

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Departement Soziale Arbeit

**Frühkindliche Traumatisierung und
mögliche Folgen für die Strategien der Lebensbewältigung.
- Ein Beitrag zum Verständnis von psychischen Traumata**

Bachelor Thesis
von Anna -Tasja Gurol

Tag der Abgabe: 04.08.2011

Betreuender Prüfer: Dr. Georg Schürgers
Zweit Prüfer: Dr. Gunter Groen

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	05
Kapitel 1 - Einführung in die Thematik Trauma	07
1.1 Ein psychisches Trauma ist eine seelische Verletzung	07
1.2 Die Definition von Trauma gemäß DSM-IV	08
1.3 Ist ein Trauma ein Erlebnis (subjektiv) oder ein Ereignis (objektiv)? (Ökologischer - und Dialektischer Gesichtspunkt)	09
1.4 Das ökologisch - dialektische Verlaufsmodell	11
1.4.1 Traumatische Situationen (außen)	11
1.4.2 Traumatische Reaktion (innen)	11
1.4.3 Traumatischer Prozess (zusammen)	11
1.5 Fazit / Zusammenfassung	12
Kapitel 2 - Mögliche Ursachen von frühkindlicher Traumatisierung	13
2.1 Die Definitionen der Ursachen von Traumata	14
2.1.2 Vernachlässigung	14
2.1.3 Psychische Misshandlungen	15
2.1.4 Körperlich Misshandlung	15
2.1.5 Sexueller Missbrauch	16
2.1.6 Trennung	16
2.1.7 Psychisch kranke Eltern	17
2.2 Fazit / Zusammenfassung	17

Kapitel 3 - Das Trauma - Ablauf und Wirkung	19
3.1 Psychische Belastung und Trauma	20
3.2 Die Traumatische Zange	21
3.3 Wesentliche Bestandteile im traumatischen Ablauf und ihre Auswirkungen	22
3.3.1 Fight or Flight	22
3.3.2 Freeze	23
3.3.3 Fragmentierung	23
3.3.4 Traumabedingte gekoppelte Netzwerke	25
3.3.5 Dissoziation	26
3.3.5.1 Formen der Dissoziation	27
3.3.6 Schlüsselreize und Flashbacks	28
3.4 Fazit / Zusammenfassung	29
 Kapitel 4 - Frühkindliche Traumatisierung	 31
4.1 Frühkindliche sequentielle Traumatisierung	31
4.2 Kindheitstraumata Typ I und Typ II	33
4.3 Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen	34
4.3.1 Entwicklungsbezogene Trauma-Folgestörung	35
4.4 Fazit / Zusammenfassung	36
 Kapitel 5 - Kindliche Entwicklung unter dem Einfluss früher Traumatisierung	 38
5.1 Trauma und kindliche Entwicklung	38
5.2 Einzelheiten von traumabedingten Folgen für die Entwicklung	40

5.3 Trauma und sein Einfluss in Abhängigkeit zu den Entwicklungsphasen	41
5.3.1 Typische Symptome entlang der Entwicklungsphasen	42
5.4 Fazit / Zusammenfassung	44
Kapitel 6 - Lebensbewältigung unter dem Einfluss	
traumatischer Folgeerscheinungen	45
6.1 Strategien zur Lebensbewältigung	45
6.1.1 Typische Ressourcen, Möglichkeiten des Copings und Freudegewinns entlang der Entwicklungsphasen	46
6.2 Folgen für die Lebensbewältigung auf verschiedene Bereiche	47
6.2.1 Wahrnehmungsprozesse	47
6.2.2 Empathie	48
6.2.3 Bindungsverhalten	49
6.2.4 Stressreaktion	49
6.2.5 Gedächtnis	50
6.3 Fazit / Zusammenfassung	51
Schlussbetrachtung	52
Literaturverzeichnis	
Internetquellen	
Abbildungsverzeichnis	

Einleitung

Bedauerlich mutet die Tatsache an, dass schwere Fälle von Kindesmisshandlung in der Welt der Medien zum Tagesgeschäft gehören zu scheinen und wir in inflationärer Regelmäßigkeit Schicksale miterleben dürfen, die gerade einmal wenige Tage Halbwertszeit in der Öffentlichkeit haben. Spätestens seit das kriminelle Verhalten von Geistlichen medialer Alltag geworden ist, scheinen wir in dieser Sache „Routine“ zu entwickeln. Wir hören von Verkehrsunfällen, von Unwetterkatastrophen, von Geiselnahmen oder von Kriegen und Vertreibungen.

Die ganz so alltägliche Gewalt, die Kinder von ihren nächsten Bezugspersonen erleben, taugt nur noch dann zum Thema der Medien und verdient sich das öffentliche Interesse, wenn es sich um ein besonders weitreichendes oder brutales Ereignis handelt. In der Sozialen Arbeit haben wir es in der Regel mit den „alltäglichen“ Erfahrungen von Traumatisierung zu tun.

Ein Verständnis in voller Tiefe ist erforderlich, um das komplexe Thema der Traumatisierung und die damit einhergehenden Auswirkungen richtig einordnen und entsprechend handeln zu können. So soll eben diese Arbeit ein Beitrag zum Verständnis psychischer Traumata sein.

Ein Zugriff unter Gender-Gesichtspunkten soll nicht erfolgen, dieser wäre zwar bei der Betrachtung der Ursachen von Traumata wichtig, welche hier jedoch nur marginal betrachtet werden. Die Gründe, die zu einer Traumatisierung führen (Kap. 2), sollen lediglich in ihrem Grundlagencharakter aufgegriffen werden, nämlich soweit, wie sie für das vorrangige Erkenntnisinteresse, der Traumatisierung selbst, ihrem Verlauf und insbesondere ihrer Auswirkungen auf Kinder und deren weitere Entwicklung erforderlich sind.

Ferner scheint es wichtig, die Unterschiede zwischen Trauma und belastender Lebenssituationen sichtbar zu machen und auf das Spannungsfeld zwischen der inneren Perspektive und der äußeren Perspektive aufmerksam zu machen (Kap.1).

Ein besonderes Interesse liegt auf den Erkenntnissen von Gerald Hüther, die Grundlagen erklären und es ermöglichen, Sachverhalte und Entwicklungen im Umfeld eines Trauma, aus einer neurowissenschaftlichen Perspektive, zu betrachten (Kap. 3). Inwieweit sich dann eine Traumatisierung bei Kindern -

deren Gehirn noch fortlaufend umfangreiche Entwicklungsprozesse erlebt - anders auswirkt als bei Erwachsenen, ist in diesem Zusammenhang zu betrachten (Kap 4). Der Einfluss andauernder oder schwerer Traumatisierung auf die Entwicklung von Kindern (Kap. 5) und entsprechend auf die Strategien der Lebensbewältigung von Kindern, bilden das abschließende Erkenntnisinteresse dieser Arbeit (Kap. 6).

Hier die entsprechenden Strukturen zu erfahren, um es in Einzelfällen tatsächlich verstehen zu können, ist eine wichtige Grundlage. Die tatsächliche Dimension von traumatischen Erfahrungen zu verstehen und diese richtig einschätzen zu können, soll dabei helfen, den betroffenen Menschen in der Sozialen Arbeit adäquat zu begegnen und ihren individuellen Strategien der Lebensbewältigung mit Wertschätzung und Respekt gegenüberzutreten. So entsteht durch die fundierte Sicht auf die Dimension des Themas Trauma, eine Handlungsbasis, die insbesondere für die pädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen eine große Bedeutung hat.

Kapitel 1

Einführung in die Thematik Trauma

„Ein Stein fällt ins Wasser und das Wasser zieht durch diese Erschütterung immer weitere Kreise“ (Huber 2003, S. 38). Ähnlich diesem gedanklichen Bild lassen sich auch Trauma, Ursache und Wirkung verstehen.

Das erste Kapitel setzt sich mit den Unterschieden zwischen belastender Lebenssituation in der Abgrenzung zum Trauma auseinander. Hilfreich sind in diesem Zusammenhang u.a. die Definitionen von Michaela Huber und Gerald Hüther, die eine Grundlage für die Betrachtung liefern. Eine Frage, die sich im weiteren Verlauf stellt, ist, ob ein Trauma ein objektives Ereignis ist oder ein subjektives Erlebnis ist. Hinzu kommt außerdem die Definition der *American Psychiatric Association* für das Trauma an sich. Verlauf und Zusammenspiel innerer und äußerer Prozesse eines Traumas werden anhand des ökologisch-dialektischen Verlaufsmodells von Fischer und Riedesser dargestellt.

1.1 Ein psychisches Trauma ist eine seelische Verletzung

Das seelische System des Menschen wird bei einem Trauma einer punktuellen oder dauerhaften Belastung ausgesetzt, die das System und seine Bewältigungsmechanismen überfordert und so kann es schließlich zu einer Traumatisierung bzw. Verletzung der menschlichen Seele kommen. In umgangssprachlichen Redewendungen lassen sich Aussagen finden wie: „Das hat mich sehr verletzt“, „ich fühle mich gekränkt“ oder „es macht mich kaputt und zerreißt mich in Stücke“ (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 22).

Im Laufe seines Lebens findet sich jeder Mensch in Situationen und Umständen wieder, die sich belastend auswirken. Schwierige Lebensereignisse sind unvermeidbar und gehören zum Leben dazu. Diese individuellen lebensgeschichtlichen Herausforderungen sind anstrengend und unbequem. Auch

oder gerade weil dies der Fall ist, ist die stetige Aneignung von neuen Bewältigungsstrategien und konstruktiven Anpassungsprozessen für jeden Menschen von Bedeutung (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 18).

Kommt es zu einer Situation (schicksalhaft oder durch andere Menschen hervorgerufen), die für das Individuum eine nicht zu bewältigende Erfahrung darstellt und ist diese hochgradig ängstigend, lebensbedrohlich und geht mit Kontrollverlust oder völliger Hilflosigkeit einher, führt sie gegebenenfalls zu einer Traumatisierung (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 18).

Ein Trauma entsteht, wenn unser Informationsverarbeitungssystem im Gehirn in dem Maße durch eine äußere, extrem stressreiche Situation vollkommen überflutet wird, sodass die betroffene Person den Eindruck bekommt, „nun geht nix mehr, alles ist vorbei, sterben“ (vgl. Huber 2003, S. 37ff.).

Eine Definition von Trauma gibt uns die American Psychiatric Association (APA), die im Folgenden vorgestellt wird.

1.2 Die Definition von Trauma gemäß DSM-IV

In dem Klassifikationssystem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der APA wird ein Trauma wie folgt definiert:

„Das traumatische Ereignis beinhaltet das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder einer anderen Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat oder die Beobachtung eines Ereignisses, das mit dem Tod, der Verletzung oder der Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit zu tun hat oder die Beobachtung eines Ereignisses, das mit dem Tod, der Verletzung oder der Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit einer anderen Person zu tun hat oder das Miterleben eines unerwarteten oder gewaltsamen Todes, schweren Leids oder Androhung des Todes

oder einer Verletzung eines Familienmitgliedes oder einer nahe stehenden Person.(Kriterium A.)“ (Menning & Merker 2006, S. 376).

„Die Reaktion der Person auf das Ereignis muss intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen umfassen (bei Kindern kann die Reaktion verwirrtes oder agitiertes Verhalten umfassen).(Kriterium A2)“ (Menning & Merker 2006, S. 376).

In dieser Definition zeigt sich die Vielzahl der vorstellbaren Situationen und es wird so deutlich, dass eine Annäherung an das Thema breit gefächerte Umstände berücksichtigen muss.

Ein Trauma ist von einer belastenden Lebenssituation zu unterscheiden. Es kommt hier auf die Form der inneren Verarbeitung an, die für den Schweregrad in der Folge entscheidend ist. In jedem Fall besteht eine individuelle Komponente, die nicht vorher bestimmbar ist, sodass der Verlauf einer Belastung oder die Entwicklung eines Traumas nicht allein durch objektive Umstände zu beurteilen ist. Eine Betrachtung der ökologisch-dialektischen Gesichtspunkte ermöglicht an dieser Stelle eine vielschichtige Herangehensweise an eine traumatische Situation und eine sich der Subjektivität annähernde Betrachtung.

1.3 Ist ein Trauma ein Erlebnis (subjektiv) oder ein Ereignis (objektiv)? (Ökologischer - und Dialektischer Gesichtspunkt)

Wenn ein Trauma ein objektives Ereignis ist, dann wäre eine belastende Lebenssituation mit einem Trauma gleich zu setzen. Eine belastende Situation ist aber nicht gleich ein Trauma, sondern es ist zu berücksichtigen, wie die jeweilige betroffene Person die äußere stressreiche Situation innerlich verarbeitet.

So lässt sich sagen, dass ein Trauma am Ende ein subjektives Erlebnis und kein objektives Ereignis ist. „Trauma ist ein unerträgliches Erlebnis, das die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten überschreitet“ (Fischer & Riedesser 2003, S. 61).

Wird aber das objektive Betrachten des Ereignisses an sich außer Acht gelassen, so stellt sich schnell eine subjektive Willkür und Beliebigkeit ein (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 61). Der situative Kontext und die originären objektiven Umstände dürfen also bei der subjektiven Betrachtung nicht außer Acht gelassen werden. In der Psychotraumatologie haben wir es mit Subjektivität und Objektivität zu tun und es lassen sich keine einfachen und eindimensionalen Lösungen im Sinne des Entweder-Oder-Prinzips finden. „Erforderlich ist daher eine dialektische Denkweise als Grundlage dieser Disziplin, die solchen Widersprüchen gerecht wird“ (Fischer & Riedesser 2003, S. 62).

Lassen sich eine traumatische Situation und die jeweiligen Verarbeitungsmöglichkeiten der betreffenden Person begutachten? Entscheidend ist die Beziehung des Subjekts zum Objekt und so lässt sich sagen: „Ein Trauma muss sowohl objektiv wie auch subjektiv definiert werden“ (Fischer & Riedesser 2003, S. 62).

„Der ökologische Gesichtspunkt erfordert, traumatisierende Erfahrungen aus ihrem Umweltbezug, aus der wechselseitigen Beziehung von Person und Umwelt zu verstehen. Der dialektische Gesichtspunkt verdeutlicht hier u. a., dass zwischen Subjektivität und Objektivität, zwischen der „Innenperspektive“ des leidenden Subjekts und der „Außenperspektive“ des objektiven Beobachters ein spannungsreiches und in sich widersprüchliches Verhältnis besteht“ (Fischer & Riedesser 2003, S. 62).

Die Merkmale einer tatsächlich traumatischen Erfahrung beschreibt das Verlaufsmodell von Fischer und Riedesser. Als ein Merkmal wird die Überforderung eines Individuums benannt, welches ein Ereignis nicht in seine bisher existierenden Lösungsschemata einordnen kann. Außerdem wird die Wichtigkeit anderer Personen beschrieben, die Einfluss auf den Prozess haben und deren Rolle Berücksichtigung finden muss. Ein traumatischer Prozess spielt sich in der Wechselwirkung des Betroffenen mit seiner Umwelt und den ihn umgebenden Menschen ab.

1.4 Das ökologisch - dialektische Verlaufsmodell

Die Phasen des Modells stehen in einem dynamischen Verhältnis zueinander und nicht in einer zeitlichen Abfolge.

1.4.1 Traumatische Situationen (außen)

„Traumatische Situationen sind solche, auf die keine subjektiv angemessene Reaktion möglich ist.“ (Fischer & Riedesser 2003, S. 63). Aus Überlebensgründen wäre zwar eine angemessene Handlung dringend notwendig, aber das Individuum findet keine Möglichkeit / keine subjektive Verarbeitungskapazität für diese überwältigende, existenzbedrohende und oft unverständliche Situation (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 63).

1.4.2 Traumatische Reaktion (innen)

Kommt es zu einer Stressüberflutung, einer extremen Situation, einem Trauma, so reagiert der Mensch ganz unbewusst und automatisch, mit einem von zwei möglichen Reflexen, die unser Stammhirn uns vorschreibt. Diese nennen sich *Fight or Flight* (vgl. Huber 2003, S. 41): Mit Kampf oder Flucht versucht der Mensch auf eine für ihn lebensbedrohliche Situation zu reagieren (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 63).

1.4.3 Traumatischer Prozess (zusammen)

Das betroffene Individuum versucht diese unverständliche Erfahrung irgend möglich zu begreifen und in das bestehende Selbst- und Weltverständnis, in den eigenen Lebensentwurf zu integrieren und „dies in einem Wechselspiel von Zulassen der Erinnerung und kontrollierender Abwehr oder Kompensation, um erneute Panik und Reizüberflutung zu vermeiden“ (Fischer & Riedesser 2003, S. 63). Zu den individuellen Anstrengungen ein Trauma einzuordnen und zu verarbeiten, kommt auch ein sozialer, mitmenschlicher, gesellschaftlicher Faktor. *Mensch wird man durch den Mitmenschen* - die Problematik eines Traumas kann ein Mensch nicht alleine bewältigen. Auch dafür braucht er ein Gegenüber, einen oder mehrere Mitmenschen. Das traumatisierte Individuum ist kein isoliertes Einzelwesen und es bleibt immer die Frage, wie sich die Allgemeinheit zum individuellen Elend der Traumatisierung verhält. Kommt es hier zu Verdrängung,

Missachtung oder Ausgrenzung, so wird die traumatische Situation für das Individuum kein Ende finden und gegebenenfalls über Generationen weiter getragen (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 63f.).

1.5 Fazit / Zusammenfassung

Die traumatische Situation, der das Individuum begegnet, führt zu einer individuellen, inneren traumatischen Reaktion. Die Verarbeitung ist vom Verlauf des traumatischen Prozesses abhängig. Dieser kann nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss stets im gesamten Kontext gesehen werden. Dies schließt sowohl innere als auch äußere Faktoren ein. Der ökologisch-dialektische Zugriff ist somit eine Herangehensweise, die der Thematik Trauma gerecht wird.

Kapitel 2

Mögliche Ursachen von frühkindlicher Traumatisierung

„Der Großteil unserer Klienten ist ja nicht Opfer von Terroranschlägen oder Amokläufen oder Zugkatastrophen geworden, sondern von Gewalt in „ganz normalen Familien“. Gewalt, die früh begann, lange dauerte und das gesamte weitere Leben der Betroffenen überschattet, (...) Gewalt, welche die weiblichen Betroffenen anfällig macht, wieder Opfer zu werden, und männliche, sich zum Täter zu wandeln. Jedenfalls, wenn niemand eingreift, niemand hilft“ (Huber 2003, S. 17).

Welche Ursachen für Traumatisierungen bei Kindern lassen sich in den Familien und auch andernorts finden? Mit welchen Formen der Misshandlung haben wir es in der pädagogischen Arbeit zu tun?

Im Deutschen Ärzteblatt PP erschien im Mai 2011 ein Artikel von Winfried Häuser et al. mit der Überschrift: *Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung.*

Schwerpunkt dieses Artikels war es, herauszufinden wie häufig Kinder und Jugendliche in Deutschland von Misshandlungen betroffen sind. Im Jahr 2010 wurden 2504 Personen im Alter zwischen 14 - 90 Jahren mittels der deutschen Version des *Childhood Trauma Questionnaire* befragt (von den 4455 kontaktierten Personen schlossen 2504 die Studie ab, was einer Quote von 56 Prozent entspricht) (vgl. Winfried Häuser et al. 2011, S. 231).

Im Ergebnis berichten 1,6 Prozent der Gesamtstichprobe von schwerem emotionalen, 2,8 Prozent von schwerem körperlichen und 1,9 Prozent von schwerem sexuellen Missbrauch während ihrer Kindheit und Jugend. Schwere emotionale Vernachlässigung erfahren zu haben gaben 6,6 Prozent der Befragten an und 10,8 Prozent gaben an, schwer körperlich vernachlässigt worden zu sein. Schwerer sexueller Missbrauch, so das Ergebnis der Studie, betrifft überwiegend

Mädchen. Die Zugehörigkeit zur – so in der Studie benannten – Unterschicht hebe die Wahrscheinlichkeit schweren körperlichen Missbrauchs und der Vernachlässigung. Als weiteres Ergebnis stellt die Studie fest, dass ein höheres Lebensalter der Befragten zur vermehrten Angabe von schwerer körperlicher Vernachlässigung in ihrer Kindheit führte (vgl. Winfried Häuser et al. 2011, S. 231).

Im Folgenden wird auf wesentliche Definitionen von Kindesmisshandlung eingegangen. Dabei sollen die Ursachen betrachtet werden, die einer Traumatisierung im Kindesalter zugrunde liegen können. Die statistisch erhobenen Zahlen von Winfried Häuser geben bereits einen Hinweis darauf, dass verschiedene Gründe als mögliche Ursachen in Frage kommen (körperlicher und seelischer Missbrauch, Vernachlässigung et cetera). Die Definitionen zu den verschiedenen Ursachen sollen aufzeigen, welche Verhältnisse oder Ereignisse für eine frühkindliche Traumatisierung ein Auslöser sein können. Maßgeblich sollen dabei die Definitionen von Annette Engfer und Wilma Weiss sein. Sie geben ein Bild davon, wodurch ein traumatischer Prozess in Gang gesetzt werden kann und wie eine Fortentwicklung aussehen könnte. Sie sind eine wichtige Grundlage für das Thema Trauma an sich.

2.1 Die Definitionen der Ursachen von Traumata

„**Kindesmisshandlung** ist eine gewaltsame psychische oder physische Beeinträchtigung von Kindern durch die Eltern oder Erziehungsberechtigte. Diese Beeinträchtigungen können durch elterliche Handlungen (wie bei körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch) oder Unterlassung (wie bei emotionaler und physischer Vernachlässigung) zustande kommen“ (Engfer 2002, S. 800).

2.1.2 Vernachlässigung

„Kinder werden **vernachlässigt**, wenn sie von ihren Eltern oder Betreuungspersonen unzureichend ernährt, gepflegt, gefördert,

gesundheitlich versorgt, beaufsichtigt und/oder vor Gefahren geschützt werden“ (Engfer 2002, S. 801).

Die Vernachlässigung: Ein Kind erfährt von Betreuungspersonen nicht genügend emotionale, kognitive, körperliche und/oder materielle Zuwendung und Sicherheit. Die Verantwortlichen handeln unwissend oder mutwillig, sie reagieren nicht adäquat auf die Bedürfnisse des Kindes (vgl. Weiß 2006, S. 22f.).

2.1.3 Psychische Misshandlungen

Unter **psychischer Misshandlung** versteht man alle Handlungen oder Unterlassungen von Eltern oder Betreuungspersonen, die Kinder ängstigen, überfordern, ihnen das Gefühl der Wertlosigkeit vermitteln. Dazu zählen nicht nur sadistische Formen „seelischer Grausamkeit“, sondern auch scheinbar harmlosere Varianten elterlichen Verhaltens wie z.B. die offensichtliche Bevorzugung eines Geschwisterkindes, Einschüchterung, häufiges Beschimpfen, fehlende Anerkennung. Auch die Kinder ständig zum Sündenbock zu machen, sie zu isolieren oder mit lang anhaltendem Liebesentzug zu bestrafen, sind Formen von psychischer Misshandlung (Engfer 2002, S. 802).

Die seelische Misshandlung: „Erniedrigung, Endwürdigung, Zurückweisung, emotionale Unerreichbarkeit, Gebrauch des Kindes für die Bedürfnisse des Erwachsenen und Terrorisierung sind Kategorien emotionaler Kindesmisshandlung“ (Weiß 2006, S. 24). Die Eltern-Kind-Beziehung, die Interaktionen, sind überwiegend negativ geprägt. Seelische Misshandlungen gehen oftmals einher mit anderen Formen der Misshandlungen, können aber auch einzeln auftreten (vgl. Weiß 2006, S. 24).

2.1.4 Körperlich Misshandlung

Körperliche Misshandlung sind Schläge oder andere gewaltsame Handlungen (Stöße, Schütteln, Verbrennungen, Stiche usw.), die beim Kind zu Verletzungen führen können. (Engfer 2002, S. 803)

Die körperliche Misshandlung: Kinder erleben in vielfältiger Form massive Gewalt, Schläge mit der Hand oder anderen Gegenständen, Fußtritte, Ausdrücken von Zigaretten auf der Haut u.v.a. (Weiß 2006, S. 24).

2.1.5 Sexueller Missbrauch

„Unter **sexuellem Missbrauch** verstehen Kempe und Kempe (1980) die Beteiligung noch nicht ausgereifter Kinder und Jugendlicher an sexuellen Aktivitäten, denen sie nicht verantwortlich zustimmen können, weil sie deren Tragweite noch nicht erfassen. Dabei benutzen zumeist männliche Erwachsene Kinder zur eigenen sexuellen Stimulation und missbrauchen das vorhandene Macht- und Kompetenzgefälle zum Schaden des Kindes“ (Engfer 2002, S. 803).

Die traumatische Sexualisierung: Das Kind vertraut einem Menschen in seiner nahen Umgebung, so ist das Kind eben auch emotional von diesem Menschen abhängig. Das Vertrauen und die Abhängigkeit wird vom Täter genutzt. Der Täter berührt das Kind auf eine unangemessene Art an Intimbereichen, 'wo seine Hände nichts zu suchen haben'. Er tut dem Kind weh und fügt dem Kind physisch und/oder emotional Schmerzen zu. Der Täter zwingt das Kind etwas zu tun, missachtet seinen Willen und verlangt Dinge, die den Bedürfnissen des Kindes widersprechen, nicht immer unter Androhung von Gewalt, aber auch (vgl. Weiß 2006, S. 29).

2.1.6 Trennung

Die traumatische Trennung: Ein Kind erlebt den Verlust einer nahen Bezugsperson, durch Streit und Scheidung, durch Krankheit und Tod, es kommt, wie auch immer, zu einem Bruch in der Gefühlsbindung (vgl. Weiß 2006, S. 32). Mit dem betroffenen Kind wird nicht gesprochen und es erfährt keinen anderen Halt, das Kind kann die Umstände nicht verstehen, das Kind ist noch zu jung, um den Verlust zu verkraften, das Kind wird durch die Trennung auch noch mit zusätzlichen, alten Ängsten konfrontiert, fühlt sich schuldig u.v.a..

2.1.7 Psychisch kranke Eltern

Kinder psychisch kranker Eltern: Hier werden die Kinder gezwungen kleine Erwachsene zu werden, um überleben zu können. Sie übernehmen die Aufgaben, die eigentlich den Erwachsenen zu gesprochen werden müssten, da die Eltern nicht dazu in der Lage sind. Kinder führen den Haushalt und übernehmen die Erziehung und Verantwortung für ihre Geschwister, halten Kontakt nach außen, werden „in die Rolle eines Dolmetschers und Beraters gedrängt“ (Weiß 2006, S. 35), übernehmen die Ängste ihrer Eltern. Sie werden von ihren Eltern benutzt, verdächtigt und eben auch misshandelt und vernachlässigt (vgl. Weiß 2006, S. 35).

Nach einer Untersuchung über Gefährdungslagen von Kindern und Jugendlichen bei Anrufung der Gerichte durch Fachkräfte am Jugendamt, sind alle diese oben genannten Umstände die häufigsten potentiellen Traumata (vgl. Weiß 2006, S. 21).

2.2 Fazit / Zusammenfassung

Abschließend lässt sich sagen, dass die Ursachen einer frühkindlichen Traumatisierung vielfältig sein können und ihnen verschiedene Ursachen zugrunde liegen können, sodass die Fälle grundsätzlich individuell zu betrachten sind. Die Spannbreite der erfassten Ursachen weist dabei ein enormes Spektrum auf. Es reicht von spektakulären Ausnahmesituationen bis zu scheinbar alltäglich wirkenden Handlungen, die bereits durch ein bloßes Unterlassen eine Folge nach sich ziehen können. Eine qualitative Bewertung der Ursachen in Bezug auf die Folge ist nicht möglich.

Wie bereits eingangs durch das Zitat von Michaela Huber eingebracht, ereignet sich ein Großteil der Traumatisierungen im persönlichen, dem 'häuslichen' Umfeld der Kinder, sodass dieser eine große Relevanz für die pädagogische Arbeit darstellt. Unabhängig vom Wahrnehmungsgrad etwa in der öffentlichen Darstellung. Die Verarbeitung dieser Vorgänge, aus dem nicht öffentlichen Bereich, gehen dabei oftmals mit Gefühlen von Schuld und Scham bei den

Betroffenen einher, anders als bei Traumatisierungen, die gemeinsam mit anderen erlebt werden, wie etwa einem tragischen Massenereignis.

„Misshandlungen, seien sie körperlicher oder seelischer Natur, hinterlassen zwar häufig, aber nicht immer schwerwiegende Folgen. Immer aber hinterlassen sie auch eine Spur im Gehirn“
(Remschmidt 2011, S. 229).

Kapitel 3

Das Trauma - Ablauf und Wirkung

„Bei einem Trauma handelt es sich nicht um rein innerliche Konflikte“, sondern „um tatsächliche extreme, stressreiche äußere Ereignisse. Damit ein Ereignis aber zum Trauma für einen Menschen werden kann, muss eine Dynamik in Gang kommen“ (Huber 2003, S. 38).

Ein Mensch erfährt Unsicherheit, Überforderung, Hilflosigkeit, Entsetzen, Ohnmacht, Todesangst sowie automatisiertes Handeln. Der Mensch reagiert automatisch mit Flucht oder Kampf. Wenn nun aber die Überforderung in der bedrohlichen Situation so groß ist und der Mensch auf keine Erfahrungsmuster (Bewältigungsstrategien) zurückgreifen kann, kommt es zu einer Schockreaktion (Schockphase). Dabei kommt es zu einer so genannten Freeze-Reaktion. Der Mensch erstarrt und entfernt sich innerlich von der Situation. Die bedrohliche Situation wird vom Gehirn in Einzelteile zerlegt (Fragmentierung) und es werden die dazugehörigen Wahrnehmungen verdrängt (Desintegration). Für ihn ist schließlich nicht mehr erkennbar, was passiert ist (vgl. Hubert 2003, S.41-44). Zunächst ist dies eine positive und besonders wertvolle Dynamik des menschlichen Gehirns, welche den Menschen schützt und ihm hilft zu überleben. Eine traumatische Erfahrung und ihre damit einhergehende Ausnahmebedingung wird im Gehirn anders wahrgenommen als es normalerweise der Fall ist und veranlasst eine hohe Aktivierung von komplexen physiologischen Reaktionen. Diese Reaktionsmuster setzen sich bei einer traumatischen Situation automatisch und reflexartig in Gang (vgl. Huber 2003, S. 41).

Die neueren neurobiologischen Ansätze über erfahrungsabhängige Neuroplastizität, multiple Kopplungsphänomene und die nutzungsabhängige Bahnung neuronaler Verschaltungsmuster sind grundlegende Erkenntnisse mit denen es möglich ist, ein tieferes Verständnis für die Vorgänge, die sich hinter den Symptomatiken von psychotraumabedingten Störungen befinden, zu

entwickeln (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 19f.).

Im Folgenden werden die Prozesse im Gehirn, die bei einem traumatischen Geschehen in Gang kommen, auf eine vereinfachte, anschauliche und grundlegende Weise erklärt.

3.1 Psychische Belastung und Trauma

Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens verschiedene Bewältigungsstrategien in Form von Verhaltens-, Gefühls- und Denkmustern, sowie Körperreaktionen für psychische Belastungen und Herausforderungen.

Je nach Nutzungsabhängigkeit / Bedarf und Erfolg der entsprechenden Bewältigungsstrategien kommt es zu Festigung / Stabilisierung neuronaler Verschaltungsmuster. Dabei sind die früh erworbenen Reaktionsmuster und Regelkreise in den älteren und tieferliegenden Bereichen des Gehirns verankert und die jüngeren Erfahrungen in wesentlich komplexeren Mustern in den zuletzt geformten, höheren Bereichen des Gehirns (im Cortex). Diese älteren neuronalen Verschaltungsmuster funktionieren einfacher und sind effizienter und stabiler als solche, die jünger und zuletzt heraus geformt worden sind (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 20f.).

Wenn es also zu psychischer Belastung und den damit einhergehenden Stress- und Notfallreaktionen kommt, werden eben diese älteren, tieferliegenden, während der Kindheit und Jugend herausgebildeten, Muster abgerufen, um mit der Belastung umzugehen (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 20f.).

Kommt es nun aber zu einer unkontrollierbaren psychischen Belastung in Form eines Traumas, sind keinerlei Verhaltensmuster mehr abrufbar und es kommt, ähnlich wie bei einem abwärts führenden Fahrstuhl, zu einem rapiden Sturz, hin zu den archaischen, im Hirnstamm angelegten Notfallprogrammen. Diese Programme übernehmen nun „die Kontrolle der Verhaltensregulation. Es kommt zum Angriff, wenn das nicht geht, zur Flucht, und wenn beides nicht möglich ist, zur ohnmächtigen Erstarrung“ (Hüther u.a. 2010, S. 21).

Kommt es zu einer traumatischen Situation, so ist die „traumatische Zange“ ein Schema, welches die verschiedenen Komponenten der abwärts fahrenden

'Fahrstuhlreaktion' gut veranschaulicht und darstellt.

Im Folgendem werden die einzelnen aufgeführten Komponenten von Hüther u.a. in der Zeitschrift Trauma und Gewalt 1/2010, S. 21 dargestellt.

3.2 Traumatische Zange



Abbildung 1: Die Traumatische Zange (Hüther u.a. 2010, S. 21)

„Ein subjektiv als existentiell (lebens-) bedrohlich bewertetes Ereignis löst folgende Reaktionskaskade aus:

1. Angst und/oder Schmerz setzen die Alarmreaktionen des Körpers in Gang mit dem Ziel zu überleben.
2. Initiale Aktivierung des Bindungssystems. In Traumakontexten sind rettende Bindungspersonen jedoch nicht verfügbar, oder schlimmer noch, von ihnen geht die Bedrohung aus.
3. Die Möglichkeiten zu entkommen (Flucht) fehlen.

4. Das Erleben von Hilflosigkeit setzt ein; es bleibt nur noch
5. Kampf, der wegen der einwirkenden übermächtigen Kräfte (Naturgewalt, physikalische Kräfte, von Menschen ausgehende Gewalt) nicht gelingen kann und die Erfahrung von
6. Ohnmacht mit sich bringt.
7. Ausgeliefertsein als Endzustand von Hilflosigkeit und Ohnmacht; in dieser traumatischen Zangensituation >> << von no Flight – no Fight – Freeze >> << setzen die archaischen autoprotektiven Notfallreaktionen ein:
8. Dissoziation (Erstarren, Wahrnehmungsverzerrung und -ausblendung) in der Übererregung;
9. Submission (Unterwerfung) entspricht einer Dissoziation in der Untererregung (Totstellreflex >> <<);
10. Fragmentarische Speicherung des sensorischen Inputs als Folge der unzureichenden kortikalen Einordnungs- und Bewertungsmöglichkeiten (u.a. Blockade von Broca - Sprachzentrum und Hippocampus in Zusammenarbeit mit dem Cortex) ,, (Hüther u.a. 2010, S. 21).

3.3 Wesentliche Bestandteile des traumatischen Verlaufs und ihre Auswirkungen

Im folgenden Abschnitt werden die wesentlichen Bestandteile der traumatischen Reaktionskaskade erläutert und einzeln beschrieben.

3.3.1 Fight or Flight

Dieser Mechanismus wird reflexartig ausgelöst, ein Abwägen, welche Reaktionen am wirksamsten wären, um die bedrohliche Situation zu bekämpfen oder welche

Fluchtmöglichkeiten Erfolg versprechend wären, ist nicht möglich (vgl. Huber 2003, S. 42).

Der Fight or Flight Mechanismus geht mit einer verstärkten Aktivierung des sympathischen Nervensystems einher, als Antwort auf die Umgebungsbedingung. Katabolisch - metabolische Änderungen, in Form von erhöhter Herzfrequenz und erhöhtem Blutdruck, sind die Folge (vgl. Streck-Fischer 2006, S. 166). Sie sind die notwendige Voraussetzung für einen folgenden Bewegungsablauf, eine vegetative Vorbereitungshandlung des Körpers.

Wenn dieser Mechanismus und seine Reaktionen Erfolge zeigen, wird das entsprechende Ereignis (welches die Reaktion auslöst) möglicherweise als stark belastend, wahrscheinlich aber nicht als Trauma abgespeichert (vgl. Huber 2003, S. 41). Funktionieren aber weder Kampf noch Flucht, folgt ein Zustand von Ohnmacht / Freeze.

3.3.2 Freeze

Der Körper reagiert mit anabolischen Veränderungen und einer Absenkung von Blutdruck und Herzfrequenz. Das Rückzugssystem – der Selbstbewahrungsmechanismus – wird aktiviert, wenn „Bewältigungen misslingen, und ist verbunden mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, Kontaktabbruch und Passivität. Es impliziert einen Zustand des tiefen Bindungsabbruchs“ (Streck-Fischer 2006, S. 166).

Der Organismus versucht sich innerlich von dem traumatischen Geschehen zu distanzieren, da er mit den Eindrücken / Wahrnehmungen dermaßen überfordert ist, diese sich äußerlich nicht bekämpfen lassen und ein Entkommen unmöglich ist. Als Schutz erlaubt der Organismus ein geistiges Wegtreten, eine Entfremdung vom Geschehen, eine Lähmungsreaktion, ein Einfrieren (vgl. Huber 2003, S. 43).

3.3.3 Fragmentierung

Die Eindrücke und Wahrnehmungen – sensorische Erlebnisdetails – werden fragmentarisch gespeichert, es entsteht ein zersplittertes Bild (wie bei einem zersprungenen Spiegel) der traumatischen Situation, auf folgenden Ebenen:

- Sensation - alle Sinneseindrücke, Körperreaktionen und Körperempfindungen
 - Pictures - Bildhafte Teile und Aspekte der Situationen
 - Behaviour - Verhalten, welches in der Situation dem Überleben dient
 - Kognitionen - Negative Gedanken und Überzeugungen in der Situationen
 - Emotionen - Angst, Wut u.m.
 - Relationship - Beziehungsaspekte
- (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 21f.)

Diese Wahrnehmungen und Empfindungen können später oft nur sehr unzureichend zu einem klaren zusammenhängendem Bild der Situation wieder zusammengefügt werden. Die räumlich - zeitliche Einordnung (Hippocampus) und die assoziativen und ordnenden Fähigkeiten des Bewusstseins (Frontalhirnfunktionen), die üblicherweise den sensorischen Input zu einem zusammenhängenden Erlebnis und einer abrufbaren Erinnerung verknüpfen, werden außer Kraft gesetzt. Die Versprachlichung (Broca-Sprachzentrum) und Kontextualisierung der erlebten Situation (Hippokampus und Frontalhirn), gelingt nur sehr schwer und unzureichend (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 22).

Das was erlebt wird, wird nicht als einheitlich Ganzes wahrgenommen und folglich auch nicht als Ganzes verarbeitet bzw. als zusammenhängendes Ganzes im Gehirn gespeichert. Später fehlende Erinnerungen an Einzelheiten oder Verzerrungen sind die Folge. Von Betroffenen selbst wird solch eine dramatische Situation beschrieben, als würden sie von außen oder von oben auf sich herabschauen oder als wäre das Ereignis nur ein „schlechter Film“ gewesen. Auch berichten viele von einem veränderten Zeitgefühl – Minuten seien ihnen vorgekommen wie Stunden – und weiterhin auch von einem veränderten Körpergefühl – als würde dieses oder Teile davon nicht mehr zu einem selbst gehören (vgl. Lackner 2004, S. 41).

Die Abspaltung der traumatischen Erfahrungen im menschlichen Gehirn führt dazu, dass das Erlebte für die betreffende Person nicht mehr unmittelbar verfügbar

ist. Die Folge ist Dissoziation, wie im Späteren beschrieben.

3.3.4 Traumabedingte gekoppelte Netzwerke

Die im Schockzustand gleichzeitig aktivierten neuronalen Verschaltungsmuster und die synaptischen Netzwerke werden aneinander gekoppelt und fest miteinander verknüpft. Dies geschieht umso intensiver, je stärker die einhergehende Aktivierung emotionaler Zentren und die dort stattfindende Ausschüttung neuroplastisch wirksamer Botenstoffe sind (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 22). Dieser unbedingte Vorgang, das Prinzip der neuronalen Verschaltung und Koppelung, hat schließlich zur Folge, dass traumatische Situationen durch das Erleben von Schlüsselreizen (Trigger) erneut erlebt werden können. Flashbacks und Dissoziation sind mögliche Folgeerscheinungen dieser gekoppelten Netzwerke, welche sich zunächst nicht leicht erklären lassen und weitreichende Auswirkungen nach sich ziehen können. Folgende neuronale Netzwerke und Systeme werden innerhalb einer traumatischen Situation miteinander verkoppelt und verbunden:

- Kortikale Netzwerke für die Verarbeitung von akustischen, optischen, taktilen, olfaktorischen Reizen
- Das Limbische System für die Generierung von Angst und Flucht
- Im Stammhirn zuständige Netzwerke für die Regulation körperlicher Reaktionen wie Herzfrequenz- und Blutdruck, Verkrampfung, Erstarrung etc.
- Netzwerke im präfrontalen Cortex, für die Bewertung der eigenen Hilflosigkeit, Unfähigkeit, Ohnmacht, vermeintliche Schuld und Minderwertigkeit

(vgl. Hüther u.a. 2010, S. 22)

Diese oben genannten Netzwerke und Systeme stehen für Reaktionsmuster auf folgenden Ebenen:

- Ebene der Sinne - Wahrnehmung und Verarbeitung von optischen, akustischen, taktilen, olfaktorischen Reizen

- Ebene der Emotionen - Regulation von Angst, Ohnmacht, Ekel etc.
- Ebene des Körpers - Reaktionen wie Herzrasen, Angstschweiß, Verkrampfung, Atemnot et cetera
- Ebene der Kognition - Bewertung von Lebensgefahr, Hilflosigkeit, Inkompetenz, Ohnmacht, Schuld

(vgl. Hüther u.a. 2010, S. 22)

Reaktionen, die sich nach einem traumatischen Erlebnis zeigen, können Tage, Wochen oder Jahre später auftauchen.

Diese unterschiedlichen Teilsysteme / Ebenen des Gedächtnisses, sind auf die Verarbeitung ihrer jeweiligen Informationen spezialisiert, sowie auf das Speichern und Erinnern der spezifischen Informationen. „Genau diese Parallelisierung einer neuronalen Informationsverarbeitung ist nun vermutlich am besten mit dem Konzept der Dissoziation zu beschreiben“ (Fiedler 2001, S. 83).

3.3.5 Dissoziation

Dissoziative Phänomene und Symptome sind häufig in die Verarbeitung von traumatischen Erfahrungen eingebunden (vgl. Fiedler 2001, S. 2).

Zunächst bildet die Dissoziation aber erst einmal das Gegenstück zur Assoziation und ist nichts weiter als ein Alltagsphänomen. Der Mensch assoziiert und dissoziiert beinahe permanent. Dies geschieht im Sinne der Reizverarbeitung. Unentwegt werden Reize zusammengefügt und wieder getrennt. Immer entsprechend ausgerichtet, welche Wertigkeit wir ihnen zuschreiben. Bei der Dissoziation handelt es sich somit zunächst um einen natürlichen Mechanismus bzw. um eine Fähigkeit, über die jeder Mensch verfügt. Wie gut diese Fähigkeit bei der einzelnen Person ausgeprägt ist kann stark variieren (vgl. Huber 2003, S. 54 f.).

Bei einer Traumatisierung kann es zur Desintegration des Erlebten kommen. Dissoziation ist ein psychophysiologischer Prozess mit einer Veränderung und Störung der integrativen Funktionen und den Fähigkeiten des Bewusstseins (vgl. Streck-Fischer 2006, S. 103).

Es handelt sich in den meisten Fällen um eine kurzweilige Unterbrechung der eigenen Bewusstheit, des Identitätserleben, des Gedächtnisses oder der Wahrnehmung der Umwelt. Nur in Einzelfällen hält dieser Bewusstseinsverlust längere Zeit an. Im Fall einer Traumatisierung findet eine Störung, Veränderung oder Verhinderung statt, die der jeweiligen betroffenen Person die Erfahrung der Ganzheitlichkeit verwehrt (vgl. Fiedler 2001, S. 2).

Dissoziative Störungen können sich auf einzelne Ebenen / Systeme beschränken. Beispielsweise kann es zu dem Verlust von Gefühlen kommen, zur isolierten Wahrnehmung von einzelnen Körperteilen, dem Verlust von traumaspezifischen Erinnerungen u.v.m. (vgl. Streck-Fischer 2006, S. 103).

3.3.5.1 Formen der Dissoziation

- Dissoziative Amnesie hat zwei Ausformungen. Erstens die biographische Amnesie, bei der Teile der eigenen Biographie nicht mehr erinnert werden können und zweitens die Alltagsamnesie, welche über die übliche Vergesslichkeit hinausgeht (vgl. Huber 2003, S. 56 f.)
- Derealisierende Dissoziation führt dazu, dass die Umgebung, oder Teile dieser, nicht adäquat wahrgenommen wird. Der Zugriff auf bestimmte Erinnerungen wird blockiert, sodass die vom Gehirn als Schutzfunktion ausgerichtete Blockade zu einer chronischen Derealisierung führen kann (vgl. Huber 2003, S. 59 ff.)
- Depersonalisierende Dissoziation sorgt bei der betroffenen Person für ein Fremdheitsgefühl gegenüber der eigenen Person bzw. dem eigenen Körper, sodass eine adäquate Eigenwahrnehmung verhindert wird (vgl. Huber 2003, S. 56).
- Fugue leitet sich aus dem lateinischen fugare ab, was „fliehen“ bedeutet. Die klinische Definition lautet: „Sich körperlich von einem Ort an den anderen begeben und sich dort wiederfinden, verbunden mit Amnesie“ (Huber 2003, S. 62). Hierbei handelt es sich um eine intensive Reaktion auf ein traumatisches Ereignis, welche mit allen vorab genannten Formen von Dissoziation einhergeht (vgl. Huber 2003, S. 62 f.).
- Dissoziative Identitätsstörung ist häufig mit einer Form der Amnesie verbunden und lässt „einen oder mehrere Persönlichkeitszustände voll die

Kontrolle über den Körper übernehmen; (...) die Persönlichkeitszustände sind individuell verschieden, verfügen über einen je eigenen Willen und können von externen Beobachtern zu mehreren Zeitpunkten wiedererkannt werden“ (Huber 2003, S. 57).

3.3.6 Schlüsselreize und Flashbacks

Kommt es zu einem sensorischen Input, einem Schlüsselreiz (Trigger), welcher mit den ursprünglich gemachten Erfahrungen / den entsprechenden neuronalen Netzwerken gekoppelt ist, erlebt die betroffene Person eine plötzlich wirkende Rückblendeerinnerung, einen Flashback (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 23).

Schlüsselreize sind Reize, die an die in der entsprechenden Situation gemachten Gedanken, Bilder, Gefühle, Verhaltensweisen und Körperreaktionen erinnern.

Das erneute Auftauchen dieser sinnlichen Wahrnehmungen, ein damals empfundenes Gefühl, eine damals eingenommene Körperhaltung, eine neue Bestätigung der erlebten Ohnmacht et cetera, führt zu einem Flashback und zu verschiedenen Belastungen für den Betroffenen: „In Form von nicht steuerbaren belastenden, stressvollen Erinnerungsfragmenten bzw. überflutenden Hypermnesien oder – für sie besonders irritierende – nicht zuzuordnende affektive und körperliche Erregungs- oder Abschaltungszustände oder persistierende negative Überzeugungen“ (Hüther u.a. 2010, S. 23).

Die Strategien zur Vermeidung von Flashbacks können sich verfestigen, je häufiger sie gebraucht werden. Es handelt sich meist nicht um Umgangsstrategien zur Bewältigung und Integration des Traumas, sondern um Strategien zur Umschiffung und/oder Unterdrückung der durch das Trauma verursachten und durch die Kopplungsphänomene entstandenen Symptome (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 23).

Es entsteht eine neue Abfolge neuronaler Verschaltungsmuster, die aber nicht unbedingt zusammenhängend wahrnehmbar ist. Die Folge davon ist, dass der Mensch bestimmte Gefühle vermeidet, wie z.B. Wut oder Angst, er vermeidet bestimmte Gerüche, entsprechend wie im Abschnitt 3.3.4 *Traumagekoppelte Netzwerke* beschrieben. Ein Betroffener nimmt oftmals große Anstrengungen auf sich, um die entsprechenden Schlüsselreize zu vermeiden oder zu umgehen.

Dieses Verhalten kann zusätzlichen Stress und neue Belastung nach sich ziehen. Die spezifischen Auswirkungen und Folgeerscheinungen einer frühkindlichen Traumatisierung und ihre Auswirkungen auf die Strategien zur Lebensbewältigung werden in den folgenden Kapiteln beschrieben.

3.4 Fazit / Zusammenfassung

Belastende Lebensabschnitte und stressreiche Situationen begegnen jedem Menschen. Diese Ereignisse formen den Menschen und geben ihm Gelegenheit, an ihnen zu wachsen und sich über eine erfolgreiche Bewältigung oder das Meistern einer schwierigen Lage zu freuen. Die negativen Auswirkungen jedoch, die im Falle eines Traumas auftreten, werden in diesem Kapitel deutlich und es zeigt sich, wie belastend und komplex dieses wirkt. Es hat erheblichen Einfluss und weitreichende Auswirkungen auf eine ganze Reihe von Reaktionen im menschlichen Bewusstsein, auf die Wahrnehmung und Steuerung.

Beeindruckend sind in diesem Zusammenhang die Fähigkeiten des menschlichen Körpers und Geistes, mit traumatischen Ereignissen umzugehen, für die er bisher keinerlei Lösungsstrategien kannte. Solche Situationen und Erfahrungen können dazu führen, dass der Organismus auf seine archaischen und grundlegenden Strukturen zurückgeworfen wird und dies schließlich in der Fight or Flight und Freeze Reaktion mündet. Ebenso beeindruckend scheint die menschliche Fähigkeit der Fragmentierung und Dissoziation, die als Schutzmechanismen durch Verdrängen und Dekontextualisierung verstanden werden können.

Ein „Schutz“ gegen traumatische Erlebnisse scheint so also möglich zu sein, ein Vergessen jedoch nicht. Die im Gehirn ausgelöste Bahnung, die entsprechende Traumareaktion, der von Hüther beschriebene Fahrstuhlschacht zu den archaischen Reaktionsmustern, bleibt vorhanden. Die Koppelungen werden sogar noch intensiver, je häufiger sie wieder aktiviert werden und führen zu einer steten Erschwerung der äußeren Symptomatik. Einen anschaulichen Überblick über diese sehr komplexen und wechselwirksam funktionierenden Abläufe im menschlichen Gehirn gibt dabei die Darstellung der „traumatischen Zange“.

Das Verständnis dieser Abläufe erleichtert das Verständnis vieler Verhaltensauffälligkeiten und hat daher einen großen Wert etwa für die pädagogische Alltagsarbeit, insbesondere im Umfeld Heranwachsender. Für den pädagogischen Alltag bedeutet dies, dass Erzieher, Lehrer u.a. etwa mit Kindern konfrontiert sind, die scheinbar unangemessen reagieren, da ein Reiz, ein Geruch, ein Geräusch oder eine Empfindung unaufhaltsame innere Bilder oder Gefühle aufkommen lässt. Eine Reaktion mit Strafe anstelle eines evtl. Nachfragens, bedingt durch Unverständnis gegenüber der Situation, hätte hier eine Verschlimmerung zur Folge. Das Verständnis der traumatischen Abläufe und ihrer Auswirkungen hat somit einen sehr direkten pädagogischen Wert.

Kapitel 4

Frühkindliche Traumatisierung

Nachdem im vorherigen Kapitel auf das Trauma, seinen Verlauf und seine Auswirkungen eingegangen wurde, soll dieses Kapitel auf die Spezifika von früher Traumatisierung im Kindesalter eingehen. Außerdem werden als Überblick die üblichen Diagnosekriterien und Perspektiven kurz erläutert.

Traumatische Erfahrungen, in einmaliger oder mehrfacher Form, haben bei Kindern einen tiefer wirkenden Einfluss auf die Funktionen des Gehirns als es bei Erwachsenen der Fall ist. Traumatische Erfahrungen wirken sich auf die gesamte körperliche, kognitive, emotionale und soziale Entwicklung des Kindes aus (vgl. Krüger & Reddemann 2007, S. 37).

4.1 Frühkindliche sequentielle Traumatisierung

„Kindergehirne sind – vor allem in den höheren Bereichen und auf den komplexeren Verarbeitungsebenen – noch nicht stabil vernetzt; diese Strukturen müssen erst noch erfahrungsbedingt stabilisiert werden“ (Hüther u.a. 2010, S. 25).

„Nur die innersten Schichten, also die Verschaltungsmuster im Stammhirn, im limbischen System und anderen subkortikalen Strukturen, sind bereits weitgehend vorgeburtlich ausgereift und die Netzwerke sind erfahrungsabhängig miteinander verknüpft worden“ (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 25). Dies lässt den Schluss zu, dass das ungeborene Kind im Mutterleib bereits Erfahrungen und Eindrücke sammelt, welche sich postnatal in entsprechenden Hirnstrukturen zeigen.

Damit später hochkomplexe Verschaltungsmuster heraus geformt werden können, brauchen Kinder entsprechende Erfahrungsräume sowie Sicherheit und Halt bietende Bindungspersonen. Kinder benötigen positive Beziehungserfahrungen, vielfältige Anregungen und zu bewältigende Herausforderungen sowie Orientierung bietende Vorbilder. Nur so können sie positive Erfahrungen bei der

Bewältigung von Entwicklungsaufgaben machen. Je besser es ihnen gelingt, Probleme positiv zu meistern, umso vielfältiger und reichhaltiger werden die Verschaltungsmuster im Hirn. Je vielfältiger das Spektrum im Kortex, insbesondere in der präfrontalen Rinde, um so aktivierbarer sind die Verschaltungsmuster zur Lebensbewältigung (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 25).

Die Verbindung, Vernetzung und Herausformung der äußeren Schichten (neokortikale Strukturen der Hirnrinde, insbesondere der frontalen und orbitofrontalen Bereiche), mit den inneren, älteren Schichten ist hier von großer Wichtigkeit (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 25).

Die in Kapitel 2 beschriebenen Situationen und Umstände können Auslöser für unkontrollierte Stressreaktionen sein und führen bei Kindern zur Aktivierung der archaischen Notfallreaktionen im Stammhirn.

Frühkindliche Traumatisierung manifestiert sich nicht auf den Ebenen und im Kontext bereits vorhandenen Strukturen, sondern frühkindliche Traumatisierung und die damit einhergehenden Strategien zur Bewältigung des Traumas, werden zu einer 'neuen' Grundlage und zu einem 'neuen' Fundament. Die weitere Nutzung, Strukturierung, Ausbildung und Ausformung von neuronalen Verschaltungsmustern, baut auf den traumatischen Strukturen im Gehirn auf (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 25f.). Das bedeutet, Traumatisierung führt dazu, dass spezifische traumagekoppelte Netzwerke, welche bei Erwachsenen zusätzlich zu den bereits bestehenden Netzwerken hinzukommen, bei Kindern und früher Traumatisierung zur Grundlage der weiteren Entwicklung werden.

Der traumatische Verlauf, wie er in Kapitel 3 beschrieben wurde, ist bei Kindern und Erwachsenen im Wesentlichen gleich. Der Einfluss traumatischer Erfahrungen auf das Gehirn und die weitere Entwicklung des Menschen sind jedoch bei Kindern abweichend zu betrachten. Die spezifischen Folgeerscheinungen werden im fünften Kapitel beschrieben.

Diese Erkenntnisse lassen den Schluss zu, dass eine Traumatisierung im früheren Alter i.d.R. gravierender ist und weitreichendere Folgen in der Entwicklung mit sich bringt als bei einem Erwachsenen. Des Weiteren ist bedeutend, ob es sich um eine einmalige Traumatisierung, um eine mehrfache Traumatisierung oder um eine sequenzielle Traumatisierung handelt. Insbesondere hat dies auf mögliche spätere Folgen entsprechende Auswirkungen und ist in diesem Zusammenhang von besonderem Interesse.

4.2 Kindheitstraumata Typ I und Typ II

Typisierung von Kindheitstraumata nach Terr zwischen einem einmaligen traumatischen Ereignis (Typ I-Trauma = Schocktrauma) und einem komplex, langfristig andauerndem traumatischem Geschehen (Typ II-Trauma) (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 272).

Das Schocktrauma (Typ I) wird – abgesehen von der Wahrnehmungsverzerrung – hervorgerufen durch die akute Traumreaktion und kann detailliert erinnert werden.

Ist aber das Kind aufgrund seines kognitiven Entwicklungsstandes noch nicht in der Lage, komplexe Zusammenhänge zu durchschauen und das Konzept des Zufalls zu berücksichtigen, so ist es oft der Fall, dass sich das Kind magische Erklärungsansätze heranzieht, um das Geschehnis zu begreifen. Schuldzuschreibungen werden so an die eigene Person gerichtet (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 272).

Das langfristige Trauma (Typ II) wird von Verleugnung und emotionaler Anästhesie begleitet und kann der Kindheitsvorläufer einer späteren dissoziativen Identitätsstörung sein. Als häufigste emotionale Folgen werden extreme Distanzierung, Anästhesie und Abwehrformen beschrieben, die Kinder infolge von Typ I Traumata in der Regel nicht entwickeln. Affekte können hier zu Selbstverstümmelung oder gar Suizid führen. Begleitende Erscheinungen sind dabei unter Umständen emotionale Abstumpfung oder extreme Passivität. Die empfundene Aggressivität kann sich auch nach außen richten und so zu einer Umkehr des Opfer-Täter-Schemas führen (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 272).

Ein Kombiniertes Trauma (Typ I und II) hat pathologische Trauer und Depression zur Folge. Es ist zu beobachten, wenn lange bestehende Faktoren in Verbindung mit schockartigen Verletzungen und Verlusten einhergehen. Kindern in dieser Situation fällt die Anerkennung neuer persönlicher Gegebenheiten oftmals schwer (vgl. Fischer & Riedesser 2003, S. 272).

Diejenigen, die in ihrer Kindheit eine komplexe, also mehrfache und auf unterschiedliche Weise wirkende Traumatisierung erfahren haben, entwickeln durchgängig eine posttraumatische Belastungsstörung. Diese wird begleitet von mehr oder weniger auffälligen Symptomatiken und hat dabei unterschiedliche Ausprägungen. Komplex traumatisierte Kinder sind etwa solche, die nicht nur körperliche und emotionale Gewalt und Verwahrlosung erlebt haben, sondern auch sexuelle Misshandlung (vgl. Kahn 2010, S.19) und alle anderen möglichen Ursachen wie in Kapitel 2 beschrieben.

4.3 Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen

Bei psychischen Belastungen, die infolge eines Traumas auftreten, wird in der Regel die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gestellt. Maßgeblich hierfür sind die Klassifikationen des ICD-10 und der DSM-IV. Eine Unterteilung in Altersgruppen wird bei beiden Klassifikationssystemen nicht gemacht, so dass entscheidende spezifische Merkmale außer Acht gelassen werden, die bei der Betrachtung traumatisierter Kinder und Jugendlicher entscheidend wären. Die Erkenntnisse von Gerald Hüther zeigen jedoch auf, dass traumatische Einwirkungen in diesen Lebensabschnitten verheerendere Konsequenzen haben als es bei Erwachsenen der Fall ist. Eine entsprechende diagnostische Einordnung von Menschen, die eine frühe Traumatisierung erlebt haben, ist so häufig nicht möglich, da eine Diagnose nach einem der beiden Kriterienkataloge keine spezifische Betrachtung erlaubt.

Diese Lücke will der Forscher Bessel van der Kolk schließen. Mit seiner *Traumapsychologie des Kindes- und Jugendalters* gibt er dem Thema eine Entwicklungsdimension. Er hat den Begriff der „entwicklungsbezogenen Trauma-Folgestörung“ in die Wissenschaft eingeführt, speziell um die Situation derjenigen Kinder zu beschreiben, die andauernden traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren oder es immer noch sind. Seine Erkenntnisse legen dar, dass Menschen, die in ihrer Kindheit komplex traumatisiert wurden, neben der PTBS außerdem verschiedene weitere Erkrankungen aufweisen – sowohl psychisch als auch physisch. Van der Kolk führt dies u.a. auf veränderte neurobiologische

Entwicklungen zurück, die unter dem Einfluss von Extremstress geschehen (vgl. Krüger & Reddemann 2007, S. 66), wie es auch Gerald Hüther beschreibt.

4.3.1 Entwicklungsbezogene Trauma-Folgestörung

Die folgende Übersicht gibt einen Überblick über die entwicklungsbezogene Trauma-Folgestörung nach van der Kolk, 2005:

Exposition

- Anhaltende Exposition gegenüber einem oder mehreren Formen von entwicklungsbeeinträchtigenden interpersonellen Formen von Traumatisierung (z.B. Trennungstraumata, Verrat, tätliche Gewalt, sexuelle Gewalt, Bedrohung der körperlichen Integrität, Gewaltandrohungen, emotionaler Missbrauch, Zeugenschaft von Gewalt und Tod).
- Subjektive Erlebnisqualität (Rage, Verrat, Angst, Resignation, Niederlage und Schamgefühle)
(vgl. Krüger & Reddemann 2007, S. 70)

Wiederholte Dysregulationsmuster als Antwort auf Trauma-Trigger

- Dysregulationszeichen (in unterschiedlich starker Ausprägung) bei Kontakt mit Hinweisreizen, wobei Veränderungen dazu tendieren, zu persistieren, und nicht zum Ruhenniveau zurückzukehren –
- auch nicht dann, wenn der Patient sich der realen Umstände bewusst wird.
- Affektive Muster
- Somatische Reaktionsmuster
- Verhaltensmuster, wie etwa Re-Enactment oder selbstverletzendes Verhalten.
- Kognitive Muster, etwa Gedanken daran, das Trauma könne sich wiederholen, Verwirrungszustände, Dissoziation oder Depersonalisation.
- Beziehungsmuster, wie überangepasstes Verhalten, anklammern oder oppositionelles Verhalten.
- Selbstattribution, etwa Selbsthass oder Schuldgefühle.
(vgl. Krüger & Reddemann 2007, S. 70)

Anhaltend veränderte Attributionen und Erwartungshaltungen

- Negative Selbstbildzuschreibungen
- Misstrauen gegenüber schützenden Bezugspersonen
- Verlust der Erwartung, dass andere Schutz bieten können
- Verlust an Vertrauen in den Schutz durch soziale Einrichtungen
- Mangelnde Gewissensfunktion bezüglich sozialer Gerechtigkeit und Sanktionen
- Unvermeidbarkeit späterer Viktimisierung
(vgl. Krüger & Reddemann 2007, S. 70)

Beeinträchtigung sozialer und anderer Funktionen

- Pädagogischer Bereich, hier etwa Kindergarten oder Schule
- Familie
- Peers
- Rechtliche Aspekte
- Beruf
(vgl. Krüger & Reddemann 2007, S. 70)

4.4 Fazit / Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die frühkindliche Traumatisierung einen Einfluss auf die weitere Entwicklung von Kindern hat. Die neuronalen gekoppelten Netzwerke bilden die Grundlage für weitere Verschaltungsmuster, sodass frühe Traumatisierungen in diesem Entwicklungsstadium des Gehirns verheerendere Folgen mit sich bringen. Weiter ist bei der frühkindlichen Traumatisierung festzustellen, dass die spezifischen Auswirkungen der verschiedenen Traumatisierungen (nach Terr entsprechend ihrem Schweregrad) die weiteren Symptomatiken beeinflussen. Zu berücksichtigen ist an dieser Stelle der Entwicklungsstand der betroffenen Kinder und Jugendlichen insgesamt.

Das Fehlen entsprechender altersspezifischer Diagnosekriterien im DSM-IV und dem ICD-10, den gängigen Kategorisierungskatalogen, hat zur Folge, dass in

vielen Fällen eine nicht ausreichende Bewertung erstellt wird, die der Situation eines traumatisierten Menschen nicht gerecht werden kann. Dies betrifft sowohl Kinder, die sich noch in ihrem Entwicklungsprozess befinden, wie auch Erwachsene, deren Traumatisierung in ihrer Kindheit stattgefunden hat. Diese wäre jedoch wichtig, für einen entsprechenden Umgang mit den Betroffenen und für eine heilsame Therapie des Erlebten und um weitere Folgeerscheinungen zu begrenzen.

Kapitel 5

Kindliche Entwicklung unter dem Einfluss früher Traumatisierung

„Was vor der Geburt und in der Kindheit auf den jungen Menschen einwirkt, prägt das Gehirn und hat deshalb Konsequenzen für die psychische Entwicklung“ (Denner 2008, S. 28).

Im Evolutionsvergleich mit anderen Säugetieren ist der Entwicklungsprozess des Gehirns beim Menschen eher langsam. Bei der Geburt hat ein Mensch erst 23 Prozent des möglichen Volumens erreicht und mit drei Jahren erst 70 Prozent. Das menschliche Gehirnwachstum erstreckt sich also bis weit in die Zeit nach der Geburt (vgl. Rauh 2002, S. 133).

„Nirgendwo im Tierreich sind die Nachkommen beim Erlernen dessen, was für ihr Überleben wichtig ist so sehr und über einen derartig langen Zeitraum auf Fürsorge und Schutz, Unterstützung und Lenkung durch die Eltern angewiesen, und bei keiner anderen Art ist die Hirnentwicklung in solch hohem Ausmaß von der emotionalen, sozialen und intellektuellen Kompetenz dieser erwachsenen Bezugspersonen abhängig wie beim Menschen“ (Hüther 2002, www.win-future.de).

Für die Entwicklung eines Kindes bedeutet dies also, dass bei der Ausprägung und Aneignung von Bewältigungsstrategien eine große Abhängigkeit zum sozialen Umfeld besteht. Entsprechende Kompetenzen können nur dann richtig ausgebildet werden, wenn der Heranwachsende anderen Menschen begegnet, die ihm dies ermöglichen.

5.1 Trauma und kindliche Entwicklung

Die körperliche und kognitive Entwicklung, sowie das familiäre Umfeld müssen

bei der Betrachtung von frühkindlicher Traumatisierung stets Berücksichtigung finden. Auch sind die Erkenntnisse aus der Resilienzforschung für diese Betrachtung von Bedeutung (vgl. Krüger & Reddemann 2007, S.45).

Frühe traumatische Belastungen bringen spezifische und schwerwiegende Folgeerscheinungen mit sich. Traumata verändern die Art und Weise, wie Erfahrungen gemacht werden und vermischen sich mit der kindlichen Phantasie. Im welchem Ausmaß ein Trauma aber die weitere Entwicklung von Kindern beeinflusst, hängt von verschiedenen Bedingungen ab. Entscheidend ist, in welchem Entwicklungsstand sich das Kind zum Zeitpunkt des Traumas befindet, unter welchen bisherigen Bedingungen die Entwicklung stattfand, auf welche Ressourcen das Kind zurückgreifen kann und ob das Kind in ein stabiles soziales Netzwerk eingebunden ist und Vertrauenspersonen zur Verfügung stehen (vgl. Streck-Fischer 2006, S. 2).

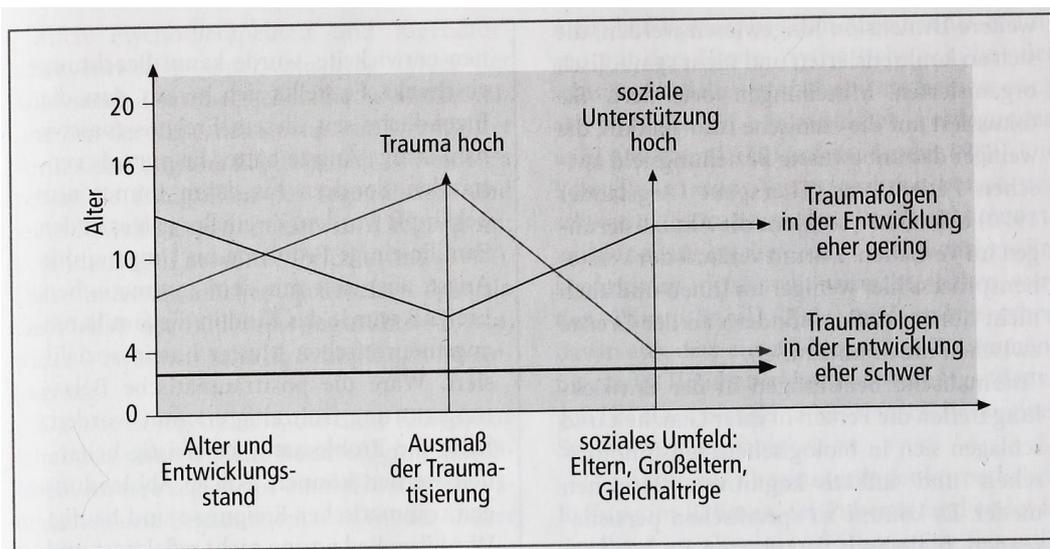


Abbildung 2: Die Wirkung von Entwicklungsstand, Ausmaß der Traumatisierung und des sozialen Umfeldes auf die Traumafolgen in Abhängigkeit zum Alter (Streck-Fischer 2006, S. 3).

Die Adoleszenz ist dann eine Zeit der Weichenstellung für das weitere Leben und es besteht die Möglichkeit, anhaltende und frühe ungünstige Entwicklungsbedingungen in dieser Zeit zu überwinden. Jugendliche, die frühe

Traumatisierung erlebt haben oder anhaltende Traumatisierung erleben, sind der Gefahr ausgesetzt, in Re- und Neutraumatisierungen zu geraten. Wenn sie mit ihren psychischen und sozialen Belastungen keine frühzeitige professionelle Unterstützung erfahren, greifen Jugendliche meist zu den adoleszenztypischen Notstandsmaßnahmen, welche oft mit Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie mit selbstverletzendem Verhalten verbunden sind. Die destruktiven „Selbsthilfemaßnahmen“, das impulsive Handeln, ihre Gewaltbereitschaft gegenüber anderen und ihre Lern- und Arbeitsprobleme verhindern eine berufliche und vor allem soziale Integration (vgl. Streck-Fischer 2006, S. 1f.).

5.2. Einzelheiten von traumabedingten Folgen für die Entwicklung

Die über Monate und Jahre andauernde Wiederholung der traumatischen Erlebnisse werden zur Teilidentität des traumatisierten Menschen. Diese Erlebnisse treten in Form von Übererregung, desorganisierten Bindungsmustern, Kampfreaktionen, Fluchtimpulsen, Hilflosigkeit, Ohnmachtserleben, negativer Überzeugungen, Dissoziation/Abspaltungen in der Übererregung, Dissoziation/Abspaltungen in der Untererregung bzw. in der Unterwerfungsposition, sowie intensiver Körpersensationen auf (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 26).

Als schwerste Folgeerscheinung der traumabasierten Entwicklungsstörung sieht Gerald Hüther die dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung). Bei dieser entstehen eine oder mehrere eigenständige abgespaltene Teilidentitäten, die nicht mehr der Steuerung und Wahrnehmung des Bewusstseins unterliegen (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 26).

Auch wenn eine Retraumatisierung zunächst verhindert werden kann, bleibt ein betroffenes Kind mit den Auswirkungen seines Traumas konfrontiert. Das damit verbundene Leid ist nicht vorbei, es manifestiert sich im Selbstbild, im Erleben und im Verhalten. Ein Trauma berührt im Wesentlichen das Selbstbild der betroffenen Kinder, sowie ihre Beziehungsfähigkeit, ihr Verhalten und die Erinnerungsebene (vgl. Weiß 2006, S. 40).

„Wer bereits verwundet ist, bleibt für erneute Verletzungen empfindlicher“

(Hüther u.a. 2010. S. 23).

Durch die in der traumatischen Situation gemachten Erfahrungen, ist das Vertrauen in die eigenen Kompetenzen bei traumatisierten Menschen oftmals gebrochen und auch das Vertrauen zu anderen Menschen ist gestört. Das Selbstwirksamkeitskonzept ist brüchig geworden. Weiter kommt es zu gesteigerter Vulnerabilität. Traumatisierte Menschen haben eine gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber den Sinneswahrnehmungen, Affekten, und körperlichen Reaktionen, welche in der traumatischen Situation präsent waren. Viele traumatisierte Menschen fallen in einer schwierigen Situationen oftmals in eben diese Reaktionsmuster zurück, welche sich in der traumatischen Situation herausgeformt haben. Das bedeutet, traumatisierte Menschen verhalten sich in schwierigen Situationen oft nicht mehr situationsgerecht, ihre Reaktionsmöglichkeiten sind eingeschränkt (vgl. Hüther u.a. 2010, S. 23). Die Vielfalt bei der Wahl möglicher Reaktionen ist an dieser Stelle eingeschränkt, bedingt durch eine traumatische Erfahrung und die damit verbundene Koppelung der Netzwerke.

5.3 Trauma und sein Einfluss in Abhängigkeit zu den Entwicklungsphasen

Eine Entwicklung ist kein linear - kontinuierlicher Prozess, sondern beinhaltet regressive und progressive Elemente. Unterschiedliche Entwicklungslinien beeinflussen sich gegenseitig und sind von konstitutionellen und Umweltfaktoren abhängig. Sie sind demnach Elemente, die maßgeblich in die Entwicklung eingreifen. Lediglich in der Einzelfallbetrachtung kann nachvollzogen werden, welchen Einfluss traumatische Erfahrungen auf den Entwicklungsprozess haben (vgl. Endres & Moisel 1998, S. 17f.).

„Um den Menschen als bio-psycho-soziale Einheit zu beschreiben, nennen Tyson & Tyson (1997) ein Geflecht von Entwicklungslinien:

- Entwicklung der Psychosexualität
- Entwicklung der Objektbeziehungen

- Selbstentwicklung
- Entwicklung der Kognition
- Entwicklung des Über-Ichs
- Entwicklung der Geschlechteridentität“

(Endres & Moisel 1998, S. 18)

Für jede dieser Entwicklungslinien lässt sich im Einzelnen unterscheiden, welche Faktoren zur Störung und zur Entwicklungsbeeinträchtigung führen, die eine Prädisposition für traumatisches Erleben schaffen können. Die Bereiche der Entwicklung von Bindungsverhalten und Selbstentwicklung sind im Hinblick auf eine Traumaverarbeitung von besonderer Bedeutsamkeit (vgl. Endres & Moisel 1998, S.18).

Die Symptome, die Kinder im Einzelnen entwickeln und zeigen, sind erheblich variabel und von individueller Natur. Die folgenden Angaben von Andreas Krüger und Luise Reddemann zur Verortung von Symptomatiken in die entsprechenden Entwicklungsphasen bieten eine grobe Orientierung und versuchen, lediglich oft wiederkehrende Symptome bei traumatisierten Kindern und Jugendlichen darzustellen und sind nur im Kontext aller Situationsfaktoren zu verstehen.

Krüger und Reddemann beschreiben in der folgenden Abbildung relevante Symptome von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Sie gehen entlang der Entwicklungsphasen von Piaget und versuchen so, den Entwicklungsbezug von van der Kolk konkreten Erscheinungen zuzuordnen (vgl. Krüger & Reddemann 2007, S.71ff.).

5.3.1 Typische Symptome entlang der Entwicklungsphasen

Altersgruppe	Typische Symptome
0 bis 1 (I)	Schreien, vermehrte Schreckhaftigkeit, verminderte Beruhigbarkeit, Schlafstörungen, Fütterstörungen, Gedeihstörungen, gestörte Bindungsentwicklung
1 bis 3 (II)	Wie in (I) sowie: Affektlabilität, Hyperaktivität, Unruhezustände, Hyperreagibilität, Hypervigilanz oder Apathie, Angst, angstlich

	angespannte Wachsamkeit, Mutismus, Jactatio capitis (Kopfwackeln), <u>regressive Symptome</u> : Anklammerndes Verhalten, Entwicklungsretardierung (bezogen auf kommunikative und soziale Fertigkeiten, Sprache, Motorik, Körperwachstum („psychosozialer Minderwuchs“))
3 bis 6 (III)	Wie in (II) sowie: Somatisierungen (Bauch- Kopfschmerzen et cetera), „traumatisches Spiel“ (konkrete Reinszenierungen mit Peers und mit Spielzeugen), eventuell Äußerungen über intrusives Erleben bei gezielter Exploration, dissoziative Symptome, Tic-Störungen, <u>regressive Symptome</u> : sekundäre oder prolongierter Enuresis, Enkopresis, sozialer Rückzug (Eltern, Peers, Geschwister), rückläufige Sprachentwicklung, Verlust bereits erlangter sozialer Kompetenzen, autistoide Symptome, dissoziales Verhalten
6 bis 10 (IV)	Wie in (II) und (III) sowie: Zunehmend Symptome einer PTBS oder anderer Störungsbilder nach traumatischem Stress nach ICD-10, Schulleistungsstörungen, Konzentrationsstörungen (z.B. in Zusammenhang mit dissoziativen oder intrusiven Symptomen, vorbestehende Diagnosen i.S. von ADS/ADHS) veränderte, pessimistische Weltsicht, quälende Schuldgefühle, depressive Symptome, Risikoverhalten, selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität, konversive Symptome (etwa psychogene Anfälle, motorische Ausfälle et cetera), Zwangssymptome
10 bis 14 (V)	Wie in (IV) sowie: Zunehmend Symptome im Sinne der klassischen Symptomtrias der PTBS oder anderer Störungsbilder nach traumatischem Stress, bei Beziehungstraumatisierungen sogenanntes „Enactment“ (ein „Wiederherstellen) traumatischer Situationen in sozialen Situationen, konversive Symptome, Essstörungen, Selbstverletzendes Verhalten, vermehrt Suizidalität, gelegentlich früher Drogenkonsum, psychotische Symptome
14 bis 18 (VI)	Wie in (V) sowie: Circulus vitiosus (Teufelskreis) des Scheiterns: emotionale defizitäre Selbstwahrnehmung, soziales, schulisches Scheitern, (symptombedingte) misslungene erste

	intime heterosexuelle Beziehungen, Drogenkonsum, Perversionen, weit reichende existenzielle Zukunftsängste
--	--

(vgl. Krüger & Reddemann 2007, S.72f.)

5.4 Fazit / Zusammenfassung

Traumatisierungen im Kindesalter beeinflussen die Art und Weise wie folgende Erfahrungen gemacht werden und tangieren so alle Ebenen der weiteren Entwicklung, was zur Folge hat, dass schwerwiegende und spezifische Folgeerscheinungen auftreten.

Um das ganze Ausmaß von Traumatisierung im Kindesalter beurteilen zu können, muss der körperliche und kognitive Entwicklungsstand, sowie das soziale Umfeld mit berücksichtigt werden.

Im Wesentlichen wird das Selbstbild, die Beziehungsfähigkeit, das Verhalten und die Erinnerungsfähigkeiten von traumatisierten Kindern beeinträchtigt. Welche konkreten Symptome altersspezifisch zu beobachten sind, ist jeweils individuell zu beurteilen. Eine grobe Orientierung geben etwa Krüger und Reddemann mit ihrem Überblick von Symptomen traumatisierter Kinder und Jugendlicher.

Kapitel 6

Lebensbewältigung unter dem Einfluss traumatischer Folgeerscheinungen

Welche Folgen nun traumatische Erfahrungen im Kindesalter und die damit einhergehenden Symptome auf die weitere Lebensbewältigung haben, soll in diesem Kapitel dargestellt werden.

6.1 Strategien zur Lebensbewältigung

Copingmechanismen (Bewältigungsstrategien) sind z.T. angeborene und z.T. erlernte Strategien zur Problemlösung. Es handelt sich dabei um vorsätzliche und überlegte Mittel, die zum Erreichen eines bestimmten Ziels eingesetzt werden (vgl. Oerter und Dreher 2002, S. 470f.).

Grundsätzlich sind diese Strategien funktionale Prinzipien, welche dazu dienen, verschiedenen Herausforderungen zu begegnen. Bei klinisch auffälligen Jugendlichen jedoch führen disfunktionale Bewältigungsstrategien oft zum Rückzug oder zu vermeidendem Coping. Symptombelastung und disfunktionale Copingstile beeinflussen sich dabei wechselseitig (vgl. Seiffige-Krenke 2002, S.843).

„Traumatische Ereignisse können dazu führen, dass das Ich mit überwältigenden Affekten überschwemmt wird. Durch Gegensteuern mittels geeigneter Abwehrmechanismen soll die Beherrschung der unerträglichen Affekterfahrungen ermöglicht werden. Während der Traumatisierung, unmittelbar danach oder in Vorbereitung auf eine wiederkehrende oder absehbare Traumatisierung entwickelt der Mensch Copingmechanismen. Die Wichtigste scheint die grundlegende menschliche Fähigkeit zur Dissoziation zu sein, die eine Bewältigungsmöglichkeit für emotionale unvereinbare Wahrnehmungen und Erfahrungen ist“ (Endres & Moisel 1998, S. 23).

Andreas Krüger und Luise Reddemann haben die häufigsten alterstypischen Ressourcen und möglichen Copingstrategien den Entwicklungsstadien nach Piaget exemplarisch kursorisch zugeordnet (vgl. Krüger & Reddemann 2007, S. 45).

6.1.1 Typische Ressourcen, Möglichkeiten des Copings und Freudegewinns entlang der Entwicklungsphasen

Altersgruppe	Typische Ressourcen, Möglichkeiten des Copings und Freudegewinns
0 bis 2 (I)	Wohlbefinden über Suche nach körperlichem und visuellem Kontakt, durch Nahrungsaufnahme und Schlaf. „Symbiose-Glück“: tiefe Beruhigung durch vertrauten Körperkontakt möglich, Umwelt außerhalb der dyadischen Beziehung wird im Sinne einer psychophysischen Homöostase ausgeschaltet oder hier gar nicht hereingelassen.
2 bis 7 (II)	Wie in (I) sowie: Magische Vorstellungswelt, heilsame Imagination als Kinderspiel - das Spiel ist im Erleben des Kindes gelebte Realität. Probleme, Ängste oder Wünsche können hier abgehandelt werden.
8 bis 13 (III)	Wie in (II) sowie: Dinge sowie Erfahrungen können in ihrer Endlichkeit differenziert erfasst und verstanden werden; intellektuelle Begrenzungen können errichtet werden - die Freude über das Verstehen und Erfassen der Welt blüht auf. Rationale Realitätsbezüge und magisch-animistische Vorstellungen könne eine „Coping-Allianz“ eingehen, Trauma-Coping kann über bereits Erlerntes geschehen.
14 bis Erwachsen (IV)	Wie in (III) sowie: Kreative Gestaltung des eigenen (Über-)Lebensraumes, aktives Handeln gegen Ohnmachtsgefühle, Aufnahme tragender Peer-Beziehungen für das weitere Leben

(vgl. Krüger & Reddemann 2007, S. 46)

Andreas Krüger und Luise Reddemann schlussfolgern für sich hieraus, dass viele Heilungswege für traumatisierte Menschen beschritten werden können und dass

die Copingbemühungen der Betroffenen „ethnologisch als >>dunkler Kontinent<< mit oftmals >>heimlichen<< Schätzen“ (Krüger & Reddemann 2007, S. 46) zu begreifen sind.

Es scheint also von großer Wichtigkeit zu sein, die innere Haltung dahingehend zu schulen, die Ressourcen und die – wenn auch noch so kleinen – vorhandenen Bewältigungsstrategien von traumatisierten Menschen wert zu schätzen, aufzudecken und weiter zu entwickeln. Des Weiteren dann auch die entwicklungstypischen Fähigkeiten aufzugreifen und die individuellen Überlebensstrategien als positive „Schätze im dunklen Kontinent“ der Betroffenen zu begreifen.

6.2 Folgen für die Lebensbewältigung auf verschiedene Bereiche

Je nach individueller Auseinandersetzung mit der psychosozialen Umgebung werden Nervenverbindungen und Hirnstrukturen gestaltet, die diese Erfahrungen wiedergeben bzw. enthalten. Emotionale Prozesse spielen dabei eine wichtige Rolle (vgl. Denner, 2008, S. 28). Die Copingstrategien, die sich ein traumatisiertes Kind dann in seinem weiteren Entwicklungsverlauf aneignet, können davon direkt betroffen sein, nämlich dann, wenn sie auf diese beeinträchtigten Hirnstrukturen zugreifen.

Silvia Denner skizziert in ihrem Buch *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen* die bekannten Auswirkungen von früher Traumatisierung auf folgende Prozesse und Bereiche.

6.2.1 Wahrnehmungsprozesse

Biographische Erfahrungen nehmen einen starken Einfluss auf die individuelle Deutung und die differenzierte Wahrnehmung von Gefühlsausdrücken bei anderen Menschen. Studien (etwa von Seth Pollak an der Wisconsin-Madison Universität) zeigen, dass bei misshandelten Kindern im Vergleich zu Kindern, die keine Gewalterfahrungen gemacht haben, eine andere, veränderte Wahrnehmung von Emotionen und sozialen Signalen erkennbar ist (vgl. Denner 2008, S. 29).

Bei misshandelten Kindern strukturiert sich die Wahrnehmung besonders dahingehend, negative Signale im Körperausdruck anderer herauszufiltern. Dies

resultiert aus der besonderen Notwendigkeit, schnell die Zeichen von Gefahr zum Zweck des eigenen Schutzes erkennen zu können. Traumatisierte Kinder haben sich darauf spezialisiert und ihre Wahrnehmung dahingehend geschult, negative Signale schnellstmöglich zu erkennen. Dies bedeutet, dass sie Blicke, Haltungen und bestimmte Tonlagen beim Gegenüber sehr schnell als Angriff auf sich selbst verstehen (vgl. Denner 2008, S. 29).

Daraus resultiert, dass diese Kinder Verhaltensauffälligkeiten in zwei Formen entwickeln:

1. „Vermeidungs- und Rückzugsverhalten, wenn sie sich unsicher sind hinsichtlich der Einschätzung des Gegenübers, und
2. scheinbar unmotivierte, impulsive Aggressivität. Diese Kinder und Jugendlichen reagieren sehr schnell und heftig aggressiv in für andere harmlosen Situationen“ (Denner 2008, S. 29).

Diese Erkenntnis kann pädagogischen Fachkräften helfen, ein Verständnis dafür zu entwickeln, warum traumatisierte Kinder stärker auf vermeintliche oder tatsächliche Angriffe reagieren. Diese Kinder benötigen mehr Unterstützung und Anleitung, um Reaktionen und Gefühle von anderen besser einschätzen und deuten zu können (vgl. Denner 2008, S. 29f.).

6.2.2 Empathie

Die Fähigkeiten, das Verhalten von anderen Menschen zu deuten, Gefühle anderer zu verstehen und nachzuempfinden und die Intentionen aus der Mimik und Gestik eines Gegenüber zu interpretieren, sind Lernprozesse. In unserem Gehirn sind, nach neurowissenschaftlichen Erkenntnissen, die Spiegelneuronen Grundlage für Empathie, Bewegungsabläufe und intuitive Kommunikation. Spiegelneuronen sind zwar genetisch vorgegeben, brauchen aber positive frühe Beziehungserfahrungen, damit sie sich voll entfalten können. Kinder imitieren intuitiv Mimik und Gestik ihrer Eltern und lernen dadurch etwa Bewegungen und Emotionen. Wenn aber dieser Austausch von Emotionen, wenig positiv und eher durch belastende, traumatische Beziehungen geprägt ist, kann dies zu einer verquerten Entwicklung von Empathie, sozialer Verbundenheit und intuitiver Kommunikation führen (vgl. Denner 2008, S. 30f.).

„Es wäre zu diskutieren, inwieweit dieses Modell zum Verstehen von auffälligen Kindern beiträgt, die scheinbar psychisch unbeteiligt und ohne emotionale Betroffenheit andere schädigen oder die wenig Freude zeigen bzw. sich absondern, wenn andere Kinder Spaß haben, oder andere nicht trösten, wenn diese traurig sind. Es könnte sein, dass sie die Affekte der anderen einfach nicht verstehen, weil ihnen die beschriebenen Voraussetzungen, wie einfühlsame Eltern, dafür fehlen“ (Denner 2008, S. 31).

6.2.3 Bindungsverhalten

Vor allem traumatische Erfahrungen in den ersten Lebensmonaten eines Kindes sind Beziehungstraumatisierungen. Diese führen zu desorganisierten Bindungsmustern und haben einen Einfluss auf die Art der Bindungsfähigkeit (vgl. Krüger & Reddemann 2007, S. 38f.).

Frühe Vernachlässigung und traumatische Erfahrungen haben Folgen auf die weitere Beziehungsfähigkeit und die emotionale Intimität. Pädagogische Fachkräfte und all diejenigen, die mit traumatisierten Kindern in Beziehung stehen, müssen ein Verständnis dafür entwickeln, dass diese trotz liebevoller Fürsorge Schwierigkeiten damit haben, Vertrauen zu entwickeln und sichere positive Bindungen aufzubauen (vgl. Denner 2008, S. 32f.).

6.2.4 Stressreaktion

Chronische Traumatisierungen (anhaltende seelische, körperliche, sexuelle Gewalt oder schwere Vernachlässigung etwa) rufen eine erhöhte biologische Stressreaktion hervor. Diese innere Alarmbereitschaft ist auch dann noch gegeben, wenn die akute Gefahr nicht mehr besteht, so dass traumatisierte Kinder auf tatsächliche bzw. alltägliche stresserzeugende Situationen mit einer traumatischen Reaktivierung reagieren. Diese Kinder haben dann Schwierigkeiten ihre Gefühle zu regulieren und entwickeln eine Vielzahl von Symptomen wie etwa Hyperaktivität, Angstzustände, Impulsivität, Schlafprobleme, Überwachsamkeit et cetera (vgl. Denner 2006, S. 32f.).

Auch gibt es Kinder, die nicht mit einer Überaktivierung, sondern mit einer Untererregung reagieren. Dieser Mechanismus kann sich verselbstständigen und durch äußere Reize, die an das Trauma erinnern, ausgelöst werden.

Symptomatiken sind dann etwa, verschleierter Blick in die Luft, Distanzierung, oder innere Abwesenheit. Oft wird dieser Zustand von Außenstehenden falsch interpretiert und als Langeweile oder Desinteresse verstanden (vgl. Denner 2006, S. 32f.).

6.2.5 Gedächtnis

Das Trauma wird i.d.R. nicht in sprachlicher, sondern überwiegend in bildhafter und/oder in emotionaler Form im Gedächtnis abgespeichert (siehe Abschnitt 3.3.4 ff.). Dies führt dazu, dass Erinnerungen an das Trauma nur schwer in Sprache gefasst werden können und somit auch die Verarbeitung eine Herausforderung darstellt. Die Konsequenz daraus ist, dass spätere Erinnerungen an das Trauma in Form von Flashbacks/Rückblenden und Albträumen auftauchen können und mit der gleichen Intensität, wie zum Zeitpunkt des Traumas selbst, erinnert werden (vgl. Denner 2006, S. 33).

Dies kann also dazu führen, dass die Fähigkeit eigene Gefühle in Worte und Symbole zu fassen, bei traumatisierten Kindern beeinträchtigt ist. Die Konsequenz ist, dass sie eher impulsiv handeln, anstatt flexibel zu reagieren und Gefühle in Worte zu fassen (vgl. Denner 2006, S. 33).

Die Beeinträchtigungen durch traumatische Erfahrungen wirken im Alltag und traumatisierte Kinder inszenieren hier ihre Geschichten oft immer wieder aufs Neue. Pädagogische Fachkräfte können dies als Chance sehen, um betroffene im Alltag zu unterstützen und ihnen zur Neuordnung ihrer Geschichte verhelfen, sie dabei unterstützen ihr Selbstbild und Verhalten zu korrigieren und eine Orientierungshilfe bieten um so eine relativ selbstbestimmte Zukunft zu gestalten. (vgl. Weiß 2006, S. 71ff)

Abschließend lässt sich sagen, dass sich die durch ein Trauma hervorgerufenen neurobiologischen Veränderungen im Gehirn, durch gute und langfristige Beziehungsprozesse in dessen Verlauf auch wieder normalisieren können (vgl. Denner 2006, S. 53).

6.3 Fazit / Zusammenfassung

Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens Strategien um sein Leben zu bewältigen. Genau so tun es eben auch traumatisierte Kinder. Der Unterschied zu normalen Copingstrategien ist aber der, dass bei Kindern die frühe traumatische Erfahrungen gemacht haben, die Entwicklung der Lebensbewältigungsstrategien dahingehend beeinflusst wird, dass diese eher vermeidene oder Rückzugstrategien entwickeln. Wenn Kinder und Jugendliche durch traumatische Erfahrungen veränderte Wahrnehmungsprozesse, ein verändertes Empathievermögen, ein gestörtes soziales Bindungsverhalten, sowie Schwierigkeiten bei den Stressverarbeitungs- und Gedächtnisprozessen haben, hat dies Folgen für die Lebensbewältigung. Desweiteren gibt es alterstypische Ressourcen und Möglichkeiten des Coping die für die Lebensbewältigung auch unter dem Einfluss von Traumata auf positive Weise genutzt werden können, wie von Krüger und Reddemann aufgeführt.

Schlussbetrachtung

Beeindruckend wirkt der Blick auf die Fähigkeiten des Menschen, sich anzupassen, individuelle Strategien zur Problemlösung zu entwickeln und auf Ereignisse zu reagieren. Speziell das kindliche Gehirn bietet Potentiale, die schier unerschöpflich scheinen und in ihrer Anlage dazu geeignet wirken, jeder Herausforderung begegnen zu können. Im frühen Verschaltungsprozess werden neuronale Netze und Verknüpfungen geschaffen, die eine Grundlage für das gesamte weitere Leben bilden. Insbesondere in den ersten Jahren dieser Entwicklung werden dabei Grundlagen in der Hirnstruktur geschaffen, auf die folgende Entwicklungen aufbauen. Das geistige Fundament für das System Mensch wird geschaffen.

Eine Traumatisierung während dieses Prozesses zieht verheerende Konsequenzen nach sich; sie greift nachhaltig in die gesamte fortdauernde Entwicklung ein und nimmt Einfluss auf die Art und Weise, wie Erfahrungen gemacht werden.

Strategien der Lebensbewältigung, die der betroffene Mensch entwickelt sind hierdurch beeinflusst, die Symptomatiken können zu Teilidentitäten werden. Zwar bleibt festzuhalten, dass eine frühkindliche Traumatisierung lebenslang wirken wird und Spuren hinterlässt, die Hoffnung aber nicht aufgegeben werden muss. Eben die Anlagen im Entwicklungspotential des menschlichen Gehirns, die frühe Traumatisierungen so verheerend werden lassen können, bieten gleichzeitig Chancen, die bei der Bewältigung genutzt werden können.

Die wichtigste Botschaft der Neurobiologie ist eine mutmachende Botschaft für traumatisierte Personen und ebenso für alle Beteiligten. Sie lautet:

„Das menschliche Gehirn ist plastischer, in seiner inneren Struktur veränderbarer als bisher angenommen. Zeitlebens können die zu früheren Zeitpunkten entstandenen neuronalen Netzwerke und synaptischen Verschaltungsmuster durch neue Nutzungsmuster umgeformt und überformt werden“ (Hüther u.a. 2010, S. 27).

Leider lautet eine andere wichtige, aber weniger erfreuliche Botschaft wie folgt:

„ Es ist nicht leicht, die durch eine erlittene psychische Traumatisierung im Gehirn entstandenen maladaptiven Bahnungen und Koppelungen später wieder aufzulösen oder zu überformen. Je früher traumabedingte Bahnungen und Koppelungen entstanden sind und je häufiger sie im Verlauf des weiteren Lebens aktiviert wurden, desto schwieriger wird es, sie später wieder umzuformen.“
(Hüther u.a. 2010, S. 27)

Wie bedeutsam die Thematik Trauma insgesamt ist, wurde unter anderem durch die repräsentative Umfrage von Häuser deutlich, die aufzeigt, dass ein großer Kreis von Betroffenen existiert – eine erhebliche Grauziffer bei Menschen, die in ihrer Kindheit Traumatisierungen erlebt haben ist vorstellbar. Das Spektrum der potentiellen Ursachen ist dabei groß, zumeist lassen sie sich im familiären Umfeld von Kindern und Jugendlichen finden.

Komplex sind die Ausprägungen und die Reaktionen eines Betroffenen auf die Traumatisierung, die sich im Gehirn festigen. Dabei ist auch die Aktivierung archaischer Überlebensmuster zu beobachten sowie die Fähigkeit des Menschen zur Dissoziation.

Das erlebte Leid ist nicht vorbei, es hat Auswirkungen auf das Selbstbild, auf die Beziehungsfähigkeit, das Verhalten und die Erinnerungsebene der betroffenen Kinder, des weiteren sind diese empfänglicher für erneute Verletzungen.

Es existieren zwar allgemeine Definitionen, welche konkreten Symptome in welchem Alter zu beobachten sind, insgesamt ist dies jedoch stets individuell zu betrachten. Hierbei müssen der körperliche und der kognitive Entwicklungsstand, sowie das soziale Umfeld einbezogen werden.

Literaturverzeichnis

- Denner, Silvia (2008): *Soziale Arbeit mit psychisch kranken Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Endres, Manfred & Moisel, Sibylle (1998): *Entwicklung und Trauma*. In: Endres, Manfred & Biermann, Gerd (Hrsg.): *Traumatisierung in Kindheit und Jugend*. München: Ernst Reinhardt Verlag. S. 11-27.
- Engfer, Annette (2002): *Misshandlung, Vernachlässigung und Missbrauch von Kindern*. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 5.vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz-Verlag. S. 800-817.
- Fiedler, Peter (2001): *Dissoziative Störungen und Konversion. Trauma und Traumabehandlung*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz-Verlag.
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (2003): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag UTB.
- Häuser, Wilfried (2011): *Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung*. In: *Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Heft 5/2011. S. 231-238.
- Huber, Michaela (2003): *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hüther, Gerald u.a. (2010): *Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken*. In: *Trauma*

und Gewalt. Forschung und Praxisfelder. 4. Jahrgang, Heft 1/2010.
S. 18-31.

Kahn, Gabriele (2010): *Das Innere-Kinder-Retten. Sanfte Traumverarbeitung bei Komplextraumatisierung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Krüger, Andreas & Reddemann, Luise (2007): *Psychodynamische Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche PITT-KID – Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Lackner, Regina (2004): *Wie Pippa wieder lachen lernte – Fachliche Hilfe für traumatisierte Kinder*. Wien: Springer-Verlag.

Menning, Hans & Maercker, Andreas (2006): *Diagnostik von Traumfolgestörungen*. In: Psychotherapie im Dialog. 7. Jahrgang, Heft 4/2006, S. 376-381.

Oerter, Rolf & Dreher, Michael (2002): *Entwicklung des Problemlösens*. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 5.vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz-Verlag. S. 469-494.

Rauh, Hellgard (2002): *Vorgeburtliche Entwicklung und Frühe Kindheit*. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie*. 5.vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz-Verlag. S. 131- 208.

Remschmidt, Helmut (2011): *Messhandlungsfolgen: Seelische Belastungen und Spuren im Gehirn*. In: *Deutsches Ärzteblatt für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*. Heft 5/2011. S. 229-230.

Seiffge-Krenke, Inge (2002): *Gesundheit als aktiver Gestaltungsprozess im menschlichen Lebenslauf*. In: Oerter, Rolf & Montada, Leo (Hrsg.):

Entwicklungspsychologie. 5.vollständig überarbeitete Auflage.
Weinheim, Basel, Berlin: Beltz-Verlag. S. 833-846.

Streck-Fischer, Annette (2006): *Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierung und ihre Folgen in der Adoleszenz*. Stuttgart: Schuttauver Verlag.

Weiß, Wilma (2006): *Philip sucht sein Ich, zum pädagogischen Umgang mit Trauma in der Erziehungshilfe*. 3. aktualisierte Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Internetquellen

Hüther, Gerald (2002): *Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung* [Online] URL: <http://www.win-future.de/modules.php?name=News&file=article&sid=176>
[Stand 03.09.2007]

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1

Hüther, Gerald u.a. (2010): *Neurobiologische Grundlagen der Herausbildung psychotraumabedingter Symptomatiken*. In: *Trauma und Gewalt. Forschung und Praxisfelder*. 4. Jahrgang, Heft 1/2010. S. 18-31.

Abbildung 3:

Streck-Fischer, Annette (2006): *Trauma und Entwicklung. Frühe Traumatisierung und ihre Folgen in der Adoleszenz*. Stuttgart: Schuttauver Verlag.