.2024).
- Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta (2016):** Zur Einführung. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta: Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, 10-19.

**Weiß, Wilma (2016):** Traumapädagogik: Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In: Weiß, Wilma/Kessler, Tanja/Gahleitner, Silke Birgitta: Handbuch Traumapädagogik. Weinheim/Basel: Beltz Verlag, 20-32.

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

**Weiß, Wilma (2023):** “Wer macht die Jana wieder ganz?“ Über Inhalte von Traumabearbeitung und Traumaarbeit. In: Bausum, Jacob/Besser, Lutz-Ulrich/Kühn, Martin/Weiß, Wilma (Hrsg.): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 4. Aufl. Weinheim/Basel: Beltz Juventa Verlag, 14-25.

**World Health Organization (2022):** International Classification of Diseases (ICD-11). Online unter: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#2070699808> (Zugriff: 16.07.2024).

## **Eidesstattliche Erklärung**

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

9. Oktober 2024

Ort, Datum



Unterschrift